



УДК: 159.923.2-055.52:616.896-053.2

[https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2\(42\)-2051-2061](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-2(42)-2051-2061)

Лялюк Галина Миколаївна доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри загальної та соціальної психології, Львівський державний університет внутрішніх справ, м. Львів, тел.: (098) 080-12-56, <https://orcid.org/0000-0002-4819-6247>

ОСОБЛИВОСТІ ДЕТЕРМІНАЦІЇ СТРАХІВ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Анотація. У статті висвітлено різні погляди на особливості детермінант страхів матерів дітей, хворих на аутизм. Теоретико-методологічну основу дослідження склали вихідні положення теорії виникнення, причин і розвитку страху (Ю. Біннебезель, Д. Боулбі, Е. Еріксон, К. Ізард, Е. Міллер, З. Фрейд, А. Фрейд, С. Холл, К. Хорні, Ф. Ріман та ін.), положення про вікові закономірності розвитку особистості, особливості страху і тривоги у дітей (І. Бех, М. Боришевський, А. Запорожець, Н. Карпенко, Г. Католик, С. Максименко, Н. Олійник, А. Стульківська, С. Томчук та ін.).

Розглянуто деякі погляди на види емоцій. Представлено градацію станів страху, що зростають по мірі вираженості. Зображено дитячий аутизм – як хворобливий процес із присутністю сильного жаху, як форми відгородження від об'єктивної реальності світу. Обґрунтовано дитячий аутизм, як єдине самостійне захворювання, у концепції української ученої та реформаторки в області психіатрії Г. Сухаревої. З'ясовано, що різні форми аутизму мають генетичні відмінності, обумовлені унікальними комбінаціями окремих спадкових факторів. Саме ці комбінації визначають особливості клінічної картини, перебігу захворювання та впливають на складний і багатогранний досвід страху, який переживають матері таких дітей.

Страх розглядається як складне багато-структурне генетичне утворення, яке інтегроване у різні інші структури станів чи переживань.

Представлено результати емпіричного дослідження особливостей детермінації страхів матерів дітей, хворих на аутизм на основі методик: опитувальник САН, методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка, методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, методика діагностики рівня агресивності А. Ассінгера. Страх розглядається як складне багато-структурне генетичне утворення, яке інтегроване у різні інші структури станів чи переживань. Проаналізовано структуру взаємозв'язків між статусом досліджуваних матерів дітей, хворих на аутизм, визначено три статистичних зв'язки та три фактори. За результатами дослідження детермінант страхів таких матерів виявлено: високі показники



зовнішнього контролю, високий рівень емоційного дискомфорту, дезадаптивність та схильність приписувати причини своїх дій зовнішнім чинникам, невпевненість, реакцію на невизначену загрозу, виражену невпевненість і пасивність. Більшість усіх цих станів мають інтегроване почуття страху.

Ключові слова: страх, діти, аутизм, градація станів страху.

Lialiuk Halyna Mykolaivna Doctor of Pedagogical Sciences, Professor of the Department of Department of general and social Psychology Psychology, Lviv State University of Internal Affairs, Lviv, tel.: (098) 080-12-56, <https://orcid.org/0000-0002-4819-6247>

FEATURES OF DETERMINATION OF FEARS OF MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Abstract. The article highlights different views on the features of the determinants of fears of mothers of children with autism. The theoretical and methodological basis of the study was formed by the initial provisions of the theory of the origin, causes and development of fear (Y. Binnebezel, D. Bowlby, E. Erikson, K. Izard, E. Miller, Z. Freud, A. Freud,

S. Hall, K. Horney, F. Riemann and others), provisions on age-related patterns of personality development, features of fear and anxiety in children (I. Bekh, M. Boryshevsky, A. Zaporozhets, N. Karpenko, G. Katolyk, S. Maksymenko, N. Oliynyk, A. Stulkivska, S. Tomchuk and others).

Some views on types of emotions are considered. The gradation of fear states, increasing in severity, is presented. Childhood autism is depicted as a painful process with the presence of strong horror, as a form of isolation from the objective reality of the world. Childhood autism is substantiated as a single independent disease in the concept of the Ukrainian scientist and reformer in the field of psychiatry H. Sukhareva. It has been found that different forms of autism have genetic differences, caused by unique combinations of individual hereditary factors. It is these combinations that determine the features of the clinical picture, the course of the disease and affect the complex and multifaceted experience of fear experienced by mothers of such children.

Fear is considered as a complex multi-structural genetic formation, which is integrated into various other structures of states or experiences.

The results of an empirical study of the features of the determination of fears of mothers of children with autism based on the following methods: the SAN questionnaire, the method of diagnosing self-assessment of mental states by G. Eysenck, the method of diagnosing social and psychological adaptation by K. Rogers and R. Diamond, the method of diagnosing the level of aggressiveness by A. Assinger are presented. Fear is considered as a complex multi-structural genetic formation, which is integrated into various other structures of states or experiences.

The structure of the relationships between the status of the studied mothers of children with autism is analyzed, three statistical relationships and three factors are



identified. According to the results of the study, the determinants of the fears of such mothers were identified: high indicators of external control, a high level of emotional discomfort, maladaptivity and a tendency to attribute the causes of their actions to external factors, uncertainty, reaction to an uncertain threat, pronounced uncertainty and passivity. Most of all these states have an integrated feeling of fear.

Keywords: fear, children, autism, gradation of fear states

Постановка проблеми.. Вважається, що рівень розвитку суспільства визначає ставлення до психічнохворих та їх родин. Незважаючи на досягнення сучасної медицини психіатри, соціологи, психологи і просто звичайні люди відчують велику потребу у вивченні РАС та стосунку з цією хворою близьких до маленького пацієнта людей.

Проблематика аутизму висвітлена в наукових працях українських дослідників (О. Борисенко, І. Марценківський, С. Музика, К. Островська, Г. Смоляр, В. Тарасун, Д. Шульженко та ін.). Дитячий аутизм є хворобливим процесом із присутністю сильного жаху, як форми відгородження від об'єктивної реальності світу.

За оцінками ВООЗ, приблизно 1 із 160 дітей у світі має розлади аутистичного спектру (РАС). Американська організація Autism Speaks зазначає, що аутизм діагностується у 1 із 88 дітей. Загалом у світі налічується близько 2,4 мільйона осіб із цими розладами [10]. Хоча даних про поширеність РАС у країнах із низьким і середнім рівнем доходів недостатньо, відомо, що кількість таких людей стабільно зростає по всьому світу. Причини цього зростання можуть включати розвиток інформаційних технологій, розширення діагностичних критеріїв та інші фактори [10].

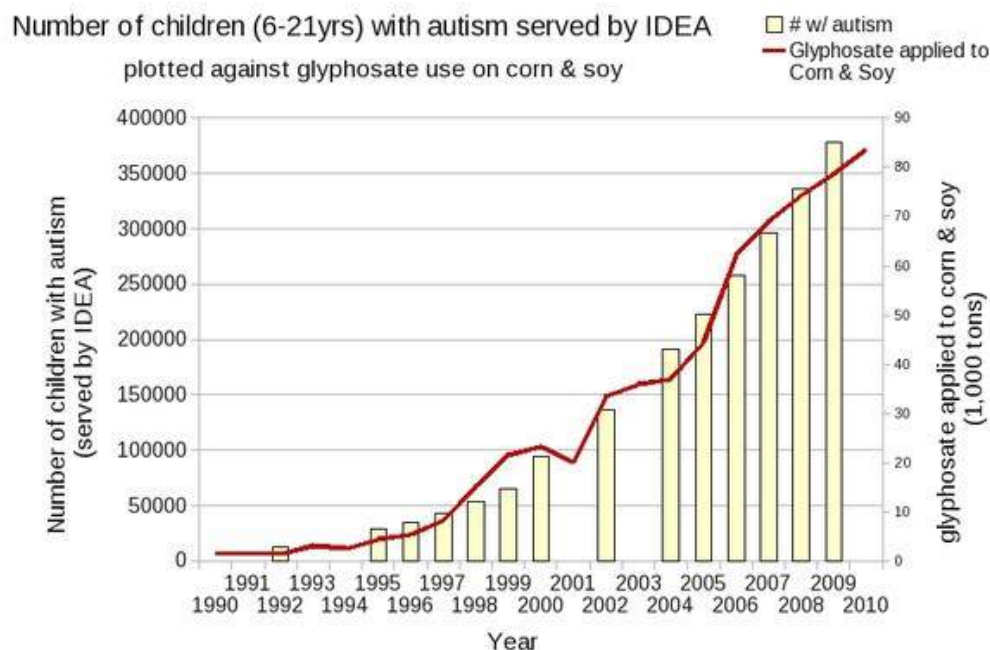


Рис. 1. Стійка динаміка до збільшення захворювання аутизмом у всьому світі [10]



Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика аутизму висвітлена в наукових працях українських дослідників (О. Борисенко, І. Марценківський, С. Музика, К. Островська, Г. Смоляр, В. Тарасун, Д. Шульженко та ін.). Дитячий аутизм є хворобливим процесом із присутністю сильного жаху, як форми відгородження від об'єктивної реальності світу.

Заслуга обґрунтування дитячого РАС, як єдиного самостійного захворювання, належить ученій і видатній реформаторці в області психіатрії Груні Сухаревій [1]. На початку ХХ століття дитяча психіатрія як наука ще не існувала, а наявні наукові праці, присвячені дитячим психозам, базувалися переважно на окремих клінічних випадках. Втім, дослідження таких учених, як де Санктіс, Вейгандт і Геллер, мали значну цінність, оскільки підтвердили можливість виникнення і розвитку психозів навіть у ранньому віці, що стимулювало систематичне вивчення дитячої психіатрії. Г. Сухарева створила еволюційно-біологічну концепцію психічних захворювань, вивчаючи вплив вікової реактивності на клінічні прояви різних психічних розладів у дітей і підлітків. Вона першою описала окремі нозологічні форми психічних розладів у цьому віковому періоді. За 20 років до класичних описів дитячого аутизму, зроблених Лео Каннером та Гансом Аспергером, Г. Сухарева вже детально описала подібні стани [2]. Однак її роботи не були опубліковані в західних країнах, що призвело до того, що авторство перших описів аутизму офіційно приписують іншим.

Більш ніж сто років постійної праці лише наблизило нас до розуміння цієї проблеми. Що і як думають люди чи діти хворі на аутизм, чому вони розуміють відчують доволі часто події інакше ніж умовно здорові люди, чому суспільство до нині часто відкидає їх? Виникає питання, як повернути цих людей у суспільство і припинити їх страждання, адже аутизм є хворобою емоційного «вигасання» через надмірну вразливість.

Страх перед людьми іноді супроводжує хворого на аутизм та його рідних, особливо матір, впродовж життя. У хворого з'являється він рано, іноді вже в дитинстві. Першим завданням психіатра, психолога, психотерапевта є зменшення цього страху у матерів маленьких пацієнтів і, завдяки цьому, наближення хворого до соціального світу. Тут, передусім, відіграє роль особистість лікаря, психолога, психотерапевта, їх емпатійне відношення до сім'ї хворого.

Коли маленька дитина потрапляє до лікарні, вона взаємодіє не лише з лікарями, психологами та медсестрами, а й з палатним та адміністративним персоналом, іншими пацієнтами, їхніми родинами та своїми рідними. Усі ці люди формують соціальне середовище, яке оточує хвору дитину. Через підвищену чутливість до взаємодії навіть одне необережне слово, вираз обличчя чи жест нетерпіння можуть викликати у дитини негативну реакцію, посилюючи її бажання уникати контактів. Водночас матері таких дітей перебувають у постійному емоційному напруженні, відчуючи страх за стан своєї дитини.



Навіть якщо уявити ідеальне суспільство, де всі, хто контактує з дітьми-пацієнтами, проявляють чуйність, підтримку та гуманність, не можна ігнорувати той факт, що люди залишаються людьми. У кожного є власні життєві проблеми, внутрішні конфлікти та емоційні стани, які часом можуть впливати на спілкування з хворою дитиною або її матір'ю. Особливо це стосується дітей з аутизмом, які гостро реагують на будь-які зміни в поведінці оточення.

У психіатричних лікарнях, як і в будь-якій соціальній ієрархії, психічно хвора дитина займає найнижче положення. Навіть молодший персонал, як-от палатні працівники, сприймається як "вища" категорія, до якої дитина повинна ставитися з повагою і навіть страхом. Це додатково підсилює тривогу матері, яка хвилюється не лише за здоров'я дитини, а й за умови її перебування в лікарні.

Окрім того, багато людей поза психіатричною сферою відчувають страх перед психічно хворими. Цей страх пов'язаний із непередбачуваністю їхньої поведінки та прихованим невротичним страхом психічного розладу як чогось незрозумілого й потенційно прихованого у кожному з нас. Актуальність обраної теми дослідження зумовлена різними поглядами на особливості детермінант страхів матерів дітей, хворих з РАС.

Метою статті було теоретично дослідити та емпірично виявити особливості детермінації страхів матерів дітей з РАС.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали вихідні положення теорії виникнення, причин і розвитку страху (Ю. Біннебезель, Д. Боулбі, Е. Еріксон, К. Ізард, Е. Міллер, З. Фрейд, А. Фрейд, С. Холл, С. К'єркегор, К. Хорні, Ф. Ріман та ін.), положення про вікові закономірності розвитку особистості, особливості страху і тривоги у дітей (І. Бех, М. Боришевський, А. Запорожець, Н. Карпенко, Г. Католик, С. Максименко, Н. Олійник, А. Стульківська, С. Томчук та ін.).

Аутизм - психічне захворювання не встановленої етіології, схильне до хронічного плину, що виявляється типовими змінами особистості хворої дитини і різними по ступені виразності іншими психічними розладами, що часто приводять до стійких порушень соціальної адаптації і працездатності. Такі діти стають замкнутими, утрачають соціальні контакти, у них губляться емоційні реакції. Також спостерігаються різного ступеня виразності розлади відчуттів, сприйняття, мислення і рухово-вольових функцій.

Варто підкреслити, що найбільш значимими розладами в хворих з РАС є інтелектуальні й емоційні зміни особистості.

Емоції і почуття мають самостійну цінність для особистості. Розглянемо деякі погляди на види емоцій. Їх можна класифікувати за: 1) інтенсивністю; 2) тривалістю; 3) усвідомленістю; 4) походженням; 5) умовами виникнення; 6) дією на організм; 7) динамікою розвитку; 8) спрямованістю (на себе, на інших, на світ, на минуле, сьогодення або майбутнє); 10) способом їх

вираження в зовнішньому прояві (експресії); 11) нейрофізіологічною основою; 12) «знаком» (позитивні, негативні, нейтральні); 13) їх впливом на діяльність людини (гальмують або активізують і так далі).

Визнаний класик теорії емоцій К. Ізард виділив ряд основних емоційних станів, які назвав фундаментальними, а усі інші похідними. Кожна з фундаментальних має свій спектр характеристик і зовнішніх проявів, це:

- 1) інтерес-хвилювання;
- 2) радість;
- 3) здивування;
- 4) страждання - горе,
- 5) гнів;
- 6) відраза;
- 7) презирство;
- 8) страх;
- 9) сором.

У деяких з них обов'язково інтегрована емоція страху. Це щонайменше: гнів, сором, хвилювання. Кожна з перерахованих емоцій може також бути представлена як градація станів, що зростають по мірі вираженості. Кожна з перерахованих емоцій може також бути представлена як градація станів, що зростають по мірі вираженості. Приклад:

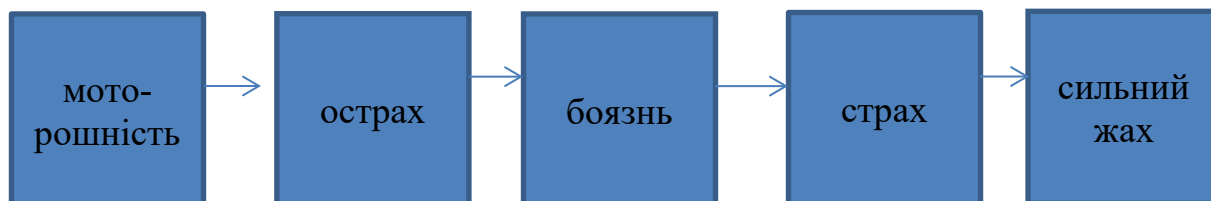


Рис.2. Градація станів страху, що зростають по мірі вираженості

Г. Сухарєва заклала основи симптоматики РАС, виокремивши такі ознаки, як аморфність мислення, слабкість волі, втрату інтересу до навколишнього середовища тощо. У її праці «Аналіз дитячих фантазій як метод вивчення емоційного життя дитини», опублікованій у Києві у 1921 році, було представлено нові наукові ідеї, зокрема поняття раннього недоумства, що викликало значний інтерес. Вона також першою описала синдром Аспергера, який сам Аспергер детально дослідив і описав лише у 1944 році.

Приділяючи велике значення розпізнаванню хвороби раннього дитячого аутизму і відійшовши від багатомірного підходу до розуміння психічної хвороби, звернемо увагу, по суті, на феноменологічні, навіть психологічні принципи в трактуванні аутизму. Переоцінюючи окремі симптоми, особливо – відхід хворих в уявлюваний світ, тобто в аутизм, і в значній мірі суб'єктивно



тлумачачи ці розлади, вчені відкривають дорогу розширювальній діагностиці аутизму. Науковці та психіатри стали виділяти м'які, в'яло текучі форми, що в ще більшому ступені розширило діагностику аутизму, включивши в нього ряд невіднесених сюди неврозо- і психопатоподібних станів[3; 4; 5; 6]. Відтоді і визначився в розумінні аутизму цей відхід від магістрального клініко-біологічного напрямку. Позначилися розходження й у розумінні сутності хвороби, що визначалася як «закономірний біологічний процес». У походженні хвороби ряд вчених особливо підкреслюють значення психогенних факторів [9].

В американській психіатрії за останні десятиліття, домінує погляд на аутизм як на прояв особистісних реакцій із психоаналітичним їх трактуванням. У психіатричних школах США, що дотримуються клінічної орієнтації, діагноз дитячий аутизм будується шляхом обчислення відсотка зі стандартної шкали в 10-12 симптомів [7; 8; 9].

Сьогодні дедалі частіше висловлюється думка, що пренатальна патологія може виникати не лише під впливом зовнішніх факторів (таких як вірусні інфекції, стреси, акушерські ускладнення), але й унаслідок генетичних чинників. Зокрема, це пов'язують із дефектами генів, які відповідають за міграцію та формування структур нейронів, що забезпечують міжклітинні зв'язки. Аргументом на підтримку гіпотези про порушення раннього розвитку мозку при аутизмі є дані про підвищений вміст у цереброспінальній рідині пацієнтів так званих молекул адгезії нервових клітин (N-CAM). Ці молекули відіграють ключову роль у процесах міграції, "розпізнавання" нервових клітин і встановлення зв'язків між ними. Також спостерігаються зміни вмісту речовин у крові, які належать до "факторів росту нервів".

Імовірно, різні форми аутизму мають генетичні відмінності, обумовлені унікальними комбінаціями окремих спадкових факторів. Саме ці комбінації визначають особливості клінічної картини, перебігу захворювання та впливають на складний і багатогранний досвід страху, який переживають матері таких дітей.

З метою перевірки висунутих завдань, а саме дослідження особливостей детермінант страхів матерів дітей, хворих на аутизм, ми сформували вибірку, яка складалась із 47 матерів дітей з діагнозом аутизм. Методиками нашого дослідження були: опитувальник САН, методика діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка, методика діагностики соціально-психологічної адаптації К.Роджерса і Р.Даймонда, методика діагностики рівня агресивності А.Ассінгера. Страх ми розглядали як складне багато-структурне генетичне утворення, яке інтегроване у різні інші структури наших станів чи переживань.

Первинні дані були опрацьовані за допомогою рангової кореляції Спірмена та статистичної програми STATISTICA 7.0. Для даної вибіркової сукупності ($N=60$) критичне значення коефіцієнта кореляції ($r_{кр}$) становить 0,352 при $p < 0,01$ та 0,252 при $p < 0,05$.



Проаналізувавши структуру взаємозв'язків між статусом досліджуваних, було визначено три статистичних зв'язки. Встановлено обернені кореляційні зв'язки ($r=-0,29$) з внутрішнім контролем, ($r=-0,29$) з зовнішнім контролем і ($r=-0,40$) з видимістю. Ймовірно це означає, що при збільшенні статусу зменшується зовнішній й внутрішній контроль та видимість.

З чинником самоприйняття взаємодіють наступні чинники: ($r=0,62$) активність, ($r=0,85$) настрій, ($r=0,29$) агресивність, ($r=-0,35$) тривожність, ($r=-0,27$) фрустрація. Це означає, що при збільшенні самоприйняття збільшується агресивність, настрій, активність та зменшується фрустрації з тривожністю. Можна говорити про безоцінкове позитивне ставлення матерів хворих дітей до себе, незважаючи на існуючі життєві проблеми та переживання. Активність досліджуваних прямо корелює з настроєм ($r=0,64$) та домінуванням ($r=0,25$) та обернено корелює з неприйняттям інших ($r=-0,26$). При підвищенні активності підвищується настрій та домінування та знижується відчуття неприйняття інших.

Також було встановлено прямі зв'язки між тривожністю та іншими факторами. Фрустрація ($r=0,60$), ригідність ($r=0,38$), емоційний дискомфорт ($r=0,36$), зовнішній контроль ($r=0,41$) (СКРІЗЬ ПРИСУТНІЯ ЕМОЦІЯ СТРАХУ!). А також п'ять обернених кореляційних зв'язків: настрій ($r=-0,42$), агресивність ($r=-0,27$), адаптивність ($r=-0,28$), внутрішній контроль ($r=-0,32$) і домінування ($r=-0,30$). При збільшенні тривожності (страху) збільшується зовнішній контроль, ригідність, фрустрація, емоційний дискомфорт та знижується настрій, адаптивність, внутрішній контроль, агресивність і домінування. Це можна трактувати як реакцію на невизначену загрозу щодо дитини та себе, що може бути результатом активності фантазії.

Також було встановлено чотири взаємозв'язки між фрустрацією та іншими чинниками. ($r=0,35$) емоційний дискомфорт, ($r=0,34$) зовнішній контроль, ($r=-0,34$) настрій та ($r=-0,37$) внутрішній контроль. При збільшенні фрустрації збільшується зовнішній контроль та емоційний дискомфорт, що може призвести до дезорганізації свідомості і діяльності, викликати агресію, депресію. В свою чергу знижується настрій і внутрішній контроль. Це може говорити про невпевненість і пасивність особистості

Агресивність досліджуваних прямо корелює з адаптивністю ($r=0,37$), брехливістю ($r=0,41$), прийняттям себе ($r=0,42$), неприйняттям себе ($r=0,57$), емоційним дискомфортом ($r=0,32$), внутрішнім контролем ($r=0,40$), домінуванням ($r=0,31$), видимістю ($r=0,29$), втечею від проблем ($r=0,26$).

На основі результатів кореляційного аналізу можемо підсумувати, що матері дітей, хворих на аутизм викривлено розуміють реальне соціально-психологічне становище по відношенню до інших людей, мають безоцінкове позитивне ставлення до себе, незважаючи на існуючі проблеми, у них присутня реакція на невизначену загрозу, виражена невпевненість і пасивність. Більшість усіх цих станів мають інтегроване почуття страху.



З метою пошуку детермінант страху у матерів проведено факторний аналіз даних. Факторний аналіз дозволив виділити окремі фактори – групи пов'язаних між собою чинників.

З першим фактором прямо корелюють такі чинники, як адаптивність ($r=0,898$), брехливість ($r=0,733$), прийняття себе ($r=0,852$), прийняття інших ($r=0,723$), емоційний комфорт ($r=0,773$), внутрішній контроль ($r=0,901$), домінування ($r=0,749$), видимість ($r=0,701$), втеча від проблем ($r=0,850$). Нами визначено його як «**Адаптивність**».

З другим фактором корелює чинник дезадаптивності ($r=0,719$) та зовнішній контроль ($r=0,771$). Його можливо ідентифікувати як «**Властивості особистості**». Дані шкали свідчать про дезадаптивність та схильність приписувати причини своїх дій зовнішнім чинникам.

З третім фактором корелюють чинники: само прийняття ($r=0,895$), активність ($r=0,767$), настроїв ($r=0,853$), що спонукало назвати його «**Психологічні стани**». Означені шкали характеризують позитивне ставлення людини до самої себе та місця в житті, загальний відносно стійкий емоційний стан людини. Найменше факторне навантаження має шкала – активність, а найбільше – самоприйняття.

Розглянемо детальніше перетин незалежних факторів у факторному полі.

Фактор1 * фактор 2. Перетин незалежного 1-го та 2-го фактора дав наступні результати. Простежується взаємопов'язаність шкал дезадаптивності і зовнішнього контролю, чим нижчий їх рівень, тим вищі психічні стани фактору адаптивності: домінування, емоційний комфорт і брехливість.

Фактор 1 * фактор 3. Перетин незалежного 1-го та 3-го незалежних факторів дав наступні результати, на основі яких простежуємо взаємозв'язок таких психічних станів: самоприйняття, настроїв, емоційний дискомфорт. Можемо припустити, що із зменшенням самоприйняття і активності збільшується емоційний дискомфорт і зовнішній контроль.

Фактор 2 * фактор 3. Перетин незалежного 2-го та 3-го факторів дав нам результати, на основі яких можемо відзначити взаємопов'язаність високих показників зовнішнього контролю. При цьому знижується самоприйняття, активність і настроїв.

Висновки. Найбільш значимими розладами в хворих з РАС є інтелектуальні й емоційні зміни особистості. Особливо важливими комунікаціями в інтеграції хворих дітей аутизмом є соціальна та трудова комунікація, що, в першу чергу належить матері, яка у свою чергу переповнена відчуттям страху за власну дитину, її перспектив та можливих небезпек. Багатогранність материнського страху криється також у проявах фрустрації, сорому, агресії щодо суспільства, яке не завжди в стані допомогти чи підтримати.

У результаті дослідження виявлено наступні детермінанти страхів матерів дітей з РАС: високі показники зовнішнього контролю, високий рівень



емоційного дискомфорту, дезадаптивність та схильність приписувати причини своїх дій зовнішнім чинникам, невпевненість особистості, реакція на невизначену загрозу, виражена невпевненість і пасивність. Більшість усіх цих станів мають інтегроване почуття страху. Дослідження тривають і мають нові горизонти, враховуючи реалії війни.

Література:

1. Прокопеч Д., Контлер Е. Невідомі харків'яни: Груня Сухарева, яка першою описала синдром Аспергера/ <https://gromada.group/news/nevidomi-harkiv-yani/3324-nevidomi-harkiv-yani-grunya-suharyeva-yaka-pershoyu-opisala-sindrom-aspergera>
2. Сухарева Груня Юхимівна <https://uk.wikipedia.org/>
3. Волжева Н.Б., Чайковська К.А. Розлади спектру аутизму як нова проблема психіатричної допомоги дорослим. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/5>
4. American Psychiatric Association Diagnostic criteria for 299.00 Autistic Disorder / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th, text revision (DSM-IV-TR). 2000. ISBN: 0890420254.
5. Лист МОЗ України від 09.11.2012 р. № 1-08-619.
6. МКБ-10. Клінічні описи та вказівки з діагностики / ВООЗ, 1992. Переклад Сфера, 1999. Видавництво Факт, 1999. ISBN: 966-7274-49-7.
7. AUTISM the NICE guideline on recognition, referral, diagnosis and management to adults on the autism spectrum; published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2012. ISBN: 978-1-908020-51-2.
8. Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders // *Annu Rev Public Health*. 2007. 28.P.235-258; DOI:10.1146/annurev.publhealth.
9. Борисенко О. М., Музика С. В. Концепції і теорії причин виникнення розладу спектра аутизму. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ* 2016. С.209-217 <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/898/1/2016-1bomrsa.pdf>
10. Підтримуємо людей з аутизмом. Захищаємо їх права. Все життя. МГО "Дитина з майбутнім" | INGO "ChildwithFuture". <https://cwf.com.ua/oficijni-czifri-kilkist-autistiv-u-sviti-postijno-zrosta%20d1%94/>

References

1. Prokopets, D., Kontler, E. Nevidomikharivians: Hrunia Sukhareva, who was the first to describe Asperger's syndrome. [Unknown Kharkiv residents: Grunya Sukhareva, who was the first to describe Asperger's syndrome]. *Hromada. Hrup*. URL : [https://gromada.group/news/nevidomi-harkiv-yani/3324-nevidomi-harkiv-yani-grunya-suharyeva-yaka-pershoyu-opisala-sindrom-aspergera\[inUkrainian\]](https://gromada.group/news/nevidomi-harkiv-yani/3324-nevidomi-harkiv-yani-grunya-suharyeva-yaka-pershoyu-opisala-sindrom-aspergera[inUkrainian]).
2. Sukhareva Hrunia Yukhymivna [Sukhareva GrunyaYukhymivna]. URL : <https://uk.wikipedia.org/> [inUkrainian].
3. Volzheva, N., Chaikovska, K. Rozlady spektru autyzmu yak nova problema psykhiatrychnoi dopomohy doroslym [Autism spectrum disorders as a new problem of psychiatric care for adults]. *NeuroNEWS: psychoneurology and neuropsychiatry*. URL : <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/5> [inUkrainian].
4. American Psychiatric Association Diagnostic criteria for 299.00 Autistic Disorder (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th, text revision (DSM-IV-TR) ISBN: 0890420254 [in English].
5. Lyst MOZ Ukrainy vid 09.11.2012 r. # 1-08-619 [Letter of the Ministry of Health of Ukraine dated 09.11.2012 No. 1-08-619] [inUkrainian].



6. МКБ-10. Klinichni opysy ta vkazivky z diahnostryky (1999) [ICD-10. Clinical descriptions and diagnostic guidelines]. VOOZ, 1992. ISBN: 966-7274-49-7: 966-7274-49-7 [in Ukrainian].

7. Autism the nice guideline on recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum (2012). *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist* [in English].

8. Newschaffer, C.J., Croen, L.A., Daniels, J. et al. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*. 28.R, 235–258; DOI:10.1146/annurev.publhealth [in English].

9. Borysenko, O., Muzyka, S. Kontseptsii i teoriiprychynv ynyknennia rozladu spektra autyzmu (2016) [Concepts and theories of the causes of autism spectrum disorder]. *Naukovyi visnyk Lvivskoho derzhavnoho universytetu vnutrishnikh sprav*, 1, 209–217. URL :<https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/898/1/2016-1bomrsa.pdf> [in Ukrainian].

10. Pidtrymuemo liudei z autyzmom. Zakhyshchaimo yikh prava. Vsezhyttia [We support people with autism. We protect their rights. For life]. MHO «Dytyna z maibutnim»/ INGO «Child with Future». URL :<https://cwf.com.ua/oficijni-czifri-kilkist-autistiv-u-sviti-postijn-zrosta%1%94/> [in Ukrainian].