

УДК 316.061.213(477.72)

DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2021.6.12>

Бурлачук Леонід Фокович,

доктор психологічних наук,
професор, професор кафедри клінічної психології
Київського інституту сучасної психології та психотерапії
ORCID ID: 0000-0002-3704-8847

Лисенко Ірина Павлівна,

доктор психологічних наук,
професор, професор кафедри клінічної психології
Київського інституту сучасної психології та психотерапії
ORCID ID: 0000-0002-2749-3461

Завязкіна Наталія Володимирівна,

доктор психологічних наук,
професор кафедри клінічної психології
Київського інституту сучасної психології та психотерапії
ORCID ID: 0000-0001-5565-8959

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ВИЗНАЧЕННЯ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА В ІСТОРИЧНОМУ КОНТЕКСТІ ТА НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

METHODOLOGICAL APPROACHES TO DETERMINATION OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS IN HISTORICAL CONTEXT AND AT THE PRESENT STAGE

У статті розглянуті основні етапи формування підходів щодо визначення та вивчення розладів аутистичного спектра (РАС). РАС розглядається як розлад нейророзвитку, який характеризується соціальними та комунікативними дефіцитами та повторюваною поведінкою. Здебільшого РАС дебютують у ранньому дитинстві та мають значний негативний вплив на особистість дитини, членів її родини та якість життя загалом. За частотою РАС займають четверте місце серед різноманітних видів хронічної нервово-психічної патології в дітей. В Україні зареєстровано понад 7000 дітей та підлітків із РАС. Незважаючи на те, що з часом поведінка осіб із РАС може бути адаптована до життя в суспільстві, ці розлади справляють значний вплив на якість життя, соціальну взаємодію та майбутнє як дітей та дорослих, так і їхніх родин. За даними більшості досліджень, у разі своєчасної та ранньої комплексної діагностики та психологічної корекції, ці розлади можуть бути пом'якшені і більшість таких дітей можуть досягти рівня соціалізації, необхідного для життя в суспільстві. Сучасні уявлення щодо причин і механізмів РАС базуються на численних даних, які свідчать про наявність вираженої патології на різноманітних рівнях організму, від психічного та нейрофізіологічного до нейрохімічного й анатомічного, а також на результатах генетичних досліджень. У психологічній світовій практиці наявна значна кількість емпіричного матеріалу, корекційних методів та методик допомоги дітям із розладами аутистичного спектру. Описані методи корекційного впливу різняться залежно від теоретичних позицій дослідників, їхніх поглядів на етіопатогенез аутизму. Незважаючи на це, більшість із них може бути взята за основу розробки ефективної вітчизняної системи корекції та реабілітації дітей з аутизмом із метою забезпечення адекватного психолого-педагогічного супроводу цієї категорії осіб. Питання про РАС розглядаються більш ніж півстоліття. Залежно від наукового напрямку, їх верифікують як симптом, синдром, хворобу або патологію розвитку. Це відображено й у міжнародних класифікаціях хвороб, де аутистичні розлади визначено серед найрізноманітніших порушень розвитку.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, психодіагностика, якість життя, психокорекція, реабілітація.

The main stages of formation of approaches to the definition and study of autism spectrum disorders are considered in the article. RAS is considered a disorder of neurodevelopment, characterized by social and communicative deficits and repetitive behavior. In most cases, ASDs debut in early childhood and have a significant negative impact on the child's personality, family members and quality of life in general. According to the frequency of RAS, they rank fourth among various types of chronic

neuropsychiatric pathology in children. More than 7,000 children and adolescents with ASD are registered in Ukraine. Although over time, the behavior of people with ASD can be adapted and adapted to life in society, these disorders have a significant impact on quality of life, social interaction and the future for both children and adults and their families. According to most studies, with timely and early comprehensive diagnosis and psychological correction, these disorders can be alleviated and most of these children can reach the level of socialization necessary for life in society. Modern ideas about the causes and mechanisms of ASD are based on numerous data that indicate the presence of severe pathology at various levels of the body, from mental and neurophysiological to neurochemical and anatomical, as well as the results of genetic research. In psychological world practice there is a significant amount of empirical material, correctional methods and techniques to help children with autism spectrum disorders. The described methods of corrective action differ depending on the theoretical positions of researchers of their views on the etiopathogenesis of autism. Nevertheless, most of them can be used as a basis for developing an effective domestic system of correction and rehabilitation of children with autism in order to provide adequate psychological and pedagogical support for this category of people. Issues of RAS have been considered for more than half a century. Depending on the scientific field, they are verified as a symptom, syndrome, disease or pathology of development. This is reflected in the international classifications of diseases in which autistic disorders are identified among a variety of developmental disorders.

Key words: *autism spectrum disorders, psychodiagnostics, quality of life, psychocorrection, rehabilitation.*

Розлади аутистичного спектра (далі – РАС), як загальний розлад психічного розвитку, простежуються у 4–5 випадках на 10 000 дітей (0,04–0,05%). За частотою РАС займають четверте місце серед різноманітних видів хронічної нервово-психічної патології в дітей. В Україні зареєстровано понад 7000 дітей та підлітків із РАС. Незважаючи на те, що з часом поведінка осіб із РАС може бути адаптована до життя в суспільстві, ці розлади справляють значний вплив на якість життя, соціальну взаємодію та майбутнє як дітей та дорослих, так і їхніх родин.

РАС розглядається як розлад нейророзвитку, який характеризується соціальними та комунікативними дефіцитами та повторюваною поведінкою. Здебільшого РАС дебютують у ранньому дитинстві та негативно впливають на особистість дитини, членів її родини та якість життя загалом [1–4].

За даними більшості досліджень, у разі сучасної та ранньої комплексної діагностики та психологічної корекції ці розлади можуть бути пом'якшені і більшість таких дітей можуть досягти рівня соціалізації, необхідного для життя в суспільстві.

Тривалий час аутичні діти були позбавлені доступних для інших осіб форм допомоги. Лише у 70–80-х роках ХХ століття були зроблені перші кроки у напрямі напрацювання адекватної моделі допомоги особам з аутизмом.

Загальновідомо, що найбільш ефективною є робота через мотивацію дитини. Здобуті навички підлягають швидкій інтеріоризації, якщо це потрібно самій дитині, а не тільки її оточенню. Тому психокорекційна робота має враховувати зацікавленість самої дитини. Певні обмеження в діяльності дитини, за умови правильного впливу, можуть стати базою для формування її позитивних навичок. Так, дослідження Патріссії Хоулін 2009 року [5; 6] показало, що 1/3 дорослих людей із РАС, маючи обмеження в певних видах діяль-

ності, демонстрували видатні здібності в одній і більше сферах в інших видах діяльності. Така ситуація зумовлює важливість дослідження сильних сторін дітей із РАС та створення відповідних методик та заходів щодо психокорекції.

У країнах Західної Європи, Сполучених Штатах Америки та Японії підходи до корекції осіб із РАС характеризуються великою різноманітністю, що, зокрема, було відображено ще в 1995 році в довіднику Національного аутистичного товариства Великобританії «Підходи до корекції аутизму». Він включає більше 70 пунктів. Практичне значення серед них мають оперативне навчання (на основі біхевіоральної психології) і програма ТЕАССН. У Великобританії фахівцям було рекомендовано кілька методик впливу на дитину, а саме: оперативне навчання, групова терапія, метод вибору, програма ТЕАССН тощо [7; 8]. Л. Мотрон запропонував змінити акценти в наданні психологічної допомоги дітям із РАС та зосередити взаємодію з батьками на збагаченні несоціальних інтересів дитини замість збагачення типових соціально-комунікативних передумов інформації. Він вважає, що діяльність, яка буде проводитися паралельно з дитиною, буде заснована на спільних інтересах та сприятиме розвитку соціальної взаємодії [9; 10].

У становленні теорії аутизму зазвичай виділяють такі етапи.

Донозологічний етап (кінець ХІХ – початок ХХ ст.), до якого зараховують окремі згадки про дітей із прагненням до самотності та втечі. Одним із перших, хто привернув увагу на малих дітей із тяжкими психічними порушеннями та вираженими відхиленнями, затримкою і розладами процесу розвитку, був психіатр Г. Маудслей (1867), який розглядав такі розлади як «психози».

ІІ етап – «*доканнерівський*» – у розвитку проблеми аутизму охоплює 20–40-ві роки ХХ сторіччя. Він характеризується виявленням у дітей

так званої «шизоїдії». Саме в цей період виникає термін «аутизм» (грец. “*autos*” – сам). У наукову термінологію психіатрії його ввів Е. Бльойлер (1920), який трактував аутизм як симптом шизофренії та розглядав його як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, «особливого світу мрій і фантазій». У працях Е. Бльойлера (а згодом і Л. Каннера) йшлося про замкнених дітей, хоча пізніші дослідження, проведені з метою виявлення соціальних ознак аутизму (С. Байрон-Кохен, Л. Бобкович, Л. Вінг, Дж. Глатзель, Б. Кауфман, Е. Мінковські, П. Рандел, Б. Рімланд, Е. Шоплер, Т. Яшімото), засвідчили, що назва неповною мірою відображає зміст поняття, оскільки багатьох аутистичних дітей можна охарактеризувати як «активних», але «дивних», однак не замкнених [8; 11; 12].

На думку Е. Мінковські (1927), аутизм є наслідком порушення «вітального» інстинкту. У роботах Саллівана (1953) аутизм розглядається як наслідок регресу на ранньому рівні психічного онтогенезу.

Слід підкреслити, що такі нетотожні поняття, як «аутизм», «аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка», довгі роки вживали як синоніми, що зумовлювало серйозні кваліфікаційні та діагностичні труднощі.

III етап називають «каннерівським» (40–80-ті роки ХХ ст.). У цей період публікуються фундаментальні праці з проблем дитячого аутизму, одним із ключових авторів яких був Л. Каннер (1943). У своїх працях він описує особливі стани в дітей, що проявляються з перших років життя та зумовлені значною самоізоляцією. Він пропонує назвати ці стани «раннім дитячим аутизмом». Концепція раннього дитячого аутизму Каннера відрізнялася від бльойлерівського трактування аутизму, незважаючи на те, що у витоках цієї концепції лежали найвідоміші дослідження аутизму при шизофренії, проведені в Європі та США [13; 14]. Л. Каннер вважав, що синдром раннього дитячого аутизму частіше трапляється в дітей, ніж це вважалось раніше, і що ранній дитячий аутизм помилково розглядали як розумову відсталість або дитячу шизофренію. Він виділяє п'ять основних критеріїв дитячого аутизму: глибоке порушення контакту з іншими людьми; нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності; поглинутість предметами, які крутяться; мутизм, або мовлення, не спрямоване на міжособистісне спілкування; високий когнітивний потенціал.

На підставі великої кількості спостережень Л. Каннер доходить висновку, що одними з головних критеріїв дитячого аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення

до одноманітних форм активності (від трьох інших критеріїв як основних він відмовляється).

Складні й різні психопатологічні симптоми в клініці дитячого аутизму були підставою для того, щоб розглядати це захворювання як окремий розлад, але феноменологічне визначення Каннером зберігається колишнє – аутизм. Це згодом зумовило деяку плутанину між поняттям дитячого аутизму як розладу та аутизму як симптому (за Е. Бльойлером). Тому, коли йдеться про ранній дитячий аутизм, мається на увазі не симптом аутизму в бльойлерівському розумінні, який постає як ознака при різних нозологіях, насамперед шизофренії, а розлад, названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом Каннера.

IV етап – «постканнерівський», 50–90-ті роки ХХ ст. У цей період аутистичні розлади в дітей вивчаються за допомогою уточнення клініко-психопатологічних особливостей раннього дитячого аутизму. У результаті досліджень багатьох авторів (В.М. Башина, Г.Н. Пивоварова, 1970; В.М. Башина, 1980; Е. Ентоні, 1958; Б. Рімланд, 1964; Дж. Лутц, 1968; Л. Вінг, 1981; М. Руттер, 1987 та ін.) у структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади, уточнити терміни клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів поряд із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності (Л. Каннер, 1956, В. М. Башина, 1975, 1978, 1980; Л. Ейзенберг, та ін.) [15–17]. З дитячої шизофренії був виділений і ретельно описаний синдром Ретта, за наявності якого визначалися аутистичні симптоми, що виявлялися на першій стадії його розвитку (В.М. Башина та ін., 1993, 1995; Ретт А., 1966; Хагберг Б., 1985) [8].

Згодом з'являються праці, в яких автори доводять «неспецифічність раннього дитячого аутизму». Послідовники психогенезу пов'язують формування раннього дитячого аутизму з порушенням симбіозу між матір'ю і дитиною, розладом адаптаційних механізмів у незрілої особистості, а також впливом таких зовнішніх чинників, як пологи, вікові кризові періоди, інфекції, травми, відстоюючи багатофакторність раннього дитячого аутизму (М. Махлер, 1959, 1972; З. Руттенберг, 1970 та ін.).

Великі досягнення у сфері вивчення диференційованих форм розумової відсталості привели до опису аутистичних симптомів при розумовій відсталості, синдромі Дауна й інших розладах (Г.С. Маринчева, В.І. Гаврилов, 1988 та ін.).

У сучасній літературі використовують термін «розлади аутистичного спектру» (РАС), під яким

мають на увазі розлад нейророзвитку, який характеризується соціальними та комунікативними дефіцитами та повторюваною поведінкою, має значний негативний вплив на особистість дитини, членів її родини та якість життя загалом. Існують дані про те, що РАС може супроводжувати тяжкі захворювання ЦНС. Аутизм описується при шизофренічному процесі та органічній патології мозку.

Існує зв'язок між аутизмом і нападами епілепсії: приблизно у 20–30% пацієнтів можуть зазначатися епілептичні напади. Інтерес дослідників викликає й синдром Ландау – Клеффнера, який також відомий як «придбана епілептична афазія». Деякі особи із таким діагнозом можуть раптово втратити мову та здатність до розуміння. Важливість діагностування цього синдрому полягає в тому, що він виникає спонтанно та потребує необхідних медичних кроків.

Диференційна діагностика проводиться також щодо аналізу страхів та фантазій дітей із РАС. Страхі проявляються доволі рано, можуть бути дифузними, неконкретними, на рівні загальної тривоги, а також диференційованими, коли дитина боїться визначених предметів і явищ, причому перелік об'єктів страху може бути нескінченним: парасолі, м'які іграшки, шум від електроприладів, собаки, все біле, машини та інше. Страхі різняться за своєю природою. В одних випадках причина полягає у підвищеній чутливості до сенсорних впливів, наприклад, звук, що не викликає в більшості людей неприємні відчуття, для дитини з аутизмом може виявитись надмірно потужним і стати джерелом дискомфорту. В інших випадках об'єкт страху дійсно є джерелом певної небезпеки, але займає занадто велике місце в переживаннях дитини, небезпека переоцінюється. Страх також може бути пов'язаний із загрозливою подією (наприклад, у поліклініці зробили укол), однак фіксується тільки певний елемент (білий колір халату медсестри), котрий і стає предметом страху: дитина жахається всього білого.

Ще однією особливістю внутрішнього світу дітей із РАС є аутистичні фантазії. Їхні основні риси – відірваність від реальності, слабкий, неповний та викривлений зв'язок з оточенням. Ці стійкі фантазії заміщують реальні переживання та враження, нерідко відображають страхи дитини, її надпристрасті та надцінні інтереси є результатом усвідомлення дитиною в тій чи іншій мірі власної неспроможності, а інколи результатом порушення сфери потягів та інстинктів.

Отже, питання про РАС розглядаються більш ніж півстоліття. Залежно від наукового напрямку їх верифікують як симптом, синдром, хворобу або

патологію розвитку. Це відображено й у міжнародних класифікаціях хвороб, де аутистичні розлади визначено серед найрізноманітніших порушень розвитку.

Сучасні уявлення щодо причин і механізмів РАС базуються на численних даних, які свідчать про наявність вираженої патології на різноманітних рівнях організму, від психічного та нейрофізіологічного до нейрохімічного й анатомічного, а також на результатах генетичних досліджень [18]. Деякі науковці головним вважають вплив резидуально-органічного чинника (наслідки патології вагітності, пологів, черепно-мозкових травм та інфекцій). Інші зараховують аутизм до групи дитячої шизофренії. Є також думка, що РАС виникають внаслідок вродженої дисфункції мозку, спадково зумовленого недорозвитку відчуттів, або ж це є наслідком недорозвинення нейронних структур, потрібних для переробки інформації.

Нині вважається ймовірним зв'язок РСА з хромосомною патологією, частіше за все синдромом ламкою Х-хромосоми. Спеціальне дослідження 122 дітей з аутистичними порушеннями виявило ламку Х-хромосому в 19% досліджених хлопців.

М. Lebojer та ін. підсумували наявні результати генетичних досліджень при РАС. За цими даними, аутизм трапляється в усіх соціальних класах і в усіх народів з однаковою частотою. Всюди однаковим є співвідношення між хлопцями та дівчатами – воно становить 4:1. Серед братів та сестер частота аутизму – 1:35–37, що у 50 разів більше, ніж у загальній популяції. Конкордантність за РСА у дизиготних близнюків становить 30–40%, у монозиготних – 83–95%. К.С. Лебединська та О. С. Нікольська вказують на наявність інтелектуальних розладів і тяжких порушень мовлення у 15% братів та сестер дітей з аутизмом. Зіставлення цих даних дає змогу припустити, що аутичні розлади – гетерогенна форма патології з певними змінами в перинальному періоді: порушеннями дозрівання нейронів, їх передчасним й підвищеним руйнуванням, а також порушення міграції під впливом ендо- та екзогенних чинників. Ймовірність розвитку аутизму підвищується, якщо жінка під час вагітності хворіла краснухою, до чи після вагітності мала справу з токсичними хімічними речовинами, а також якщо є певна специфіка мозкової локалізації – патологія стовбурових відділів мозку, ретикулярної формації, підкіркових ядер; вестибулярної системи; лівої медіо-темпоральної ділянки, лобно-лімбічної системи та гіпоактивацією правої півкулі та мозочка [3; 19].

Провідну роль емоційних порушень у розвитку аутизму підкреслено в теорії R. Hobson. Автор

розглядає аутизм переважно як афективний розлад із порушенням міжособистісних стосунків, адже за аутизму не формується здатність сприймати афективну експресію інших і відповідати на неї. Це підтверджується результатами експериментальних досліджень, спрямованих на вивчення здатності оцінювати емоційний вираз обличчя людей. Через таку недостатність аутична дитина не отримує необхідного соціального досвіду. Автори ще однієї концепції – В.В. Лебединський, О.С. Нікольська, О.Р. Баєнська, М.М. Ліблінг та ін. – наголошують на розладах афективної сфери дитини як чинника порушень моторних процесів, сприймання, мовлення і когнітивних функцій [20; 21]. На їхній погляд, унаслідок біологічної недостатності з моменту народження в аутиста порушено активну взаємодію з середовищем, знижується поріг афективного дискомфорту в контактах із зовнішнім світом, що є причиною надмірної чутливості і вразливості дітей із розладами аутичного спектра.

Когнітивні концепції розвитку аутизму узагальнені в теорії U. Frith. На основі результатів експериментальних досліджень і спостережень, які виявили специфічні здібності в осіб з аутизмом (наприклад, високі показники в запам'ятовуванні слів, уміння відтворювати безглузді звукосполучення, виокремлювати другорядні ознаки для класифікації, тощо), було висунуте припущення про специфічний дисбаланс в інтеграції інформації. Нормальний процес переробки інформації передбачає тенденцію поєднання розрізної інформації в єдину картину, пов'язану «центральною зв'язкою» («central coherence»). На думку автора концепції, в аутистів порушена саме ця універсальна властивість [15].

У зарубіжній практиці основними критеріями діагностики розладів спектра аутизму виступають три ключові ознаки, що відомі як триада Лори Вінг:

- 1) якісні погіршення у сфері соціальної взаємодії;
- 2) якісні погіршення вербальної та невербальної комунікації, а також уяви; 3) досить обмежений репертуар видів активності та інтересів [15].

Аналіз методів психологічної діагностики РАС доводить, що більшість із них спрямована на визначення дефіцитів дитини та аналізу сформованих за віком навичок. Але вони не досліджують ступінь розвинення тої чи іншої здібності. Наприклад, методика Modified Checklist for Autism in Toddlers, модифікований опитувальник із приводу аутизму в дітей раннього віку (Robins, Fein, Barton & Green, 2001), не дає уявлення про сильні сторони дитини. Тест CARS – The Childhood Autism Rating Scale, рейтингова шкала дитячого аутизму (Schopler, Reichler & Renner, 1988), спрямована лише на виявлення дефіцитів, властивих РАС. Тестування за методиками ADI-R Autism Diagnostic Interview – Revised, інтерв'ю для діагностики аутизму (Lord, Rutter & Le Couteur, 1994) дають загальне уявлення про навички в дитини, а також про їх дефіцит порівняно з нормою, що належить до тестування за методикою PEP-3 Psychoeducational Profile (Schopler & Reichler, 1979).

Таким чином, у психологічній світовій практиці наявна значна кількість емпіричного матеріалу, корекційних методів та методик допомоги дітям із розладами аутичного спектра. Описані методи корекційного впливу різняться залежно від теоретичних позицій дослідників їх поглядів на етіопатогенез аутизму. Незважаючи на це, більшість із них може бути взята за основу розробки ефективної вітчизняної системи корекції та реабілітації дітей із аутизмом із метою забезпечення адекватного психолого-педагогічного супроводу цієї категорії осіб. Подальші розвідки щодо заявленої проблематики варто враховувати у психологічному супроводі підлітків із РАС.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Арашатская О. С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.10. Москва, 2005. 266 с.
2. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей. Дефектология. 1995. № 2. С. 8–17.
3. Никольская О. С. Аутичный ребенок: пути помощи. Москва, 1997. 223 с.
4. Особое детство: шаг на встречу переменам. Москва : Теревинф, 2006. 168 с.
5. Hermelin, B., and O'connor, N.. Spatial coding in normal, autistic and blind children, 1971. Percept. Mot. Skills 33, 127–132. doi: 10.2466/pms.1971.33.1.127
6. Hermelin, B., and O'connor, N. The recall of digits by normal, deaf and autistic children, 1975. Br. J. Psychol. 66, 203–209. doi: 10.1111/j.2044-8295.1975.tb01456
7. Тарасун В. В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Київ : Науковий світ, 2004. 100 с.
8. Чуприков А. П., Хворова Г. М. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів, 2012. 184 с.
9. Mottron, L., and Belleville, S. A study of perceptual analysis in a high-level autistic subject with exceptional graphic abilities, 1993. Brain Cogn. 23, 279–309. doi: 10.1006/brcg.1993.1060
10. Mottron, L., and Belleville, S. Perspective production in a savant autistic draughtsman. Psychol, 1995. Med. 25, 639–648. doi: 10.1017/s0033291700033547

11. Ранній дитячий аутизм : навчально-методичний посібник. Київ, 2005. 65 с.
12. Специальная педагогика / под. ред. Н. М. Назаровой. М., 2000. 391 с.
13. Каган В. Е. Аутизм у детей. Ленинград : Медицина, 1981. 124 с.
14. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 288 с.
15. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. Москва : Теревинф, 2006. 216 с.
16. Башина В. М. Современное состояние проблемы аутизма в детском возрасте. *Психиатрия*. 2003. № 3. С. 7–11.
17. Башина В. М. Аутизм в детстве. Москва : Медицина, 1999. 240 с.
18. Борис Л. М. Диференціація раннього дитячого аутизму від інших порушень розумового розвитку. Духовні та соціально-психологічні аспекти допомоги дітям із загальними порушеннями розвитку в системі інтеграційної освіти. Львів : Інститут соціогуманітарних проблем людини ЗНЦ НАН України і МОН України, 2005. 92 с.
19. Лебединская К. С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма. *Дефектология*. 1994. № 2. С. 3–8.
20. Лебединский В. В. Нарушение психического развития у детей. Москва, 1985. 130 с.
21. Никольская О. С. и др. Аутичный ребенок, пути помощи. Москва, 2000. 234 с.