

Динамика реабилитационной работы службы ранней помощи детям с расстройством аутистического спектра на основе подхода DIR/Floortime в Центре здоровья и развития им. Святителя Луки

Н.В. Романовский

ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»; Россия, 119121 Москва, ул. Погодинская, 8, корп. 1;

ООО «Центр здоровья и развития им. Святителя Луки»; Россия, 119571 Москва, ул. Академика Анохина, 9

Контакты: Николай Владиславович Романовский romanovskij2@gmail.com

Статья посвящена результатам исследования динамики комплексной ранней психолого-педагогической помощи детям 3 лет с расстройствами аутистического спектра (РАС) на основе подхода DIR/Floortime. В исследовании принимали участие 18 детей с РАС в возрасте 3 лет, посещавших на регулярной основе (2–3 раза в неделю) комплексную программу на базе Центра здоровья и развития им. Святителя Луки (г. Москва). Комплексная программа состояла из еженедельных индивидуальных занятий по 4 направлениям: терапия Floortime, кинезотерапия с элементами сенсорной интеграции, игровой логопед-дефектолог, сенсорно-игровая группа. Контрольная группа состояла из 19 детей с РАС в возрасте 3 лет, не посещавших подобные занятия. В качестве методов исследования применялись шкала адаптивного поведения Вайнленд (VABS) и шкала структурированного наблюдения FEAS (The Functional Emotional Assessment Scale). Формирующий и констатирующий срезы были проведены с промежутками в 3 мес. Результаты исследования показали, что у детей экспериментальной группы наблюдается статистически значимая положительная динамика в таких сферах, как коммуникация, повседневные житейские навыки, моторное развитие, стремление к эмоциональному контакту, коммуникативная инициатива, двустороннее взаимодействие. Значимые изменения в данных сферах не наблюдались в контрольной группе детей, участвовавших в исследовании.

Ключевые слова: DIR/Floortime, ранняя помощь, комплексный подход, аутизм, расстройства аутистического спектра, психолог, логопед-дефектолог, сенсорная интеграция

Для цитирования: Романовский Н.В. Динамика реабилитационной работы службы ранней помощи детям с расстройством аутистического спектра на основе подхода DIR/Floortime в Центре здоровья и развития им. Святителя Луки. Русский журнал детской неврологии 2022;17(4):33–43. DOI: 10.17650/2073-8803-2022-17-4-33-43

Dynamics of early rehabilitation care for children with autism spectrum disorder using the DIR/Floortime approach at St. Luke's Center for Health and Development

N. V. Romanovskiy

Institute of Correctional Pedagogy, Russian Academy of Education; 8/1 Pogodinskaya St., Moscow 119121, Russia;

Svt. Luka's Center for Health and Development; 9 Akademika Anokhina St., Moscow 119571, Russia

Contacts: Nikolay Vladislavovich Romanovskiy romanovskij2@gmail.com

This article analyzes the dynamics of early comprehensive psychological and pedagogical care for children aged 3 years with autism spectrum disorders (ASD) using the DIR/Floortime approach. The experimental group included 18 ASD patients aged 3 years who attended a special program in Svt. Luka's Center for Health and Development (Moscow) on a regular basis (2–3 times a week). The comprehensive program included weekly individual classes of 4 types: Floortime therapy, kinesotherapy with elements of sensory integration, game speech therapist-defectologist, and sensory-

gaming group. The control group included 19 ASD patients aged 3 years who did not attend special classes. We used the Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) and Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for examination. Children were examined at baseline and after 3 months. We found that children from the experimental group had a significant positive dynamics in their communication skills, daily living skills, motor development, desire for emotional contact, communicative initiative, and two-way interaction. Children from the control group did not demonstrate any significant dynamics of these parameters.

Keywords: DIR/Floortime, early care, comprehensive approach, autism, autism spectrum disorders, psychologist, speech pathologist, sensory integration

For citation: Romanovskiy N.V. Dynamics of early rehabilitation care for children with autism spectrum disorder using the DIR/Floortime approach at Svt. Luka's Center for Health and Development. *Russkiy zhurnal detskoy neurologii = Russian Journal of Child Neurology* 2022;17(4):33–43. (In Russ.). DOI: 10.17650/2073-8803-2022-17-4-33-43

Введение

В современной российской практике комплексная медико-психолого-педагогическая помощь детям раннего возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС) является актуальной задачей. Авторы большинства научных исследований сходятся во мнении о том, что эффективность помощи детям с РАС во многом зависит от фактора времени начала помощи ребенку и его семье. Общеизвестно, что наиболее раннее начало помощи ребенку с нарушением в развитии будет способствовать его лучшей реабилитации и препятствовать его инвалидизации. Ранняя помощь особым детям способствует тому, что большое число детей по достижении ими дошкольного или школьного возраста имеют возможность посещать на общих основаниях детские сады и школы, тем самым снижается нагрузка на систему специализированных коррекционных учреждений.

Существующая в России система ранней помощи еще проходит стадию становления и не в полной мере обладает всем комплексом технологий, необходимых для максимально эффективной работы. Одной из таких технологий можно считать метод DIR/Floortime, обучение которому стало возможно на коммерческой основе в России с 2014 г.

Краткое описание метода DIR/Floortime. DIR является научно обоснованным терапевтическим подходом, цель которого — диагностика, а также разработка программы помощи, основанной на взаимоотношениях, учитывающих уровень развития каждого ребенка, его особенности восприятия, моторики, эмоциональной сферы и когнитивных функций. Floortime — главная методика реализации программы, «целевая игра», а также философия подхода [3].

Подход DIR/Floortime относят к так называемым социально-прагматическим подходам, направленным в том числе на обучение родителей [10]. В подходе DIR главной целью вмешательства является построение основ для здорового развития ребенка с последовательным прохождением им всех необходимых для него этапов. Аббревиатура DIR обозначает 3 ключевых

понятия: развитие, индивидуальные различия и отношения (Developmental, Individual differences, Relationship).

Развивающая (D) суть концепции выражается в том, что подход поддерживает развитие социальных, эмоциональных и интеллектуальных способностей. С точки зрения метода DIR, приоритетное значение для развития ребенка имеют функциональные социально-эмоциональные способности, описанные основателем данного подхода доктором-психиатром С. Гринспеном в виде иерархически организованных навыков, которые называются ступенями функционального социально-эмоционального развития [3]. Всего было выделено порядка 12 ступеней, но первые 6 из них являются базовыми и при условии здорового развития достигаются ребенком к 5 годам жизни.

К первым 6 ступеням относятся:

1. Саморегуляция, внимание и интерес к миру (при нормативном развитии достигаются ребенком в 0–3 мес жизни). Ребенок, освоивший эту ступень, может оставаться спокойным и включенным, проявлять интерес и удерживать общее внимание, понимать свои ощущения.

2. Контакт, общение, привязанность (при нормативном развитии достигаются ребенком в 2–4 мес жизни). Ребенок, освоивший эту ступень, может отвечать на эмоциональный контакт улыбкой и другой эмоциональной реакцией, предвкушать контакт.

3. Инициатива и двусторонняя коммуникация (при нормативном развитии достигаются ребенком в 4–12 мес жизни). Ребенок, освоивший эту ступень, может инициировать эмоциональный контакт, демонстрировать совместное внимание (треугольный взгляд), использовать для коммуникации движения, жесты и мимику, интересоваться игрой со взрослым с использованием предметов.

4. Решение социальных задач и формирование самосознания (при нормативном развитии достигаются ребенком в 12–18 мес жизни). Ребенок, освоивший эту ступень, может выражать свои чувства, желания и просьбы с помощью эмоциональных сигналов (междометия,

звуки, мимика и т.д.), иметь представление о себе как об отдельном субъекте (раннее самосознание), действовать с учетом действий другого, понимать невербальные сигналы человека, проявлять эмпатию, поддерживать диалог из 20–30 коммуникативных циклов, решать задачи совместно со взрослыми, планировать и выполнять последовательность действий для достижения определенных целей.

5. Формирование символов, использование слов и понятий (при нормативном развитии достигается ребенком в 2,5–4 года жизни). Ребенок, освоивший эту ступень, может обозначать действия и предметы словом или предметом-заместителем, говорить о своих намерениях, желаниях и чувствах, поддерживать диалог длиной в 30 и более коммуникативных циклов, играть в сюжетно-ролевые игры на эмоционально-значимые темы, отвечать на вопросы «кто?», «что?», «где?».

6. Эмоциональное мышление, логика и чувство реальности (при нормативном развитии достигается ребенком в 4,5–6 лет жизни). Ребенок, освоивший эту ступень, может логически связывать 2 и более идеи, задавать вопросы «что?», «где?», «когда?», «почему?» и отвечать на них, логически объяснять свои действия и поступки, рассуждать о причинах поступков других людей, ориентироваться в пространстве и времени, планировать несколько шагов вперед, понимать последствия действий, отличать реальность от фантазий.

Индивидуальным различиям (I) придается большое значение, под ними понимаются такие факторы, влияющие на развитие ребенка, как способность и скорость переработки информации, способность к саморегуляции, учет сенсорных и моторных особенностей ребенка (сенсомоторный профиль), а также особенности семьи и взаимоотношений в ней. В подходе DIR/Floortime широко интегрированы представления эрготерапевта Джин Айрес и ее теория сенсорной интеграции [1]. Выделяются такие навыки, как:

1. Способности регуляции (реактивность нервной системы), описывающие общую чувствительность в каждой сенсорной области.

2. Двигательное планирование (способность организовать сигналы от сенсорных систем и построить двигательный план для достижения цели). Отвечает за способность взаимодействовать с окружающим миром вещей и эмоционально наполненное общение с другими людьми.

3. Способность реагировать на звуки, жесты и вербальную коммуникацию. Позволяет ребенку ориентироваться в мире звуков и выделять из общего фона эмоционально значимые звуки, а также выделять голос человека как приоритетный.

4. Использование вокализаций, жестов, слов и речи для коммуникации. Данная способность реализуется благодаря возможности управлять своим телом для объяснения своих намерений.

5. Зрительно-пространственная обработка информации. Позволяет ребенку наблюдать за окружающим миром, ставить цели и достигать их. В эту категорию входят как сами способности зрения, так и возможности достигнуть желаемого, используя свое тело, активную работу вестибулярного аппарата.

6. Праксис как способность мозга интегрировать все, что было воспринято для формирования идеи, создания пошагового плана, а также как адаптация к изменениям и препятствиям.

Отношения (R). Развивающее действие подхода опирается в своей базе на отношения и использует эмоционально-заряженные отношения как двигатель развития. Концепция DIR в своей основе опирается на теорию привязанности Дж. Боулби, согласно определению которого привязанность – это тесная эмоциональная связь между ребенком и его родителем, необходимая для его здорового психического развития [2]. Нередко вследствие неврологических нарушений у ребенка отношения привязанности между особым ребенком и его близкими взрослыми могут нарушаться. Соответственно задачами подхода DIR/Floortime в том числе являются поддержка и укрепление отношений привязанности в семьях с особыми детьми. Помимо непосредственно отношений привязанности в процессе подобных эмоционально-насыщенных отношений в подходе DIR/Floortime происходит развитие базовых ступеней функционального социально-эмоционального развития. Непосредственно практическая реализация метода происходит через эмоционально-заряженные взаимодействия внутри отношений между ребенком и воспитателем, в роли которого должны выступать не только педагоги, но родители ребенка.

Таким образом, DIR/Floortime – это комплексный подход, учитывающий уровень развития ребенка, его индивидуальные особенности и систему его отношений с другими людьми. С точки зрения подхода DIR/Floortime, помочь ребенку преодолеть имеющиеся трудности в развитии возможно через эмоциональные отношения с ним, приняв в качестве отправной точки текущий уровень его развития, учитывая его индивидуальные особенности, побуждая его к социальному, эмоциональному и интеллектуальному развитию.

Описание комплексной программы, разработанной в Центре здоровья и развития им. Святителя Луки. На базе метода DIR/Floortime и его принципов и технологий в Центре здоровья и развития им. Святителя Луки (г. Москва) была разработана комплексная программа помощи детям раннего и дошкольного возраста с РАС и другими нарушениями в развитии. Комплексность программы была обусловлена тем фактом, что аутистическое расстройство классифицируется в МКБ-10 как расстройство развития, что в свою очередь предполагает комплексный характер нарушений у детей. Как правило, у детей с РАС помимо нарушения общения

и социально-эмоциональной взаимности могут наблюдаться разные по выраженности нарушения экспрессивной и импрессивной речи, познавательного развития, зрительного восприятия, а также дисфункции сенсорной интеграции, трудности двигательного планирования, тонуса мышц, зрительно-моторной координации. Очевидно, что для успешной помощи особым детям, имеющим такого рода комплексные нарушения развития, и их семьям в большей степени будут подходить комплексные программы психолого-педагогической помощи, в рамках которых специализированное развивающее воздействие будет направлено на помощь особому ребенку в преодолении нескольких трудностей развития, а также на вовлечение семьи ребенка в процесс данной помощи.

Подход DIR/Floortime благодаря своей комплексности позволяет объединить усилия специалистов и родителей и создать план помощи ребенку. В рамках Центра здоровья и развития им. Святителя Луки в 2018 г. была создана подобная комплексная программа помощи детям раннего и дошкольного возраста, имеющим расстройства развития, и их семьям. Данная программа на организационном уровне представляет собой комплексный вариант занятий, в рамках которых в течение 1 учебного дня ребенок посещает 4 вида занятий, и каждое из них направлено на помощь ребенку в развитии определенных способностей. Охарактеризуем эти занятия более подробно.

Терапия Floortime (40 мин) имеет игровой формат и, как правило, проводится в присутствии и с активным участием близкого взрослого для данного ребенка. Сама терапия проводится специалистом-психологом, на игровом сеансе в обязательном порядке должен находиться близкий взрослый ребенка, который в зависимости от этапа работы может как занимать позицию наблюдателя, так и активно вовлекаться в игровое взаимодействие. На данном игровом сеансе, как правило, происходит супервизия родительской игры с ребенком с последующими рекомендациями, проводится работа по развитию эмоционального вовлечения близкого взрослого во взаимодействие с ребенком, поддерживаются отношения привязанности в диаде «ребенок—родитель». Основной целью сеанса Floortime является развитие у ребенка навыков, отраженных в ступенях социально-эмоционального развития, в зависимости от типа трудностей у конкретного ребенка. В первую очередь данная работа направлена на установление эмоционального контакта, навыка разделения эмоций, развитие общего и совместного внимания, двустороннего контакта, инициативы, совместной сюжетной игры.

Занятие игрового логопеда-дефектолога (40 мин). Проводится логопедом-дефектологом, имеющим переподготовку в рамках подхода DIR/Floortime, в присутствии (в некоторых случаях — с активным участием) родителей ребенка. Занятия проводятся в полуструктури-

рованном формате и направлены на развитие у ребенка мотивационно-потребностной сферы коммуникации, коммуникативных навыков, вербальных и невербальных средств общения, экспрессивной и импрессивной речи и ее когнитивной (восприятие, внимание, мышление и др.) и моторной базы, формирование прагматической компетенции речи, развитие интереса к познанию окружающего мира.

Занятие кинезотерапией с элементами сенсорной интеграции (40 мин). Проводится специалистом по кинезотерапии, прошедшим подготовку в рамках сенсорно-интегративной терапии по Дж. Айрис и подхода DIR/Floortime. В рамках данных занятий идет работа над развитием крупной и мелкой моторики, зрительно-моторной координации, навыков моторного планирования, регуляции тонуса мышц, работа с симптомами дисфункции сенсорной интеграции.

Сенсорно-игровая группа (15–20 мин). Занятие проводится в присутствии и с активным участием родителей. Цели группы — вовлечение детей в общие виды активности, развитие у них общего внимания, саморегуляции, понимание структуры процесса, очередности. Групповое занятие представляет собой набор активностей и фольклорных игр (например, хороводы, игра в «печку»), ритуалов приветствия и прощания.

В рамках нашей комплексной программы мы используем командный подход, смысл которого раскрывается в том, что все специалисты, задействованные в программе, разделяют и применяют в своей работе основные принципы модели DIR/Floortime, философию данного подхода и общий взгляд на помощь особым детям. Большое значение уделяется коммуникации и обмену опытом, что предполагает регулярное совместное обсуждение и анализ проведенных занятий на консилиуме для выработки совместной эффективной стратегии помощи конкретному ребенку и его семье.

Комплексные занятия по методу DIR/Floortime, как правило, проходят в формате регулярных посещений (2–3 раза в неделю) в течение учебного года. Кроме того, с родителями в обязательном порядке обсуждается необходимость самостоятельно работать с ребенком в формате Floortime ежедневно 6–8 раз в день по 15–20 мин.

Характеристика оценочных шкал, применяемых в рамках нашего исследования. Для оценки результатов нашего исследования были выбраны шкала адаптивного поведения Вайнленд (VABS) и шкала структурированного наблюдения FEAS.

Шкала адаптивного поведения Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scales, VABS) — известный и общепринятый на международном уровне диагностический инструмент оценки детей от рождения до 18 лет 11 мес как с нормотипичным, так и с нарушенным развитием, широко используется в клинической, психолого-педагогической практике, а также в научно-исследовательских целях. Шкала представляет собой полуструк-

турированное интервью, в ходе которого на вопросы отвечают родители ребенка или люди из его ближайшего окружения.

Шкала оценивает 4 основные сферы жизнедеятельности: коммуникацию, повседневные житейские навыки, социализацию, моторные навыки; кроме того, шкала детализирует общий уровень адаптивности ребенка [5–8]. Методика позволяет представить индивидуальный статус в области адаптивного поведения и оценить его соответствие определенным возрастным нормативам.

Коммуникативная шкала представлена субшкалами:

- рецептивные способности, которые проявляются умением слушать и воспринимать услышанное;
- экспрессивные навыки, которые проявляются вербальными и невербальными способностями коммуникации, умением применять понятия и выражать собственные мысли;
- письменные способности, представляющие собой умение писать и читать, выражать свои мысли и эмоции в письменном виде.

Шкала повседневных житейских навыков, распределенных между следующими субшкалами:

- личные навыки: навыки по самообслуживанию, соблюдение личной гигиены, защита своего здоровья;
- домашние навыки: помощь взрослым в ведении домашних дел (уборка по дому, соблюдение чистоты в своей комнате и т.д.);
- общественные навыки: умение ориентироваться во времени и пространстве, владение правилами поведения в общественных местах.

Шкала социализации включает субшкалы:

- межличностное взаимодействие: умение распознавать эмоции других людей, навыки установления эффективного взаимодействия с окружающими;
- игры: умение играть с другими детьми, делиться, сотрудничать;
- навыки сотрудничества: владение и соблюдение общепризнанных норм и правил поведения в обществе, умение контролировать свое поведение.

Шкала моторных навыков содержит субшкалы:

- грубая моторика: владение координацией собственного тела;
- мелкая моторика: умение манипулировать мелкими предметами.

Шкала дезадаптивного поведения предполагает выявление проблем в поведении ребенка. Данная шкала используется с 5 лет. Так как в нашем исследовании участвовали дети младшего дошкольного возраста (до 37 мес), эта шкала не использовалась.

Шкала FEAS в теоретическом плане является практическим выражением теории развития функциональных социально-эмоциональных способностей ребенка, разработанной С. Гринспеном, Дж. Де Ганги и С. Уидер (2003) [9]. Шкала FEAS рассчитана на оценку

детей от 7 мес до 4 лет, которые находятся в группе риска или имеют трудности в развитии социальной активности, привязанности, взаимодействия в игре и эмоционального функционирования.

Кроме того, FEAS выявляет проблемы во взаимодействии у детей, находящихся в сложных семейных ситуациях или имеющих родителей, которых не могут обеспечить детям благоприятную среду развития.

Уникальность метода диагностики FEAS заключается в том, что он включает шкалу оценки как ребенка, так и воспитателя, и тем самым позволяет оценить не только уровень социально-эмоциональных особенностей детей, но и способности их родителей или лиц, их заменяющих, к эффективной поддержке взаимодействия с этими детьми на каждом из уровней [9].

Использование данной методики может способствовать развитию качественно иного подхода, в котором основной фокус работы направлен не на ребенка с нарушенным развитием, а на поддержку и развитие позитивного взаимодействия между ребенком и его значимыми взрослыми. Опросные листы шкалы FEAS представляют собой бланки, заполняемые отдельно для воспитателя (родителя или заменяющего его лица) и отдельно для ребенка.

В обоих опросных листах описываемые типы наблюдаемых поведенческих проявлений разбиты по 6 ступеням развития, выделенным С. Гринспеном и описанным в тексте выше.

FEAS представляет собой формальную систему кодирования поведения ребенка и воспитателя с использованием описанных выше 6 ступеней функционально-эмоционального развития.

При разработке методики FEAS С. Гринспен основывался на предположении о том, что стадии развития функциональных социально-эмоциональных способностей можно наблюдать посредством игрового взаимодействия между ребенком и значимым для него взрослым (воспитателем в широком значении слова). Шкала фокусируется на особенностях развития ребенка и способности взрослого обеспечивать и поддерживать взаимодействие с ним.

При помощи данной методики нельзя выявить какие-либо определенные нарушения в развитии, нельзя диагностировать, например, расстройство аутистического спектра, реактивное расстройство привязанности и т.д. Однако использование данных, полученных с помощью шкалы FEAS в сочетании с другими, более формальными методиками, позволяет составить развернутый профиль ребенка и наметить цели и задачи для помощи ребенку и семье [9]. С диагностической точки зрения FEAS позволяет обозначить зоны риска как в развитии, так и в степени родительской вовлеченности в процесс воспитания и, более того, потенциальные проблемы, например нарушения привязанности.

В 2019–2020 гг. шкала FEAS была переведена на русский язык. Также было проведено исследование, цель которого состояла в проверке способности русифицированной версии шкалы FEAS выявлять те же особенности развития эмоциональной сферы у детей с РАС от 2 до 4 лет, которые позволяет выявлять авторская англоязычная версия шкалы [11]. Результаты исследования подтвердили наличие согласованности оценок наблюдателей с использованием коэффициента альфа Кронбаха. Полученный в российском исследовании коэффициент согласованности на уровне 0,8 соответствует значениям, полученным авторами англоязычного исследования 2001 г. Нормативные значения также совпали со значениями авторского исследования [11].

Процесс диагностики организован следующим образом. Психолог просит взрослого играть с ребенком в течение 15 мин, как обычно, и выявляет при этом особенности игрового поведения. В ходе игры используются наборы символических, тактильных игрушек и игрушки для подвижных игр, в которых задействована крупная моторика. Баллы, выставленные за символические и сенсорные игры, вводятся в соответствующие столбцы чек-листа. Третий столбец предназначен для ситуации, когда экзаменатор целенаправленно выявляет особенности поведения ребенка.

Цель настоящего исследования — оценка динамики комплексной ранней психолого-педагогической помощи детям 3 лет с РАС на основе подхода DIR/Floortime.

Материалы и методы

Дизайн исследования. Исследование проводилось на базе Центра здоровья и развития им. Святителя Луки. В экспериментальную группу вошли 18 детей в возрасте 3 лет (36–47 мес) с установленным детским психиатром диагнозом детского аутизма F84.0, реабилитация которых проводилась в рамках подхода DIR/Floortime. Контрольную группу составили 19 детей такого же возраста и с этим же диагнозом, которые не проходили данную реабилитацию. С детьми экспериментальной группы занятия проводились сертифицированными специалистами DIR/Floortime индивидуально 2–3 раза в неделю. В этих занятиях были задействованы родители, которые таким образом проходили обучение с целью научиться использовать принципы подхода DIR/Floortime в повседневном общении с ребенком.

Исследование проводилось в период с мая по октябрь 2021 г.

Диагностические замеры проводились дважды: до начала реабилитации и по окончании реабилитационного курса. Продолжительность реабилитационного курса составила 3 мес. Диагностические замеры среди детей контрольной группы также проводились дважды: в мае и октябре 2021 г. В промежутке между замерами дети не проходили каких-либо коррекционных и реабилитационных программ. 10 детей (53 %) из контрольной груп-

пы посещали бассейн «Акваклуб Акуленок», 9 (47 %) — индивидуальные занятия с дефектологом. Заполнение диагностических методик Вайнленд и FEAS осуществлялось при личном наблюдении за детьми в процессе занятий, некоторые пункты опросника Вайнленд заполнялись на основе результатов опроса родителей.

В ходе исследования состав экспериментальной группы изменился, и до конца исследования дошли только 14 детей из 18. Соответственно в 1-м замере участвовали 18 детей из экспериментальной группы и 19 из контрольной, во 2-м замере — 14 детей из экспериментальной группы и 19 из контрольной.

Для выявления достоверности полученных результатов использовались статистические критерии Манна–Уитни и Т-критерий Уилкоксона.

Результаты

Методика «Шкала адаптивного поведения Вайнленд». На рис. 1 представлено сравнение средних показателей по шкалам адаптивного поведения у детей экспериментальной группы. По шкале «Коммуникация» соотношение максимально возможного в данной шкале балла (14) и среднего балла экспериментальной группы (2,7) демонстрирует, что экспрессивные навыки у детей экспериментальной группы до начала реабилитации находились на крайне низком уровне.

При 2-м замере установлено, что экспрессивные навыки за период прохождения реабилитации значительно улучшились: средний балл по группе составил 7,15.

На рис. 1 представлены результаты детей экспериментальной группы по шкале «Повседневные житейские навыки»; они также находились на крайне низком уровне развития. Об этом свидетельствует соотношение максимально возможного в данной шкале балла (18) и среднего балла экспериментальной группы (3). После прохождения курса реабилитации повседневные житейские навыки существенно улучшились: средний балл составил 8,25.

Также на рис. 1 представлены показатели детей экспериментальной группы по шкале «Социализация»; до начала реабилитации они были очень низкими (средний балл составлял 0,91 при максимальном для данной шкалы значении, равном 8). При 2-м замере установлено, что навыки межличностного взаимодействия и сотрудничества за период прохождения реабилитации существенно улучшились: средний балл по группе составил 3,71.

Что касается значений шкалы «Моторные навыки» у детей, входящих в экспериментальную группу, то на начальном этапе исследования наблюдался достаточный уровень развития моторных навыков, а по окончании исследования они улучшились (табл. 1). В табл. 1 представлены выводы статистического анализа по Т-критерию Уилкоксона динамики результатов у детей экспериментальной группы.

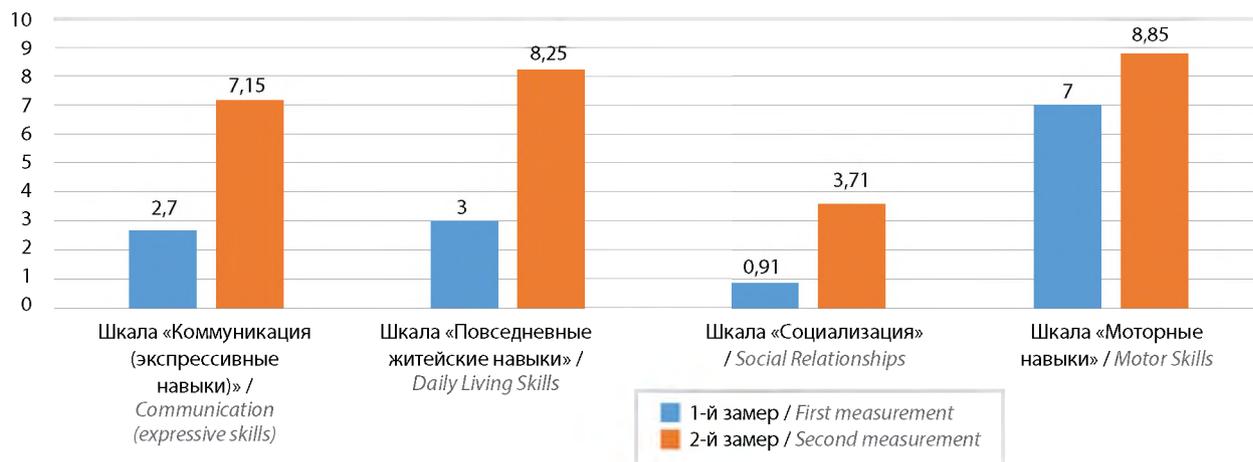


Рис. 1. Сравнение средних показателей шкал адаптивного поведения Вайнленд у детей экспериментальной группы
Fig. 1. Comparing mean Vineland Adaptive Behavior Scale scores in children from the experimental group

Данные табл. 1 демонстрируют, что в результате курса реабилитации DIR/Floortime у детей экспериментальной группы была достигнута значительная положительная динамика в развитии навыков, определяющих адаптивное поведение – навыков вербальной коммуникации и навыков, которые обеспечивают социализацию ребенка (межличностного взаимодействия и сотрудничества).

Переходим к анализу показателей адаптивного поведения детей контрольной группы (рис. 2).

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

Экспрессивные навыки по шкале «Коммуникация» у детей контрольной группы при 1-м замере находились на крайне низком уровне развития, на это указывает соотношение максимально возможного по данной шкале балла (14) и среднего балла контрольной группы (3,95). При 2-м замере установлено, что экспрессивные навыки в ходе естественного развития детей (без получения коррекционной терапии) немного улучшились – средний балл составил 4,35.

Повседневные житейские навыки у детей контрольной группы при 1-м замере были на крайне низком уровне развития, о чем свидетельствует соотношение максимально возможного в данной шкале балла (18) и среднего балла группы (3,3). При 2-м замере определено, что данные навыки спустя 4 мес улучшились: средний балл по группе составил 4,6.

Показатели навыков, объединенных в шкале «Социализация», у детей контрольной группы при 1-м диагностическом замере находились на крайне низком уровне развития (средний балл составлял 1,35 при максимально возможном в данной шкале значении, равном 8). При 2-м замере установлено, что навыки межличностного взаимодействия и сотрудничества на протяжении 3 мес улучшились: средний балл по группе составил 2,25.

Развитие моторных навыков также находится на среднем уровне.

В табл. 2 представлен итог корреляционного анализа по Т-критерию Уилкоксона динамики результатов у детей контрольной группы.

Таблица 1. Динамика изменения показателей у детей экспериментальной группы

Table 1. Changes in the parameters of children from the experimental group

Корреляция Correlation	Шкала «Коммуникация (экспрессивные навыки)» Communication (expressive skills)	Шкала «Повседневные житейские навыки» Daily Living Skills	Шкала «Социализация» Social Relationships	Шкала «Моторные навыки» Motor Skills
	0,001*	0,003*	0,019	0,005*

Примечание. Уровень значимости (p) $\leq 0,05$.

*Отмечены значимые корреляции, т.е. по данным шкалам выявлена положительная динамика.

Note. Significance level (p) ≤ 0.05 .

*Significant correlations, i.e. positive dynamics detected using the scales.

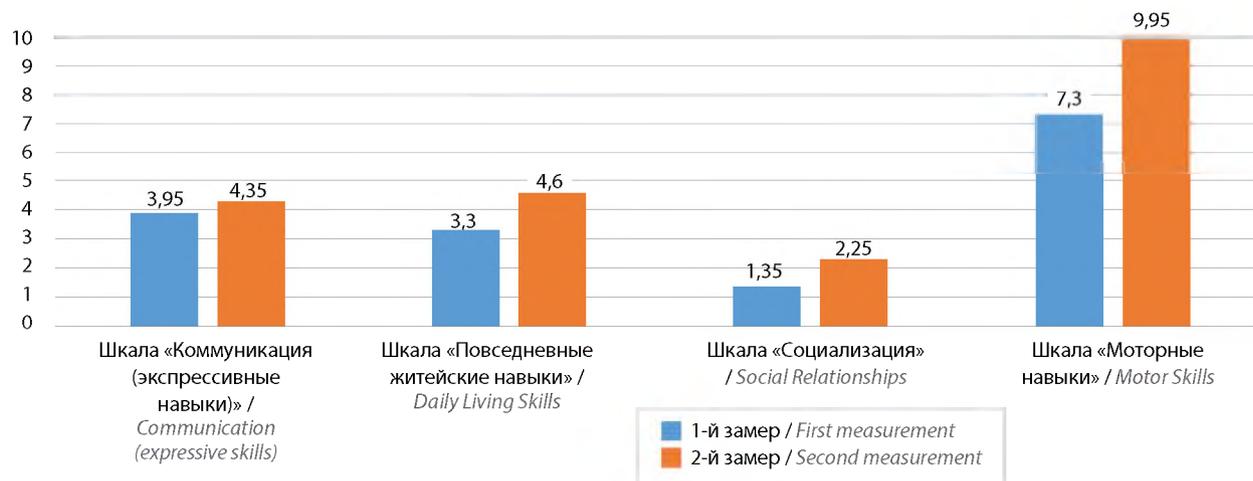


Рис. 2. Сравнение средних показателей шкал адаптивного поведения Вайнленд у детей контрольной группы
Fig. 2. Comparing mean Vineland Adaptive Behavior Scale scores in children from the control group

Эти данные показывают, что в ходе естественного развития (при отсутствии коррекционного воздействия) у детей контрольной группы отмечена положительная динамика в развитии навыков, отвечающих за моторное развитие, а также улучшение повседневных житейских навыков. Но в целом улучшение навыков, характеризующих адаптивное поведение и его составляющие, у детей контрольной группы являлось незначительным. Некоторое улучшение навыков, соответствующих данным шкалам, можно объяснить естественным развитием и взрослением ребенка.

Методика FEAS. Данные по методике FEAS переведены в доли. На рис. 3 представлены средние баллы результатов у детей экспериментальной группы, полученных по методике FEAS.

Как следует из данных, представленных на рис. 3, в результате курса реабилитации, проведенного в рамках подхода DIR/Floortime, развитие получили все основные способности, имеющие отношение к функционально-эмоциональной сфере. Отметим, что наибольшее развитие получила такая способность, как формирование взаимоотношений, привязанности и вовлеченности, наименьшее – построение логических мостов и связь

между отдельными идеями, а также организация поведения, решение социальных задач, чувство «Я».

На рис. 4 представлены результаты детей контрольной группы по методике FEAS.

Согласно рис. 4, у детей с аутизмом, не получавших комплексной коррекционной помощи, немного улучшились все основные способности, имеющие отношение к функционально-эмоциональной сфере, но динамика этих улучшений менее выражена по сравнению с детьми экспериментальной группы.

В табл. 3 представлен итог статистического анализа по Т-критерию Уилкоксона динамики результатов у детей контрольной и экспериментальной групп.

Данные, представленные в табл. 3, демонстрируют положительную динамику у детей экспериментальной группы по шкалам, оценивающим саморегуляцию и интерес ребенка к миру: формирование взаимоотношений, привязанности и вовлеченности; двусторонняя, преднамеренная коммуникация; использование символов и создание эмоционально значимых идей; построение логических мостов и связь между отдельными идеями. Также отслеживается динамика по шкале «Общий балл».

Таблица 2. Динамика изменения показателей у детей контрольной группы

Table 2. Changes in the parameters of children from the control group

Correlation	Шкала «Коммуникация (экспрессивные навыки)» / Communication (expressive skills)	Шкала «Повседневные житейские навыки» / Daily Living Skills	Шкала «Социализация» / Social Relationships	Шкала «Моторные навыки» / Motor Skills
	0,018	0,001*	0,010	0,001*

Примечание. Уровень значимости (p) ≤ 0,05.

*Отмечены значимые корреляции, т.е. по данным шкалам выявлена положительная динамика.

Note. Significance level (p) ≤ 0.05.

*Significant correlations, i.e. positive dynamics detected using the scales.

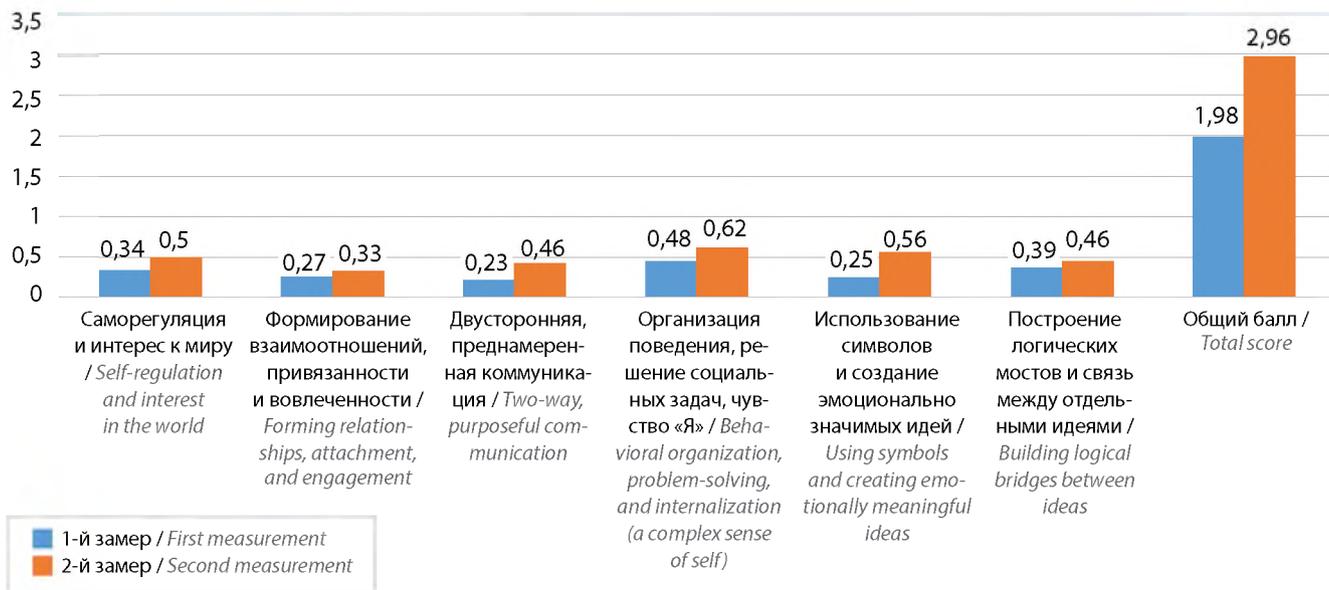


Рис. 3. Сравнение средних показателей шкал методики FEAS у детей экспериментальной группы
Fig. 3. Comparison of mean FEAS scores in children from the experimental group



Рис. 4. Сравнение средних показателей шкал методики FEAS у детей контрольной группы
Fig. 4. Comparison of the mean FEAS scores in children from the control group

Таблица 3. Динамика изменения показателей методики FEAS у детей контрольной и экспериментальной групп
Table 3. Changes in the FEAS scores in children from the experimental and control groups

Шкала / Scale	Уровень значимости / Significance	
	Контрольная группа / Control group	Экспериментальная группа / Experimental group
Саморегуляция и интерес к миру / Self-regulation and interest in the world	0,004*	0,001*
Формирование взаимоотношений, привязанности и вовлеченности / Forming relationships, attachment, and engagement	0,109	0,001*

Окончание табл. 3
End of table 3

Шкала Scale	Уровень значимости Significance	
	Контрольная группа Control group	Экспериментальная группа Experimental group
Двусторонняя, преднамеренная коммуникация Two-way, purposeful communication	0,083	0,001*
Организация поведения, решение социальных задач, чувство «Я» Behavioral organization, problem-solving, and internalization (a complex sense of self)	0,038	0,05
Использование символов и создание эмоционально значимых идей Using symbols and creating emotionally meaningful ideas	0,102	0,001*
Построение логических мостов и связь между отдельными идеями Building logical bridges between ideas	0,011	0,002*
Общий балл Total score	0,11	0,001*

Примечание. Уровень значимости (p) $\leq 0,05$.

*Отмечены значимые корреляции, т.е. по данным шкалам выявлена положительная динамика.

Note. Significance level (p) ≤ 0.05 .

*Significant correlations, i.e. positive dynamics detected using the scales.

Выводы

Таким образом, в ходе исследования была выявлена значимая положительная динамика у экспериментальной группы детей с РАС, получавших комплексные занятия в рамках подхода DIR/Floortime. Данная положительная динамика наблюдалась по таким показателям, как «экспрессивная коммуникация» (шкала Вайнленд), «формирование взаимоотношений, привязанности и вовлеченности» (шкала FEAS), «двусторонняя предметная коммуникация» (шкала FEAS), «использование символов и создание эмоционально значимых идей» (шкала FEAS), «построение логических мостов и связь между отдельными идеями» (шкала FEAS). Наличие подобной динамики может свидетельствовать о том, что у детей, получавших комплексную помощь на основе подхода DIR/Floortime в Центре здоровья и развития им. Святителя Луки, улучшились такие способности, как способность сообщать о своих желаниях другим с помощью жестов, вопросительных взглядов, мимики, выразительных движений тела, отдельных слов, фразовой речи; способность

разделять переживание с партнером, обмениваться эмоциями, получать удовольствие от контакта; способность проявлять инициативу для общения и игры, поддерживать двустороннее взаимодействие; способность разыгрывать сценарии в символической игре, использовать слова и фразы для общения; способность выстраивать различные сюжеты в игре, связывая различные идеи.

Как известно, трудности речи, общения и эмоционального контакта являются одними из основных негативных симптомов РАС у детей. На наш взгляд, разработанная нами комплексная программа помощи детям раннего возраста и их семьям, направленная на компенсацию подобных нарушений, является востребованной и эффективной как раз во многом благодаря своей непосредственной нацеленности на базовые дефициты развития, наблюдающиеся у детей с РАС. Вовлечение родителей особых детей в процесс помощи ребенку, поддержка отношений привязанности в диаде «ребенок–значимый взрослый» также способствуют повышению эффективности нашей программы.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Айрес Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. М.: Тервинф, 2009. 272 с. Ayres A.J. Sensory integration and the child. Understanding hidden development problems. Moscow: Terevinf, 2009. 272 p. (In Russ.)
2. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477 с. Bowlby J. Attachment. Moscow: Gardariki, 2003. 477 p. (In Russ.)
3. Гринспен С., Уидер С. На «ты» с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Тервинф, 2013. 512 с. Greenspan S., Wieder S. Engaging autism: using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. Moscow: Terevinf, 2013. 512 p. (In Russ.)
4. Романовский Н.В., Азирова А.А. Ребенок и семья в подходе DIR/Floortime. Психология и психотерапия семьи 2020;(2). Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/rebenok-i-semya-v-podhode-dir-floortime>. Romanovskiy N.V., Azirova A.A. Child and family in the DIR/Floortime approach. *Psikhologiya i psikhoterapiya semyi = Psychology and Psychotherapy of the Family* 2020;(2). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/rebenok-i-semya-v-podhode-dir-floortime>. (In Russ.)
5. Сайфутдинова Л.Р., Сударикова М.А. Оценка уровня развития адаптации ребенка с помощью шкалы Вайнленд. Школа здоровья 2004;(1):48–56. Sayfutdinova L.R., Sudarikova M.A. Assessment of the level of development and adaptation in a child using the Vineland Adaptive Behavior Scale. *Shkola zdorovya = Health School* 2004;(1):48–56. (In Russ.)
6. Сайфутдинова Л.Р. Использование шкалы Вайнленд при диагностике больных аутизмом и синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати). Аутизм и нарушения развития 2003;(2):51–7. Sayfutdinova L.R. Utility of the Vineland Adaptive Behavior Scale in the diagnosis of autism and Asperger's syndrome (based on foreign publications). *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders* 2003;2:51–7. (In Russ.)
7. Сайфутдинова Л.Р. Особенности адаптивного поведения детей с разными вариантами дизонтогенеза. Детский аутизм: исследования и практика 2008:125–32. Sayfutdinova L.R. Features of adaptive behavior of children with different variants of dysontogenesis. *Detskiy autizm: issledovaniya i praktika = Children's Autism: Research and Practice* 2008:125–32. (In Russ.)
8. Carter A.S., Volkmar F.R., Sparrow S.S. et al. Vineland Adaptive Behavior Scales: the supplementary norms for individuals with autism. *J Autism Dev Disord* 1998;28(4):287–302. DOI: 10.1023/a:1026056518470
9. Greenspan S.I., De Gangi G., Wieder S. The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS). Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, 2nd edn, 2003.
10. Hess E. DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *Int J Child Health Hum Develop* 2013;6(3). Retrieved from: <http://www.centerforthelearningmind.com/sites/default/files/IJCHD-2013-6-Hess-Floortime.pdf>
11. Romanovsky N.V., Itskovich G., Strikha O.E. Trialability of FEAS Structured Observation Scale on a Sample of Russian-Speaking Children. In: *Education of Children with Special Needs*. Springer, 2022. 480 p. DOI: 10.1007/978-3-031-13646-7

Благодарности. Автор выражает благодарность выпускнице факультета клинической и специальной психологии Московского государственного психолого-педагогического университета В.В. Кравчук за неоценимую помощь в сборе и обработке данных, использованных для написания этой статьи.

Acknowledgements. The author thanks V.V. Kravchuk, graduate of the Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State Psychological and Pedagogical University, for her essential help with data collection and processing.

ORCID автора / ORCID of author

Н.В. Романовский / N.V. Romanovskiy: <https://orcid.org/0000-0002-2467-9578>

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Финансирование. Исследование выполнено в рамках Государственного задания Министерства просвещения РФ ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» № 073-00028-22-00.

Funding. This study was funded by the State assignment of the Ministry of Education “Institute of Correctional Pedagogy, Russian Academy of Education” No. 073-00028-22-00.

Статья поступила: 20.09.2022. **Принята к публикации:** 17.12.2022.

Article submitted: 20.09.2022. **Accepted for publication:** 17.12.2022.