Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2026. Т. 13. № 4(36). С. 601–616
Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2026;13(4(36)):601–616

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-36-05
УДК: 616.89-008.441.1/.454-055.52:616.896-053.2

CC BY
OPEN ACCESS

Тривожні та депресивні прояви у батьків дітей із розладами аутистичного спектра: клініко-психопатологічний аналіз

Маркова М.В.[1,3], https://orcid.org/0000-0003-0726-4925, e-mail: markova.md.professor@gmail.com
Кожухар Р.П.[1,2], https://orcid.org/0009-0004-6106-5518, e-mail: radyslavkozhukhar@gmail.com

[1]Харківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України, Харків, Україна
[2]Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна дитяча лікарня Кіровоградської обласної ради», Кропивницький, Україна
[3]Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», Київ, Україна

Anxiety and depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders: a clinical and psychopathological analysis

Markova M.V.[1,3], https://orcid.org/0000-0003-0726-4925, e-mail: markova.md.professor@gmail.com
Kozhukhar R.P.[1,2], https://orcid.org/0009-0004-6106-5518, e-mail: radyslavkozhukhar@gmail.com

[1]Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine
[2]Municipal Non-Profit Enterprise «Regional Clinical Children's Hospital of the Kirovohrad Regional Council», Kropyvnytskyi, Ukraine
[3]State Institution «Kundiiev Institute of Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»

Ключові слова:

розлади аутистичного спектра, батьки дітей із РАС, тривога, депресія, клініко-психопатологічний аналіз, гендерні особливості, медико-психологічний супровід.

Для кореспонденції:

Кожухар Радислав Павлович
Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна дитяча лікарня Кіровоградської обласної ради», Центр ментального здоров'я; просп. Вінниченка, буд. 1, м. Кропивницький, Україна, 25006;

e-mail: radyslavkozhukhar@gmail.com

© Маркова М.В., Кожухар Р.П., 2026

РЕЗЮМЕ

Актуальність. Розлади аутистичного спектра (РАС) у дитини є значущим хронічним психосоціальним чинником для всієї родини та можуть супроводжуватися підвищеним психоемоційним навантаженням на батьків. Особливої клінічної значущості набуває вивчення тривожних і депресивних проявів у батьків дітей із РАС з урахуванням гендерних особливостей та клініко-психопатологічної структури реагування.

Мета роботи – визначити особливості тривожних і депресивних проявів у батьків дітей із РАС для обґрунтування в подальшому специфічних мішеней медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу таких родин.

Матеріал і методи. Дослідження мало порівняльний поперечний дизайн. Обстежено 75 родин, загалом 150 респондентів. Основну групу склали 50 родин, які виховують дитину з РАС, загалом 100 батьків: 50 матерів і 50 батьків. Групу порівняння склали 25 родин, які виховують дитину без порушень психіки і поведінки, загалом 50 респондентів: 25 матерів і 25 батьків. Використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи. Тривожні й депресивні прояви оцінювали за допомогою Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Результати. У батьків дітей із РАС встановлено статистично значуще вищий рівень тривожних проявів порівняно з групою порівняння: HADS-A становив 6,96±5,37 бала проти 5,16±3,80 бала відповідно (p=0,009). Субклінічні або клінічно значущі тривожні прояви виявлено у 63,0% респондентів основної групи проти 42,0% у групі порівняння (p=0,023); клінічно значуща тривога реєструвалася у 28,0% батьків дітей із РАС і не була виявлена у групі порівняння. Рівень депресивних проявів також був статистично значуще вищим в основній групі: HADS-D становив 7,14±7,49 бала проти 4,12±3,85 бала у групі порівняння (p=0,029). Субклінічні або клінічно значущі депресивні прояви встановлено у 45,0% батьків дітей із РАС проти 26,0% у групі порівняння (p=0,032), а клінічно значущі депресивні прояви – у 18,0% проти 2,0% відповідно (p=0,004).

Гендерний аналіз показав більшу вираженість тривожних і депресивних проявів у матерів дітей із РАС: HADS-A у матерів становив 8,04±4,57 бала проти 5,88±5,92 бала у батьків (p=0,021), HADS-D – 8,00±5,86 бала проти 6,28±8,80 бала відповідно (p=0,001). Клініко-психопатологічний аналіз засвідчив, що провідним радикалом психоемоційного реагування у батьків дітей із РАС є тривожно-депресивний радикал із переважанням тривоги. У матерів він частіше мав тривожно-румінативний і тривожно-ажитований характер, тоді як у батьків – тривожно-соматизований, астенізований та частково дисфоричний.

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Висновки. Батьки дітей із РАС становлять групу підвищеного ризику щодо формування тривожних і депресивних проявів, причому тривожна симптоматика є провідним психоемоційним феноменом. Матері дітей із РАС є найбільш вразливою підгрупою щодо вираженості тривожно-депресивного реагування. Виявлені клініко-психопатологічні особливості дозволяють визначити перспективні мішені медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу: тривожне очікування, румінації, катастрофізацію, почуття провини, зниження батьківської самоефективності, емоційне виснаження, порушення сну, соматизоване напруження, труднощі емоційної саморегуляції, порушення сімейної комунікації та дефіцит соціальної підтримки.

Для цитування:

Маркова М.В., Кожухар Р.П. Тривожні та депресивні прояви у батьків дітей із розладами аутистичного спектра: клініко-психопатологічний аналіз. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2026. Т. 13, №4 (36). С. 601–616. DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-36-05

Key words:

autism spectrum disorder, parents of children with ASD, anxiety, depression, clinical and psychopathological analysis, gender differences, medical and psychological support.

For correspondence:

Kozhukhar Radyslav Pavlovych
Municipal Non-Profit Enterprise
«Regional Clinical Children's Hospital of the Kirovohrad Regional Council»,
Mental Health Center;
1 Vynnychenka Ave., Kropyvnytskyi, Ukraine, 25006;

e-mail: radyslavkozhukhar@gmail.com

© *Markova M.V., Kozhukhar R.P., 2026*

ABSTRACT

Background. Autism spectrum disorder in a child constitutes a significant chronic psychosocial factor affecting the entire family and may be accompanied by an increased psycho-emotional burden among parents. Investigating anxiety and depressive symptoms in parents of children with ASD, taking into account gender-specific features and the clinical and psychopathological structure of their responses, is of particular clinical relevance.
Purpose – to characterize anxiety and depressive symptoms in parents of children with ASD as a basis for identifying specific targets for subsequent medical, psychological, and psychotherapeutic support for these families.
Materials and Methods. The study employed a comparative cross-sectional design. A total of 75 families comprising 150 respondents were examined. The study group included 50 families raising a child with ASD, totaling 100 parents: 50 mothers and 50 fathers. The comparison group included 25 families raising a child without mental or behavioral disorders, totaling 50 respondents: 25 mothers and 25 fathers. Clinical history-taking, clinical and psychopathological assessment, psychodiagnostic testing, and statistical analysis were used. Anxiety and depressive symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
Results. Parents of children with ASD had a statistically significantly higher level of anxiety symptoms than the comparison group: the mean HADS-A score was 6.96 ± 5.37 versus 5.16 ± 3.80, respectively ($p = 0.009$). Subclinical or clinically significant anxiety symptoms were identified in 63.0% of respondents in the study group versus 42.0% in the comparison group ($p = 0.023$); clinically significant anxiety was recorded in 28.0% of parents of children with ASD and was not detected in the comparison group. Depressive symptoms were also statistically significantly more pronounced in the study group: the mean HADS-D score was 7.14 ± 7.49 versus 4.12 ± 3.85 in the comparison group ($p = 0.029$). Subclinical or clinically significant depressive symptoms were identified in 45.0% of parents of children with ASD versus 26.0% in the comparison group ($p = 0.032$), while clinically significant depressive symptoms were found in 18.0% versus 2.0%, respectively ($p = 0.004$).
Gender-stratified analysis revealed more pronounced anxiety and depressive symptoms in mothers of children with ASD: the mean HADS-A score was 8.04 ± 4.57 in mothers versus 5.88 ± 5.92 in fathers ($p = 0.021$), and the mean HADS-D score was 8.00 ± 5.86 versus 6.28 ± 8.80, respectively ($p = 0.001$). Clinical and psychopathological analysis showed that the predominant psycho-emotional response pattern among parents of children with ASD was an anxious-depressive pattern with anxiety predominating. In mothers, it more often had anxious-ruminative and anxious-agitated features, whereas in fathers it was characterized by anxious-somatized, asthenic, and partly dysphoric features.
Conclusions. Parents of children with ASD are at increased risk of developing anxiety and depressive symptoms, with anxiety being the predominant psycho-emotional phenomenon. Mothers of children with ASD constitute the subgroup most vulnerable to pronounced anxious-depressive responses. The identified clinical and psychopathological features indicate promising targets for medical, psychological, and psychotherapeutic support: anxious anticipation, rumination, catastrophizing, guilt, reduced parental self-efficacy, emotional exhaustion, sleep disturbances, somatized tension, difficulties with emotional self-regulation, impaired family communication, and insufficient social support.

For citation:

Markova MV, Kozhukhar RP. Anxiety and depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders: a clinical and psychopathological analysis. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology.* 2026;13(4(36)):601–616. DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-36-05

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

ВСТУП

Розлади аутистичного спектра (РАС) належать до групи нейророзвиткових порушень, що характеризуються стійкими труднощами соціальної комунікації та соціальної взаємодії, а також обмеженими, повторюваними формами поведінки, інтересів або діяльності. РАС розглядається як гетерогенний клінічний континуум із різним рівнем функціональних потреб, що вимагає не лише діагностичного та терапевтичного супроводу дитини, а й урахування сімейного контексту її розвитку [1]. Глобальна поширеність РАС і зростання потреби в системах раннього виявлення, підтримки та довготривалого супроводу підтверджені сучасними епідеміологічними оглядами [2].

Виховання дитини з РАС часто супроводжується тривалим психоемоційним навантаженням для батьків. Його формують невизначеність щодо подальшого розвитку дитини, необхідність постійної організації медичного, психологічного, педагогічного та соціального супроводу, поведінкові й комунікативні труднощі дитини, фінансові витрати, обмеження соціальної активності родини та досвід стигматизації. У метааналізі S.A. Hayes і S.L. Watson показано, що батьки дітей із РАС мають вищий рівень батьківського стресу порівняно з батьками дітей із типовим розвитком та низкою інших порушень розвитку [3]. Дані систематичних оглядів також свідчать про зв'язок поведінкових і емоційних проблем у дітей із РАС із психологічним дистресом їхніх батьків [4].

Особливої уваги потребує психічний стан батьків як ключових учасників реабілітаційного процесу. Саме батьки забезпечують щоденний догляд, підтримують комунікацію дитини з фахівцями, приймають рішення щодо лікування, корекційних втручань, освітнього маршруту та соціальної адаптації. Психоемоційне виснаження батьків може негативно впливати не лише на їхнє власне функціонування, а й на сталість, послідовність та ефективність допомоги дитині. Систематичний огляд і метааналіз A. Schnabel та співавт. показав високу поширеність клінічно значущих психопатологічних проявів у батьків дітей із РАС [5], а багатоцентрове дослідження типу «випадок – контроль», здійснене M.O. Kütük та співавт. виявило підвищені рівні депресивної симптоматики та батьківського вигорання в цій групі [6].

В умовах повномасштабної війни в Україні ця проблема набуває додаткової актуальності. Родини, які виховують дітей із РАС, можуть стикатися з подвійним навантаженням: з одного боку, із хронічними труднощами, пов'язаними з особливостями розвитку дитини, з іншого – з воєнними стресорами, зокрема безпековими загрозами, вимушеними змінами середовища, порушенням доступу до медичної, психологічної та реабілітаційної допомоги, економічною нестабільністю та ризиком додаткової травматизації. У наукових публікаціях, присвячених психічному здоров'ю населення України в умовах війни, підкреслюється, що тривалий воєнний стрес, невизначеність, економічні втрати, інформаційне навантаження та обмеженість ресурсів системи психічного здоров'я створюють передумови для зростання психічного дистресу та ускладнюють своєчасне отримання допомоги [7, 8, 9].

У міжнародній літературі достатньо широко висвітлено проблему батьківського стресу, тривоги,

INTRODUCTION

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by persistent difficulties in social communication and social interaction, together with restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities. ASD is regarded as a heterogeneous clinical continuum associated with varying levels of support needs; therefore, it requires consideration not only of diagnostic and therapeutic support for the child but also of the family context of the child's development [1]. Contemporary epidemiological reviews confirm the global prevalence of ASD and the growing need for systems of early detection, support, and long-term care [2].

Raising a child with ASD is often associated with a sustained psycho-emotional burden for parents. This burden is shaped by uncertainty regarding the child's future development; the need to continuously coordinate medical, psychological, educational, and social support; the child's behavioral and communication difficulties; financial costs; restrictions on the family's social activities; and experiences of stigma. A meta-analysis by S. A. Hayes and S. L. Watson showed that parents of children with ASD experience higher levels of parenting stress than parents of typically developing children and parents of children with several other developmental disorders [3]. Systematic reviews also indicate an association between behavioral and emotional problems in children with ASD and psychological distress among their parents [4].

Particular attention should be paid to parents' mental health because they are key participants in the rehabilitation process. Parents provide daily care, facilitate the child's communication with professionals, and make decisions regarding treatment, corrective interventions, educational pathways, and social adaptation. Parents' psycho-emotional exhaustion may adversely affect not only their own functioning but also the continuity, consistency, and effectiveness of support provided to the child. A systematic review and meta-analysis by A. Schnabel et al. demonstrated a high prevalence of clinically significant psychopathological symptoms among parents of children with ASD [5], while a multicenter case-control study by M.O. Kütük et al. identified elevated levels of depressive symptoms and parental burnout in this group [6].

Against the backdrop of the full-scale war in Ukraine, this issue has acquired additional relevance. Families raising children with ASD may face a dual burden: chronic difficulties related to the child's developmental characteristics, on the one hand, and war-related stressors, on the other, including security threats, forced changes in the living environment, disrupted access to medical, psychological, and rehabilitation services, economic instability, and the risk of additional traumatization. Scientific publications addressing the mental health of the Ukrainian population during the war emphasize that prolonged war-related stress, uncertainty, economic losses, information overload, and limited mental health system resources create conditions for increased psychological distress and hinder timely access to care [7, 8, 9].

The international literature has extensively addressed parenting stress, anxiety, depressive symptoms, and

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

депресивних проявів і вигорання у батьків дітей із РАС. Водночас в українському клінічному контексті залишається недостатньо порівняльних досліджень, у яких психоемоційний стан батьків дітей із РАС аналізується у зіставленні з батьками дітей без порушень психіки і поведінки, а також з урахуванням гендерних відмінностей. Такий підхід дозволяє не лише описати рівень тривожних і депресивних проявів, а й уточнити їхню специфічність для родин, які виховують дітей із РАС.

Мета роботи – визначити особливості тривожних і депресивних проявів у батьків дітей із РАС для обґрунтування в подальшому специфічних мішеней медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу таких родин.

burnout among parents of children with ASD. However, in the Ukrainian clinical context, comparative studies remain limited, particularly those comparing the psycho-emotional state of parents of children with ASD with that of parents of children without mental or behavioral disorders and examining gender differences. Such an approach makes it possible not only to describe the severity of anxiety and depressive symptoms but also to clarify their specificity in families raising children with ASD.

Objective – to characterize anxiety and depressive symptoms in parents of children with ASD as a basis for identifying specific targets for subsequent medical, psychological, and psychotherapeutic support for these families.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження мало порівняльний поперечний дизайн і проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради» та Комунального некомерційного підприємства «Обласна клінічна дитяча лікарня Кіровоградської обласної ради».

У дослідження було включено 75 родин, загалом 150 респондентів. Основну групу (ОГ) склали 50 родин, які виховують дитину з розладом аутистичного спектра, загалом 100 осіб: 50 матерів і 50 батьків. Групу порівняння (ГП) склали 25 родин, які виховують дитину без порушень психіки і поведінки, загалом 50 осіб: 25 матерів і 25 батьків. До ГП були включені представники медичного персоналу лікарняних закладів, які відповідали критеріям включення та не мали попереднього психіатричного анамнезу.

Критерії включення до ОГ: виховання власної дитини з діагностованим РАС; проживання разом із дитиною та безпосередня участь у її щоденному догляді; наявність у родині лише однієї дитини, тобто відсутність сиблінгів у дитини з РАС; вік респондента 18 років і старше; відсутність попереднього психіатричного анамнезу у батьків; здатність самостійно заповнювати психодіагностичні методики; добровільна інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії включення до ГП: виховання власної дитини без діагностованих порушень психіки і поведінки; проживання разом із дитиною та безпосередня участь у її щоденному догляді; наявність у родині лише однієї дитини; вік респондента 18 років і старше; відсутність попереднього психіатричного анамнезу у батьків; здатність самостійно заповнювати психодіагностичні методики; добровільна інформована згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення для обох груп були: наявність у батьків діагностованого актуального або перенесеного психічного розладу в анамнезі; наявність виражених когнітивних порушень або соматичного стану, що унеможливлював участь у психодіагностичному обстеженні; наявність у родині більше однієї дитини; неповне заповнення психодіагностичних методик; відмова від участі в дослідженні.

У роботі використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи. Для оцінки тривожних і депресивних проявів застосовували Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), яка містить дві підшкали: HADS-A для

MATERIALS AND METHODS

The study employed a comparative cross-sectional design and was conducted at the Municipal Non-Profit Enterprise «Kirovohrad Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Kirovohrad Regional Council» and the Municipal Non-Profit Enterprise «Kirovohrad Regional Clinical Children's Hospital of the Kirovohrad Regional Council».

A total of 75 families comprising 150 respondents were included in the study. The study group (SG) comprised 50 families raising a child with autism spectrum disorder, totaling 100 individuals: 50 mothers and 50 fathers. The comparison group (CG) comprised 25 families raising a child without mental or behavioral disorders, totaling 50 individuals: 25 mothers and 25 fathers. The CG included hospital medical staff who met the inclusion criteria and had no prior psychiatric history.

The inclusion criteria for the SG were as follows: raising one's own child diagnosed with ASD; residing with the child and being directly involved in the child's daily care; having only one child in the family, meaning that the child with ASD had no siblings; respondent age of 18 years or older; no prior psychiatric history in either parent; ability to complete the psychodiagnostic instruments independently; and provision of voluntary informed consent to participate in the study.

The inclusion criteria for the CG were as follows: raising one's own child without diagnosed mental or behavioral disorders; residing with the child and being directly involved in the child's daily care; having only one child in the family; respondent age of 18 years or older; no prior psychiatric history in either parent; ability to complete the psychodiagnostic instruments independently; and provision of voluntary informed consent to participate in the study.

The exclusion criteria for both groups were as follows: a current or past diagnosed mental disorder in either parent; marked cognitive impairment or a somatic condition precluding participation in the psychodiagnostic assessment; more than one child in the family; incomplete psychodiagnostic questionnaires; or refusal to participate in the study.

Clinical history-taking, clinical and psychopathological assessment, psychodiagnostic testing, and statistical analysis were used. Anxiety and depressive symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which comprises two subscales:

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

оцінки тривоги та HADS-D для оцінки депресивних проявів. Інтерпретацію результатів проводили за стандартними пороговими значеннями: 0–7 балів – норма, 8–10 балів – субклінічно виражені прояви, 11 балів і більше – клінічно значущі прояви тривоги або депресії [10].

Статистична обробка результатів передбачала розрахунок середніх значень, стандартних відхилень, абсолютних і відносних частот. Порівняння кількісних показників між групами проводили з використанням параметричних або непараметричних критеріїв залежно від характеру розподілу даних. Для порівняння частотних показників використовували критерій χ^2. Рівень статистичної значущості приймали при $p<0,05$.

HADS-A for anxiety and HADS-D for depressive symptoms. Results were interpreted according to standard cutoff scores: 0-7 points, normal; 8-10 points, subclinical symptoms; and 11 points or higher, clinically significant anxiety or depressive symptoms [10].

Statistical analysis included calculation of means, standard deviations, and absolute and relative frequencies. Quantitative variables were compared between groups using parametric or nonparametric tests, as appropriate for the data distribution. Frequency data were compared using the χ^2 test. Statistical significance was set at $p<0.05$.

РЕЗУЛЬТАТИ

Соціально-демографічна характеристика обстежених

За освітнім рівнем в ОГ переважали респонденти з вищою та незакінченою вищою освітою. Вищу освіту мали 45,0% обстежених, незакінчену вищу – 30,0%, середньо-спеціальну – 21,0%, середню – 4,0%. Такий розподіл свідчить про достатньо високий освітній рівень батьків, що може бути пов'язано з більшою обізнаністю щодо особливостей розвитку дитини, активнішою участю у діагностичному та реабілітаційному процесі, а також вищою готовністю до участі у психодіагностичному обстеженні. У ГП освітній рівень респондентів був зіставлюваним з основною групою; статистично значущих відмінностей за цим показником не встановлено.

Вікові характеристики дітей розглядалися як контекстуальний чинник, що визначає характер і тривалість батьківського навантаження. В ОГ переважали респонденти, які виховували дітей дошкільного та молодшого шкільного віку: 3–6 років – 42,0%, 7–10 років – 38,0%. Частка респондентів, які виховували дітей віком до 3 років, становила 4,0%, дітей 11–14 років – 12,0%, дітей 15–17 років – 4,0%. Отже, більшість батьків ОГ перебували в періоді найбільш активного діагностичного, психолого-педагогічного та реабілітаційного супроводу дитини. У ГП віковий розподіл дітей був зіставлюваним; статистично значущих відмінностей між групами не виявлено.

Тривалість часу від моменту встановлення діагнозу РАС у дитини також розглядалася як важлива характеристика сімейної ситуації батьків ОГ. У 31,0% респондентів діагноз РАС у дитини було встановлено менше ніж 1 рік тому, у 26,0% – 1 рік тому, у 33,0% – 2–4 роки тому, у 10,0% – 10 років і більше. Таким чином, більшість респондентів ОГ перебували на ранньому або середньотривалому етапі після встановлення діагнозу, що може супроводжуватися інтенсивним психоемоційним навантаженням, пов'язаним із прийняттям діагнозу, пошуком ефективної допомоги, перебудовою сімейного функціонування та довготривалим плануванням реабілітаційного маршруту дитини.

Загалом ОГ та ГП були зіставлюваними за ключовими соціально-демографічними параметрами, що дозволяло надалі аналізувати відмінності у тривожних і депресивних проявах з урахуванням специфіки сімейної ситуації виховання дитини з РАС.

RESULTS

Sociodemographic characteristics of the participants

In the SG, respondents with completed or incomplete higher education predominated. Completed higher education was reported by 45.0% of participants, incomplete higher education – 30.0%, vocational secondary education – 21.0%, and general secondary education – 4.0%. This distribution indicates a relatively high educational level among the parents, which may be associated with greater awareness of the child's developmental characteristics, more active involvement in diagnostic and rehabilitation processes, and greater willingness to participate in psychodiagnostic assessment. Educational attainment in the CG was comparable to that in the study group, with no statistically significant between-group differences.

The children's age characteristics were considered a contextual factor determining the nature and duration of the parental burden. In the SG, most respondents were raising preschool and primary-school-aged children – 42.0% were raising children aged 3–6 years and 38.0% children aged 7–10 years. The proportion raising children younger than 3 years was 4.0%, those raising children aged 11–14 years accounted for 12.0%, and those raising children aged 15–17 years accounted for 4.0%. Thus, most parents in the SG were in the most intensive phase of diagnostic, psychological, educational, and rehabilitation support for their child. The age distribution of children in the CG was comparable, with no statistically significant differences between the groups.

Time elapsed since the child's ASD diagnosis was also considered an important characteristic of the family circumstances of parents in the SG. In 31.0% of respondents, the child's ASD diagnosis had been established less than 1 year earlier; in 26.0%, 1 year earlier; in 33.0%, 2–4 years earlier; and in 10.0%, 10 or more years earlier. Thus, most respondents in the SG were at an early or intermediate stage following diagnosis, which may involve an intense psycho-emotional burden associated with accepting the diagnosis, seeking effective support, restructuring family functioning, and planning the child's long-term rehabilitation pathway.

Overall, the SG and CG were comparable in key sociodemographic characteristics, permitting subsequent analysis of differences in anxiety and depressive symptoms in relation to the specific family circumstances of raising a child with ASD.

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Порівняльний аналіз тривожних проявів в основній групі та групі порівняння

За результатами психодіагностичного обстеження (табл. 1) встановлено, що в ОГ середній показник тривоги за підшкалою HADS-A становив 6,96±5,37 бала, що відповідає верхній межі нормативного діапазону та свідчить про тенденцію до підвищення тривожної симптоматики у батьків дітей із РАС. У групі порівняння середній показник HADS-A становив 5,16±3,80 бала. Порівняльний аналіз засвідчив, що рівень тривожних проявів в ОГ був статистично значуще вищим порівняно з ГП (p=0,009).

Comparative analysis of anxiety symptoms in the study and comparison groups

Psychodiagnostic assessment (Table 1) showed that the mean HADS-A anxiety score in the SG was 6.96±5.37, corresponding to the upper limit of the normal range and indicating a trend toward elevated anxiety symptoms among parents of children with ASD. In the comparison group, the mean HADS-A score was 5.16 ± 3.80. Comparative analysis showed that anxiety symptoms were statistically significantly more pronounced in the SG than in the CG (p=0.009).

Таблиця 1. Рівень тривожних проявів за HADS-A в ОГ та ГП
Table 1. Anxiety symptom levels according to HADS-A in the SG and CG

Показник / Measure	ОГ/SG, n=100	ГП/CG, n=50	p
HADS-A, M±SD	6,96±5,37	**5,16±3,80**	0,009
Норма / Normal range, n (%)	37 (37,0%)	29 (58,0%)	0,023
Субклінічна тривога / Subclinical anxiety, n (%)	35 (35,0%)	21 (42,0%)	0,475
Клінічно значуща тривога, / Clinically significant anxiety, n (%)	28 (28,0%)	0 (0,0%)	0,000
Субклінічна + клінічно значуща тривога / Subclinical + clinically significant anxiety, n (%)	63 (63,0%)	21 (42,0%)	0,023

Категоріальний аналіз показав, що в ОГ нормальний рівень тривоги мали 37,0% респондентів, субклінічно виражену тривогу – 35,0%, клінічно значущу тривогу – 28,0%. Таким чином, у 63,0% батьків дітей із РАС було виявлено субклінічні або клінічно значущі тривожні прояви. У ГП відповідні показники становили: норма – 58,0% (p=0,023), субклінічний рівень – 42,0% (p=0,475), клінічно значущого рівня виявлено не було (p<0,0001).

Отримані дані свідчать, що тривожна симптоматика є одним із провідних психоемоційних проявів у батьків дітей із РАС. Її висока поширеність може бути пов'язана з хронічною невизначеністю щодо подальшого розвитку дитини, необхідністю постійного прийняття рішень щодо лікування, корекційних втручань та освітнього маршруту, а також із тривалим сімейним навантаженням, яке супроводжує виховання дитини з РАС.

За результатами оцінки депресивних проявів (табл. 2) за підшкалою HADS-D встановлено, що середній показник депресії в ОГ становив 7,14±7,49 бала. Це відповідає верхній межі нормативного діапазону та наближається до субклінічного рівня, що свідчить про наявність тенденції до депресивного реагування у батьків дітей із РАС. У ГП середній показник HADS-D становив 4,12±3,85 бала. Порівняльний аналіз показав, що рівень депресивних проявів в ОГ був статистично значуще вищим порівняно з групою порівняння (p=0,029).

Категоріальний аналіз показав, що в ОГ нормативні значення за HADS-D мали 55,0% респондентів. Субклінічно виражені депресивні прояви були виявле-

Categorical analysis showed that 37.0% of SG respondents had anxiety scores within the normal range, 35.0% had subclinical anxiety, and 28.0% had clinically significant anxiety. Thus, subclinical or clinically significant anxiety symptoms were identified in 63.0% of parents of children with ASD. In the CG, the corresponding rates were 58.0% for the normal range (p=0.023), 42.0% for the subclinical range (p=0.475), and 0% for the clinically significant range (p < 0.0001).

These findings indicate that anxiety is one of the predominant psycho-emotional manifestations among parents of children with ASD. Its high prevalence may be associated with chronic uncertainty regarding the child's future development, the ongoing need to make decisions about treatment, corrective interventions, and educational pathways, and the sustained family burden associated with raising a child with ASD.

Assessment of depressive symptoms using the HADS-D subscale (Table 2) showed that the mean depression score in the SG was 7.14±7.49. This value corresponds to the upper limit of the normal range and approaches the subclinical threshold, indicating a tendency toward depressive responses among parents of children with ASD. In the CG, the mean HADS-D score was 4.12±3.85. Comparative analysis showed that depressive symptoms were statistically significantly more pronounced in the SG than in the comparison group (p=0.029).

Categorical analysis showed that 55.0% of SG respondents had HADS-D scores within the normal range. Subclinical depressive symptoms were identified

Таблиця 2. Рівень депресивних проявів за HADS-D в ОГі та ГП
Table 2. Depressive symptom levels according to HADS-D in the SG and CG

Показник / Measure	ОГ/SG, n=100	ГП/CG, n=50	p
HADS-D, M±SD	7,14±7,49	4,12±3,85	0,029
Норма / Normal range, n (%)	55 (55,0%)	37 (74,0%)	0,033
Субклінічні депресивні прояви / Subclinical depressive symptoms, n (%)	27 (27,0%)	12 (24,0%)	0,844
Клінічно значущі депресивні прояви / Clinically significant depressive symptoms, n (%)	18 (18,0%)	1 (2,0%)	0,004
Субклінічні + клінічно значущі прояви / Subclinical + clinically significant symptoms, n (%)	45 (45,0%)	13 (26,0%)	0,032

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

ні у 27,0%, а клінічно значущі депресивні прояви – у 18,0% респондентів. Загалом частка батьків дітей із РАС із субклінічними або клінічно значущими депресивними проявами становила 45,0%. У ГП відповідні показники становили: норма – 74,0% (p=0,033), субклінічний рівень – 24,0% (p=0,844), клінічно значущий рівень – 2,0% (p=0,004); сумарна частка респондентів із субклінічними або клінічно значущими депресивними проявами становила 26,0% (p=0,032).

Отримані результати свідчать, що депресивні прояви у батьків дітей із РАС були менш поширеними порівняно з тривожними, однак майже у половини респондентів досягали субклінічного або клінічно значущого рівня. Це може відображати поступове виснаження адаптаційних ресурсів, емоційну втому, зниження суб'єктивного відчуття контролю над ситуацією та накопичення психоемоційного напруження в умовах тривалого догляду за дитиною з особливими потребами.

Гендерні особливості тривожних і депресивних проявів

Гендерний аналіз показав наявність відмінностей у вираженості тривожних і депресивних проявів серед батьків дітей із РАС (табл. 3). В ОГ середній показник тривоги за підшкалою HADS-A у матерів становив 8,04±4,57 бала, що відповідає субклінічному рівню тривожних проявів. У батьків цей показник становив 5,88±5,92 бала і залишався в межах нормативного діапазону. Виявлені відмінності були статистично значущими (p=0,021), що свідчить про більшу вираженість тривожної симптоматики у матерів дітей із РАС.

in 27.0%, and clinically significant depressive symptoms in 18.0% of respondents. Overall, 45.0% of parents of children with ASD had subclinical or clinically significant depressive symptoms. In the CG, the corresponding rates were 74.0% for the normal range (p=0.033), 24.0% for the subclinical range (p=0.844), and 2.0% for the clinically significant range (p=0.004); the combined proportion of respondents with subclinical or clinically significant depressive symptoms was 26.0% (p=0.032).

These results indicate that depressive symptoms among parents of children with ASD were less prevalent than anxiety symptoms; nevertheless, in almost half of the respondents they reached a subclinical or clinically significant level. This may reflect the gradual depletion of adaptive resources, emotional fatigue, a reduced subjective sense of control over the situation, and the accumulation of psycho-emotional tension under conditions of prolonged care for a child with special needs.

Gender differences in anxiety and depressive symptoms

Gender-stratified analysis revealed differences in the severity of anxiety and depressive symptoms among parents of children with ASD (Table 3). In the SG, the mean HADS-A anxiety score among mothers was 8.04±4.57, corresponding to a subclinical level of anxiety symptoms. Among fathers, the mean score was 5.88±5.92 and remained within the normal range. The difference was statistically significant (p=0.021), indicating more pronounced anxiety symptoms among mothers of children with ASD.

Таблиця 3. Гендерні особливості показників HADS-A та HADS-D в ОГ та ГП
Table 3. Gender differences in HADS-A and HADS-D scores in the SG and CG

Показник / Measure	Матері ОГ / SG mothers, n=50	Батьки ОГ / SG fathers, n=50	p	Матері ГП / CG mothers, n=25	Батьки ГП / CG fathers, n=25	p
HADS-A, M±SD	8,04±4,57	5,88±5,92	0,021	6,36±3,28	3,96±3,97	0,012
HADS-D, M±SD	8,00±5,86	6,28±8,80	0,001	5,12±3,72	3,12±3,79	0,040

Аналогічна тенденція була встановлена щодо депресивних проявів. Середній показник HADS-D у матерів основної групи становив 8,00±5,86 бала, що відповідає субклінічному рівню депресивних проявів, тоді як у батьків – 6,28±8,80 бала, тобто перебував у межах нормативних значень. Різниця між матерями та батьками була статистично значущою (p=0,002). Отримані дані дозволяють розглядати матерів дітей із РАС як більш вразливу групу щодо формування як тривожних, так і депресивних проявів.

У ГП середній показник HADS-A у матерів становив 6,36±3,28 бала, у батьків – 3,96±3,97 бала (p=0,012), а середній показник HADS-D у матерів групи порівняння становив 5,12±3,72 бала, у батьків – 3,12±3,79 бала (p=0,040).

Порівняння матерів ОГ з матерями ГП та батьків ОГ з батьками ГП має особливе значення для інтерпретації отриманих результатів. Той факт, що показники тривоги й депресії у матерів дітей із РАС перевищують відповідні показники матерів ГП, може свідчити про специфічний внесок хронічного сімейного навантаження, пов'язаного з вихованням дитини з РАС. Аналогічний міжгруповий аналіз серед батьків дозволяє оцінити, наскільки психоемоційне навантаження проявляється у чоловіків та чи має воно інший профіль вираженості.

A similar pattern was observed for depressive symptoms. The mean HADS-D score among mothers in the study group was 8.00±5.86, corresponding to a subclinical level of depressive symptoms, whereas among fathers it was 6.28±8.80 and thus remained within the normal range. The difference between mothers and fathers was statistically significant (p=0.002). These findings indicate that mothers of children with ASD may be regarded as a group more vulnerable to both anxiety and depressive symptoms.

In the CG, the mean HADS-A score was 6.36±3.28 among mothers and 3.96±3.97 among fathers (p=0.012), while the mean HADS-D score was 5.12±3.72 among mothers and 3.12±3.79 among fathers (p=0.040).

Comparisons between mothers in the SG and mothers in the CG, as well as between fathers in the SG and fathers in the CG, are particularly important for interpreting the findings. The fact that anxiety and depression scores among mothers of children with ASD exceeded those among mothers in the CG may indicate a specific contribution of the chronic family burden associated with raising a child with ASD. A corresponding between-group analysis among fathers makes it possible to assess the extent to which psycho-emotional burden manifests in men and whether it has a distinct severity profile.

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Клініко-психопатологічна характеристика тривожних і депресивних проявів у батьків дітей із РАС

У клініко-психопатологічній структурі психоемоційного реагування батьків дітей із РАС провідне місце посідала тривожна симптоматика, яка в більшості випадків мала характер не ізольованої ситуативної тривоги, а стійкого тривожного очікування, пов'язаного з майбутнім дитини, ефективністю реабілітаційних заходів, можливостями соціальної адаптації та перспективами самостійного функціонування дитини в подальшому житті.

Серед матерів ОГ найбільш типовим був *тривожно-депресивний радикал із переважанням тривоги* (61,0%). Він проявлявся постійним внутрішнім напруженням, румінативним обмірковуванням стану дитини, страхом «втратити час» для корекційної роботи, очікуванням погіршення або недостатньої динаміки розвитку, труднощами прийняття рішень щодо лікувального й освітнього маршруту. Для цієї групи були характерні порушення засинання, поверхневий сон, ранкове відчуття виснаження, зниження здатності до відпочинку, плаксивість, емоційна лабільність, почуття провини та переживання власної недостатньої батьківської ефективності.

У частини матерів тривожне реагування набувало *тривожно-ажитованого* характеру (39,0%): відзначалися моторна й емоційна напруженість, метушливість, неможливість «відключитися» від проблем дитини, надмірний контроль за поведінкою, режимом і заняттями, потреба постійно перевіряти інформацію, консультуватися з фахівцями, порівнювати динаміку своєї дитини з іншими дітьми. Такий варіант реагування супроводжувався виснаженням, дратівливістю, соматовегетативними проявами тривоги та зниженням толерантності до невизначеності.

У батьків ОГ частіше простежувався *тривожно-соматизований* (88,0%) варіант реагування. Порівняно з матерями, вони рідше прямо вербалізували страх і безпорадність, натомість частіше описували втому, напруження, роздратованість, епізоди внутрішньої злості, зниження терпимості до побутових труднощів, соматизоване напруження, головний біль, порушення сну, відчуття постійної відповідальності за фінансове та організаційне забезпечення родини. Афективні переживання у батьків нерідко мали більш стриманий, «маскований» характер і проявлялися через астенізацію, емоційну закритість, уникнення обговорення проблеми або фокусування на практичних аспектах допомоги дитині.

Серед респондентів із депресивними проявами переважали два основні клініко-психопатологічні варіанти реагування, які мали певні гендерні особливості. Перший варіант можна визначити як *депресивно-астенічний*. Для нього були характерні зниження енергетичного потенціалу, швидка психічна виснажуваність, відчуття хронічної втоми, втрата відновлення після сну, зниження інтересу до власних потреб, емоційне сплощення, зменшення соціальної активності та переживання «життя навколо проблеми дитини». У матерів цей варіант частіше супроводжувався почуттям провини, переживанням власної недостатньої батьківської ефективності, плаксивістю, емоційною лабільністю, внутрішнім самозвинуваченням і зниженням здатності до психологічного дистанціювання від проблем дитини. У батьків

Clinical and psychopathological characteristics of anxiety and depressive symptoms in parents of children with ASD

Anxiety symptoms occupied the leading position in the clinical and psychopathological structure of psychoemotional responses among parents of children with ASD. In most cases, anxiety was not limited to an isolated situational response but took the form of persistent anxious anticipation related to the child's future, the effectiveness of rehabilitation measures, prospects for social adaptation, and the possibility of independent functioning later in life.

Among mothers in the SG, the most typical presentation was an *anxious-depressive response pattern with anxiety predominating* (61.0%). It manifested as persistent inner tension, ruminative preoccupation with the child's condition, fear of 'losing time' for corrective intervention, anticipation of deterioration or insufficient developmental progress, and difficulty making decisions about treatment and educational pathways. This group was characterized by difficulty initiating sleep, shallow sleep, morning exhaustion, reduced ability to rest, tearfulness, emotional lability, guilt, and perceived low parental self-efficacy.

In some mothers, the anxiety response assumed an *anxious-agitated pattern* (39.0%): motor and emotional tension, restlessness, inability to 'switch off' from the child's problems, excessive monitoring of behavior, daily routine, and activities, and a need to repeatedly verify information, consult specialists, and compare their child's progress with that of other children. This response pattern was accompanied by exhaustion, irritability, somatic and autonomic manifestations of anxiety, and reduced tolerance of uncertainty.

Among fathers in the SG, an *anxious-somatized response pattern* (88.0%) was more common. Compared with mothers, fathers less often directly verbalized fear and helplessness; instead, they more frequently described fatigue, tension, irritability, episodes of internal anger, reduced tolerance of everyday difficulties, somatized tension, headache, sleep disturbances, and a persistent sense of responsibility for the family's financial and organizational needs. Fathers' affective experiences were often more restrained and 'masked,' manifesting as asthenic symptoms, emotional withdrawal, avoidance of discussing the problem, or a focus on practical aspects of helping the child.

Two main clinical and psychopathological response patterns predominated among respondents with depressive symptoms and displayed certain gender-specific features. The first may be defined as a *depressive-asthenic pattern*. It was characterized by reduced energy, rapid mental fatigability, chronic fatigue, failure to feel restored after sleep, diminished interest in one's own needs, emotional blunting, reduced social activity, and the experience of 'living around the child's problem.' In mothers, this pattern was more often accompanied by guilt, perceived low parental self-efficacy, tearfulness, emotional lability, self-blame, and a reduced ability to distance themselves psychologically from the child's problems. In fathers, the depressive-asthenic pattern was more restrained and partly masked: fatigue, reduced work capacity, irritability, emotional withdrawal, avoidance of

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

депресивно-астенічний варіант мав більш стриманий і частково маскований характер: на перший план виходили втома, зниження працездатності, дратівливість, емоційна закритість, уникнення обговорення власних переживань, соматовегетативні скарги та фокусування переважно на практичних або фінансово-організаційних аспектах сімейної ситуації.

Другий варіант можна охарактеризувати як *депресивно-фобічний із іпохондричною фіксацією*. Він проявлявся зосередженістю на можливих негативних сценаріях розвитку дитини, страхом втрати контролю над ситуацією, побоюваннями щодо майбутньої неспроможності дитини до самостійного життя, підвищеною увагою до будь-яких змін у її поведінці, соматичному стані або динаміці розвитку. У матерів цей варіант частіше мав румінативно-фобічний характер: вони багаторазово поверталися до думок про прогноз, правильність обраного лікувального й освітнього маршруту, ризик «втратити час», можливі помилки у власних діях та майбутню соціальну вразливість дитини. У батьків фобічний компонент був менш відкрито вербалізований і частіше трансформувався у напружений контроль, критичність до результатів реабілітації, роздратування через відсутність швидкої позитивної динаміки, песимістичну оцінку перспектив і тенденцію до емоційного відсторонення.

Таким чином, у матерів депресивні прояви частіше інтегрувалися з тривожно-румінативним і фобічним реагуванням, формуючи депресивно-тривожний варіант із переживанням провини, безпорадності та постійного очікування негативних наслідків для дитини. У батьків депресивна симптоматика частіше набувала депресивно-астенічного, астено-дисфоричного або соматизованого характеру, з меншою відкритою вербалізацією пригніченості та більшою представленістю дратівливості, виснаження, напруження й поведінкового уникнення. Отже, гендерні відмінності проявлялися не лише в більшій вираженості депресивних показників у матерів, а й у різному клінічному оформленні депресивного реагування: у жінок – через емційну залученість, румінації, провину й страх за майбутнє дитини; у чоловіків – через астенізацію, дисфоричність, соматизацію та тенденцію до емоційного стримування.

Загалом у матерів клініко-психопатологічна картина частіше характеризувалася емоційною залученістю, тривожно-румінативним реагуванням, почуттям провини та виснаженням, тоді як у батьків частіше домінували астенічні, дисфоричні та соматизовані прояви. Це свідчить про гендерні відмінності не лише в інтенсивності тривожно-депресивних симптомів, а й у способі їх клінічного оформлення. Провідним психопатологічним радикалом в ОГ можна вважати *тривожно-депресивний радикал із переважанням тривоги*, який у матерів частіше набував тривожно-ажитованого та румінативного характеру, а у батьків – *тривожно-соматизованого й астенізованого варіанту.*

discussing their own experiences, somatic and autonomic complaints, and a predominant focus on the practical, financial, or organizational aspects of the family situation came to the forefront.

The second pattern may be characterized as a *depressive-phobic pattern with hypochondriacal preoccupation*. It manifested as a focus on possible adverse scenarios in the child's development, fear of losing control over the situation, concerns about the child's future inability to live independently, and heightened attention to any changes in behavior, somatic condition, or developmental progress. In mothers, this pattern more often had ruminative-phobic features: they repeatedly returned to thoughts about the prognosis, the appropriateness of the chosen treatment and educational pathways, the risk of 'losing time,' possible mistakes in their own actions, and the child's future social vulnerability. In fathers, the phobic component was less openly verbalized and more often transformed into tense monitoring, criticism of rehabilitation outcomes, irritation at the absence of rapid positive change, pessimistic appraisal of prospects, and a tendency toward emotional distancing.

Thus, in mothers, depressive symptoms were more often integrated with anxious-ruminative and phobic responses, forming a depressive-anxious pattern characterized by guilt, helplessness, and persistent anticipation of adverse consequences for the child. In fathers, depressive symptoms more often assumed a depressive-asthenic, asthenic-dysphoric, or somatized pattern, with less open verbalization of low mood and a greater prominence of irritability, exhaustion, tension, and behavioral avoidance. Therefore, gender differences were evident not only in the greater severity of depressive scores among mothers but also in the distinct clinical presentation of depressive responses: among women, through emotional involvement, rumination, guilt, and fear for the child's future; among men, through asthenic symptoms, dysphoria, somatization, and a tendency toward emotional restraint.

Overall, the clinical and psychopathological presentation among mothers was more often characterized by emotional involvement, anxious-ruminative responses, guilt, and exhaustion, whereas asthenic, dysphoric, and somatized manifestations more often predominated among fathers. This indicates gender differences not only in the intensity of anxious-depressive symptoms but also in their clinical presentation. The predominant psychopathological response pattern in the SG may be considered an *anxious-depressive pattern with anxiety predominating*; in mothers, it more often assumed anxious-agitated and ruminative features, whereas in fathers it more often took an *anxious-somatized and asthenic form*.

ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати підтверджують, що виховання дитини з РАС пов'язане з підвищеним ризиком формування тривожних і депресивних проявів у батьків, причому ці прояви мають не лише кількісну, а й якісну клініко-психопатологічну специфіку. Порівняльний

DISCUSSION

The findings confirm that raising a child with ASD is associated with an increased risk of anxiety and depressive symptoms among parents and that these symptoms have not only quantitative but also qualitative clinical and psychopathological specificity. Comparison with parents

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

аналіз з групою батьків дітей без порушень психіки і поведінки показав, що в ОГ рівень тривоги та депресивних проявів був статистично значуще вищим. Це дозволяє розглядати психоемоційне навантаження батьків дітей із РАС не лише як варіант загального стресового реагування дорослих, а як специфічний феномен, пов'язаний із тривалою сімейною ситуацією невизначеності, високою відповідальністю за реабілітаційний маршрут дитини та необхідністю постійної адаптації до її поведінкових, комунікативних і соціальних труднощів.

Особливо показовим є те, що в ГП також виявлялися субклінічні тривожні й депресивні прояви, що може бути пов'язано з професійним психоемоційним навантаженням медичного персоналу, а також із загальним стресовим фоном воєнного часу. Проте саме в ОГ реєструвалася значно більша частка клінічно значущих проявів: клінічно значуща тривога була виявлена у 28,0% батьків дітей із РАС і не виявлена в ГП, а клінічно значущі депресивні прояви спостерігалися у 18,0% респондентів ОГ проти 2,0% у ГП. Це свідчить, що за наявності дитини з РАС психоемоційне напруження частіше виходить за межі субклінічного реагування і набуває клінічно значущого характеру.

Переважання тривожних проявів над депресивними відповідає особливостям хронічного стресу, у якому перебувають батьки дітей із РАС. На відміну від гострої психотравмувальної ситуації, у даному випадку провідним є тривале очікування невизначеного майбутнього, постійна необхідність приймати рішення щодо корекційних, освітніх, медичних і соціальних втручань, а також переживання відповідальності за темп і якість розвитку дитини. Саме тому тривожна симптоматика у батьків дітей із РАС не обмежується ситуативним хвилюванням, а набуває характеру стійкого тривожного очікування, румінативного обмірковування, надмірного контролю, страху «втратити час» і зниження толерантності до невизначеності. Такий профіль узгоджується з даними міжнародних досліджень, у яких батьківський стрес, тривога, депресивні прояви та вигорання розглядаються як часті психоемоційні наслідки виховання дитини з РАС [3, 4, 5, 6].

Депресивні прояви в основній групі були менш поширеними порівняно з тривожними, однак їх клінічне значення є суттєвим. Майже половина батьків дітей із РАС мала субклінічні або клінічно значущі депресивні прояви, що може відображати поступове виснаження адаптаційних ресурсів, втрату відчуття контролю над ситуацією, емоційну втому та зниження суб'єктивної ефективності батьківської ролі. Важливо, що за часткою субклінічних депресивних проявів ОГ і ГП істотно не відрізнялися, тоді як клінічно значущі депресивні прояви були значно частішими саме серед батьків дітей із РАС. Це дозволяє припустити, що субклінічні депресивні реакції можуть бути відносно поширеним проявом загального психоемоційного напруження, тоді як перехід до клінічно значущого рівня частіше асоціюється з тривалим і специфічним сімейним навантаженням, пов'язаним із вихованням дитини з РАС.

Гендерний аналіз показав, що матері дітей із РАС є найбільш уразливою підгрупою щодо формування як тривожних, так і депресивних проявів. У матерів ОГ середні показники HADS-A та HADS-D досягали

of children without mental or behavioral disorders showed that anxiety and depressive symptoms were statistically significantly more pronounced in the SG. This permits the psycho-emotional burden among parents of children with ASD to be viewed not merely as a general adult stress response but as a specific phenomenon related to a prolonged family situation characterized by uncertainty, substantial responsibility for the child's rehabilitation pathway, and the need to continually adapt to the child's behavioral, communication, and social difficulties.

It is particularly noteworthy that subclinical anxiety and depressive symptoms were also identified in the CG, which may be related to the occupational psycho-emotional burden experienced by medical staff and to the general background stress of wartime. However, the proportion of clinically significant symptoms was markedly higher in the SG: clinically significant anxiety was identified in 28.0% of parents of children with ASD and in none of the CG respondents, while clinically significant depressive symptoms were observed in 18.0% of SG respondents versus 2.0% in the CG. This suggests that, when a child has ASD, psycho-emotional tension more often exceeds the subclinical range and becomes clinically significant.

The predominance of anxiety over depressive symptoms is consistent with the nature of the chronic stress experienced by parents of children with ASD. Unlike an acute traumatic situation, the principal feature in this context is prolonged anticipation of an uncertain future, the continual need to make decisions about corrective, educational, medical, and social interventions, and the perceived responsibility for the pace and quality of the child's development. Consequently, anxiety among parents of children with ASD is not confined to situational worry but assumes the form of persistent anxious anticipation, ruminative thinking, excessive monitoring, fear of 'losing time,' and reduced tolerance of uncertainty. This profile is consistent with international research describing parenting stress, anxiety, depressive symptoms, and burnout as common psycho-emotional consequences of raising a child with ASD [3, 4, 5, 6].

Depressive symptoms were less prevalent than anxiety symptoms in the study group, but their clinical significance was substantial. Almost half of the parents of children with ASD had subclinical or clinically significant depressive symptoms, which may reflect the gradual depletion of adaptive resources, loss of a sense of control over the situation, emotional fatigue, and reduced perceived efficacy in the parental role. Importantly, the SG and CG did not differ substantially in the prevalence of subclinical depressive symptoms, whereas clinically significant depressive symptoms were considerably more common among parents of children with ASD. This suggests that subclinical depressive responses may be a relatively common manifestation of general psycho-emotional strain, while progression to a clinically significant level is more often associated with the prolonged and specific family burden of raising a child with ASD.

Gender-stratified analysis showed that mothers of children with ASD were the subgroup most vulnerable to both anxiety and depressive symptoms. Among mothers in the SG, mean HADS-A and HADS-D scores reached

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

субклінічного рівня, тоді як у батьків залишалися в межах нормативного діапазону. Це може бути пов'язано з більшою щоденною залученістю матерів до догляду за дитиною, організації занять, комунікації з фахівцями, контролю режиму, поведінкових реакцій та освітнього маршруту. Водночас отримані дані не слід інтерпретувати як відсутність психоемоційного напруження у батьків-чоловіків. Навпаки, клініко-психопатологічний аналіз показує, що у батьків частіше спостерігаються менш вербалізовані, масковані форми реагування – астенізація, дратівливість, соматизоване напруження, емоційне стримування, уникнення обговорення переживань і фокусування на практичних або фінансово-організаційних аспектах допомоги родині.

Клініко-психопатологічна інтерпретація результатів дозволяє уточнити не лише рівень вираженості симптомів, а й провідні варіанти психоемоційного реагування. У матерів домінував тривожно-депресивний радикал із переважанням тривоги, який проявлявся румінаціями, почуттям провини, страхом недостатньої ефективності допомоги, порушеннями сну, емоційною лабільністю і виснаженням. У частини матерів тривожне реагування набувало тривожно-ажитованого характеру з метушливістю, надмірним контролем і неможливістю психологічно дистанціюватися від проблем дитини. У батьків більш типовим був тривожно-соматизований варіант із переважанням напруження, дратівливості, психовегетативних проявів, соматизованих скарг і зниження терпимості до побутових труднощів. Таким чином, гендерні відмінності проявлялися не лише у більшій інтенсивності тривожно-депресивних симптомів у матерів, а й у різних способах їх клінічного оформлення.

Серед депресивних проявів найбільш значущими були депресивно-астенічний і депресивно-фобічний варіанти реагування. Депресивно-астенічний варіант відображав виснаження психічних і фізичних ресурсів, зниження енергетичного потенціалу, втрату відновлення після сну, звуження соціальної активності та переживання життя як підпорядкованого переважно проблемі дитини. Депресивно-фобічний варіант із іпохондричною фіксацією був пов'язаний із надмірною зосередженістю на можливих негативних сценаріях розвитку дитини, страхом втрати контролю, побоюваннями щодо її майбутньої самостійності та підвищеною увагою до будь-яких змін у поведінці або соматичному стані. У матерів ці прояви частіше мали румінативно-фобічне забарвлення, тоді як у батьків частіше трансформувалися у критичність, напружений контроль, дисфоричність або емоційне відсторонення.

Важливим контекстуальним чинником є воєнна ситуація в Україні. Хоча воєнний стрес у цьому дослідженні не оцінювався як окрема змінна, він формує загальний фон, у якому функціонують родини, що виховують дітей із РАС. Безпекові загрози, повітряні тривоги, вимушені зміни середовища, економічне напруження, ускладнений доступ до медичної, психологічної та реабілітаційної допомоги можуть посилювати вже наявне сімейне навантаження. У такому контексті батьки дітей із РАС опиняються в ситуації подвійного стресу: хронічного, пов'язаного з особливостями розвитку дитини, і зовнішнього, зумовленого воєнною нестабільністю. Це відповідає сучасним даним щодо погіршення психічного благополуччя населення України та ускладнення доступу до послуг психічного здоров'я в умовах війни [7, 8, 9].

the subclinical range, whereas among fathers they remained within the normal range. This may be related to mothers' greater day-to-day involvement in child care, the organization of activities, communication with professionals, and monitoring of daily routines, behavioral responses, and educational pathways. At the same time, these findings should not be interpreted as indicating an absence of psycho-emotional strain among fathers. On the contrary, clinical and psychopathological analysis showed that fathers more often exhibited less verbalized and masked forms of response, including asthenic symptoms, irritability, somatized tension, emotional restraint, avoidance of discussing their experiences, and a focus on practical or financial and organizational aspects of supporting the family.

The clinical and psychopathological interpretation of the findings clarifies not only symptom severity but also the predominant patterns of psycho-emotional response. Among mothers, an anxious-depressive pattern with anxiety predominating was dominant, manifesting as rumination, guilt, fear that support would be insufficiently effective, sleep disturbances, emotional lability, and exhaustion. In some mothers, the anxiety response had an anxious-agitated presentation characterized by restlessness, excessive monitoring, and an inability to distance themselves psychologically from the child's problems. Among fathers, an anxious-somatized pattern was more typical, with a predominance of tension, irritability, autonomic symptoms, somatized complaints, and reduced tolerance of everyday difficulties. Thus, gender differences were evident not only in the greater intensity of anxious-depressive symptoms among mothers but also in their distinct modes of clinical presentation.

The depressive-asthenic and depressive-phobic response patterns were the most clinically significant among depressive manifestations. The depressive-asthenic pattern reflected depletion of psychological and physical resources, reduced energy, failure to feel restored after sleep, narrowing of social activity, and the experience of life as being primarily subordinated to the child's problems. The depressive-phobic pattern with hypochondriacal preoccupation was associated with excessive focus on possible adverse developmental scenarios, fear of losing control, concern about the child's future independence, and heightened attention to any changes in behavior or somatic condition. Among mothers, these manifestations more often had ruminative-phobic features, whereas among fathers they more often transformed into criticism, tense monitoring, dysphoria, or emotional distancing.

The war in Ukraine represents an important contextual factor. Although war-related stress was not assessed as a separate variable in this study, it forms the general context in which families raising children with ASD function. Security threats, air-raid alerts, forced changes in the living environment, economic strain, and reduced access to medical, psychological, and rehabilitation services may intensify the existing family burden. In this context, parents of children with ASD experience dual stress: chronic stress associated with the child's developmental characteristics and external stress caused by wartime instability. This is consistent with current evidence of deteriorating mental well-being among the Ukrainian population and impaired access to mental health services during the war [7, 8, 9].

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Отримані результати мають важливе значення для подальшого обґрунтування мішеней медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу родин, які виховують дітей із РАС. До таких мішеней доцільно віднести тривожне очікування щодо майбутнього дитини, румінації та катастрофізацію, страх втрати часу для корекційної роботи, почуття провини й недостатньої батьківської ефективності, емоційне виснаження, порушення сну, депресивно-астенічні прояви, соматизоване напруження, труднощі емоційної саморегуляції, порушення подружньої та сімейної комунікації, а також дефіцит соціальної підтримки. З урахуванням гендерних відмінностей для матерів пріоритетними мішенями є тривожно-румінативне реагування, провина, гіперконтроль і виснаження, тоді як для батьків – соматизація, дисфоричність, емоційне стримування, уникнення обговорення проблеми та зниження адаптивної участі у сімейному подоланні стресу.

The findings are important for the further substantiation of targets for medical, psychological, and psychotherapeutic support for families raising children with ASD. Appropriate targets include anxious anticipation regarding the child's future; rumination and catastrophizing; fear of losing time for corrective intervention; guilt and perceived low parental self-efficacy; emotional exhaustion; sleep disturbances; depressive-asthenic symptoms; somatized tension; difficulties with emotional self-regulation; impaired marital and family communication; and insufficient social support. In view of the observed gender differences, priority targets for mothers include anxious-ruminative responses, guilt, excessive monitoring, and exhaustion, whereas priority targets for fathers include somatization, dysphoria, emotional restraint, avoidance of discussing the problem, and reduced adaptive involvement in family coping.

ВИСНОВКИ

У батьків дітей із РАС встановлено статистично значуще вищий рівень тривожних і депресивних проявів порівняно з батьками дітей без порушень психіки і поведінки. Середній показник HADS-A в ОГ становив 6,96±5,37 бала проти 5,16±3,80 бала у ГП (p=0,009), а середній показник HADS-D – 7,14±7,49 бала проти 4,12±3,85 бала відповідно (p=0,029).

Провідним психоемоційним проявом у батьків дітей із РАС є тривожна симптоматика. Субклінічні або клінічно значущі тривожні прояви були виявлені у 63,0% респондентів ОГ проти 42,0% у ГП (p=0,023). Особливо клінічно значущим є те, що виражена тривога реєструвалася у 28,0% батьків дітей із РАС, і не була виявлена серед респондентів ГП.

Депресивні прояви у батьків дітей із РАС були менш поширеними порівняно з тривожними, однак мали суттєве клінічне значення. Субклінічні або клінічно значущі депресивні прояви встановлено у 45,0% респондентів ОГ проти 26,0% у ГП (p=0,032), а клінічно значущі депресивні прояви – у 18,0% проти 2,0% відповідно (p=0,004). Це свідчить про наявність у значної частини батьків дітей із РАС ознак виснаження адаптаційних ресурсів, емоційної втоми та зниження суб'єктивного відчуття контролю над ситуацією.

Гендерний аналіз показав більшу вразливість матерів дітей із РАС щодо формування тривожних і депресивних проявів. У матерів ОГ середні показники HADS-A та HADS-D досягали субклінічного рівня, тоді як у батьків залишалися в межах нормативного діапазону. Це дозволяє розглядати матерів дітей із РАС як пріоритетну групу для раннього психодіагностичного скринінгу, психоосвітньої та психотерапевтичної підтримки.

Клініко-психопатологічний аналіз засвідчив, що провідним радикалом психоемоційного реагування у батьків дітей із РАС є тривожно-депресивний радикал із переважанням тривоги. У матерів він частіше набував тривожно-румінативного та тривожно-ажитованого характеру з почуттям провини, гіперконтролем, страхом «втратити час» і виснаженням; у батьків – тривожно-соматизованого, астенізованого та частково

CONCLUSIONS

Parents of children with ASD had statistically significantly higher levels of anxiety and depressive symptoms than parents of children without mental or behavioral disorders. The mean HADS-A score was 6.96±5.37 in the SG versus 5.16±3.80 in the CG (p=0.009), while the mean HADS-D score was 7.14±7.49 versus 4.12±3.85, respectively (p=0.029).

Anxiety was the predominant psycho-emotional manifestation among parents of children with ASD. Subclinical or clinically significant anxiety symptoms were identified in 63.0% of SG respondents versus 42.0% in the CG (p=0.023). Of particular clinical relevance, pronounced anxiety was recorded in 28.0% of parents of children with ASD and was not detected among CG respondents.

Depressive symptoms among parents of children with ASD were less prevalent than anxiety symptoms but were of substantial clinical significance. Subclinical or clinically significant depressive symptoms were identified in 45.0% of SG respondents versus 26.0% in the CG (p=0.032), while clinically significant depressive symptoms were found in 18.0% versus 2.0%, respectively (p=0.004). This indicates that a substantial proportion of parents of children with ASD show signs of depleted adaptive resources, emotional fatigue, and a reduced subjective sense of control over the situation.

Gender-stratified analysis showed that mothers of children with ASD were more vulnerable to anxiety and depressive symptoms. Among mothers in the SG, mean HADS-A and HADS-D scores reached the subclinical range, whereas among fathers they remained within the normal range. Accordingly, mothers of children with ASD may be considered a priority group for early psychodiagnostic screening, psychoeducation, and psychotherapeutic support.

Clinical and psychopathological analysis showed that the predominant psycho-emotional response pattern among parents of children with ASD was an anxious-depressive pattern with anxiety predominating. Among mothers, it more often had anxious-ruminative and anxious-agitated features accompanied by guilt, excessive monitoring, fear of «losing time», and exhaustion; among fathers, it more often had anxious-somatized, asthenic,

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

дисфоричного характеру з емоційним стримуванням, дратівливістю, соматовегетативними скаргами та тенденцією до уникнення обговорення власних переживань.

Отримані результати дозволяють визначити специфічні мішені подальшого медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу родин, які виховують дітей із РАС: тривожне очікування щодо майбутнього дитини, румінації та катастрофізацію, страх недостатньої ефективності допомоги, почуття провини й зниження батьківської самоефективності, емоційне виснаження, порушення сну, депресивно-астенічні прояви, соматизоване напруження, труднощі емоційної саморегуляції, порушення сімейної комунікації та дефіцит соціальної підтримки.

and partly dysphoric features accompanied by emotional restraint, irritability, somatic and autonomic complaints, and a tendency to avoid discussing their own experiences.

The findings identify specific targets for future medical, psychological, and psychotherapeutic support for families raising children with ASD: anxious anticipation regarding the child's future; rumination and catastrophizing; fear that support will be insufficiently effective; guilt and reduced parental self-efficacy; emotional exhaustion; sleep disturbances; depressive-asthenic symptoms; somatized tension; difficulties with emotional self-regulation; impaired family communication; and insufficient social support.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Lord C., Elsabbagh M., Baird G., Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018. Vol. 392, № 10146. P. 508–520. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2
2. Zeidan J., Fombonne E., Scorah J., Ibrahim A., Durkin M.S., Saxena S., et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*. 2022. Vol. 15, № 5. P. 778–790. DOI: https://doi.org/10.1002/aur.2696
3. Hayes S.A., Watson S.L. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013. Vol. 43, № 3. P. 629–642. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y
4. Yorke I., White P., Weston A., Rafla M., Charman T., Simonoff E. The Association Between Emotional and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder and Psychological Distress in Their Parents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018. Vol. 48, № 10. P. 3393–3415. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-018-3605-y
5. Schnabel A., Youssef G.J., Hallford D.J., Hartley E.J., McGillivray J.A., Stewart M., et al. Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2020. Vol. 24, № 1. P. 26–40. DOI: https://doi.org/10.1177/1362361319844636
6. Kütük M.Ö., Tufan A.E., Kılıçaslan F., Güler G., Çelik F., Altıntaş E., et al. High Depression Symptoms and Burnout Levels Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Multi-Center, Cross-Sectional, Case-Control Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021. Vol. 51, № 11. P. 4086–4099. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-021-04874-4
7. Seleznova V., Pinchuk I., Feldman I., Virchenko V., Wang B., Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *International Journal of Mental Health Systems*. 2023. Vol. 17, № 1. P. 28. DOI: https://doi.org/10.1186/s13033-023-00598-3
8. Маркова М., Бєлоусова О., Алієва Т., Піонтковська О., Марков А., Косенко К. Психосоматичні кореляти дистресу війни у дітей та підлітків. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2025. Т. 12, № 4(30). С. 472–489. DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-04
9. Pinchuk I., Yachnik Y., Goto R., Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2025. Vol. 19, № 1. P. 11. DOI: https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9
10. Чабан О. С., Хаустова О. О., ред. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник. 3-тє вид., випр. і доп. Київ: Видавничий дім «Медкнига»; 2021. 200 с. ISBN 978-966-1597-87-6.

REFERENCES

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *The Lancet*. 2018;392(10146):508–20. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2
2. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*. 2022;15(5):778–90. DOI: https://doi.org/10.1002/aur.2696
3. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013;43(3):629–42. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y
4. Yorke I, White P, Weston A, Rafla M, Charman T, Simonoff E. The Association Between Emotional and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder and Psychological Distress in Their Parents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018;48(10):3393–415. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-018-3605-y
5. Schnabel A, Youssef GJ, Hallford DJ, Hartley EJ, McGillivray JA, Stewart M, et al. Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2020;24(1):26–40. DOI: https://doi.org/10.1177/1362361319844636
6. Kütük MÖ, Tufan AE, Kılıçaslan F, Güler G, Çelik F, Altıntaş E, et al. High Depression Symptoms and Burnout Levels Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Multi-Center, Cross-Sectional, Case-Control Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021;51(11):4086–99. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-021-04874-4
7. Seleznova V, Pinchuk I, Feldman I, Virchenko V, Wang B, Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *International Journal of Mental Health Systems*. 2023;17(1):28. DOI: https://doi.org/10.1186/s13033-023-00598-3
8. Markova M, Bielousova O, Aliieva T, Piontkovska O, Markov A, Kosenko K. Psychosomatic correlates of war distress in children and adolescents. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 2025;12(4(30)):472–89. (in Ukrainian). DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-04
9. Pinchuk I, Yachnik Y, Goto R, Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2025;19(1):11. DOI: https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9
10. Chaban OS, Khaustova OO. Practical Psychosomatics: Diagnostic Scales. Kyiv: Medknyha; 2021:200. (in Ukrainian). ISBN 978-966-1597-87-6.

Обмеження дослідження

Study Limitations

Дослідження має низку обмежень, які необхідно враховувати при інтерпретації отриманих результатів. По-перше, дослідження мало поперечний дизайн, що не дозволяє робити остаточні висновки щодо причинно-наслідкових зв'язків між вихованням дитини з РАС і формуванням тривожних або депресивних проявів у батьків. Отримані дані відображають психоемоційний стан респондентів на момент обстеження та потребують подальшого підтвердження у лонгітудинальних дослідженнях. По-друге, для

This study has several limitations that should be considered when interpreting the findings. First, the study employed a cross-sectional design, which precludes definitive conclusions regarding causal relationships between raising a child with ASD and the development of anxiety or depressive symptoms among parents. The data reflect respondents' psycho-emotional state at the time of assessment and require further confirmation in longitudinal studies. Second, anxiety and depressive symptoms were

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

оцінки тривожних і депресивних проявів використовувалася шкала HADS, яка є валідним скринінговим інструментом, але не замінює повноцінного клінічного діагностичного інтерв'ю. Тому показники, що відповідають субклінічному або клінічно значущому рівню за HADS, слід розглядати як маркери психоемоційного ризику, а не як остаточне встановлення тривожного чи депресивного розладу. По-третє, група порівняння складалася з представників медичного персоналу лікарняних закладів. З одного боку, це дозволяло порівнювати батьків дітей із РАС не з умовно «низькостресовою» популяцією, а з особами, які також можуть перебувати в умовах професійного психоемоційного навантаження. З іншого боку, така специфіка групи порівняння обмежує можливість прямого поширення результатів на загальну популяцію батьків дітей без порушень психіки і поведінки. По-четверте, у дослідженні не проводилася кількісна оцінка тяжкості проявів РАС у дитини, рівня її адаптивного функціонування, вираженості поведінкових порушень, інтенсивності реабілітаційного навантаження, а також обсягу соціальної, подружньої та професійної підтримки батьків. Ці чинники можуть істотно впливати на рівень тривоги, депресивних проявів, виснаження та характер клініко-психопатологічного реагування батьків. По-п'яте, воєнний контекст розглядався у дослідженні як важливий соціально-психологічний фон, однак не оцінювався за допомогою окремих стандартизованих шкал. Тому вплив воєнного стресу, вимушених змін середовища, безпекових загроз, порушення доступу до медико-психологічної допомоги та додаткової травматизації не може бути кількісно відокремлений від специфічного навантаження, пов'язаного з вихованням дитини з РАС. Крім того, до дослідження включалися лише родини з однією дитиною та батьки без попереднього психіатричного анамнезу. Такий підхід підвищував однорідність вибірки та зменшував вплив додаткових сімейних і клінічних факторів, однак водночас обмежував узагальнення результатів на родини з кількома дітьми, наявністю сиблінгів або попереднім досвідом психічних розладів у батьків. Попри зазначені обмеження, отримані результати мають клінічну значущість, оскільки дозволяють окреслити специфіку тривожних і депресивних проявів у батьків дітей із РАС, визначити гендерні особливості психоемоційного реагування та сформувати підґрунтя для подальшої розробки диференційованих програм медико-психологічного і психотерапевтичного супроводу таких родин.

assessed using the HADS, which is a valid screening instrument but does not replace a comprehensive clinical diagnostic interview. Therefore, scores corresponding to subclinical or clinically significant HADS levels should be regarded as markers of psycho-emotional risk rather than as definitive diagnoses of an anxiety or depressive disorder. Third, the comparison group consisted of hospital medical staff. On the one hand, this allowed parents of children with ASD to be compared not with a conventionally 'low-stress' population but with individuals who may themselves experience occupational psycho-emotional strain. On the other hand, this feature of the comparison group limits direct generalization of the findings to the broader population of parents of children without mental or behavioral disorders. Fourth, the study did not quantitatively assess the severity of the child's ASD symptoms, level of adaptive functioning, severity of behavioral difficulties, intensity of the rehabilitation burden, or the extent of social, marital, and occupational support available to parents. These factors may substantially influence anxiety, depressive symptoms, exhaustion, and the nature of parents' clinical and psychopathological responses. Fifth, the wartime context was considered an important social and psychological background factor but was not assessed using separate standardized scales. Consequently, the effects of war-related stress, forced environmental changes, security threats, disrupted access to medical and psychological care, and additional traumatization cannot be quantitatively separated from the specific burden associated with raising a child with ASD. In addition, only one-child families and parents with no prior psychiatric history were included. This approach increased sample homogeneity and reduced the influence of additional family and clinical factors, but it also limited generalizability to families with multiple children, to families in which the child with ASD has siblings, and to parents with a history of mental disorders. Despite these limitations, the findings are clinically significant because they delineate the specific features of anxiety and depressive symptoms among parents of children with ASD, identify gender differences in psycho-emotional responses, and provide a foundation for the further development of differentiated medical, psychological, and psychotherapeutic support programs for these families.

Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні чинників, що впливають на формування тривожних і депресивних проявів у батьків дітей із РАС, зокрема тривалості часу від моменту встановлення діагнозу, віку дитини, вираженості поведінкових і комунікативних порушень, інтенсивності реабілітаційного навантаження, рівня соціальної підтримки, особливостей подружньої взаємодії та копінг-стратегій батьків.

Окремого значення набуває подальша розробка диференційованих програм медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу родин, які виховують дітей із РАС, з урахуванням виявлених клініко-психопатологічних радикалів і гендерних особливостей психоемоційного реагування. Для матерів доцільним є фокус на корекції тривожно-руминативного реагування, почуття провини, гіперконтролю, емоційного виснаження та порушень сну; для батьків – на роботі з соматизованим напруженням, дисфоричністю, емоційним стримуванням, уникненням обговорення переживань і формуванням більш активної участі у сімейному подоланні стресу.

Подальший етап дослідження має бути спрямований на створення, клінічну апробацію та оцінку ефективності сімейно-орієнтованої програми медико-психологічного супроводу батьків дітей із РАС із використанням стандартизованих психодіагностичних інструментів, порівнянням динаміки показників тривоги, депресії, емоційного виснаження, якості життя, сімейного функціонування та батьківської самоефективності до і після втручання.

Prospects for further research

Further research should include an in-depth examination of factors influencing the development of anxiety and depressive symptoms among parents of children with ASD, including time since diagnosis, the child's age, the severity of behavioral and communication difficulties, the intensity of the rehabilitation burden, the level of social support, characteristics of marital interaction, and parental coping strategies.

Further development of differentiated programs of medical, psychological, and psychotherapeutic support for families raising children with ASD is particularly important and should take into account the identified clinical and psychopathological response patterns and gender-specific features. For mothers, interventions should focus on anxious-ruminative responses, guilt, excessive monitoring, emotional exhaustion, and sleep disturbances; for fathers, they should address somatized tension, dysphoria, emotional restraint, avoidance of discussing emotional experiences, and the development of more active involvement in family coping.

The next phase of research should focus on developing, clinically testing, and evaluating the effectiveness of a family-centered medical and psychological support program for parents of children with ASD. Standardized psychodiagnostic instruments should be used to compare changes in anxiety, depression, emotional exhaustion, quality of life, family functioning, and parental self-efficacy before and after the intervention.

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Дотримання етичних норм

Автори рукопису свідомо засвідчують, що дослідження проводилося з використанням даних первинної медичної документації та включало клінічні спостереження за пацієнтами. Дослідження проведено відповідно до етичних стандартів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини, директиви Європейського товариства 86/609 щодо участі людини у медико-біологічних дослідженнях, а також наказу Міністерства охорони здоров'я України № 690 від 23.09.2009 р. Інформована згода на участь у дослідженні була отримана від усіх учасників після надання їм зрозумілої, повної та доступної інформації про мету, дизайн і методологію дослідження, його потенційні ризики, очікувані переваги та можливі альтернативи. Усі учасники підтвердили свою добровільну участь шляхом підписання форми інформованої згоди.

Ethics statement

The authors of the manuscript certify that the study was conducted using data from primary medical records and included clinical observations of patients. The study was conducted in accordance with the ethical standards of the World Medical Association Declaration of Helsinki on ethical principles for medical research involving human participants, European Community Directive 86/609 concerning human participation in biomedical research, and Order No. 690 of the Ministry of Health of Ukraine dated September 23, 2009. Informed consent to participate in the study was obtained from all participants after they had received clear, complete, and accessible information regarding the study's purpose, design, and methodology, its potential risks, expected benefits, and possible alternatives. All participants confirmed their voluntary participation by signing an informed consent form.

Використання штучного інтелекту

Автори рукопису засвідчують, що у процесі проведення дослідження та підготовки цього рукопису не використовували інструментів або сервісів генеративного штучного інтелекту для виконання будь-яких завдань, визначених у Таксономії делегування завдань генеративному штучному інтелекту (GAIDeT, 2025 р.). Усі етапи роботи від концептуалізації до фінального редагування виконані авторами без залучення генеративного штучного інтелекту.

Use of generative artificial intelligence

The authors of the manuscript certify that no generative artificial intelligence tools or services were used during the conduct of the study or preparation of this manuscript for any tasks defined in the Generative AI Delegation Taxonomy (GAIDeT, 2025). All stages of the work, from conceptualization to final editing, were completed by the authors without the involvement of generative artificial intelligence.

Первинні дані та матеріали

Автори рукопису засвідчують, що у роботі використано результати обстеження, які були зібрані, систематизовані та проаналізовані авторами.

Data availability statement

The authors of the manuscript certify that the study used examination findings that were systematized and analyzed by the authors.

Інформація про фінансування

Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи «Стресостійкість специфічних вразливих груп в умовах соціального стресу (фактори ризику, діагностика, система медико-психологічного супроводу та підтримки)», номер державної реєстрації: 0123U104462, прикладна, термін виконання: 2023–2027 рр., керівник – завідувачка кафедри сексології, психотерапії та медичної психології, доктор медичних наук, професор М.В. Маркова, та дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 222 «Медицина» «Психічне здоров'я батьків, які виховують дитину з розладом аутистичного спектру (фактори ризику, комплексна система корекції та підтримки)», здобувач – Р.П. Кожухар.

Funding information

This article forms part of the research project «Stress Resilience of Specific Vulnerable Groups Under Conditions of Social Stress (Risk Factors, Diagnosis, and a System of Medical and Psychological Support)», state registration No. 0123U104462; applied research; implementation period: 2023 – 2027; principal investigator: Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology – M.V. Markova and the dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 «Medicine», entitled «Mental Health of Parents Raising a Child with Autism Spectrum Disorder (Risk Factors and a Comprehensive System of Intervention and Support)», submitted by R.P. Kozhukhar.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Маркова Маріанна Владиславівна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022; завідувачка лабораторії психічного здоров'я Державної установи «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України»; вул. Саксаганського, буд. 75, м. Київ, Україна, 01033;

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Marianna Vladyslavivna Markova – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, 4 Nauky Avenue, Kharkiv, Ukraine, 61058; Head of the Mental Health Laboratory of the State Institution «Kundiiev Institute of Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»; 75 Saksahanskoho Str., Kyiv, Ukraine, 01033;

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

e-mail: markova.md.professor@gmail.com
моб.: +38 (050) 606-81-45
Внесок автора: *ідея, гіпотеза і дизайн дослідження, редагування.*

Кожухар Радислав Павлович – аспірант кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022; завідувач Центра ментального здоров'я Комунального некомерційного підприємства «Обласна клінічна дитяча лікарня Кіровоградської обласної ради»; просп. Вінниченка, буд. 1, м. Кропивницький, Україна, 25006;
e-mail: radyslavkozhukhar@gmail.com
моб.: +38 (099) 105-64-76
Внесок автора: *набір емпіричного матеріалу, аналіз і інтерпретація результатів, формулювання висновків.*

e-mail: markova.md.professor@gmail.com
mob.: +38 (050) 606-81-45
Author contribution: *conceptualization, hypothesis and study design, editing.*

Radyslav Pavlovych Kozhukhar – Postgraduate student of Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, 4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022; Psychiatrist, Head of the Mental Health Center of the Municipal Non-Profit Enterprise «Regional Clinical Children's Hospital of the Kirovohrad Regional Council»; 1 Vynnychenka Ave., Kropyvnytskyi, Ukraine, 25006;
e-mail: radyslavkozhukhar@gmail.com
mob.: +38 (099) 105-64-76
Author contribution: *collection of empirical data, analysis and interpretation of results, formulation of conclusions.*

Рукопис надійшов *Manuscript was received* 19.07.2026	Отримано після рецензування *Received after review* 22.08.2026	Прийнято до друку *Accepted for printing* 31.08.2026	Опубліковано *Published* 31.08.2026