ISSN (print) 2708-7530
Наукові перспективи № 5(59) 2025

УДК 376.1:159.9.072

https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-5(59)-2280-2292

Шевчук Вікторія Валентинівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології та педагогіки, Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», м. Полтава, https://orcid.org/0000-0001-7101-7617

Гресь Катерина Олексіївна асистент кафедри психології та педагогіки, Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», м. Полтава, https://orcid.org/0009-0005-9502-3663

НАУКОВІ ОСНОВИ ВИБОРУ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ АУТИЗМУ

Анотація. У сучасній психологічній практиці термін «аутизм» охоплює широкий спектр нейророзвиткових порушень, відомих як розлади аутистичного спектру (РАС), які характеризуються складнощами у соціальній взаємодії, комунікації та наявністю стереотипної поведінки. РАС мають різний ступінь прояву — від глибоких порушень із відсутністю мовлення та самообслуговування до більш легких форм, таких як синдром Аспергера, що супроводжується збереженим вербальним спілкуванням, але з труднощами у соціальній адаптації. Поширеність РАС за останні роки зростає, що пов'язано з удосконаленням діагностичних підходів і збільшенням обізнаності спеціалістів.

Діагностика аутизму не може базуватись на короткострокових обстеженнях або окремих медичних тестах, вона вимагає комплексного багатопрофільного підходу, який включає збір анамнезу, спостереження в природних умовах, опитування батьків і спеціалістів, а також застосування стандартизованих психологічних методик і інструментальних досліджень. Вибір діагностичних інструментів повинен враховувати специфіку розладу, вікові особливості дитини та рівень її розвитку.

Для дослідження дітей з РАС рекомендується поетапний діагностичний процес: початковий етап — збір даних та спостереження, поглиблений — оцінка когнітивних і психофізіологічних функцій, фінальний — аналіз результатів і формування індивідуальної корекційної програми. У якості основних методик використовують шкали CARS, CASD, PEP-R, опитувальники для батьків, нейропсихологічні тести, а також інструментальні дослідження (ЕЕГ, МРТ тощо).

Раціональний вибір і комплексне застосування діагностичних методик дозволяє отримати об'єктивну та глибоку оцінку психічного розвитку дітей з аутизмом, виявити їхні сильні та слабкі сторони, що є підґрунтям для розробки ефективних індивідуалізованих корекційних заходів. Важливою складовою успішної діагностики є налагодження довірливого контакту з дитиною та її родиною, що мінімізує стрес і сприяє точнішій оцінці.

Таким чином, наукові основи вибору діагностичних методик полягають у системному, багатопрофільному підході, який забезпечує якісне вивчення дітей з різним ступенем аутизму і сприяє підвищенню ефективності психологічної допомоги та корекції.

Ключові слова: аутизм, розлади аутистичного спектру, соціальна взаємодія, комунікація, стереотипна поведінка, діагностика аутизму індивідуальна корекція, шкали CARS, CASD, PEP-R, нейропсихологічні тести, інструментальні дослідження, психологічна допомога.

Shevchuk Viktoriia Valentynivna Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Psychology and Pedagogy of the Yuri Kondratyuk Poltava**,** Polytechnic National University, Poltava, https://orcid.org/0000-0001-7101-7617

Gres Kateryna Oleksiivna Assistant Professor, Department of Psychology and Pedagogy, Yuriy Kondratyuk Poltava Polytechnic National University, Poltava, https://orcid.org/0009-0005-9502-3663

SCIENTIFIC BASES OF CHOICE OF DIAGNOSTIC METHODS OF STUDY OF CHILDREN WITH VARYING DEGREES OF AUTISM

Abstract. In modern psychological practice, the term "autism" covers a wide range of neuro -development disorders known as disorders of autistic spectrum (races), which are characterized by difficulties in social interaction, communication and the presence of stereotypical behavior. RACs have varying degrees of manifestation - from deep disorders with lack of speech and self -care to lighter forms, such as Asperger syndrome, accompanied by preserved verbal communication, but with difficulties in social adaptation. The prevalence of races has increased in recent years, which is related to the improvement of diagnostic approaches and an increase in specialists' awareness.

Diagnosis of autism cannot be based on short -term examinations or individual medical tests, it requires a complex multidisciplinary approach, which includes anamnesis, natural conditions, parents and specialists surveys, as well as the use of standardized psychological techniques and instrumental studies. The choice of

diagnostic tools should take into account the specifics of the disorder, the age characteristics of the child and the level of its development.

For the study of children with races, a step -by -step diagnostic process is recommended: initial stage - data collection and observation, in -depth - evaluation of cognitive and psychophysiological functions, final - analysis of results and formation of an individual corrective program. Cars, CASD, PEP-R, parental questionnaires, neuropsychological tests, and instrumental studies (EEG, MRI, etc.) are used as the main techniques.

The rational choice and comprehensive application of diagnostic techniques allows to obtain an objective and deep assessment of mental development of children with autism, to identify their strengths and weaknesses, which is the basis for the development of effective individualized corrective measures. An important component of successful diagnosis is the establishment of trust with the child and her family, which minimizes stress and promotes more accurate assessment.

Thus, the scientific bases of choosing diagnostic techniques are a systematic, multidisciplinary approach, which provides qualitative study of children with varying degrees of autism and helps to increase the effectiveness of psychological assistance and correction.

Keywords: autism, autistic spectrum disorders, social interaction, communication, stereotypical behavior, autism diagnosis, individual correction, CARS, CASD, PEP-R, neuropsychological tests, instrumental studies, psychological assistance.

Постановка проблеми. Термін «аутизм» у сучасній практиці часто вживається як узагальнене поняття, що охоплює дефініції «загальні розлади розвитку» згідно з МКХ-10 та «розлади аутистичного спектру» (РАС), за класифікацією DSM-V. У клінічній сфері також застосовується термін «первазивні розлади розвитку», який є синонімічним попереднім.

РАС належать до порушень нейророзвитку, основними характеристиками яких, відповідно до «Дослідницьких діагностичних критеріїв» МКХ-10 (ВООЗ, 1992), є глибокі труднощі у встановленні взаємодії з іншими людьми, значні ускладнення у спілкуванні, а також наявність обмежених, повторюваних і стереотипних форм поведінки й інтересів. Аутична поведінка, як правило, проявляється вже у ранньому дитинстві, однак іноді вона стає помітною лише тоді, коли дитина стикається із соціальними ситуаціями, які вимагають складнішої взаємодії, наприклад, при вступі до дитячого садка або школи. У процесі дорослішання аутистичні особливості можуть зазнавати змін, зумовлених віковими особливостями розвитку.

Розлади аутистичного спектра мають надзвичайно широке розмаїття проявів. Становлення класифікацій триває й дотепер, оскільки дослідження

цієї сфери активно розвивається. Однією з популярних класифікацій, яка широко використовується серед педагогів та спеціалістів, є класифікація Микільської, яку часто беруть за основу при розробці індивідуальних корекційних планів.

Аутичний спектр охоплює різні рівні прояву порушень. Діти з найглибшими розладами, як правило, не виявляють жодного інтересу до навколишнього середовища та не мають навичок самообслуговування. Вони, зазвичай, є невербальними. Інші діти, хоча й мають певні побутові навички, демонструють виражену прив'язаність до рутин, а будь-яке порушення звичного порядку може викликати у них серйозні емоційні реакції. Такі діти схильні до використання ехолалії, а їхнє мовлення часто носить формальний або шаблонний характер.

Існує також категорія дітей, які проявляють енциклопедичні знання в певній вузькій темі, але водночас їм складно підтримувати діалог або встановлювати повноцінні соціальні зв'язки. У четвертому варіанті розвитку поведінка таких дітей часто виглядає більш варіативною, однак їм все ще важко вступати у контакт із ровесниками, проявляти ініціативу у спілкуванні та зосереджуватись на завданнях у колективному середовищі [2, с. 54].

Окрему форму функціонального аутизму становить синдром Аспергера. Ця форма відрізняється від класичної менш вираженою затримкою мовного розвитку. Діти з таким синдромом здатні до вербального спілкування, хоча їхня манера вести діалог зазвичай нагадує монолог. Вони часто демонструють глибоку зацікавленість окремими темами, про які можуть розповідати годинами. Попри бажання брати участь у спільних іграх, їхня поведінка в колективі може бути нетиповою. Серед особливостей таких дітей також зазначаються фізична незграбність, високий інтелектуальний потенціал і виняткова пам'ять у сферах, які становлять для них інтерес.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Згідно з офіційними статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, упродовж 2009–2017 років рівень діагностування РАС зріс майже вдвічі – з 0,55 до 1,61 випадку на 100 тисяч дитячого населення. З 2006 року цей показник демонструє стабільне зростання: у 2007 році приріст становив 28,2%, у 2008 – 32%, у 2009 – 27,2%, у 2010 – 35,7%, у 2011 – 21,2%, а у 2012 – 25,3%. Загальна поширеність РАС серед дітей за цей період зросла майже утричі – з 17,0 до 48,2 на 100 тисяч. Проте, попри динамічне зростання, рівень поширеності РАС в Україні суттєво нижчий, ніж у США або європейських країнах, що дає підстави очікувати подальше зростання захворюваності у зв'язку з удосконаленням діагностичних підходів і ширшим впровадженням сучасних методів виявлення [1, с. 12].

РАС часто супроводжуються іншими медичними та психічними порушеннями. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у приблизно

половини осіб з РАС наявна глибока або тяжка розумова відсталість, у понад третини – легка чи помірна інтелектуальна недостатність, тоді як решта мають розвиток, що відповідає віковим нормам. Співіснування аутизму з іншими станами, такими як синдром ламкої Х-хромосоми, туберозний склероз, церебральний параліч, синдром Дауна, м'язова дистрофія, нейрофіброматоз, а також енцефалопатії, є доволі поширеним і значною мірою ускладнює клінічну картину.

Діагностика аутизму не ґрунтується на наявності специфічних медичних тестів і не може бути достовірно проведена під час короткотривалого огляду, навіть комісією фахівців. Визначення цього розладу потребує комплексного аналізу поведінкових характеристик дитини, вивчення її розвитку та детального збору анамнестичних даних. У процесі діагностики важливим є опитування батьків та осіб, що тісно взаємодіють із дитиною, а також організація серії спостережень за її поведінкою в різних ситуаціях.

Мета статті. Проаналізувати наукові підходи та критерії вибору діагностичних методик для дітей з різними формами та ступенями аутизму.

Виклад основного матеріалу. Для проведення повноцінного обстеження необхідна участь мультидисциплінарної команди, до складу якої входять психолог, психіатр, невролог, психотерапевт, логопед-дефектолог, педіатр та інші спеціалісти, що мають досвід у роботі з дітьми з особливими потребами. Огляд та спостереження слід проводити у звичних для дитини умовах, оскільки нове середовище та незнайомі люди можуть викликати стрес і тим самим спотворити результати діагностики.

Основою для встановлення діагнозу є критерії, визначені у міжнародних класифікаціях МКХ-10 і DSM-IV. Додатковими інструментами є стандартизовані опитувальники для батьків, шкали спостереження, таблиці і діагностичні анкети, які дають змогу оцінити особливості поведінки, мовлення, ігрової активності, когнітивного розвитку та соціальних навичок. Методи інструментального дослідження, такі як ЕЕГ, РЕГ, ЕхоЕГ, МРТ, УЗД, кардіоінтервалографія, ЕКГ та лабораторні аналізи, дозволяють оцінити функціональний стан нервової системи, крові, імунітету, а також виявити наявність токсичних речовин або причини дисбактеріозу.

Часто у дітей з РАС також виявляють ураження шлунково-кишкового тракту, підвищену чутливість до опіоїдів і алергенів, тому тестування на харчову непереносимість допомагає сформувати індивідуальну дієту для покращення їхнього стану.

Для здійснення психологічної діагностики з метою вивчення особливостей психічного розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом доцільно застосовувати комплексну діагностичну базу, до якої входять: опитувальники для батьків, карта спостереження, шкала інтелектуального розвитку за А. Біне –

Т. Сімоном (адаптація Л. Термена), методика визначення невербального інтелекту LEITER-3, нейропсихологічна діагностика за Лурією, зорово-моторний тест Бендера, анкета CHAT, скринінговий інструмент SQR, шкала CARS для оцінки проявів аутизму, шкала CASD для визначення спектру аутистичних розладів, а також профіль розвитку за шкалою PEP-R [3, с. 88].

Запропонований набір методик враховує специфіку розладу, вікові особливості дитини, а також провідні види діяльності, характерні для певного етапу розвитку. Такий підхід дозволяє здійснити глибоке та всебічне вивчення дитини, виявити як сильні, так і вразливі сторони її розвитку, а також, шляхом використання взаємодоповнювальних методів, отримати максимально об'єктивну картину психологічного функціонування дитини з аутизмом.

Діагностичний процес доцільно організовувати поетапно, згідно з логікою поступового занурення у дослідження:

1) Початковий етап діагностики включає аналіз наявної документації (медичних висновків, психолого-педагогічних характеристик, результатів попередніх обстежень), збір інформації зі слів батьків через спеціальні опитувальники (наприклад, CHAT), а також проведення спостереження за поведінкою дитини з використанням карти спостереження. Перевагою цього етапу є природне встановлення контакту з дитиною та її сім’єю без тиску цілеспрямованих досліджень.

2) Поглиблений діагностичний етап передбачає детальне вивчення когнітивних і психофізіологічних характеристик дитини. Зокрема, досліджуються рівень інтелектуального розвитку, стан окремих психічних функцій, ступінь виразності порушень, що притаманні аутизму, а також зона найближчого розвитку. З цією метою використовують шкалу Біне–Сімона, тест Бендера, нейропсихологічну діагностику, шкали PEP-R та CARS. Цей етап є ключовим у діагностичному процесі, однак його ефективність можлива лише за умови налагодженого довірливого контакту з дитиною.

3) Етап аналізу результатів і формування індивідуальної програми розвитку спрямований на узагальнення отриманих даних, побудову індивідуального профілю розвитку дитини та створення комплексної корекційної програми. У цей процес доцільно залучати як спеціалістів, так і батьків, що дозволяє спільно окреслити подальший освітній маршрут дитини та прийняти виважені рішення [4, с. 40].

Дотримання цієї поетапної структури дає змогу повною мірою виявити індивідуальні психологічні особливості дітей з аутизмом. Застосування відповідних методик на першому етапі дозволяє уникнути надмірного тиску, не порушуючи емоційного стану дитини. У свою чергу, подальші етапи сприяють глибшому розумінню особливостей дитини та встановленню конструктивної взаємодії з родиною.

Використання певних діагностичних методик потребує значного часу на проведення дослідження, що є складним у випадку роботи з дітьми з розладом спектра аутизму (РСА). Наприклад, здатність дитини утримувати увагу може обмежуватись 10–15 хвилинами, що обумовлює необхідність розподілу дослідження на кілька сесій протягом 3–4 днів. Водночас чинні нормативні документи, зокрема лист МОН України від 26.07.2012 № 1/9-529 «Про організацію психологічного і соціального супроводу в умовах інклюзивного навчання», встановлюють чіткі часові межі взаємодії з дитиною. Особливо це стосується регламенту роботи психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК), де визначено, що тривалість однієї консультації не має перевищувати 40 хвилин. У зв'язку з цим постає необхідність удосконалення та оптимізації діагностичного процесу шляхом залучення доступних ресурсів – як державних, так і приватних, включаючи можливості громадських організацій.

Залежно від ступеня вираженості аутичних проявів рекомендовано застосовувати різні діагностичні методики:

- За легкого ступеня аутизму доцільно використовувати методику M-CHAT та скринінгову діагностичну методику SQR, орієнтовані на дітей віком від 1,5 до 3 років з метою раннього виявлення ризику розвитку РСА;
- Для дітей із помірною формою аутизму ефективними є методики CARS, CASD, ADI-R, які дають змогу охарактеризувати основні прояви розладів спектра аутизму;
- При тяжкому ступені аутизму застосовується методика ADOS-2, яка слугує інструментом для встановлення клінічного діагнозу, а також методика PEP-R, що допомагає визначити психолого-педагогічний профіль дитини.

З огляду на перспективи подальшої корекційної роботи з дітьми з РСА в умовах спеціальної чи інклюзивної освіти, методика PEP-R вважається найбільш результативною.

Разом із цим, у дітей з РСА часто спостерігається слабко розвинене або повністю відсутнє мовлення, що ускладнює використання ряду стандартних методик діагностики й моніторингу. У таких випадках доцільним є застосування невербальної методики LEITER-3, яка демонструє високу ефективність.

Методики А. Біне – Т. Сімона, LEITER-3, а також нейропсихологічна методика за О. Лурією можуть бути результативно використані для оцінювання інтелектуального розвитку дітей з РСА.

Крім того, групою авторів було розроблено комплекс психодіагностичних інструментів, які успішно застосовуються для виявлення ознак аутизму [1, с. 17]. До складу цього комплексу входять:

- «Шкала оцінювання дитячого аутизму» CARS (автори – Е. Шоплер, Р. Рейхлер, Б. Реннер; адаптація К. Островської) для визначення ступеня аутизму;

- Методика «Психолого-освітній профіль покращеної версії» PEP-R (адаптація К. Островської) для діагностики дітей з РСА;
- Шкала А. Біне – Т. Сімона, що застосовується для оцінювання рівня інтелектуального розвитку;
- Методика нейропсихологічного обстеження (О. Лурія) для визначення рівня психофізичного розвитку дитини.
- Методика CARS є стандартизованим діагностичним інструментом, який застосовується для виявлення порушень спектра аутизму у дітей від двох років. Вона дозволяє не лише ідентифікувати аутизм, а й чітко відрізняти дітей з цим розладом від тих, хто має інші порушення розвитку без аутичного спектра. Також ця шкала дає змогу визначити рівень вираженості аутизму – від легкого чи помірного до глибокого.
- Методика PEP-R (Психолого-освітній профіль покращеної версії) надає детальну інформацію про розвиток дитини у таких сферах, як здатність до наслідування, сприймання, моторика (дрібна та велика), координація зорово-рухових дій, когнітивна активність, комунікація та мовлення. Крім цього, вона допомагає оцінити характер порушень у міжособистісних стосунках, у грі, у реакціях на зовнішні подразники, а також рівень мовленнєвого розвитку.
- Шкала інтелектуального розвитку Біне – Сімона є стандартизованим тестом, що дозволяє оцінити рівень інтелектуального розвитку дітей віком від 3 до 15 років. Особливістю цієї методики є її висока точність – результати тестування виявляються максимально наближеними до даних, отриманих за допомогою методики PEP-R (розбіжність становить лише 1–1,5 місяця). Це підтверджується як власними дослідженнями, так і даними Українського НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ України.
- Оцінювання рівня психофізичного розвитку дітей здійснюється за допомогою нейропсихологічної методики, розробленої О.Р. Лурією.
- Оскільки методики CARS та PEP-R спочатку були розроблені іноземними фахівцями, для їх застосування в Україні була необхідна адаптація.
- Україномовні версії CARS (Childhood Autism Rating Scale – «Шкала оцінювання дитячого аутизму») та PEP-R (Psychoeducational Profile-Revised – «Психолого-освітній профіль покращеної версії») були адаптовані у два етапи. Перший етап включав багаторівневий переклад: було здійснено декілька незалежних прямих і зворотних перекладів, після чого експерти – психологи з вільним володінням англійською мовою – здійснили лінгвістичну експертизу. До експертної групи увійшли викладачі кафедри психології Львівського національного університету імені Івана Франка, а також практичні психологи, що працюють у закладах охорони здоров'я та освіти Львова.
- Другий етап полягав у вивченні психометричних характеристик обох методик: надійності (включаючи ретестову), внутрішньої узгодженості суб-

шкал (визначено за допомогою коефіцієнта Альфа-Кронбаха), а також валідності (конструктної та критеріальної). Після цього було здійснено стандартизацію.

- Вибірка для адаптаційного дослідження охоплювала 56 дітей, з яких 18 були у віці 3–5 років, а 38 – у віці 6–16 років.
- Для перевірки ретестової надійності методик використовували повторне тестування через чотири тижні, під час якого було обраховано коефіцієнти кореляції за методом Пірсона. Внутрішня надійність методик була перевірена на вибірці з 394 дітей за допомогою Альфа-Кронбаха. Показники ретестової та внутрішньої надійності наведені в таблицях 1 і 2 відповідно.
- Якщо потрібна адаптація під конкретний формат (наукова стаття, розділ курсової тощо) — повідомте, і я відкоригую стиль [3, с. 45].

Таблиця 1

Перевірка ретестової та внутрішньої надійності україномовної версії методики «*Шкала оцінювання дитячого аутизму*»

Найменування шкали	Значення коефіцієнта кореляції Пірсона	Показник Альфа-Кронбаха (α)
Взаємини з людьми	0,699**	0,836**
Імітація	0,710**	0,875**
Емоційна реакція	0,719**	0,901**
Володіння тілом	0,748**	0,845**
Використання об’єктів	0,756**	0,821**
Адаптація до змін	0,819**	0,835**
Зорова реакція	0,700**	0,792**
Слухова реакція	0,697**	0,892**
Смак, запах, реакція на дотик	0,732**	0,788**
Боязкість/нервозність	0,669**	0,882**
Вербальна комунікація	0,781**	0,837**
Невербальна комунікація	0,659**	0,931**
Рівень активності	0,836**	0,830**
Рівень і ступінь інтелектуального розвитку	0,771**	0,823**
Загальне враження	0,822**	0,936**

** – $p \leq 0,01$.

Таблиця 2

Перевірка ретестової та внутрішньої надійності україномовної версії методики «*Психолого-освітній профіль*»

Найменування шкали	Значення коефіцієнта кореляції Пірсона	Показник Альфа-Кронбаха (α)
Наслідування	0,702**	0,889**
Сприйняття	0,875**	0,814**
Дрібна моторика	0,786**	0,888**
Велика моторика	0,812**	0,903**
Зорово-рухова координація	0,742**	0,902**
Пізнавальна діяльність	0,808**	0,797**
Спілкування, активне мовлення	0,789**	0,834**

** – $p \leq 0,01$.

Перевірка валідності. Конструктну валідність методик було оцінено за участю восьми експертів – семи викладачів кафедри психології Львівського національного університету імені Івана Франка та одного практичного психолога з Львівської області. Експерти заповнювали опитувальники на дітей із високим та низьким рівнем аутичних проявів. Аналіз отриманих даних показав статистично значущі відмінності середніх значень на рівні $p<0,001$, що підтверджує надійність методик у контексті конструктної валідності [2, с. 26].

Крім того, для підтвердження валідності застосовувався аналіз критеріальної валідності шляхом зіставлення показників контрастних груп. Вибірка складалася з 56 учасників – дітей з аутичними проявами та умовно здорових дітей. Статистичне порівняння за допомогою t-критерію Стьюдента засвідчило достовірні відмінності між групами: діти без аутичних розладів демонстрували вищі показники за всіма шкалами методик, що вказує на їхню високу чутливість до діагностичних критеріїв.

Дискримінативність. Для визначення здатності окремих завдань відрізняти дітей з різними рівнями прояву аутизму використовувався коефіцієнт кореляції між кожним завданням і загальним балом методики. Зокрема, для методики «Шкала оцінювання дитячого аутизму» кореляційні значення варіювалися в межах від r=0,486** до r=0,815**, а для методики «Психолого-освітній профіль» – від r=0,522** до r=0,848** при високій статистичній значущості ($p \leq 0,01$). Це свідчить про добру дискримінативну здатність завдань.

Стандартизація. Розрахунок нормативних значень здійснювався на основі даних, отриманих від 58 дітей. Встановлено такі діапазони оцінок для

«Шкали оцінювання дитячого аутизму»: результати в межах 15–30 балів свідчать про відсутність аутизму, 30–37 балів – про легкий або помірний ступінь, а 37–60 балів – про виражений рівень аутичних проявів.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що україномовні адаптовані версії методик «Шкала оцінювання дитячого аутизму» та «Психолого-освітній профіль» відзначаються високими психометричними характеристиками – валідністю та надійністю – і є надійними інструментами для діагностики дітей із аутизмом.

Для оцінювання інтелектуального розвитку дітей з розладами спектра аутизму (РСА), які не володіють мовленням, доцільним є використання методики LEITER-3. Цей інструмент було розроблено Расселом Лайтером для діагностики інтелектуального рівня у дітей віком від 2 до 18 років. Основна мета методики полягає у вимірюванні загального інтелектуального коефіцієнта (G-фактору) шляхом аналізу зорово-моторної діяльності дитини. Особливістю методики є відсутність необхідності вербальних інструкцій, що робить її придатною для оцінювання дітей з мовленнєвими порушеннями, розладами комунікації, глухотою, а також представників різних культурних, соціальних та вікових груп [3, с. 7].

Методика включає 54 завдання, структуровані за віковими категоріями: від 2 до 10 років – кожне завдання відповідає психологічному віку з інтервалом у 3 місяці; від 11 до 18 років – завдання відображають розвиток із кроком у 6 місяців. Усі завдання розміщено у порядку зростання складності. Незважаючи на те, що вони спрямовані на оцінку результативності виконання, їх зміст є різноманітним: визначення подібностей за кольором, сортування предметів, відповідність кольору та форми, побудова послідовностей, розпізнавання міміки, виявлення вікових відмінностей, аналіз просторових відношень, класифікація тварин за середовищем проживання тощо.

Для дітей молодшого віку завдання є простими, що сприяє навчанню, зниженню тривожності та формуванню довірливого контакту з дитиною. Методика має ігровий формат, що додатково полегшує процес дослідження. На основі кількості правильно виконаних завдань визначається базовий вік дитини, який слугує індикатором її інтелектуального розвитку.

У попередньому розділі було обґрунтовано доцільність використання шкали А. Біне – Т. Сімона для оцінювання інтелектуального рівня дітей із РСА. З метою перевірки валідності методики LEITER-3 здійснено порівняльний аналіз результатів, отриманих за цією методикою та шкалою Біне – Сімона. У дослідженні брали участь 56 дітей із дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, зокрема 18 дітей віком 3–5 років та 36 дітей віком 6–16 років [1, с. 40].

Для визначення узгодженості результатів методик було використано коефіцієнт надійності за Кронбахом (альфа). Отримані дані наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Результати співставлення методик LEITER -3 та А.Біне – Т.Сімона за критерієм альфа Кронбаха

Психологічний вік дітей	показник альфа Кронбаха
2 роки 1 місяць – 4 роки 5 місяців	0,75
4 роки 6 місяців – 6 років 9 місяців	0,83

Висновки. Таким чином, аналіз даних таблиці 3 засвідчив достатній рівень відповідності результатів, отриманих за двома діагностичними методиками у дітей з РСА. Це свідчить про достовірність і доцільність використання методики LEITER-3 у процесі діагностики дітей з аутичними розладами.

Висновки. Визначено сукупність діагностичних інструментів, які сприяють удосконаленню процесу обстеження дітей з розладами спектра аутизму. До них належать: M-CHAT і SQR — скринінгові методики, що дозволяють виявити групу ризику серед дітей віком 1,5–3 роки; CARS, CASD, ADI-R — методики для визначення ключових характеристик поведінки та розвитку дітей із РСА; Біне–Сімон і LEITER-3 — для оцінки інтелектуального рівня; PEP-R — для побудови психоосвітнього профілю дитини.

Проведено перевірку валідності україномовних версій методик «Шкала оцінювання дитячого аутизму» (CARS) та «Психолого-освітній профіль» (PEP-R) із застосуванням коефіцієнта Кронбаха. Отримані високі психометричні характеристики (надійність і валідність) свідчать про їх ефективність для діагностики дітей з аутизмом.

Здійснено порівняльний аналіз вітчизняних і зарубіжних методик психолого-педагогічної діагностики дітей із РСА. Особливу увагу приділено перевірці валідності методик LEITER-3 та Біне–Сімона при визначенні інтелектуального рівня аутичних дітей.

На основі результатів дослідження розроблено технологічну карту проведення психолого-педагогічної діагностики дітей із розладами спектра аутизму в умовах спеціальної та інклюзивної освіти.

Література:

1. Душка А. Л. Діагностика і корекція аутизму : метод. рекомендації. Одеса: Астропрінт, 2013. 45 с.

2. Скрипник Т. В. Підготовка дитини з розладами аутистичного спектра до навчання у закладі освіти. Київ: Альянт, 2019. 84 с.

3. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навч. посіб. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.

4. Шевчук В.В. Теоретичні засади дослідження психологічного супроводу батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2023. № 3 (59). С. 39–44.

References:

1. Dushka, A. L. (2013). Diagnostyka i korektsiia autyzmu: metod. rekomendatsii [Diagnosis and correction of autism: methodological recommendations]. Odesa. 45 p. [in Ukrainian].

2. Skrypnyk, T. V. (2019). Pidhotovka dytyny z rozladamy autystychnogo spektra do navchannia u zakladi osvity [Preparation of a child with autism spectrum disorders for education in an educational institution]. Kyiv. 84 p. [in Ukrainian].

3. Ostrovska, K. O. (2006). Autyzm: problemy psykholohichnoi dopomohy: navch. posib. [Autism: problems of psychological assistance: textbook]. Lviv: Vydavnychyi tsentr LNU imeni Ivana Franka. 110 p. [in Ukrainian].

4. Shevchuk, V. V. (2023). Teoretychni zasady doslidzhennia psykholohichnoho suprovodu batkiv, yaki vykhovuiut ditey z kompleksnymy porushenniamy rozvytku [Theoretical foundations of psychological support research for parents raising children with complex developmental disorders]. Naukovi pratsi Mizhreionalnoi Akademii upravlinnia personalom. Psykholohiia, (3(59)), 39–44. [in Ukrainian].