

On Affective States and the Use of Affect in DIRFloortime Clinical Practice

G. Itskovich*,
LCSW-R,
New York, USA,
galaitsk@gmail.com

The leading role of affect became the premise of DIRFloortime. Ideas of S. Greenspan are confirmed by S. Porges who sees affective experience as driving force of the evolutionary process. Incidentally, children on the autistic spectrum operate within a limited repertoire of explicit emotions; it is the lack of affective expression that usually gets in a way of building meaningful connections. However, therapeutically sound range of affective initiations and responses has been studied very little. This paper examines the definition of affect within DIRFloortime framework, as compared to more conventional, albeit controversial, use of this term in the psychiatric practice. It is expected of a seasoned DIR provider to be able to identify his or her own affective state and corresponding mood fluctuations, to make use of interoceptive messages, and eventually, in the course of the therapeutic intervention, adjust it as s/he goes. In order to achieve these goals, one needs to develop working knowledge of the recent theories of neuroception, namely, polyvagal response and its link to affective experiences. Affective states, their types and intensity, need to be tailored down to meet and modulate the child's affect; this paves the road to designing effective intervention plans. The path to effective affect modulation starts with the provider's self-awareness. Practical considerations and strategies are discussed.

Keywords: autistic spectrum disorder, disorders of regulation, affective states, DIRFloortime, polyvagal theory, neuroception, therapeutic use of self.

Researchers of the emotional involvement of individuals with autism spectrum disorders have long been convinced that the notion of autists lacking emotional life is a myth [2; 10]; nevertheless, the expressive means, the range of emotional reactions and the initiative in expressing emotions vary inter- and intrapersonally and can be significantly limited. Children with ASD experience difficulties at the stage of formation of those neurological connections that help build up the repertoire

of socially acceptable reactions, and dysfunction of oxytocin receptors also contributes to impaired social behavior [12]. In order to overcome these problems, children with ASD resort to mechanical, learned responses starting at eighteen months of age. The use of elevated affect during a therapeutic intervention should contribute to successfully overcoming such “mechanical” self-expression and result in the establishment of an attractive interaction and further development of symbolic thought.

For citation:

Itskovich G. On Affective States and the Use of Affect in DIRFloortime Clinical Practice. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism & Developmental Disorders (Russia)*, 2019. Vol. 17. No 2 (63). Pp. 5–17. doi: 10.17759/autdd.2019170201

* *Itskovich Galina*, LCSW-R, Master's in Social Work, is a psychotherapist in private practice, and the DIR-Expert, ICDL, New York, USA. E-mail: galaitsk@gmail.com

S. Greenspan repeated on several occasions that affective symbols must be constantly present in the brain of a child with ASD [8]. We are learning more and more about the effect of emotions on the variety of processes that comprise the continuum of human existence: in complex interaction of natural and therapeutic dyads, triads and social groups; in play, health, creative activities, social life; in bodily regulation. The purpose of this paper is to identify various types of affect and affective states, to understand the relationship between mood and affect, and to describe the use of the affective range by a specialist in therapeutic interaction.

The origins of “predisposition to affect”

One of the central and most complex ideas of Dr. Greenspan is the hypothesis of predisposition to affect (Affect Diathesis Hypothesis [2; 9]). Diathesis (from the Greek *Diathesis* “location”) is a syntactic category reflecting certain correlation between the participants of the situation, in this case, emotional and sensory-motor factors. For the motor process, affect is a catalyst of kind; affect in children with an autism spectrum disorder is not related to the above process, which is a psychoneurological deficiency. In order for complex social interaction to occur, the child must have an emotional need or desire (i.e. intention, or affective interest), which will indicate what s/he wants and help him/her formulate a motivationally conditioned motor plan.

The affect diathesis hypothesis involves the relation of affect and intrinsic motivation to the ability to process and analyze sensory-motor information coming through the senses. Affect plays a key role in translating this information into movement planning, behavior and solving problems that arise before a child, as well as further formation of symbols. By means of affect, the child communicates his intentions and designates the course of his actions.

The polyvagal theory [14] confirms that we are evolutionarily prone to the formation

of such connections. The vagus nerve is one of the cranial nerves supplying the heart, lungs, upper digestive tract and other organs of the chest and abdomen with nerve impulses. The polyvagal theory is based on the evolution of the autonomic nervous system of vertebrate animals, including humans, and on the discovery of the third neural circuit, *immobilization (shutdown, freeze)* (with or without fear), in addition to the well-known two neural circuits that regulate the autonomic nervous system and the flight-or-fight response. The highest-level strategy in this hierarchy is a system of social engagement, connecting the muscles of the face and middle ear with the heart. This system was evolutionarily developed to create safety in those group situations, where the “flight, fight, or freeze” responses are too inadequate. Vagal function disorders of higher order result in involvement of a more primitive sympathetic system — we regard such behavior in society as psychopathology [4] and strive for normalization, i.e. down-regulation of the autonomic response and homeostasis. The question arises, which emotions can cause de-escalation and “turn on” the polyvagal mechanism of self-regulation and down-regulation.

At the same time, the notion of “affect” has never been operationalized in DIR, and many practitioners intuitively arrive at the working construct: a rhythmic, mutually pleasant therapeutic interaction in the “good enough mother” (in the words of D. Winnicott) manner [1]. In order to make this process as effective as possible, it is worth thinking through the notion of affect and what can be expected from a practitioner who uses his own affect to engage the child in the interaction [2].

Characteristics of Affect

The versatility of the multidisciplinary DIRFloortime team helps to introduce and consider the use of terminology from several related disciplines. For instance, the everyday use of the word “affect” often carries some negative connotation referring to emotional instability. At the same time, my DIR students

with a background in psychology prompted me to think of the relationship between the concept of affect which is widely employed in psychiatry, and the meaning of the word “affect” as it is used in DIRFloortime. While noticing semantic similarities and pragmatic differences, we thought about the scope of its use for the purposes of DIRFloortime methodology, as well as the mechanism of involving the child in affectively meaningful therapeutic interaction.

In psychiatry and psychoanalysis, the definition of affect is formulated as follows: affect (lat. *Affectus* — passion, emotional excitement) is a temporary expression of an emotional tone or a subjective and direct experience of emotions linked to ideas or mental representations of objects [11]. *Affect* can match or contradict the *mood*. Also, affect can be *situation* — congruent or be inappropriate to its content. DIRFloortime terminology often refers to affect as *expansive* and *elevated* types of affect. However, *labile* (changing instantly), *irritated*, *limited*, *dull or flat* (absent) affects are also described in the literature and serve as diagnostic markers [11]. Affect is a concept denoting the external manifestation of emotions and feelings, subject to observation. Thus, affect is a behavioral pattern expressing the subjective state of a person at a given moment. Sadock and Kaplan [11] note the following characteristics of affect: diversity, intensity, lability and congruence. Affect is a way of modulating and expressing feelings from one moment to the next. During operationalization of affect as an external, objectively observable emotional tone, M. Serbi notes that authors of textbooks of psychiatry believe that “affective expression” gives an accurate estimate of shades and range of internal state (emotions) [16]. Thus, the practitioner’s elevated affect becomes a compensatory factor that can activate insufficient function of mirror neurons in a child/patient and stimulate neuro-correction.

While discussing affective congruence to a situation, a reasonable question arises: if Floortime clinicians aim at positive elevated affect, don’t they send an inaccurate message

to the child; doesn’t the child, particularly the child with ASD, get confused in determining his own true affect? The answer may lay in S. Greenspan’s appeal to continue the scrutiny at all stages of work and wait, watch and wonder [3]. The clinician’s own affective state regulation is a continuous “behind the scenes” work, a careful analysis of whether one should use a loud voice, wide movements, exaggerated facial expressions, etc. for an individual child, or focus on, for example, tonal modulations. The importance of practitioners’ choice of tactics to convey an expanded affect should be noted. This choice is based not only on the individual characteristics of the child, but also on the situation: the child who has just experienced fear is not ready for an energetic, “full-blooded”, loud expression of affect.

In order for the affect to be a therapeutic instrument rather than a surgical one, DIR therapists must prepare themselves for a thoughtful study of micro-expressions during the play interaction. The concept of “following the child’s lead” implies this continuous study, not just physical following the child from room to room or from toy to toy.

In search of affective congruence

Despite the similarity of the concepts, mood is not the same as affect. Mood dictates behavior and affects person’s emotional reactions, yet, this is intrinsic in nature, profoundly personal phenomenon. Affect is the external manifestation of emotions, expressed mainly in motor acts. The dichotomy of mood and affect is expressed through difference in duration (in a sense, mood is a long-term and more stable phenomenon than affect) and external manifestations (the mood cannot be always objectively observed by an outside observer, in contrast to affect, which is expressed directly in gestures, verbalization and facial expressions). Affect supposedly should maintain congruence with respect to mood; this, according to C. Rogers, is called spiritual harmony [15].

It is difficult to measure the congruence of mood and affect in professionals and parents

who interact with a child. Therefore, when demanding elevated affect in interaction with a child with ASD, we must first decide whether we should be congruence oriented (and therefore, the child will receive a full range of emotional reactions, from happiness or surprise to anger or sadness); or, in order to solve our therapeutic tasks, we should aim at the positive and/or elevated affect.

In order to answer this question, we must again refer to the polyvagal theory. The newest research describes links of the unique neural network connecting facial expressions with the cardiac regulation. This neural connection between facial expressions and cardiac activity constitutes functional “social engagement system” involving the concerted influence of the brain stem on the striated muscles of the face and head. The theory assumes the existence of two systems, the old and new ones: one is in charge of response to danger (suffocation, possible death) and causes shutdown as a panic reaction to a threat to life, while the other one uses the “social engagement” mechanism for survival. This theory offers a working hypothesis for understanding emotional dysregulation as impairment of the newest phylogenetic structures; as a result of a dysfunction in the vagal system, the “flight-or-fight” response is activated in situations that do not require such an “alarm” [3; 14].

If a child with the overstimulated autonomic nervous system receives a false signal of negative heightened affect without any particular reason, for example, an irritated, overly loud voice, a “serious” (lowered corners of the mouth, frowning forehead) face coming from an emotionally meaningful partner, a teacher, or a parent —these are polyvagal signals that increase the heart rate—the child inadvertently “turns on” the sympathetic response [6], experiencing (oftentimes unwarranted) symptoms of anxiety.

Thus, having made the decision to use mainly positive affect when working with an autistic child, the therapist should think about the accurate measure of intensity. As mentioned above, neuroception in many vulnerable children interprets the danger errone-

ously, making judgement errors and detecting danger when there is none. Faulty neuroception involuntarily shifts the child into a defensive position, resulting in a variety of challenging behaviors [5; 10]. Thus, the strategies of Floortime specialists should serve the tasks of normalization and de-escalation. When working with a hyporeactive child, we strive to develop a “taste” for the rhythmic affective contact, yet not overstimulate his/her auditory, visual and tactile systems. Fortunately, full affect can be expressed in lots of ways: not necessarily loudly, but necessarily expressively; not necessarily by means of touches or wide gestures (they can be interpreted as threatening!), but necessarily accompanied by rich facial expressions. In turn, labile affect seems, at first glance, to be useful in cases where a therapist sets a goal of following a hyperreactive child with a low threshold of excitability. At the same time, it is necessary to realize that emotional responses, even in the overly energetic child, may not correspond to the motor response to events. The task of the specialist is to find the rhythm when the child feels comfortable and understands his own behavior and (behind the scenes of action) emotional state. The same situation arises with negative affect or expression of anger, aversion and aggression: do these affective expressions really correspond to the child’s feelings, or are we dealing with mood/affective disorders?

Parental Involvement and Feedback

In his book *First Feelings*, S. Greenspan dedicates an entire chapter to the diversity of parenting styles: from an absent and low-emotional parent to an anxious and over-stimulating one [7]. Parenting styles determine affective patterns adopted in the family. Various families have various expectations in the field of emotional expression. It will not be easy to reshape microcommunication and find a more flexible (gentle but expressive) tone in a “exaggerated” family, where an elevated (and often irritated) affect is used in most domestic situations. A family where an elevated or too

bright affect is not welcome will hardly accept tips on introducing use of higher affect even in the name of therapeutic success.

Cultural aspects of expressing emotions and historically established skeptical attitudes toward an elevated affect often leave no choice to a specialist who wants to be accepted into the child's individual and family systems. The issues of undermined authority and the inability to build boundaries without using an authoritarian voice and a flattened, colorless affect still perturb parents and teachers; during the years of teaching the approach, the author heard even this, "If I always express a full-blooded, *positive*, energetic affect, will the child respect me?" One of the solutions that help approach the use of extended or simply "full-blooded" affect is the work of the therapist in creating trusting relationships with an autistic individual and his/her family and developing a "taste" for the full affective spectrum, because when the child sees pleasure on the specialist's face the child's mirror neurons activate, and s/he will be involuntarily engaged (wooned, in the words of S. Greenspan) into the neuropsychological process of mutual pleasure.

Building partnerships with parents will help initiate candid conversations about their own affect and about getting out from the comfort zone dictated by the child's needs. Many parents tend to blame themselves for failure every once in a while. Advice from S. Greenspan: "You should not expect enjoying every minute spent with your child; Nor should you blame yourself for not being that happy. By the end of the first few months, the extreme helplessness of the newborn causes mild shock even in the most involved parents..." [7, p. 31]. A parallel process occurs during an unstructured Floortime session. If the therapist needs a break when dealing with an underreactive, low-registration child, but does not take a timeout, the child may slip into anxiety, guilt, or despair. Cynicism is the extreme degree of manifestation of such a professional burnout. It is important to be able to retreat in the interactive "dance", to ask for help the parents of the child ("How do

you cope with such resignation/aggression?") or colleagues ("My colleague will join us at the next session"). Involving a supervisor will help the therapist overcome the sense of professional helplessness and the fear of causing harm, as well as restore a sense of control in a therapeutic situation. Even though they follow a child's lead, the therapist is in the position of a military commander overlooking a battlefield from a vantage point and planning an "attack" in certain areas — not at all chaotic but strategized! Successfully overcoming one's own fears can also (indirectly) serve as an example for parents who find themselves in such situations and experience (most often unconsciously) similar feelings many times. A strategically planned self-disclosure by the specialist ("In everyday life, I use less vivid facial expressions" ... speak in a lower voice ... — etc.) helps parents address the issues of their own discomfort, annoyance or confusion when learning a new style of interaction.

Affective engagement strategies

Speaking of a strategy, all invitations for interaction can consist of sensory-motor and symbolic "invitations" to play together in different combinations, depending on the level of the development of functional emotional capabilities, at which the child feels confident. However, a precisely "measured" and, taking into account the factors of temporality and intensity, "portioned" dose of affect will help combine these two "invitations." In fact, this is exactly what happens in dance, painting, music, and other types of symbolic activities that use movement and materials to create artistic images.

Good strategies can be a combination of "top-down" and "bottom-up" processes that use body dynamics in combination with neurocognitive high-affect work:

1. The ability to breathe rhythmically to get into the rhythm of the child. Ruth Feldman [5] maintains that the social development of infants is directly dependent on the rhythms of physiological synchronization in communi-

cation (“skin to skin” and many other types of synchronous biological rhythms);

2. General facial expressiveness in combination with rhythmic prosody;

3. Using the upper part of the face in one’s own facial expressive repertoire to normalize the child’s heart rhythm;

4. The deliberate use of the position of one’s own body in space in relation to the child’s body and thought through gestures that stimulate, but not overstimulate either the visual system or the “danger detecting neurosystem”; correlation between gestural and a general affective (situation-appropriate) “message”;

5. Localization of strong emotions in the body to improve interoception and form new neural connections (meditation and visualization techniques may be useful in the process of forming such skills). Mona Delahooke in her new book [4] offers understanding of non-verbal reality by switching attention to the

microsensory level of our bodily self. Together with our patients, we can learn how to notice, track and talk through the changes in tension, fluctuations and pulsations that, in fact, and are the language of neurological life. Developing conscious attention to the basic rhythms of breathing and intra-somatic micro-sensations and micro-movements, we begin the process of immersion in our own autonomous, self-contained neural wiring.

A final consideration in favor of using the affect of various types and degrees of intensity as a therapeutic tool in DIRFloortime: unlike many other species, humans are capable of experiencing a large number and a wide range of emotions. In other words, we have at our disposal affective nuances. If we expect a child to be at ease in complex social contexts and “survive” in the society, why not introduce mixed colors and nuances into our therapeutic affective palette? ■

References

1. Winnicott D.W. Igra i real'nost' [Playing and Reality]. Moscow: Publ. Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2002. 288 p.
2. Greenspan S.I., Wieder S. Na ty s autizmom: ispol'zovanie metodiki Floortime dlya razvitiya otnoshenii, obshcheniya i myshleniya [Engaging Autism: The Floortime Approach to Helping Children Relate, Communicate and Think]. Moscow : Publ. Terevinf, 2013. 512 p.
3. Beauchaine T.P., Gatzke-Kopp L., Mead H.K. Polyvagal Theory and Developmental Psychopathology: Emotion Dysregulation and Conduct Problems from Preschool to Adolescence. *Biol Psychol*, 2007. Feb; 74(2): 174–184.
4. Delahooke M. Beyond Behaviors: Using Brain Science and Compassion to Understand and Solve Children’s Behavioral Challenges. Gateway: 1st Ed., 2019.
5. Feldman R. Mother-Infant Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care): Theoretical, Clinical, and Empirical Aspects. *Infants and young children*. April 2004, 17(2):145–161.
6. Fosha D. (ed.), Siegel D.J. (ed.), UCLA School of Medicine), Solomon Marion (ed.). *The Healing Power of Emotion*, N.Y.: W.W. Norton & Co. 2009. 349. 27-54.
7. Greenspan S.I., Greenspan N.T. *First feelings: Milestones in the emotional development of your infant and child from birth to age 4*. New York: Viking Press, 1985.
8. Greenspan S.I. The Role of Affect. Audiolecture, ICDL. <https://www.floortime.org/mod/url/view.php?id=48947>
9. Greenspan S.I. The affect diathesis hypothesis: The Role of Emotions in the Core Deficit in Autism and in the Development of Intelligence and Social Skills. *J. Dev. Learn. Disord*, 2001, 5.
10. Hrabovska S.V., Salyha Yu.T. Animal Models of Autism Spectrum Disorders and Behavioral Techniques of their Examination, *Neurophysiology*, 2017. 10.1007/s11062-017-9613-2, 48, 5, (380–388), 381.
11. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. *Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*, 1994. (7th ed.). Baltimore, MD.
12. LaPierre A. The Language of Neuroception & the Bodily Self. *Hakomi Forum*, 2007, Issue 18, 39.
13. LoParo D., Waldman I.D. The oxytocin receptor gene (OXTR) is associated with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 2015. Vol. 20, 640–646.
14. Porges S. Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety. *ZERO TO THREE*. 24. 2004

15. Rogers C.A. *Way of Being*. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1980. 414, pp. 15–16.
16. Serby M. Psychiatric Resident Conceptualizations of Mood and Affect Within the Mental Status Examination M.D. *Am J Psychiatry*, 2003; 160:1527–1529.

Аффективные состояния и использование аффекта в клинической практике DIRFloortime

Г. Ицкович*,
LCSW-R,
DIR-эксперт, ICDL,
Нью-Йорк, США
galaitsk@gmail.com

Ведущая роль аффекта стала основным постулатом DIRFloortime. Идеи Стенли Гринспена нашли подтверждение в работах Стивена Порджеса, рассматривающего аффективный опыт человека как движущую силу в эволюционном процессе. Но дети с РАС оперируют ограниченным аффективным репертуаром, и недостаточность аффективного выражения мешает построению значимых связей с другими людьми. Тем не менее, способы инициирования процесса общения и взаимодействия, в которых задействована аффективная сфера, изучены недостаточно. В статье рассматривается определение аффекта в подходе DIRFloortime и сравнивается с более распространенным, но не менее противоречивым определением, которым оперирует современная психиатрия. От специалиста DIRFloortime ожидается умение определять свои собственные аффективные состояния и соответствующие оттенки настроения, умение использовать интероцептивные «сообщения» и, в конечном счете, умение корректировать их в соответствии с индивидуальными терапевтическими нуждами ребенка. Понимание теории нейроцепции и поливагальных реакций поможет созданию эффективного плана вмешательства, а расширение самосознания специалиста проложит путь к эффективной модуляции аффекта. В свою очередь, стратегическое использование специалистом собственного аффекта поможет модулировать и расширить аффект ребенка с РАС. В статье описаны стратегии воздействия на аффективную сферу.

Ключевые слова: аффект, DIRFloortime, расстройства аутистического спектра, расстройства саморегуляции, поливагальная теория, развитие аффективной сферы.

Исследователи эмоционального вовлечения людей с расстройствами аутистического спектра давно пришли к убеждению, что отсутствие у них эмоциональной жизни — это миф [2; 10]; тем не менее, выразительные средства, диапазон эмоциональных реакций и инициатива в выражении эмоций у всех индивидуумов различны и могут быть значительно ограничены. Дети с РАС испытывают сложности на стадии формирования тех нейробиологических связей, которые помогают наработать

Для цитаты:

Ицкович Г. Аффективные состояния и использование аффекта в клинической практике DIRFloortime // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т. 17. № 2 (63). С. 5–17. doi: 10.17759/autdd.2019170201

* Ицкович Галина, LCSW-R, магистр социальной работы, психотерапевт, DIR-эксперт, ICDL, Нью-Йорк, США. E-mail: galaitsk@gmail.com

репертуар социально приемлемых реакций, а дисфункция окситоциновых рецепторов также способствует нарушениям в социальном поведении [12]. Чтобы преодолеть эти проблемы, начиная с восемнадцати месяцев дети с РАС прибегают к механическим, заученным реакциям. Использование повышенного аффекта в ходе терапевтического вмешательства должно способствовать успешному преодолению подобного «механического» самовыражения и привести к установлению привлекательного взаимодействия, а в дальнейшем — и к развитию символического мышления. С. Гринспен неоднократно повторял, что аффективные символы должны постоянно «вариться» в мозгу ребенка с РАС [8]. Мы все больше узнаем о влиянии эмоций на то множество процессов, из которых состоит континуум человеческого существования: в сложном взаимодействии естественных и терапевтических диад, триад и социальных групп; в игре, здоровье, творчестве, социальной жизни; в телесной регуляции. Цель этой работы — определить различные виды аффекта и аффективных состояний, понять соотношение настроения и аффекта и описать применение специалистом аффективной гаммы в терапевтическом взаимодействии.

Истоки «предрасположенности к аффекту»

Одной из центральных и наиболее сложных идей доктора Гринспена является гипотеза предрасположенности к аффекту [2; 9], диатеза (от греч. *diathesis* «расположение»), — это категория синтаксическая, отражающая определенное соответствие между участниками ситуации, в данном случае, — эмоциональными и сенсомоторными факторами. Аффект является своего рода катализатором моторного процесса; у детей аутистического спектра аффект не связан с этим процессом, что и является психонейрологическим недостатком. Для того чтобы произошло сложное социальное взаимодействие, у ребенка должна возник-

нуть эмоциональная потребность, или желание (т. е. намерение, или аффективный интерес), которые укажут, что именно он хочет, и помогут ему сформировать мотивационно обусловленный моторный план.

Гипотеза аффективного диатеза заключается в связи аффекта и внутренней мотивации со способностью перерабатывать и анализировать сенсомоторную информацию, поступающую через органы чувств. Аффект играет ключевую роль в переводе этой информации в планирование движений, поведение и решение задач, возникающих перед ребенком, а также в дальнейшее формирование символов. С помощью же аффекта ребенок сообщает о своих намерениях и обозначает направление действия.

Поливагальная теория [14] подтверждает, что мы эволюционно предрасположены к формированию подобных связей. Вагус — это блуждающий нерв, один из черепно-мозговых нервов, снабжающих нейроимпульсами сердце, легкие, верхнюю часть пищеварительного тракта и других органов грудной клетки и живота. Поливагальная теория основана на эволюции вегетативной нервной системы позвоночных животных и человека, в том числе, и на открытой учеными третьей упорядоченной нейронной цепи, *неподвижности* (со страхом или без страха), в дополнение к хорошо известным двум, регулирующим вегетативную нервную систему и реакции «бежать или бороться». Стратегия самого высокого уровня в этой иерархии — это система социального вовлечения, соединяющая мускулатуру лица и среднего уха с сердцем. Система эта была эволюционно разработана для создания безопасности в тех групповых ситуациях, для которых реакции «бежать, бороться или замереть» оказываются слишком неадекватными. Нарушения в вагальной функции высшего порядка ведут к включению более примитивной симпатической системы, — мы расцениваем подобное поведение в обществе как психопатологию [4] и стремимся к нормализации, т. е. понижающейся регуляции вегетативного ответа и состоянию гомеостаза. Возникает вопрос, какие именно эмоции

могут привести к деэскалации и «включить» поливагальный механизм саморегуляции и понижающейся, down-регуляции.

В то же время операционализации понятия «аффект» в DIR так и не произошло, и многие специалисты интуитивно приходят к созданию ритмического, взаимно приятного терапевтического взаимодействия в стиле «достаточно хорошей», по выражению Д. Винникотта, матери [1]. Чтобы сделать этот процесс максимально эффективным, стоит задуматься о том, что же такое аффект, и чего мы ожидаем от специалиста, использующего собственный аффект для «втягивания» ребенка во взаимодействие [2].

Характеристики аффекта

Многопрофильность команды специалистов DIRFloortime помогает нам вводить в употребление и рассматривать терминологию из смежных дисциплин. Так, бытовое употребление слова аффект часто несет некую негативную, судебно-медицинскую коннотацию. В то же время мои студенты-психологи помогли мне задаться вопросом, как совместить понятие аффекта, широко используемое в психиатрии, с тем значением, которое слово «аффект» имеет в DIRFloortime. Отметив сходство и различие на уровне семантики, мы задумались о том, каковы рамки использования аффекта в методике DIRFloortime, а также о механизме вовлечения ребенка в аффективно значимое терапевтическое взаимодействие.

В психиатрии и психоанализе определение аффекта звучит так: аффект (лат. *affectus* — *страсть, душевное волнение*) — это временное выражение эмоционального тона или субъективный и непосредственный опыт эмоций, привязанный к идеям или ментальным представлениям объектов [11]. Аффект может соответствовать настроению или противоречить ему. Также аффект может соответствовать ситуации или идти с ней вразрез. В терминологии DIRFloortime под аффектом зачастую подразумеваются расширяющийся и повышенный типы аф-

фекта. Но *лабильный* (мгновенно изменяющийся), *раздраженный, ограниченный, приглушенный* или *плоский* (отсутствующий) аффекты тоже описаны в литературе и являются диагностическими маркерами [11]. Аффект — понятие, обозначающее внешнее проявление эмоций и чувств, доступное для стороннего наблюдения. Таким образом, аффект — это поведенческий паттерн, выражающий субъективное состояние человека в данную минуту. Садок и Каплан [11] отмечают следующие его характеристики: разнообразие, интенсивность, лабильность и конгруэнтность. Аффект — это способ модуляции и выражения чувств от одного момента до следующего. В процессе операционализации аффекта как внешнего, объективно наблюдаемого эмоционального тона, М. Серби замечает, что авторы учебника по психиатрии считают, что «аффективное выражение» дает истинное представление об оттенках и диапазоне чувств [16]. Таким образом, повышенный аффект специалиста становится тем компенсирующим фактором, который поможет задействовать зеркальные нейроны ребенка/пациента и стимулировать нейрокоррекцию.

При обсуждении аффективного соответствия ситуации напрашивается резонный вопрос: если специалисты Floortime нацелены на выражение положительного повышенного аффекта, не дают ли они ложный посыл ребенку; не путается ли ребенок, особенно ребенок с РАС, в определении собственных аффектов? Ответом может служить призыв С. Гринспена продолжать процесс обследования на всех стадиях работы и ждать, наблюдать и любопытствовать [3]. Регуляция педагогом собственного аффективного тона — это постоянная работа «за кулисами» позитивного расширенного аффекта: тщательный анализ того, надо ли в данный момент использовать громкий голос, широкие движения, преувеличенную мимику и т. д., или же сосредоточиться, к примеру, на интонационных модуляциях. Здесь же надо отметить важность выбора педагогом тех средств, которыми передается повышенный аффект. Выбор этот дикту-

ется не только индивидуальными особенностями ребенка, но и ситуацией: ребенок, только что переживший страх, не готов к энергичному, «полнокровному», громкому выражению аффекта.

Для того чтобы аффект был терапевтическим, а не хирургическим инструментом, специалисты должны подготовить себя к вдумчивому изучению тех микросигналов, которые исходят от ребенка в процессе игрового взаимодействия. Концепция «следования за ребенком» предполагает именно такое ежесекундное исследование, а не только физическое следование (сопровождение) из помещения в помещение или от игрушки к игрушке.

В поисках аффективного соответствия

Невзирая на сходство понятий, настроение не равнозначно аффекту. Настроение окрашивает поведение и влияет на эмоциональные реакции человека, но в то же время это глубоко внутреннее, внутрилличностное явление. Аффект — это внешние проявления эмоций, выраженные в основном в моторных актах. Дихотомия настроения и аффекта заключается в различной протяженности (настроение — это явление в той или иной мере долгосрочное и более устойчивое, чем аффект) и во внешнем проявлении (настроение не всегда объективно обозревается сторонним наблюдателем, в отличие от аффекта, который выражается непосредственно в жестах, вербализации и мимике). Аффект должен сохранять конгруэнтность по отношению к настроению, — это, по К. Роджерсу, и называется душевной гармонией [15].

Трудно измерить соответствие настроения и аффекта у взаимодействующих с ребенком профессионалов и родителей. Поэтому, требуя повышенного аффекта во взаимодействии с ребенком с РАС, мы должны сперва определиться, будем ли ориентироваться на конгруэнтность (и тогда ребенок будет получать полный спектр

эмоциональных реакций: как радости и удивления, так и гнева или грусти), или для разрешения наших терапевтических задач сосредоточимся на положительном, позитивном и приподнятом аффекте.

Для ответа на этот вопрос нам следует снова обратиться к поливагальной теории. Новейшая схема отражает звенья уникальной нейронной сети, связывающей мимику лица с сердечной регуляцией. Эта электрическая связь между выражением лица и сердечной деятельностью образует функциональную «социальную систему вовлечения» с участием комплексного воздействия ствола головного мозга на поперечно-полосатые мышцы лица и головы. Теория предполагает существование двух систем, старой и новой: одна отвечает за реакцию на опасность (удушье, возможную смерть) и вызывает поведение «заторможенности» как паническую реакцию на угрозу жизни. Другая использует механизм «социального вовлечения» для выживания. Эта теория предлагает рабочую гипотезу для понимания эмоциональной дисрегуляции как поражения новейшего филогенеза; в результате сбоя в работе вагальной системы реакции «бежать или бороться» активизируются в ситуациях, не требующих подобного «сигнала тревоги» [3; 14].

Если ребенок с перегруженной вегетативной системой получает ложный сигнал; повышенный аффект с негативной направленностью: раздраженный, слишком громкий голос, «серьезное», без особых на то оснований, лицо (опущенные уголки рта, нахмуренный лоб), — а это поливагальные сигналы, убыстряющие частоту сердцебиения, — если подобный «сигнал тревоги» исходит от эмоционально значимого партнера, педагога или родителя, — то ребенок безосновательно «включает» симпатическую нервную систему [6], проявляя симптомы тревожности.

Итак, приняв решение использовать в работе с аутистом в основном положительно окрашенный аффект, специалист должен задуматься о правильном выборе интенсивности. Как было сказано выше, нейроцеп-

ция многих уязвимых детей интерпретирует опасность ошибочно, допуская погрешности и определяя опасность при ее отсутствии. «Неисправная» нейроцепция заставляет детей занять позицию защиты, которая выливается в многообразие проблемных поведенческих реакций [5; 10]. Таким образом, стратегии специалистов Floortime должны служить задачам нормализации и деэскалации. При работе с гипореактивным ребенком мы хотим привить ему вкус к ритмичному аффективному контакту, но при этом не перегрузить слух, зрение и тактильную систему. К счастью, полнокровный аффект может быть выражен массой способов: не обязательно громко, но обязательно — выразительно; не обязательно — с помощью прикосновений или широких жестов (они могут быть интерпретированы как угрожающие!), но обязательно — в сопровождении богатой мимики. Лабильный аффект, в свою очередь, кажется на первый взгляд полезным в тех случаях, когда специалист ставит перед собой задачу следовать за гиперреактивным ребенком с низким порогом возбудимости. В то же время необходимо отдавать себе отчет, что даже у сверхэнергичного ребенка эмоциональные реакции могут не соответствовать моторному ответу на них. Задача же специалиста заключается в том, чтобы «нащупать» тот ритм, когда ребенку комфортно и понятно собственное поведение и (за кулисами действия) эмоциональное состояние. Такая же ситуация возникает с негативным аффектом или выражением гнева, отвращения и агрессии: действительно ли эти аффективные выражения соответствуют чувствам ребенка, или мы имеем дело с нарушениями координации настроения и аффекта?

Вовлечение родителей и обратная связь

В книге «Первые эмоции» («First Feelings») С. Гринспен уделяет целую главу разнообразию родительских стилей: от отсутствующего и малоэмоционального родителя до тревожного и сверхстимули-

рующего [7]. Стиль определяет и принятые в семье аффективные паттерны. В разных семьях существуют различные ожидания в сфере эмоционального выражения. Семье «экспансивной», где в большинстве бытовых ситуаций используется повышенный (зачастую раздраженный) аффект, будет непросто переключить микрокоммуникацию и найти более гибкий (возможно, негромкий, но выразительный) тон. Семья, где повышенный или слишком яркий аффект не приветствуется, с трудом примет советы по введению преувеличенного аффекта даже во имя терапевтического успеха.

Культурные аспекты выражения эмоций и исторически сложившееся подозрительное отношение к повышенному аффекту зачастую не оставляют выбора тому специалисту, который хочет быть принятым в индивидуальную и семейную систему ребенка. Вопросы подорванного авторитета и неумение выстраивать границы без помощи приказного тона и уплощенного, бесцветного аффекта продолжают беспокоить родителей и педагогов: за годы преподавания подхода автору довелось слышать даже такое: «Если я все время выражаю полнокровный энергичный *позитивный* аффект, будет ли ребенок уважать меня?». Одно из решений, помогающих приблизиться к использованию расширенного или просто «полнокровного» аффекта, — это работа специалиста над созданием доверительных отношений с самим аутистом и с семьей и привитие «вкуса» к полному аффективному спектру, поскольку при виде удовольствия на лице специалиста зеркальные нейроны ребенка приходят в состояние активации, и он будет поневоле «втянут», по выражению С. Гринспена, в нейропсихологический процесс взаимного удовольствия.

Построение партнерства с родителями поможет откровенному разговору об их собственном аффекте и о продиктованном потребностями ребенка выходе из зоны комфорта. Многим родителям свойственно время от времени обвинять себя в несостоятельности. Совет от С. Гринспена: «Не стоит ожидать чудесных ощущений от каждой

минуты, проведенной с ребенком; не стоит также винить себя за то, что вы не так уж счастливы. К концу первых нескольких месяцев сверхбеспомощность новорожденного вызывает состояние легкого шока даже у самых вовлеченных родителей... » [7, с. 31]. Параллельный процесс происходит во время неструктурированного занятия Floortime. Если специалист нуждается в передышке при работе с пассивным ребенком, но не берет тайм-аут, ребенок может «соскользнуть» в состояние тревоги, вины или отчаяния. Цинизм — это крайняя степень проявления подобного профессионального выгорания. Важно уметь отступить в интерактивном «танце», призвать на помощь родителей ребенка («А как вы справляетесь с подобным отстранением/агрессией?») или коллег («На следующем занятии к нам присоединится коллега»). Привлечение супервизора поможет специалисту преодолеть чувство профессиональной беспомощности и боязнь причинить вред, а также восстановить чувство контроля в терапевтической ситуации. Даже следуя за ребенком, специалист находится в положении полководца, обзирающего битву с возвышения и планирующего наступление на определенных участках, — отнюдь не хаотичное! Успешное преодоление собственных страхов может также (непрямую) послужить примером для родителей, оказывающихся в подобных ситуациях и испытывающих (чаще всего неосознанно) подобные чувства многократно. Стратегически спланированное самораскрытие специалиста («В повседневной жизни я использую гораздо менее энергичную мимику... говорю тише...» — и т.д.) помогает родителям затрагивать вопросы собственного дискомфорта, раздражения или растерянности при изучении нового для них стиля взаимодействия.

Стратегии аффективного присоединения

Говоря о стратегии, все призывы к взаимодействию могут состоять из сенсомоторных и символических «призывов» к

совместной игре в разных комбинациях, в зависимости от того уровня развития функциональных эмоциональных способностей, на котором ребенок чувствует себя уверенно. Но именно хорошо «отмеренная» и правильно, с учетом факторов темпоральности и интенсивности, «отрезанная» доза аффекта поможет соединить эти два «призыва». По сути, именно это происходит в танце, живописи, музыке и других видах символической деятельности, использующих движение и материалы для создания художественных образов.

Хорошими стратегиями могут стать сочетание процессов «сверху вниз» и «снизу вверх», использующих телесную динамику в соединении с нейрокогнитивной высокоаффективной работой:

1. Умение дышать ритмично, чтобы попасть в ритм ребенка. Рут Фельдман [5] доказала, что социальное развитие младенцев находится в прямой зависимости от ритмов физиологической синхронизации в общении («кожа к коже» и многие другие разновидности биологических синхронных ритмов);

2. Общая лицевая экспрессия в сочетании с ритмичной просодией;

3. Использование верхней части лица в своем собственном мимическом репертуаре для нормализации сердечного ритма ребенка;

4. Осознанное использование в пространстве позиции собственного тела по отношению к телу ребенка и продуманная жестикация, стимулирующая, но не перегружающая ни визуальную систему, ни нейросистему определения «опасности»; соответствие жестикации общему аффективному (желаемому в данной ситуации) «сообщению»;

5. Локализация сильных эмоций в теле для укрепления interoцепции и формирования новых нейронных связей (в процессе формирования подобного умения могут быть полезны приемы медитации и визуализации). Мона Делахук в своей новой книге [4] предлагает понять невербальную реальность с помощью переключения внимания на микросенсорный уровень нашего телесного Я. Вместе с нашими па-

циентами мы можем научиться замечать, отслеживать и проговаривать те перемены в напряжении, колебания и пульсации, которые, собственно, и являются языком нейробиологической жизни. Развивая осознанное внимание к основным ритмам дыхания и интрасоматическим микроощущениям и микродвижениям, мы начинаем процесс погружения в собственную автономную, замкнутую на себе, нейропроводку.

И заключительное соображение в пользу использования аффекта различ-

ных видов и степени интенсивности в качестве терапевтического инструмента в DIRFloortime: в отличие от многих других видов, человек способен на большое количество эмоций широкого диапазона. Другими словами, нам доступны аффективные нюансы. Если мы ожидаем от ребенка, чтобы он легко ориентировался в сложных социальных контекстах и «выживал» в обществе, то почему бы не вводить смешанные краски и оттенки в терапевтическую аффективную палитру? ■

Литература

1. Винникотт Д.В. Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. М.: Теревинф, 2013. 512 с.
3. Beauchaine T.P., Gatzke-Kopp L., Mead H.K. Polyvagal Theory and Developmental Psychopathology: Emotion Dysregulation and Conduct Problems from Preschool to Adolescence. *Biol Psychol*, 2007. Feb; 74(2): 174–184.
4. Delahooke M. Beyond Behaviors: Using Brain Science and Compassion to Understand and Solve Children's Behavioral Challenges. Gateway: 1st Ed., 2019.
5. Feldman R. Mother-Infant Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care): Theoretical, Clinical, and Empirical Aspects. *Infants and young children*. April 2004, 17(2):145–161.
6. Fosha D. (ed.), Siegel Daniel J (ed.), UCLA School of Medicine), Solomon Marion (ed.). *The Healing Power of Emotion*, N.Y.: W.W. Norton & Co. 2009. 349. 27-54.
7. Greenspan S.I., Greenspan N.T. *First feelings: Milestones in the emotional development of your infant and child from birth to age 4*. New York: Viking Press, 1985.
8. Greenspan S.I. The Role of Affect. Audiolecture, ICDL. <https://www.floortime.org/mod/url/view.php?id=48947>
9. Greenspan S.I. The affect diathesis hypothesis: The Role of Emotions in the Core Deficit in Autism and in the Development of Intelligence and Social Skills. *J. Dev. Learn. Disord*, 2001. 5.
10. Hrabovska S.V., Salyha Yu.T. (2017). Animal Models of Autism Spectrum Disorders and Behavioral Techniques of their Examination, *Neurophysiology*, 10.1007/s11062-017-9613-2, 48, 5, (380–388), 381.
11. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*, 1994. (7th ed.). Baltimore, MD.
12. LaPierre A. The Language of Neuroception & the Bodily Self. (2007). *Hakomi Forum*, Issue 18, 39.
13. LoParo D., Waldman I.D. The oxytocin receptor gene (*OXTR*) is associated with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 2015. Vol. 20, 640–646.
14. Porges S. Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety. *ZERO TO THREE*. 24. 2004
15. Rogers C.A. *Way of Being*. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1980. 414, pp. 15–16.
16. Serby M. Psychiatric Resident Conceptualizations of Mood and Affect Within the Mental Status Examination M.D. *Am J Psychiatry*, 2003; 160:1527–1529.