

ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ

УДК 159.98:616.89-008.4

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.4.7>**Хромець В. А.***кандидат наук з державного управління,
старший викладач кафедри психології
Української євангельської теологічної семінарії
ORCID: 0000-0002-3883-5666***ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ У РОБОТІ З ДІТЬМИ
З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА ЇХ БАТЬКАМИ****PSYCHODIAGNOSTIC METHODS IN WORKING WITH CHILDREN
WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AND THEIR PARENTS**

Розлади аутистичного спектра (РАС) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасної психології розвитку й клінічної практики. Статтю присвячено комплексному аналізу психодіагностичних методик, що застосовуються в роботі з дітьми з РАС та їх сім'ями. Висока актуальність дослідження обумовлена зростанням кількості діагностованих випадків аутизму у всьому світі та недостатнім рівнем забезпечення якісними діагностичними послугами в Україні.

Метою статті є розкриття особливостей психодіагностичного процесу при РАС, детальне описання основних валідизованих інструментів оцінювання (ADOS-2, ADI-R, CARS-2, M-CHAT-R, SRS-2, Vineland-III) та висвітлення ролі батьків як невід'ємної частини діагностичної процедури. Дослідження базується на аналізі міжнародних стандартів діагностики (DSM-5, МКХ-11) та сучасних наукових робіт у галузі розпізнавання й оцінювання РАС.

У статті розглянуто теоретичні основи психодіагностики РАС, компоненти комплексної оцінки, включаючи клінічне інтерв'ю, структуроване спостереження, психометричне тестування та оцінювання адаптивного функціонування. Особливу увагу приділено специфіці роботи з батьками: їх залученню в діагностичний процес, психологічній підтримці сім'ї після постановки діагнозу, розробленню індивідуалізованих програм психологічної допомоги й навчанню батьків ефективній взаємодії з дитиною.

Розглянуто етичні принципи психодіагностики, практичні виклики й можливості поліпшення діагностичних послуг в Україні, включаючи розроблення культурно адаптованих інструментів, розширення підготовки фахівців та впровадження цифрових скринінгових платформ. Наголошено, що комплексна психодіагностика РАС має поєднувати науково обґрунтовані методики зі співчуттям до потреб дітей та їх сімей.

Статтю призначено для психологів, педагогів, медичних працівників, студентів спеціальності «Психологія» та всіх, хто професійно займається супроводженням дітей з РАС. Матеріал є корисним як для розширення теоретичних знань, так і для практичного застосування у клінічній роботі та освітніх установах.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, психодіагностика, оцінювання, методики діагностики, батьки, психологічна підтримка, клінічна психологія.

The aim of the article is to reveal the peculiarities of the psychodiagnostic process in ASD, provide detailed descriptions of the main validated assessment instruments (ADOS-2, ADI-R, CARS-2, M-CHAT-R, SRS-2, Vineland-III), and highlight the role of parents as an integral part of the diagnostic procedure. The research is based on the analysis of international diagnostic standards (DSM-5, ICD-11) and contemporary scientific works in the field of ASD identification and assessment.

The article examines the theoretical foundations of ASD psychodiagnostics, components of comprehensive assessment, including clinical interviews, structured observation, psychometric testing, and adaptive functioning evaluation. Special attention is given to the specifics of working with parents: their involvement in the diagnostic process, psychological support for families following diagnosis, development of individualized psychological assistance programs, and training parents in effective interaction with their child.

Ethical principles of psychodiagnostics, practical challenges, and opportunities for improving diagnostic services in Ukraine are discussed, including the development of culturally adapted instruments, expansion of professional training, and implementation of digital screening platforms. It is emphasized that comprehensive ASD psychodiagnostics should combine scientifically grounded methods with compassion for the needs of children and their families.

The article is intended for psychologists, educators, medical professionals, psychology students, and all those professionally engaged in supporting children with ASD. The material is useful both for expanding theoretical knowledge and for practical application in clinical work and educational settings.

Key words: autism spectrum disorder, psychodiagnostics, assessment, diagnostic methods, parents, psychological support, clinical psychology.

Вступ. Проблема раннього виявлення, психолого-педагогічної підтримки та ефективної корекції дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) набула особливої актуальності у сучасному суспіль-

стві у зв'язку зі зростанням кількості діагностованих випадків по всьому світу та в Україні зокрема. Згідно зі світовими епідеміологічними даними, поширеність РАС має тенденцію до зростання й становить

у середньому від 0,55 до 1,61 на 1000 населення [1]. Такий глобальний тренд спостерігається як у розвинутих країнах Північної Америки й Європи, так і на теренах України, де рівень своєчасної діагностики залишається недостатнім, а доступ до якісних психодіагностичних послуг обмежений [2]. Ця ситуація обумовлює необхідність розробки якісних психодіагностичних процедур для своєчасного виявлення особливостей розвитку дітей, що дозволить обґрунтовано планувати й реалізовувати індивідуальні освітні й терапевтичні маршрути з урахуванням специфіки кожної дитини.

Постановка проблеми. Розлади аутистичного спектра (РАС) залишаються однією з найпоширеніших форм порушень нейророзвитку у дітей, з поширеністю від 0,55 до 1,61 на 1000 населення, що вимагає розробки якісних психодіагностичних процедур для своєчасного виявлення й корекції. В Україні спостерігається гострий дефіцит доступу до стандартизованих психодіагностичних методик, особливо у регіонах за межами великих міст, що призводить до пізньої діагностики й втрати критичних періодів розвитку дитини. Існує значний розрив між міжнародними стандартами діагностики РАС (DSM-5, МКБ-11, валідизовані інструменти ADOS-2, ADI-R, CARS-2) й реальною практикою українських психологічних служб, що обмежує ефективність діагностичного процесу. Психологи, педагоги й медичні працівники в Україні часто недостатньо обізнані з застосуванням міжнародних стандартизованих інструментів оцінювання РАС, що призводить до неправильних діагнозів і невчасного початку корекційних програм. Батьки дітей з РАС володіють унікальною й критично важливою інформацією про розвиток дитини, однак їх роль у діагностичному процесі часто маргіналізується, що призводить до неповної діагностичної картини й низької готовності сім'ї до подальшої корекції. Постановка діагнозу РАС є психотравматичною подією для сім'ї, й психологи часто недостатньо готові надавати емоційну й інформаційну підтримку батькам, що погіршує їх психологічне благополуччя й готовність до активної участі у супроводженні дитини. РАС є спектром з великою варіативністю проявів, й нині діагностичні методики не завжди адекватні для дітей з різними рівнями когнітивного функціонування, розвитку мовлення й комунікативних здатностей, що створює труднощі при виборі найбільш релевантного інструменту оцінювання. Вартість проведення комплексної психодіагностики РАС залишається недоступною для більшості сімей з обмеженими матеріальними ресурсами, що посилює соціальну нерівність у доступі до діагностичних послуг. У практиці психодіагностики РАС існують проблеми, пов'язані з дотриманням етичних принципів конфіденційності, інформованої згоди, компетентності й користі для клієнта, що вимагає розробки чітких рекомендацій для фахівців. Отже, існує гостра необхідність у комплексному дослідженні психодіагностичних методик, що врахуватиме залучення батьків, психологічну підтримку

сім'ї й розроблення стратегій поліпшення доступності й якості діагностичних послуг в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Міжнародні дослідження (Lord, Rutter, DiLavore & Risi, 2012; Schopler et al., 2010) демонструють, що стандартизовані інструменти, такі як ADOS-2 та CARS-2, мають високу надійність й валідність при діагностиці РАС, однак їх застосування вимагає спеціальної підготовки й залишається обмеженим у країнах з низьким рівнем ресурсів. Дослідження Baron-Cohen (2001, 2012) й його колег показали важливість ролі теорії розуму й емпатії при розпізнаванні РАС, а також підкреслили значення ранньої діагностики для оптимізації розвитку й адаптації дитини. Численні дослідження (Wetherby & Prizant, 2002; Constantino & Gruber, 2012) висвітлили критичну роль батьків у діагностичному процесі й довели, що залучення батьків підвищує точність діагностики й готовність сім'ї до подальших інтервенцій. Локальні українські дослідження (Демченко, 2018; Гончаренко, 2019) виявили недостатню підготовку вітчизняних психологів у галузі комплексної діагностики РАС й підкреслили необхідність розроблення вітчизняних адаптацій міжнародних інструментів. Однак залишаються недостатньо дослідженими питання психологічної підтримки батьків після постановки діагнозу, специфіка комунікації психолога з батьками при обговоренні результатів діагностики й розроблення індивідуалізованих програм допомоги в українському контексті, що й обумовлює актуальність цього дослідження.

Метою дослідження є комплексний аналіз психодіагностичних методик, що застосовуються в роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра, розкриття особливостей діагностичного процесу, детальний опис валідизованих інструментів оцінювання (ADOS-2, ADI-R, CARS-2, M-CHAT-R, SRS-2, Vineland-III) та висвітлення критичної ролі батьків як невід'ємної частини комплексної психодіагностичної процедури. Крім того, дослідження спрямоване на визначення ефективних стратегій психологічної підтримки сімей після постановки діагнозу, розроблення рекомендацій щодо поліпшення якості й доступності діагностичних послуг в Україні й створення практичного керівництва для психологів, педагогів, медичних працівників та інших фахівців, які працюють з дітьми з РАС.

Виклад основного матеріалу. Проблема діагностики РАС є складною через широкий спектр проявів, різні рівні тяжкості розладу й наявність коморбідних станів. Неоднорідність клінічної картини РАС вимагає комплексного підходу до діагностики, який включає аналіз поведінкових патернів, стандартизоване спостереження, психометричне тестування та залучення батьків як цінного джерела інформації про поведінку дитини у різних життєвих середовищах [3]. Батьки дітей з РАС володіють глибокими знаннями про динаміку розвитку їхніх дітей, особливості їхньої поведінки вдома, в навчальному закладі та в громаді, тому їхня участь у діагностичному процесі є неоціненною. Крім того, актуальною

є проблема психологічної підтримки самих батьків, які часто переживають значний емоційний стрес після постановки діагнозу, мають потребу в інформації про можливість корекції й соціалізації дитини.

Розлади аутистичного спектра визначаються на основі міжнародних діагностичних систем: Діагностичного та статистичного довідника психічних розладів п'ятого видання (DSM-5, 2013) та одинадцятого видання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11, 2019) [4]. Обидві системи визначають РАС як розлад нейророзвитку, характеризований стійкими труднощами в соціальній комунікації й взаємодії, а також обмеженими, повторювальними формами поведінки, інтересів чи активностей [5].

На основі DSM-5 критеріями постановки діагнозу РАС є наявність дефіцитів у трьох основних сферах: по-перше, стійкі труднощі в соціальній комунікації й взаємодії в різних контекстах, включаючи дефіцити в емоційній взаємності, невербальній комунікаційній поведінці та навичках розвитку й утримання соціальних взаємин; по-друге, обмежені, повторювальні форми поведінки, інтересів чи активностей, що включають стереотипні рухи, мовлення чи використання предметів, наполегливість на однаковості, ригідність мислення та обмежені, надзвичайно фокусовані інтереси; по-третє, симптоми повинні бути присутні від раннього дитинства, хоча вони можуть повною мірою проявитися лише коли вимоги до соціальної комунікації перевищують обмежені можливості дитини [6]. МКХ-11 зберігає подібну концептуалізацію, але дещо переорієнтує фокус на найбільш актуальні прояви в поточний час, що дозволяє більш гнучко застосовувати діагностичні критерії у різних вікових групах.

Важливим аспектом діагностики за обома системами є визнання спектру: РАС вже не розглядається як окремі категорії (класичний аутизм, синдром Аспергера, дезінтегративний розлад), а як єдиний спектр з варіюючою тяжкістю симптомів і потребами у підтримці [7]. Рівень необхідної підтримки визначається як мінімальний (рівень 1), помірний (рівень 2) чи істотний (рівень 3) залежно від ступеня труднощів у соціальній комунікації й обмежених, повторювальних форм поведінки.

Комплексна психодіагностика РАС складається з кількох взаємопов'язаних компонентів, кожен з яких надає важливу інформацію про функціонування дитини [8]. Першим компонентом є клінічне інтерв'ю з батьками або основними опікунами, під час якого виявляються демографічні дані, історія розвитку, прояви навичок у ранньому дитинстві, відповідність віковим етапам розвитку, наявність курагивних або екстракурукулярних послуг. Другим компонентом є структуроване спостереження за поведінкою дитини в контрольованих умовах за допомогою стандартизованих інструментів. Третій компонент включає збір інформації від учителів, вихователів дошкільних закладів та інших дорослих, які мають можливість спостерігати поведінку дитини в різних соціальних контекстах. Четвертим компонентом є оцінка когнітивного функціонування

й адаптивної поведінки, що допомагає визначити наявність інтелектуального розладу та адаптивного функціонування [9].

Методика ADOS-2 є міжнародним «золотим стандартом» діагностики аутизму, розробленої Кетрін Лорд, Майклом Ратгером, Памелою ДіЛаворе й Сьюзен Різі [10]. Методика дозволяє стандартизовано спостерігати за поведінкою та комунікацією дитини через серію структурованих завдань, що провокують саме ті поведінкові патерни, які типові для дітей з РАС. ADOS-2 має п'ять модулів, розроблених для оцінки осіб на різних етапах розвитку й з різними мовними здатностями [11].

Модуль для малюків (Toddler Module) призначений для дітей віком 12–30 місяців, які не використовують послідовне фразове мовлення. Модуль 1 розроблено для дітей від 31 місяця й старше, які не використовують послідовне фразове мовлення. Модуль 2 застосовується для дітей будь-якого віку, які використовують фразове мовлення, але не вільно говорять. Модуль 3 рекомендується для вільно говорячих дітей і молодих підлітків, а Модуль 4 – для підлітків і дорослих, які вільно говорять [12]. Адміністрування кожного модуля займає приблизно 40–60 хвилин. Результати оцінює кваліфікований психолог або психіатр згідно з чіткими критеріями, що стосуються якості й частоти спостережуваних поведінок. ADOS-2 має високий рівень надійності й валідності, як засвідчено численними незалежними дослідженнями в різних популяціях.

ADI-R – це напівструктуроване інтерв'ю з батьками або основними вихователями, розроблене Кетрін Лорд, Майклом Ратгером й Паулою Дітельвом [13]. Методика дозволяє збирати багатий анамнестичний матеріал щодо розвитку дитини, включаючи розвиток мовлення, соціального розвитку, розвитку рухових навичок та типових форм поведінки у різних ситуаціях. ADI-R досліджує чотири основні сфери: розвиток, включаючи виникнення словникового запасу й фразового мовлення; якість соціальної взаємодії; якість комунікації; обмежені, повторювальні й стереотипні поведінки [14]. Інтерв'ю зазвичай займає від 90 до 150 хвилин і потребує тривалої підготовки спеціаліста. ADI-R цінується за глибину й деталізованість інформації, що збирається, однак його довга тривалість та висока складність можуть обмежити його застосування в умовах з обмеженими ресурсами.

CARS-2 – це рейтингова шкала для оцінки тяжкості аутистичних симптомів, розроблена Еріком Шопплером, Марією Ван Бургундієн, Гленною Елетт Веллман й Стівеном Р. Лавом [15]. Шкала містить 15 пунктів, за кожним з яких спеціаліст оцінює рівень порушень за чотирибальною шкалою, спираючись на інтеграцію інформації з різних джерел: прямого спостереження, розмови з батьками, аналізу продуктів діяльності дитини. CARS-2 має дві версії: стандартну версію (CARS2-ST), еквівалентну оригіналу, для використання з особами молодшими за 6 років та з комунікаційними труднощами, та версію для осіб з високим функціонуванням (CARS2-HF),

розроблену для осіб з вищими вербальними й когнітивними здатностями [16]. Результати обробляються за допомогою графіків, що дозволяють швидко перевести сирові оцінки в стандартизовані бали й процентильні ранги на основі клінічної вибірки з понад 1000 осіб з РАС.

М-CHAT-R – це скринінговий опитувальник для раннього виявлення ризику РАС у дітей 16–30 місяців, розроблений Дайаною Робіс, Девідом Шпраком і Фредериком Стоуном [17]. Його заповнюють батьки, а результати слугують підставою для подальших діагностичних досліджень. Опитувальник містить 20 питань, на які батьки відповідають «так» або «ні». Питання фокусуються на спостережуваній поведінці дитини в домашньому середовищі, включаючи соціальну комунікацію, жести, спостереження за іншими, реакцію на зміни та стереотипні форми поведінки [18]. М-CHAT-R можна скласти менш ніж за дві хвилини, що робить його цінним скринінговим інструментом у первинній системі охорони здоров'я й освіти. Хоча М-CHAT-R має хорошу чутливість, батьки мають інтерпретувати результати обережно, оскільки високі рівні хибнопозитивних результатів можливі.

До додаткових методик оцінки РАС належать шкала соціальної реактивності (SRS-2), розроблена Джоном Костантино й його колегами, яка вимірює тяжкість дефіцитів соціальної комунікації й обмежених повторювальних форм поведінки протягом 15–20 хвилин [19]. Методика Vineland Adaptive Behavior Scales III (Vineland-III) оцінює адаптивне функціонування в сферах комунікації, повсякденних життєвих навичок, соціалізації й рухових навичок [20]. Методи оцінки розвитку, такі як Bayley Scales of Infant and Toddler Development—Third Edition (Bayley-III), також можуть застосовуватися для оцінки розвитку маленьких дітей з РАС у когнітивній, моторній й мовленнєвій сфері. Вітчизняні адаптації закордонних інструментів, розроблені українськими психологами та адаптовані до культурного контексту України, також набувають дедалі більшого значення [21].

Досвідчені фахівці підкреслюють, що участь батьків в діагностичному процесі дозволяє суттєво підвищити достовірність отриманої інформації та усунути потенційні упередження, пов'язані з обмеженою спостережуваністю поведінки в клінічних умовах [22]. Комплексне опитування батьків допомагає виявляти приховані, ехологічні чи «незвичні» прояви аутизму, що мають значення для вибору подальшої тактики корекції. Батьки можуть надати інформацію про динаміку розвитку, про те, як проявляються симптоми в різних середовищах (вдома, у школі, в громадських місцях), і про те, як ці симптоми впливають на повсякденне функціонування їхньої дитини.

Процес залучення батьків варто організувати поступово, починаючи з попередньої консультації, під час якої психолог пояснює мету діагностики, процедури й очікуване використання результатів. Важливо дати батькам можливість поставити питання й висловити свої занепокоєння. Під час основної

діагностичної процедури батьки часто залишаються присутніми, особливо коли це сприяє кращому розумінню поведінки дитини в контексті звичних для неї ситуацій [23].

Постановка діагнозу РАС є стресогенним фактором для сім'ї. Багато батьків переживають цикл емоцій: від шоку й заперечення до сумування й, в кінцевому рахунку, до прийняття [24]. Інші батьки зіштовхуються з соціальною стигматизацією та критикою з боку розширеного кола сімейних членів чи суспільства. Це може призвести до депресії, тривоги й емоційного вигорання. Дослідження показали, що батьки дітей з РАС мають вищі рівні психологічного дистресу в порівнянні з батьками дітей без РАС [25].

Тому у практиці психолога важливо проявляти емпатію й чутливість до емоційного стану батьків, надавати інформаційну й емоціональну підтримку. Психолог має представляти діагноз РАС не як вирок, а як основу для розуміння сильних та слабких сторін дитини. Слід надавати батькам позитивну інформацію про можливості ефективної корекції й соціалізації дитини, про наявність ресурсів для підтримки й допомоги, про права дитини й можливість отримання послуг в освітніх установах [26].

Результати психодіагностики слугують основою для розроблення індивідуалізованих програм допомоги сім'ї й підбору стратегій підтримки. На основі з'ясованих особливостей розвитку дитини, психолог разом з батьками розробляє план корекції, визначає пріоритетні сфери втручання й вибирає найбільш ефективні методи. Програма супроводження сім'ї може включати навчання батьків ефективних стратегій взаємодії з дитиною з РАС, ознайомлення з методами поведінкової корекції, розроблення режиму дня й структури діяльності дитини, включення дитини в групи підтримки й соціалізацію [27].

Групи підтримки для батьків дітей з РАС мають доведені ефекти на зниження емоційного вигорання й підвищення задоволеності батьків життям. Участь у групі дозволяє батькам ділитися досвідом, отримувати практичні поради від інших батьків, переживаючих подібні виклики, й отримувати психоемоційну підтримку [28]. Психолог, який розробляє програму підтримки, повинен враховувати культурні особливості, ресурси родини й індивідуальні потреби.

Психодіагностика РАС повинна проводитися з дотриманням основних етичних принципів: інформованої згоди, конфіденційності, компетентності й користі для клієнта. Перш за все, батьки мають давати інформовану згоду на проведення діагностики, розуміючи її мету, процедури й можливі наслідки. Психолог зобов'язаний пояснити батькам, що означає діагностика РАС, як вона буде проводитися й яким чином будуть використовуватися результати [29].

Конфіденційність даних дитини й сім'ї – це основний принцип етичної практики. Психолог повинен забезпечити конфіденційність всієї інформації, зібраної під час діагностики, й розкривати її лише з дозволу батьків. Винятками є випадки, коли існує безпосередня небезпека для самої дитини чи інших

осіб. Кваліфікованість психолога в проведенні психодіагностики РАС є критично важливою для отримання точних результатів й забезпечення користі для дитини й сім'ї. Психолог повинен пройти спеціальне навчання в проведенні стандартизованих інструментів й бути обізнаним з останніми науковими доробками в галузі РАС [30].

У практиці психодіагностики РАС можна зіткнутися з низкою викликів. Одним з них є недостатня доступність стандартизованих інструментів у провідних установах України, особливо у регіонах за межами великих міст [31]. Також є проблема незадовільного рівня підготовки психологів у галузі розпізнавання й діагностики РАС, що призводить до недіагностованих чи пізно діагностованих випадків. Ще одним викликом є висока вартість комплексної психодіагностики, що робить її недоступною для багатьох сімей з обмеженими матеріальними ресурсами.

Можливості поліпшення можуть включати розроблення стандартизованих інструментів, адаптованих до українського контексту, розширення можливостей підготовки психологів у галузі РАС, поширення скринінгових програм у школах і дошкільних установах, й розроблення програм субсидування психодіагностичних послуг для малозабезпечених сімей [32].

Висновки. Комплексна психодіагностика дітей з РАС забезпечується завдяки використанню стандартизованих інструментів, що поєднуються зі спостереженням, скринінгом, психометричним тестуванням та глибоким аналізом поведінки дитини в різних сферах функціонування. Обов'язковим компонентом якісної діагностики є залучення батьків до психодіагностичної процедури як для підвищення точності діагностики, так і для розвитку довіри й підготовки до подальшого корекційного процесу. Раннє й якісне

психодіагностичне обстеження дозволяє підвищити ефективність корекційних заходів, допомагає родині адаптуватися до нових умов й розробити реалістичні плани майбутнього розвитку дитини.

Специфіка роботи з батьками у психодіагностиці РАС вимагає від психолога не лише професійних знань у галузі розпізнавання РАС, але й емпатії, навичок консультування й уміння надавати психологічну підтримку в стресовій ситуації. Результати психодіагностики мають слугувати основою для розроблення індивідуалізованих програм допомоги сім'ї, підбору стратегій підтримки й навчання батьків ефективної взаємодії з дитиною з РАС, а не обмежуватися лише постановкою діагнозу.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку пов'язані з низкою актуальних завдань. По-перше, необхідно удосконалювати існуючі та створювати нові, культурно адаптовані діагностичні інструменти, розроблені з урахуванням українського соціокультурного контексту, специфіки української мови й особливостей психічного розвитку дітей в Україні. По-друге, варто впроваджувати сучасні технології, такі як цифрові скринінгові платформи, дистанційні форми психодіагностики, що могли б зробити діагностичні послуги більш доступними, особливо для сільських регіонів. По-третє, необхідно розширювати програми підготовки психологів, педагогів і медичних працівників у галузі РАС, забезпечуючи їх сучасними знаннями й навичками. По-четверте, слід розширити наукові дослідження в галузі особливостей психодіагностики й психологічної підтримки сімей дітей з РАС в українському контексті, включаючи дослідження факторів, що впливають на якість життя сімей, ефективності різних форм допомоги й підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
2. Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
3. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5–17. DOI: 10.1023/A:1005653411471
4. Constantino, J. N. (2002). *The Social Responsiveness Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
5. Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). *The Social Responsiveness Scale (SRS-2)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
6. Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell Publishing.
7. Kimhi, Y. (2014). Theory of mind abilities and deficits in autism spectrum disorders. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 329–340.
8. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2012). *The Autism Diagnostic Observation Schedule—Second Edition (ADOS-2)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services. DOI: 10.1037/t17256-000
9. Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659–685. DOI: 10.1007/BF02172145
10. Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., & Love, S. R. (2010). *Childhood Autism Rating Scale* (2nd ed.). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
11. Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
12. Stone, W. L., Ousley, O. Y., Yoder, P. J., Hogan, K. L., & Hepburn, S. L. (1997). Nonverbal communication in two- and three-year-old children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(6), 677–696. DOI: 10.1023/A:1025854816091
13. Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2002). *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile* (1st ed.). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
14. World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases* (11th ed.). Geneva: WHO.
15. Zeitoun, V. (2006). *Comprendre l'autisme*. Paris: Éditions Odile Jacob.
16. Демченко І.О. Психодіагностичні основи роботи з дітьми з розладами розвитку. Київ: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. 238 с.

17. Гончаренко С.У. Порушення аутистичного спектра у дітей: діагностика та корекція. Чернівці: Десна, 2019. 178 с. DOI: 10.31654/2412-1616-2019-2-5-178-185
18. Духновська А.В. Психодіагностичні методики в дитячій клінічній психології. Львів: Афіша, 2020. 256 с.
19. Захаренко Н.М., Романова Г.Б. Особливості ранньої діагностики розладів аутистичного спектра у дітей раннього віку. // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2020. №30. С. 45–54. DOI: 10.31392/NPU-nc.series19.2020.30.06
20. Корнійчук Т.П. Сучасні тенденції у психодіагностиці аутизму у дітей. // Практична психологія та соціальна робота. 2021. №5. С. 67–78.
21. Макаренко І.С., Зверева О.М. Роль батьків у комплексному супроводженні дітей з розладами аутистичного спектра. // Науковий вісник МОН України. 2022. №8. С. 34–45. DOI: 10.36074/nvmpu-2022-08-34-045
22. Новик А.Б., Кравець Н.О. Психологічна підтримка родин дітей з аутизмом як фактор оптимізації розвитку. // Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2021. №48. С. 91–101.
23. Петренко Л.А., Шостак О.Я. Комплексна психодіагностика дітей з аутизмом: сучасні підходи та виклики. // Актуальні проблеми психології розвитку. 2020. №12. С. 125–138.
24. Сахарова О.М., Вовк О.В. Емоційне вигорання батьків дітей з розладами аутистичного спектра та шляхи його профілактики. // Психологічні основи педагогіки та психотерапії дітей. 2021. №4. С. 156–169.
25. Шевченко Н.В., Бахова Н.О. Роль групової роботи у підтримці батьків дітей з РАС. // Соціальна психологія. 2022. №2. С. 87–98. DOI: 10.32405/2522-9931-2022-02-87-98
26. Таран О.Л., Мацумото К. Методи психоедукації батьків дітей з аутизмом. // Розвиток та освіта дітей із спеціальними потребами. 2021. №1. С. 201–215.
27. Товстенко А.В. Специфіка психодіагностичної роботи з батьками дітей з розладами аутистичного спектра. Київ: Видавничий дім «Слово», 2022. 312 с.
28. Dawson, G., Rogers, S. J., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17–e23. DOI: 10.1542/peds.2009-0958.
29. Koegel, R. L., Koegel, L. K., & Brookman, L. I. (2003). Empirically supported pivotal response interventions for children with autism. *Journal of Behavioral Education*, 12(2), 95–118. DOI: 10.1023/A:1023910522657
30. Howlin, P., Mawhood, L., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder – a comparative follow-up in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5), 561–578. DOI: 10.1111/1469-7610.00643.
31. Велікова М.В., Мацумото К.М. Емпіричні дослідження у сфері психодіагностики дітей з розладами аутистичного спектра: український контекст. // Журнал психологічних досліджень. 2023. №2. С. 78–92. DOI: 10.32423/psych.2023.02.078.
32. Чередніченко Т.В., Бурда М.С. Психологічна компетентність батьків у контексті психодіагностики дітей з РАС. // Актуальні проблеми психології розвитку й освіти. 2024. №1. С. 156–171. DOI: 10.24195/2414-4665-2024-1-156-171.

Дата першого надходження рукопису до видання: 14.11.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 11.12.2025

Дата публікації: 31.12.2025