

Пиганова Юлия Олеговна

магистрант

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»

г. Москва

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ
К СОЦИАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАС:
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА DIR FLOORTIME**

Аннотация: статья посвящена вопросу применения метода DIR Floortime как способа совершенствования коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра. Автором рассматриваются и анализируются условия и результаты экспериментального исследования эффективности применения данного подхода в коррекционной работе с детьми данной нозологической группы. Работа рекомендуется к ознакомлению студентам, родителям, специалистам, работающим с данной категорией нарушений.

Ключевые слова: социализация детей, дети с РАС.

DIR Floortime Therapy – это социально-прагматический подход, используемый для помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) в развитии речевых и социальных навыков. АВА (прикладной анализ поведения) является наиболее общим поведенческим подходом, использующимся в работе с лицами с РАС. При таком подходе поведение формируется через оперантное обучение, то есть обучение, в котором желательное поведение формируется путем подкрепления его при помощи поощрений или наказаний (Призант & Уэтерби, 1998). Реализация данного подхода невозможна без активной деятельности ребёнка и его взаимодействия с взрослым, именно поэтому необходимы практики, обеспечивающие включение ребёнка с РАС в это взаимодействие. Самый распространённый метод вмешательства с использованием социально-прагматического подхода – это DIR Floortime Therapy, разработанная психиатром Стэнли Гринспеном. Он полагал, что, создав вмешательство, основанное на развитии взаимоотношений, он мог бы научить детей с задержками в развитии навыкам

социализации, улучшить речь, развить внимание и уменьшить количество стереотипий (Соломон, Нечелес, Ферч и Брукман, 2007). С. Гринспен определил шесть этапов, освоение которых необходимо для здорового эмоционального и интеллектуального роста:

- 1) саморегуляция и интерес к миру;
- 2) формирование отношений, привязанности и вовлеченности;
- 3) двустороннее, целенаправленное общение;
- 4) организация собственного поведения;
- 5) репрезентативный потенциал;
- 6) репрезентативная дифференциация (Соломон и др., 2007, с. 11).

Гринспен выдвинул гипотезу, что у детей с РАС было бы больше шансов раскрыть свой эмоциональный и интеллектуальный потенциал, если бы обучение начиналось на уровне их развития, после чего педагоги могли бы использовать ту деятельность детей, в которой они наиболее успешны, для совершенствования их навыков. Благодаря такому типу обучения и по мере эмоционального и интеллектуального взросления детей их коммуникативные навыки также должны улучшаться (Гринспен & Видер, 2006). Универсальность данной методики обусловлена опорой области успешности ребёнка: поскольку DIR Floortime использует сильные стороны обучающегося, она подходит как для нормотипичных детей, так и для детей с задержками психического развития, эмоциональными расстройствами и расстройствами аутистического спектра.

Методика DIR Floortime была создана на модели DIR (Developmental – развитие, Individual differences – индивидуальные особенности, Relationship – взаимоотношения), которая отображает развитие ребенка и помогает взрослым понять, как поддерживать растущих детей. DIR Floortime основывается на том, чтобы начинать буквально с уровня ребенка и развивать его потенциально сильные стороны. Подход заключается в том, что взрослый физически работает с ребенком на его физическом уровне – на полу. Затем, вместо того чтобы иници-

ровать направленную деятельность ребёнка, наставник вступает в его игру. Таким образом, ребенок определяет рамки терапии, а взрослый использует его действия для укрепления общения.

Данную методику можно включать в повседневную жизнь детей, так как она проводится в естественной среде. Первым шагом является вовлечение ребенка в «обычный мир», используя его интересы. Один из способов сделать это – попросить взрослого просто скопировать действия ребенка. Например, если ребенок стучит деталью конструктора «Лего» по полу, наставник может присоединиться к нему, также постукивая игрушкой по полу. Затем взрослый может еще немного заинтересовать ребенка, дав ему еще одну деталь. Ту же технику можно применить и к детям более старшего возраста с опорой на более осмысленные действия (например, строительство игрушечной железной дороги). В таком случае, чтобы войти в мир этого ребенка, взрослый может предложить добавить подъемный мост на дорожку, так что игра ребенка расширяется, но она по-прежнему основана на его индивидуальных интересах, иными словами, всё ещё является его игрой, а не деятельностью, предложенной взрослым.

Экспериментальное исследование эффективности метода DIR Floortime

В исследовании, проведенном Мичиганским университетом, Соломон и др. (2007) определили эффективность PLAY (Play and Language for Autistic Youngsters/ Игра и язык для аутичных детей) модели. Структура этого проекта была основана на применении модели DIR Floortime для изучения того, может ли социально-прагматический подход улучшить функциональные навыки детей с аутизмом. Дети, отобранные для эксперимента, должны были быть старше семнадцати месяцев, но младше шести лет. Они также должны были иметь диагноз «Аутизм» или синдром Аспергера и не иметь прочих сопутствующих первичных нарушений развития. Дети должны были жить в пределах 60 миль от домашнего консультанта и не получать никакого другого вида помощи. В целом для участия в исследовании было отобрано 68 детей с диагнозом «Расстройство аутистического спектра», у троих из которых был диагностирован синдром Аспергера.

Консультанты работали с семьями раз в месяц в течение 3–4 часов, обучая родителей тому, как проводить терапию. Родители также прошли однодневный тренинг, на котором обсуждались проект PLAY и модель DIR Floortime. Родители должны были проводить терапию со своим ребенком в течение не менее 15 часов в неделю либо через структурированные игровые периоды, либо посредством действий, включенных в повседневную жизнь ребенка. Родители должны были записывать количество часов, в течение которых их ребенок получал терапию (Соломон и др., 2007).

Чтобы определить эффективность проекта PLAY, участникам была предоставлена функциональная шкала эмоциональной оценки (FEAS) до и после проведения вмешательства. Данная шкала определяла функциональный уровень ребенка на основе шести уровней развития (по Гринспену). В результате эксперимента 45,5% участников оценили прогресс в функциональном развитии от «хорошего» до «очень хорошего». Кроме того, консультанты использовали клинические шкалы для определения уровня развития детей до и после получения терапии. Было обнаружено, что 52% детей добились очень хорошего клинического прогресса, а 14% добились хорошего прогресса. Несмотря на то, что количество участников не делало выборку статистически значимой, исследователям удалось установить, что чем больше часов в течение недели ребенок получал терапию, тем более выраженным был прогресс в развитии ребенка. После терапии родителям была предоставлена возможность оценить их удовлетворенность проектом PLAY. Семьдесят процентов были очень довольны игровым проектом, десять процентов были удовлетворены, а двадцать процентов были отчасти удовлетворены. Однако ни одна семья не была недовольна прогрессом своего ребенка в результате данного вида терапии. Еще одним важным аспектом этого проекта стала стоимость. В то время как работа со специалистом, использующим типичные методы коррекционной работы с детьми с РАС, такие как прикладной анализ поведения, вербально-поведенческая терапия и т. п., стоит от 25 000 до 60 000 долларов в год, игровой проект стоит всего 2500 долларов в год. Эта радикальная разница стала решающим фактором в выборе метода для многих семей.

Однако, несмотря на то что эксперимент действительно казался успешным, в исследовании были некоторые ограничения. Например, в эксперименте не использовалась контрольная группа, поэтому было некорректно утверждать, что изменения, наблюдаемые в поведении детей до и после оценки FEAS, были напрямую вызваны участием в проекте PLAY. Кроме того, тот факт, что уровень прогресса в развитии ребёнка прямо пропорционален количеству времени, посвящённого родителями терапии, возможно, указывает на то, что участие родителей были важнее самих терапевтических действий. Данные факторы обуславливают необходимость проведения дальнейших исследований с целью определения, является ли система DIR Floortime эффективным методом для работы с детьми с РАС. Однако имеющиеся результаты этого пилотного исследования свидетельствуют о том, что система DIR Floortime является эффективной в повышении функциональных уровней детей с аутизмом (Solomon et al., 2007).

В другом исследовании, проведённом Казенхайзером, Шанкером и Стибе-ном (2011) система DIR Floortime использовалась для сравнения социальных и коммуникативных навыков детей с аутизмом. Исследователи использовали программу лечения исследовательской инициативы Милтона и Этель Харрис [MERIT]. Для данного исследования был отобран 51 участник в возрасте 2–4 лет. Семьи участников должны были иметь возможность уделять тренингам два часа в неделю и взаимодействовать со своими детьми не менее 3 часов в день. Дети были разделены на две группы: экспериментальную и контрольную. Участники экспериментальной группы работали по системе DIR Floortime, в то время как контрольная группа получала традиционную терапию.

Участники экспериментальной группы занимались с терапевтами в течение двух часов каждую неделю, в течение этого времени родители консультировались с терапевтами в течение 15 минут, чтобы обсудить лечение. На этих занятиях специалисты оценивали сильные и слабые стороны детей в области речи, общения, сенсорных, когнитивных и двигательных способностей. Они также демонстрировали родителям, как формировать терапию, опираясь на сильные сто-

роны детей и поддерживая слабые. Кроме того, родители встречались с терапевтами каждые восемь недель, чтобы отметить прогресс в развитии детей и пересмотреть видеозаписи предыдущих сеансов терапии, что давало родителям возможность получить более объективное представление о развитии детей и реакции на вмешательство. Дети как экспериментальной, так и контрольной группы получали услуги в течение двенадцати месяцев. Для определения эффективности вмешательства в обеих группах были проведены предварительные и контрольные тесты модифицированной версии рейтинга поведения детей (Child Behavior Rating Scale). Речевые способности участников также оценивались с использованием шкалы PLS IV и комплексной оценки разговорной речи (CASL). Кроме того, поскольку большая часть терапии проводилась не обученными специалистами, а лицами, осуществляющими уход, в исследовании оценивалась их точность в проведении лечения с использованием шкалы MERIT Fidelity.

Как показало исследование, в экспериментальной группе дети демонстрировали большее удовольствие при взаимодействии с родителями, были более внимательны и вовлечены. Интересное наблюдение, сделанное в ходе исследования, заключалось в том, что дети в экспериментальной группе проявляли большую уступчивость. Это было удивительно, потому что модель DIR Floortime нацелена не на соблюдение требований взрослого, а на привлечение внимания ребенка, поскольку именно его действия в процессе являются ведущими. Однако этот показатель был лишь немного выше, чем в контрольной группе. Кроме того, между двумя группами не было выявлено различий в формировании речевых навыков, что наводит исследователей на мысль, что до тех пор, пока дети получают какой-либо вид раннего вмешательства, их речь, скорее всего, будет развиваться. Однако другие исследования, такие как Mundy et al., 1990, и Tomasello and Farrar, 1986, показали, что удовольствие от взаимодействия является одним из факторов развития речи. И поскольку разницы в уровне развития речи в результате терапии и без неё между двумя группами не наблюдалось, Казенхайзер и др. (2011) выдвинули гипотезу, что двенадцати месяцев может быть недостаточно, чтобы увидеть разницу в развитии речевых навыков.

Хотя это исследование действительно показывает улучшение социальных навыков детей с использованием МЕНРТ, некоторые особенности его проведения также могут повлиять на корректность полученных результатов. Например, поскольку было бы неэтично использовать контрольную группу, в которой дети с РАС не могли получать никакой терапии, в исследовании в качестве контрольной группы использовались дети, получающие другие виды терапии. Однако, поскольку дети в контрольной группе не получали ту же терапию или такое же количество часов терапии, это добавило в эксперимент посторонние переменные. Более того, в то время как воспитатели записывали часы, потраченные на целенаправленное взаимодействие со своим ребенком, используя подход DIR Floortime, родители обнаружили, что они начали использовать методы DIR-терапии всякий раз, когда они взаимодействовали со своим ребенком, не фиксируя данное время. Таким образом, в то время как участники контрольной группы получили 25 часов целенаправленной терапии, участники экспериментальной группы, вероятно, получили большее количество времени, поскольку родители включили терапию во все или большинство видов повседневного взаимодействия со своими детьми. Более того, характер исследования создавал предвзятость при отборе, поскольку участники экспериментальной группы должны были соответствовать некоторым критериям: родители должны были одобрить модель DIR, иметь возможность проводить не менее 3 часов терапии в день, посещать тренинги два часа в неделю и быть готовыми пройти оценку. Кроме того, в целом исследование обходилось семьям в 5000 долларов в год, что, хотя и ниже, чем у других видов интенсивной терапии, было выше, чем у детей, получающих помощь на государственном уровне, например, в дошкольных учреждениях. Соответственно, необходимы дальнейшие исследования с целью определения эффективности подхода для семей с меньшим количеством свободного времени или более низкими доходами. Наконец, в этом исследовании не рассматривался IQ ребёнка или тяжесть расстройств аутистического спектра и влияние этих факторов на терапию, поэтому необходимы дальнейшие исследования для

определения эффективности данного подхода при тяжелом аутизме и различных уровнях IQ (Casenhiser et al., 2011).

Денверская модель ранней помощи «early start»

Хотя терапия DIR Floortime не является официальной методикой, ее основа была использована для создания аналогичной методики – Денверской модели ранней помощи (ESDM). Этот подход представляет собой социально-прагматическую терапию, которая включает в себя некоторые подходы АВА. Денверская модель раннего начала – это вид вмешательства для детей с РАС или подверженных риску развития аутизма в возрасте от 12 до 48 месяцев. В рамках данного подхода, родители обучаются тому, как взаимодействовать со своим ребенком, так что ребенок обучается через позитивные отношения с родителями. Специфика данной модели заключается в раннем вмешательстве: до этой модели предоставление терапии детям столь раннего возраста не рассматривалось. Гринспен проиллюстрировал своими шестью стадиями эмоционального и интеллектуального роста, что навыки, необходимые для социализации и интереса к миру, развиваются в возрасте до 18 месяцев (Greenspan & Wieder, 2006), предположив, что, возможно, если терапия будет проводиться в течение этого периода, последствия аутизма будут менее выраженными.

В исследовании, проведенном Доусоном и др. (2010), изучалась эффективность использования Денверской модели ранней помощи для детей, у которых диагностирован аутизм. Сорок восемь детей в возрасте от 18 до 30 месяцев с диагнозом «аутизм» были случайным образом распределены либо в экспериментальную, либо в контрольную группу. Дети в экспериментальной группе получали 20 часов терапии по Денверской модели в неделю. В этом процессе принимали участие и родители, и специалисты. Дети в контрольной группе продолжали свое обычное лечение. В ходе исследования обследование участников проводилось трижды: до начала вмешательства, после одного года вмешательства и в конце исследования (два года вмешательства). При оценке учитывались их IQ, адаптивные навыки и наличие стереотипий. При первом обследовании разницы

в оценках данных факторов и тяжести аутизма у участников как экспериментальной, так и контрольной группы практически не было. Даже после одного года вмешательства значительного улучшения состояния участников не наблюдалось. Однако после двух лет вмешательства экспериментальная группа повысила свой уровень IQ на 18 пунктов, в то время как контрольная группа повысила свой уровень IQ на 4 пункта. Участники экспериментальной группы также улучшили свои навыки восприятия речи. Наконец, у семи из двадцати четырех детей в экспериментальной группе диагноз был изменен на PDD-NOS (более легкая форма аутизма), в то время как в контрольной группе диагноз на PDD-NOS был изменён только одному ребенку. В настоящее время исследуется возможность применения данной модели к детям еще более младшего возраста с целью уменьшения проявления симптомов аутизма (Dawson et al., 2010).

Хотя терапия DIR Floortime не основана на фактических данных, результаты исследований и успех Денверской модели (который так тесно связан с DIR Floortime) иллюстрируют, что использование социально-прагматичного подхода в терапии может быть эффективным в работе над уменьшением проявлений РАС у детей раннего возраста. Поскольку терапия может проводиться родителями и может использоваться как с типично, так и с атипично развивающимися детьми, возможно, подобный подход станет одним из наиболее доступных и поможет обеспечить наиболее раннюю коррекционную работу с детьми разных групп нарушений, что в любом случае впоследствии благоприятно отразится на развитии у ребёнка навыков социального взаимодействия.

Список литературы

1. Гринспен С. На «ты» с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. – М.: Теревинф, 2013.
2. Autism Speaks. (2016). Floortime. [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.autismspeaks.org/whatautism/treatment/floortime>

3. Casenhiser D.M., Shanker S.G., & Stieben J. (2011). Learning through interaction in children with autism: Preliminary data from a social-communication based intervention. *Autism*, 17(2), 220–241.
4. Dawson G., Rogers S., Munson J., Smith M., Winter J., Varley J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125 (1), e17-e23.
5. Greenspan S.I., & Wieder S. (2006). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Cambridge, MA: Da Capo Press.
6. Haan B.J. (n.d.). ICDL: The Interdisciplinary Council on Development and Learning [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.icdl.com/home>
7. Liao S., Hwang Y., Chen Y., Lee P., Chen S., & Lin L. (2014). Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 34(4), 356–367.
8. Prizant B.M., & Wetherby A.M. (1998). Understanding the Continuum of Discrete-Trial Traditional Behavioral to Social-Pragmatic Developmental Approaches in Communication Enhancement for Young Children with Autism/PDD, *Seminars in Speech and Language* 19: 329–51.
9. Matheson: DIR Floortime Therapy Published by Digital Showcase @ University of Lynchburg, 2016 DIR Floortime Therapy 15
10. Solomon R., Necheles J., Ferch C., & Bruckman D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY project home consultation program. *Autism*, 11 (3), 205–224.