

ИССЛЕДОВАНИЕ РАС
RESEARCH OF ASD

Анализ доказательной базы эффективности моделей
ранней помощи: DIRFloortime и ESDM.
Часть 1. Модель DIRFloortime

Романовский Н.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Институт коррекционной педагогики»
г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2467-9578>, e-mail: romanovskij2@gmail.com

Актуальность и цель. Коррекционная помощь, оказываемая ребенку с расстройствами аутистического спектра (РАС) в раннем возрасте, дает более эффективные результаты, чем позднейшие вмешательства. Описание эмпирически доказанных алгоритмов моделей ранней помощи DIRFloortime и ESDM (Денверская модель раннего вмешательства) позволяет оценить степень соответствия представленной в коррекционном пространстве практической модели ранней помощи своему эмпирически доказанному образцу. Проведен анализ современных исследований, эмпирически доказывающих эффективность использования модели DIRFloortime.

Методы и методики. В работе использованы 12 англоязычных и 1 статья на русском языке, посвященные изучению эффективности модели DIRFloortime и отображающие преимущественно результаты рандомизированных и контролируемых исследований или посвященные их обзору. Анализ проводился с привлечением электронных ресурсов: eLIBRARY.RU, КиберЛенинка, PubMed, ReseachGate и других.

Результаты. Результаты анализа приведенных исследований свидетельствуют о большей эффективности вариантов подхода DIR в работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, по сравнению со стандартными доступными вариантами помощи по таким параметрам как: уменьшение основных симптомов аутизма, улучшение способности вовлекаться и поддерживать взаимный эмоциональный контакт, улучшение совместного и разделенного внимания, улучшение речи, улучшение детско-родительских взаимоотношений, а также уменьшение симптомов депрессии у родителей.

Выводы. Описаны основные доказанные алгоритмы применения модели DIR, которые включают: возраст начала помощи от 24-х до 59-ти месяцев; составление индивидуального плана помощи; регулярное обучение родителей; самостоятельное взаимодействие родителей с детьми около 2–3-х часов в день; междисциплинарность и командность работы специалистов.

Ключевые слова: методика DIRFloortime; расстройства аутистического спектра (РАС); ранняя помощь; доказательный подход; обучение родителей; процедура вмешательства; эффективность ранней помощи; интенсивность вмешательства

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

Для цитаты: Романовский Н.В. Анализ доказательной базы эффективности современных моделей ранней помощи: модель ESDM и модель DIRFloortime. Часть 1. Модель DIRFloortime // Аутизм и нарушения развития. 2023. Том 21. № 4. С. 26–33. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2023210403>

Evidence Base Analysis of the Effectiveness of Early Intervention Models: the DIRFloortime Model and the ESDM Model.

Part 1. DIRFloortime Model

Nikolay V. Romanovskiy
Institute of Correctional Pedagogy
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2467-9578>, e-mail: romanovskij2@gmail.com

Objectives. Early intervention for a child with autism spectrum disorder (ASD) produces more effective outcomes than later interventions. A description of the empirically proven algorithms of the DIRFloortime and ESDM (Early Start Denver Model) models of early intervention allows us to assess the extent to which a practical model of early intervention presented in the intervention space is consistent with its empirically proven model. Current research empirically proving the effectiveness of using the DIRFloortime model has been analyzed.

Methods. Twelve English-language and one Russian-language article were used in this work, devoted to the study of the effectiveness of the DIRFloortime model and showing mainly the results of randomized and controlled trials or devoted to their review. The analysis was performed using electronic resources: eLIBRARY.RU, CyberLeninck, PubMed, ReseachGate and others.

Results. The results of the analysis of the cited studies indicate a greater effectiveness of the DIR approach options in working with children with autism spectrum disorders (ASD) compared to standard available care options on such parameters as: reduction of core autism symptoms, improved ability to engage and maintain reciprocal emotional contact, improved joint and divided attention, improved speech, improved child-parent relationships, and reduced symptoms of depression in parents.

Conclusions. Key evidence-based algorithms for applying the DIR model are described, which include: age of onset of care from 24 to 59 months; individualized care plan; regular parent education; independent parent-child interaction for about 2–3 hours per day; and interdisciplinary and teamwork among professionals.

Keywords: DIRFloortime methodology; autism spectrum disorders (ASD); early intervention; evidence-based approach; parent training; intervention procedure; early intervention effectiveness; intervention intensity

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

For citation: Romanovskiy N.V. Evidence Base Analysis of the Effectiveness of Early Intervention Models: the DIRFloortime Model and the ESDM Model. Part 1. DIRFloortime Model. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2023. Vol. 21, no. 4, pp. 26–33. DOI:1 <https://doi.org/10.17759/autdd.2023210403> (In Russian; abstract in English).

Введение

Если рассматривать раннюю помощь детям с нарушениями в развитии как вариант психологических и социальных практик, то важным требованием к ней будет наличие эмпирических свидетельств ее эффективности, полученных в научных исследованиях и представленных профессиональному сообществу путем научных публикаций [3].

Подобные исследования имеют высокую практическую ценность, потому что позволяют оценить конкретный алгоритм применения практики и ее эффект. Сама возможность такой оценки позволяет всем заинтересованным лицам сделать вывод о соответствии той или иной практически представленной модели ранней помощи своему эмпирически проверенному первоисточнику, что может служить основанием для принятия решения о включении ее в реабилитационные мероприятия.

Наличие же несоответствий между практически представленной моделью и ее первоисточником может стать основанием для более пристальной ее оценки и принятия решения о поисках других доступных вариантов помощи.

В статье представлен анализ современных исследований, эмпирически доказывающих эффективность использования модели DIRFloortime.

DIR — научно обоснованный терапевтический подход, цель которого — диагностика и создание программы помощи, основанной на взаимоотношениях, учитывающих уровень развития каждого ребенка, особенности его восприятия, моторного развития, эмоциональной сферы и когнитивных функций. Floortime — главная методика реализации программы, «целевая игра», а также философия подхода. Подход DIRFloortime относят к так называемым социально-прагматическим подходам,

направленным, в том числе на обучение родителей [7; 8; 13; 15]. В подходе DIR основная цель вмешательства — построение основ для здорового развития ребенка с последовательным прохождением всех необходимых этапов. Аббревиатура DIR обозначает три 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. При этом приоритетное значение для развития ребенка имеют функциональные социально-эмоциональные способности, описанные основателем данного подхода С. Гринспеном в виде иерархически организованных навыков, которые называются степенями функционального социально-эмоционального развития [4; 5]. Всего автором выделено около 12 ступеней, но первые 6 из них являются базовыми и при условии здорового развития достигаются ребенком к 5 годам жизни. К ним относятся: 1. Саморегуляция, внимание и интерес к миру, 2. Контакт, общение, привязанность, 3. Инициатива и двусторонняя коммуникация, 4. Решение социальных задач и формирование самосознания, 5. Формирование символов, использование слов и понятий, 6. Эмоциональное мышление, логика и чувство реальности. Большое значение придается индивидуальным различиям (I), 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 DIRFloortime широко интегрированы представления эрготерапевта Дж. Айрис и ее теория сенсорной интеграции [1].

Развивающее действие подхода DIRFloortime опирается в своей базе на отношения (R) и использует эмоционально-заряженные отношения как двигатель развития. Концепция DIR основана на теории привязанности Дж. Боулби, согласно которой привязанность — это тесная эмоциональная связь между ребенком и родителем, необходимая для здорового психического развития [2]. Помимо непосредственных отношений привязанности в процессе подобных эмоционально-насыщенных отношений в подходе DIRFloortime происходит развитие базовых ступеней социально-эмоционального развития. С точки зрения этого подхода, помочь ребенку преодолевать 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.

Модель DIRFloortime позиционируется как эффективная модель ранней помощи.

Материалы и методы

В связи с изложенными обстоятельствами я поставил задачу провести оценку научно-практической обоснованности модели ранней помощи DIRFloortime. В качестве методов исследования был использован теоретический анализ современных исследований оценки эффективности модели DIRFloortime, представленный в научных публикациях.

В обзоре использовались исследования, проведенные в рамках так называемого «золотого стандарта» — рандомизированные контролируемые исследования; однако в представленном аналитическом обзоре я использовал и данные других исследований — с высокой практической значимостью, а также систематические обзоры исследований.

Анализ проводился с использованием следующих электронных ресурсов: eLIBRARY.RU, КиберЛенинка, PubMed, ReseachGate. Помимо этого, использованы доступные в России печатные издания, посвященные подходу DIR [4; 5; 7].

Результаты исследования

Создатель подхода DIRFloortime психиатр С. Гринспен провел серьезное исследование эффективности подхода DIRFloortime, но поскольку его дизайн соответствовал скорее психиатрическому исследованию, в нем отсутствовала контрольная группа, и по этой причине результаты данного исследования не могут быть в полной мере рассмотрены сквозь призму доказательного подхода к оценке его эффективности. Приведу здесь краткое описание исследований с наиболее строгим научным дизайном в хронологическом порядке.

В 2007 г. вышла статья R. Solomon et al. [18], описывающая пилотное исследование программы обучения родителей на дому в рамках концепции DIR под названием PLAY Project. В исследовании приняли участие 68 детей. Их родителей обучали взаимодействию и игре со своими детьми и поощряли самостоятельно играть и общаться с детьми около 15-ти часов в неделю в течение 8-12-ти месяцев. Диагностическая оценка проводилась с использованием шкалы FEAS и видеозаписью, с последующей оценкой данных группой экспертов слепым методом. Статистическая оценка различий баллов выявила значимые различия между замерами, 45,5% детей из выборки достигли значительного прогресса в социально-эмоциональном развитии [18].

В 2011 г. были опубликованы результаты рандомизированного исследования Pajareya (Таиланд) [17]. Исследование имело схожий с работой R. Solomon дизайн; в нем также использовались данные контрольной группы. Экспериментальная группа детей с РАС, помимо стандартной программы помощи, получала еще в среднем 15 часов в неделю взаимо-

действия на основе подхода DIRFloortime, в котором участвовали сами родители. Исследование показало значимые улучшения в контрольной группе по шкале FEAS, улучшение показателей эмоционального развития у детей по данным опросника функционально-эмоционального развития FEQ, уменьшения проявлений симптомов аутизма по данным рейтинговой шкалы аутизма CARS [17].

В 2012 г. вышла вторая статья Rajareya [16], описывающая годичное исследование влияния обучения родителей взаимодействию с детьми с РАС в рамках подхода DIRFloortime. В исследовании приняли участие 34 ребенка с РАС в возрасте от 2-х до 6-ти лет. С родителями данных детей проводили индивидуальные обучающие тренинги, лекции и групповые встречи, направленные на обучение взаимодействию в рамках техник DIRFloortime. Родители детей самостоятельно играли со своими детьми по 14 часов в неделю согласно принципам DIRFloortime; помимо данной программы дети получали и другие варианты помощи. Результаты показали, что у 47% детей улучшились функционально-эмоциональные способности в 1,5 раза, по шкале FEAS отмечался значимый прогресс, а также отмечено значимое уменьшение симптомов аутизма по шкале CARS [16]. Слабой стороной дизайна данного исследования является отсутствие контрольной выборки.

В 2014 г. вышла статья Solomon R. et al., посвященная оценке проекта домашнего консультирования «Игра и язык для детей с аутизмом» (PLAY project). В исследовании приняли участие 128 детей с аутизмом или первазивным расстройством развития (критерии диагностики по DSM-IV) возраста от 32-х до 71-го месяца, которые были разделены с помощью процедуры рандомизации на экспериментальную и контрольную группы. Все 128 детей получали стандартную государственную программу помощи, но родители детей экспериментальной группы также получали в течение года ежемесячные консультации специалистов проекта PLAY, направленные на улучшение взаимодействия родителей и детей согласно принципам DIRFloortime [19].

Для обучения родителей техникам и приемам игровой поддержки ребенка консультанты проекта PLAY играли с детьми в присутствии родителей по 15–30 мин. Также родители отправляли консультантам 10-минутное видео своего взаимодействия с ребенком. Консультант анализировал видео и давал родителям рекомендации по улучшению взаимодействия. Семьям рекомендовалось вовлекать своего ребенка в 15–20-минутные игровые сеансы в течение всего дня общей продолжительностью около 2-х часов в день.

Оценка производилась до и после вмешательства, рассматривались такие параметры как изменения во взаимодействии родителей и детей, уровень развития речи и общего развития ребенка, выраженность проявлений симптомов аутизма. Кроме того, оценивался

уровень родительского стресса, наличие симптомов депрессии и качество работы консультантов.

Результаты исследования показали значимые улучшения в экспериментальной группе по следующим показателям: родители стали более чутко реагировать на сигналы детей, научились подстраиваться под индивидуальные особенности ребенка; в рамках оценки с помощью ADOS у детей экспериментальной группы наблюдалось уменьшение проявлений симптомов аутизма более чем в два раза. Уровень стресса родителей остался прежним, а симптомы депрессии уменьшились [17].

В работе Liao et al. [14] описывается пилотное исследование программы домашнего визитирования, основанной на подходе DIRFloortime. В исследовании приняли участие 11 детей с РАС в возрасте от 45-ти до 69-ти месяцев и их матери. В течение 10-ти недель на дому оказывалась помощь эрготерапевтом, который занимался обучением матерей индивидуально по 2 часа один раз в 2 недели, а также разъяснением им основных принципов подхода DIR. В рамках исследования матери должны были поддерживать игровое взаимодействие со своими детьми по 10 часов в неделю, кроме того, все участвовавшие в эксперименте дети посещали стандартные программы помощи (ходили в детский сад, занимались с логопедом и эрготерапевтом). Было установлено, что у детей произошли значительные положительные изменения в средних баллах по эмоциональному функционированию (шкала FEAS), общению и повседневным житейским навыкам (шкала VABS). Матери детей с РАС заметили позитивные изменения во взаимоотношениях со своими детьми, у них уменьшился показатель индекса родительского стресса [14].

В исследовании Casenhiser et al. [11] проводилось сравнение двух видов помощи — традиционной по месту жительства и помощи на основе подхода DIRFloortime, программа помощи MENTRIT. Данное исследование рандомизированное и контролируемое, в нем приняли участие 51 ребенок в возрасте от 2-х лет до 4-х лет 11-ти месяцев, распределенные случайным образом в две группы: группу целевой помощи по программе MENTRIT (25 детей) и в контрольную группу (26 детей). Дети контрольной группы получали в среднем около 3,4 часов различной помощи в неделю, дети экспериментальной группы получали еженедельно около 2-х часов индивидуальных занятий в рамках программы MENTRIT, также родителей детей обучали навыкам развивающего взаимодействия со своими детьми. Семьям экспериментальной группы предписывалось общаться со своими детьми около 3-х часов в день. Кроме того, родители из экспериментальной группы сообщили, что в процессе лечения некоторые дети получали еженедельные индивидуальные занятия (20–30 минут) в течение 3-х месяцев [11].

У всех детей, принявших участие в исследовании при помощи таких инструментов диагностики

как ADOS и родительское интервью ADI, было диагностировано расстройство аутистического спектра, при этом их медицинский диагноз соответствовал первазивному расстройству развития. Кроме того, контрольная и экспериментальная выборки не имели существенных различий по языковой шкале, когнитивной шкале Бейли или шкале интеллекта Векслера для дошкольников.

Для каждого ребенка команда специалистов, включающая логопеда, эрготерапевта и клинического социального работника, составляла план терапии.

Диагностика, которая была проведена в начале и в конце исследования, включала видеозапись 25-ти минут игры родителя со своим ребенком. Диагностическая игровая сессия состояла из 15-ти минут свободной игры, 5-ти минут игры с тактильными предметами и 5-ти минут игры с предметами для моторного развития. Видеозаписи кодировала и оценивала группа из 6-ти экспертов. Коммуникативное поведение так же кодировалось. Оценка проводилась с использованием большого набора диагностического инструментария.

Результаты по шкале mCBRS (A modified version of the Child Behavior Rating Scale (Kim and Mahoney, 2004; Mahoney and Perales, 2003)) (Модифицированная версия Шкалы оценки поведения детей (Kim and Mahoney, 2004; Mahoney и Пералес, 2003)) показали наличие значимых различий между контрольной и экспериментальной группами по показателям «вовлеченность», «инициатива и совместное внимание». Дети экспериментальной группы, которые получали помощь в рамках программы МЕНРИТ, существенно превзошли контрольную группу по развитию данных показателей.

Результаты оценки по языковым шкалам PSL IV или CASL не показали значимых различий в развитии языковых функций между детьми контрольной и экспериментальной группы.

Корреляционный анализ результатов выявил взаимосвязь показателей «вовлеченность», «инициатива и совместное внимание» и степень выраженности языковой задержки, что может свидетельствовать о том, что у неговорящих детей развитие таких важных качеств и способностей как инициатива и совместное внимание, способность вовлекаться в эмоциональный контакт будет способствовать прогрессу в речевом развитии. Так же было обнаружена взаимосвязь между степенью развития навыков взаимодействия родителей, на которые направлено обучение, и положительными изменениями в навыках взаимодействия детей экспериментальной группы [11].

В 2015 г. опубликована статья Casenhiser [10], посвященная повторному анализу результатов исследования Casenhiser 2013 года [11], в котором был применен другой принцип анализа речевого развития, — это было возможно сделать благодаря наличию диагностических видеозаписей исследования 2013 г. Авторы обратили внимание на тот факт, что применяемые

в начальном исследовании языковые тесты оценивали, прежде всего, такие формальные свойства речи как словарный запас, синтаксис, морфологию, тогда как программа МЕНРИТ фокусируется, прежде всего, на развитии социального взаимодействия. Авторы сконцентрировались на изучении различных речевых актов, а также на таких показателях как MLUm (средняя длина высказывания в морфемах), количество произносимых высказываний. Повторный анализ результатов показал, что дети экспериментальной группы значительно улучшили такие показатели как MLUm (средняя длина высказывания в морфемах), общее количество высказываний, длина высказываний, тип ответа, количество коммуникативных актов, количество использованных при взаимодействии слов, количество различных типов речевых функций, использованных во время взаимодействия, скорость ответа коммуникативному партнеру и случайность ответов.

Данное исследование наиболее совершенно в плане дизайна, его отличительной чертой является то, что для большинства детей экспериментальной группы именно вмешательство на основе DIR — подход МЕНРИТ — было основным видом помощи и показало свою высокую эффективность в сопоставлении с другими видами терапии. Данное исследование также указало на важность функциональных языковых показателей в руководстве и оценке лечения детей с аутизмом [10].

С целью оценки эффективности подхода DIRFloortime в 2020 году Boshoff K. был опубликован систематический обзор, в котором были проанализированы 9 исследований, свидетельствующих о положительном влиянии терапии DIRFloortime, проявляющемся в улучшении социально-эмоционального развития, однако при этом авторы обзора пишут о необходимости проведения дополнительных исследований с большей методической строгостью, точностью и использованием более достоверных показателей [9].

В 2023 году с такой же целью был опубликован систематический обзор Divya K.Y., в котором были проанализированы 12 исследований применения подхода DIRFloortime. Анализ данных исследований показал существенный прогресс у детей с аутизмом по таким показателям как эмоциональное функционирование, общение, повседневные жизненные навыки, улучшение взаимодействия с родителями и отсутствие побочных эффектов [12].

Исследования подхода DIRFloortime, выполненные в России

При наличии научных публикаций с упоминанием подхода DIRFloortime в России на данный момент выполнено только одно нерандомизированное контролируемое исследование [6].

Н.В. Романовский описывает формирующее исследование, проведенное на выборке из 18-ти детей

(возраста от 3-х лет до 3-х лет 11-ти месяцев) с установленным диагнозом детский аутизм (F-84, по МКБ-10). Данная группа детей регулярно посещала комплексные занятия на основе подхода DIRFloortime продолжительностью от 4-х часов 40 минут до 6-ти часов в неделю на базе ООО «ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ИМ. СВТ. ЛУКИ».

Все занятия проводились в присутствии и по желанию родителя с его активным участием. Важно отметить, что в данный период дети экспериментальной группы не посещали какие-либо другие занятия.

Контрольную группу составили 19 детей того же возраста с таким же диагнозом, которые не получали данный вид помощи; дети в основном занимались с дефектологом. Диагностические замеры проводились дважды с промежутком 4 месяца (май–октябрь 2021 г). Результаты показали, что у детей экспериментальной группы наблюдалась статистически значимая положительная динамика в таких сферах как коммуникация, повседневные житейские навыки, моторное развитие по шкале VABS, а также стремление к эмоциональному контакту, коммуникативная инициатива, двустороннее взаимодействие по шкале FEAS. Подобные изменения не наблюдались в контрольной группе [6].

Таким образом, подход DIRFloortime имеет достаточно солидную доказательную базу, но при этом практика его применения очень вариативна. Например, в некоторых работах подход DIR исследуется как эффективное дополнение к стандартным программам помощи детям с РАС, но есть и исследования, оценивающие эффективность подхода как основного и ведущего.

Обсуждение и заключение

Подводя итоги аналитического обзора, можно говорить о том, что модель DIRFloortime имеет хорошую доказательную базу и может считаться научно обоснованной практикой ранней помощи. В русскоязычном пространстве эффективность модели DIRFloortime исследована недостаточно, что является актуальной задачей научно-исследовательской практики в ближайшем будущем.

Для модели DIRFloortime можно выделить следующие экспериментально доказанные алгоритмы:

1. Индивидуальные занятия по методу DIRFloortime должны проводиться не реже 2 раз в неделю.

2. Эффективное применение модели DIRFloortime подразумевает регулярное обучение родителей взаимодействию со своими детьми в количестве от 1 часа в месяц до 2 часов в неделю, направленное на:

– разъяснение основных принципов подхода DIR,
– построение игрового взаимодействия с использованием основных техник и стратегий DIRFloortime,

– способы построения коммуникации и социального взаимодействия,

– улучшение чуткости и отзывчивости родителя,

– учет индивидуальных особенностей ребенка,

– обучение эффективному вовлечению ребенка во взаимный эмоциональный обмен.

3. В качестве условий, а также методов обучения специалистом родителей должны использоваться такие технологии как:

– Игровое взаимодействие специалиста с ребенком (15–30 минут) в присутствии родителя с последующим разъяснением родителю своих действий.

– Совместный просмотр специалиста и родителя видеозаписей игры родителя с ребенком в домашних условиях (продолжительностью около 5–10-ти минут) с обратной связью от специалиста.

– Составление специалистом письменного индивидуального плана игры, включающего методы, приемы и конкретные действия для родителя.

4. Самостоятельное игровое взаимодействие родителей со своими детьми около 2–3-х часов каждый день согласно принципам DIRFloortime.

5. Наличие плана помощи ребенку с учетом его индивидуальных особенностей, разработанного междисциплинарной командой, состоящей из эрготерапевта (специалиста по сенсорной интеграции) и как минимум или логопеда, или дефектолога, или психолога.

6. Вмешательства должны проводиться междисциплинарной командой специалистов, состоящей из эрготерапевта и как минимум или логопеда, или дефектолога, или психолога.

7. Регулярные (не реже чем раз в 8 недель) встречи команды специалистов с семьей для обсуждения хода терапии.

8. Получение ребенком традиционных видов помощи не менее 1-го часа в неделю на фоне вмешательства DIRFloortime.

9. Продолжительность вмешательства от 1-го года и более.

10. Возраст ребенка на начало вмешательства DIRFloortime от 24-х до 59-ти мес.

При соблюдении всех указанных выше алгоритмов возможно ожидать следующие **результаты** от вмешательства на основе модели DIRFloortime:

1. Уменьшение основных симптомов аутизма.

2. Улучшение функциональных социально-эмоциональных способностей ребенка

3. Улучшение речи по таким показателям как: количество коммуникативных актов, длина высказываний, увеличение общего количества высказываний, разнообразие ответов, функциональное использование языка.

4. Улучшение детско-родительского взаимодействия.

5. Уменьшение симптомов депрессии у родителей детей с РАС. ■

Литература

1. Айрес Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция: Понимание скрытых проблем развития. Москва: Теревинф, 2009. 272 с. ISBN 978-5-901599-90-7.
2. Боулби Дж. Привязанность. Москва: Гардарики, 2003. 477 с. ISBN 5-8297-0138-3.
3. Бусыгина Н.П., Подушкина Т.Г., Станилевский В.В. Доказательный подход в социальной сфере: основные понятия и принципы, история, перспективы // Социальные науки и детство. 2020. Т. 1. № 1. С. 8–26. DOI:10.17759/ssc.2020010101
4. Гомозова Е.С. Базовые принципы методики Floortime // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 4. С. 35–41. DOI:10.17759/autdd.2017150405
5. Гринспен С., Уидер С. На «ты» с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. Москва: Теревинф, 2013. 512 с. ISBN 978-5-4212-0153-3.
6. 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. Т. 17. № 4. С. 33–43. DOI:10.17650/2073-8803-2022-17-4-33-43
7. Романовский Н.В., Азирова А.А. Ребенок и семья в подходе DIR/Floortime // Психология и психотерапия семьи. 2020. № 2. С. 12–22. DOI:10.24411/2587-6783-2020-10009
8. Binns A., Cardy J. Developmental social pragmatic interventions for preschoolers with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism & Developmental Language Impairments*, 2019, vol. 4, no. 1. 18 p. DOI:10.1177/2396941518824497
9. Boshoff K., Bowen H., Paton H. et al. Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review // *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2020. Vol. 87. № 2. Pp. 153–164. DOI:10.1177/0008417419899224
10. Casenhiser D.M., Binns A., McGill F. et al. Measuring and supporting language function for children with autism: evidence from a randomized control trial of a social-interaction-based therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 45, no. 3, pp. 846–857. DOI:10.1007/s10803-014-2242-3
11. Casenhiser D.M., Shanker S.G., Stieben J. Learning through interaction in children with autism: preliminary data from a social-communication-based intervention. *Autism*, 2013, vol. 17, no. 2, pp. 220–241. DOI:10.1177/1362361311422052
12. Divya K.Y., Begum F., John S.E. et al. DIR/Floor Time in Engaging Autism: A Systematic Review // *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2023. Vol. 28. № 2. Pp. 132–138. DOI:10.4103/ijnmr.ijnmr_272_21
13. Hess E.B. DIR@/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*, 2013, vol. 6, no. 3, pp. 267–274.
14. Liao S.T., Hwang Y.S., Chen Y.J. et al. Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 2014, vol. 34, no. 4, pp. 356–367. DOI:10.3109/01942638.2014.918074
15. Mercer J. Examining DIR/Floortime as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory. *Research on Social Work Practice*, 2017, vol. 27, no. 5, pp. 625–635. DOI:10.1177/1049731515583062
16. Pajareya K., Nopmaneejumruslers K. A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Journal of the medical association of Thailand*, 2012, vol. 95, no. 9, pp. 1184–1193.
17. Pajareya K., Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 2011, vol. 15, no. 5, pp. 563–577. DOI:10.1177/1362361310386502
18. Solomon R., Necheles J., Ferch C. et al. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, 2007, vol. 11, no. 3, pp. 205–224. DOI:10.1177/1362361307076842
19. Solomon R., Van Egeren L.A., Mahoney G. et al. PLAY Project Home Consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2014, vol. 35, no. 8, pp. 475–485. DOI:10.1097/DBP.0000000000000096

References

1. Ayres A.J. Rebenok i sensornaya integratsiya: Ponimanie skrytykh problem razvitiya [Sensory Integration and the Child: Understanding hidden sensory challenges]. Moscow: Publ. Terevinf, 2009. 272 p. ISBN 978-5-901599-90-7. (Transl. into Russ.)
2. Bowlby J. Privyazannost' [Attachment]. Moscow: Publ. Gardariki, 2003. 477 p. ISBN 5-8297-0138-3. (Transl. into Russ.)
3. Busygina N.P., Podushkina T.G., Stanilevskiy V.V. Evidence-Based Approach in the Social Area: Basic Concepts and Guidelines, History, Prospects. *Sotsial'nye nauki i detstvo = Social Sciences and Childhood*, 2020, vol. 1, no. 1, pp. 8–26. (In Russ., abstr. in Engl.) DOI:10.17759/ssc.2020010101
4. Gomozova E.S. Basic principles of Floortime. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*, 2017, vol. 15, no. 4, pp. 35–41. (In Russ., abstr. in Engl.) DOI:10.17759/autdd.2017150405
5. Greenspan S., Wieder S. Na "ty" s autizmom: ispol'zovanie metodiki Floortime dlya razvitiya otnoshenii, obshcheniya i myshleniya [Engaging autism: Using the Floortime approach to help children relate, communicate, and think]. Moscow: Publ. Terevinf, 2013. 512 p. ISBN 978-5-4212-0153-3. (Transl. into Russ.)
6. Romanovskii N.V. Dinamika reabilitatsionnoi raboty sluzhby rannei pomoshchi detyam s rasstroistvom autisticheskogo spektra na osnove podkhoda DIR/Floortime v Tsentre zdorov'ya i razvitiya im. Svyatitelya Luki [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]. *Russkii zhurnal detskoi nevrologii = Russian Journal of Child Neurology*, 2022, vol. 17, no. 4, pp. 33–43. (In Russ., abstr. in Engl.) DOI:10.17650/2073-8803-2022-17-4-33-43
7. Romanovskii N.V., Azirova A.A. Rebenok i sem'ya v podkhode DIR/Floortime [Family and Child in the DIR/Floortime Approach]. *Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i = Family Psychology and Psychotherapy*, 2020, no. 2, pp. 12–22. (In Russ., abstr. in Engl.) DOI:10.24411/2587-6783-2020-10009
 8. Binns A., Cardy J. Developmental social pragmatic interventions for preschoolers with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism & Developmental Language Impairments*, 2019, vol. 4, no. 1. 18 p. DOI:10.1177/2396941518824497
 9. Boshoff K., Bowen H., Paton H. et al. Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2020, vol. 87, no. 2, pp. 153–164. DOI:10.1177/0008417419899224
 10. Casenhiser D.M., Binns A, McGill F. et al. Measuring and supporting language function for children with autism: evidence from a randomized control trial of a social-interaction-based therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 45, no. 3, pp. 846–857. DOI:10.1007/s10803-014-2242-3
 11. Casenhiser D.M., Shanker S.G., Stieben J. Learning through interaction in children with autism: preliminary data from a social-communication-based intervention. *Autism*, 2013, vol. 17, no. 2, pp. 220–241. DOI:10.1177/1362361311422052
 12. Divya K.Y., Begum F., John S.E., Francis F. DIR/Floor Time in Engaging Autism: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2023 Apr 14;28(2):132-138. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_272_21. PMID: 37332371; PMCID: PMC10275467.
 13. Hess E.B. DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*, 2013, vol. 6, no. 3, pp. 267–274.
 14. Liao S.T., Hwang Y.S., Chen Y.J. et al. Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 2014, vol. 34, no. 4, pp. 356–367. DOI:10.3109/01942638.2014.918074
 15. Mercer J. Examining DIR/Floortime as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory. *Research on Social Work Practice*, 2017, vol. 27, no. 5, pp. 625–635. DOI:10.1177/1049731515583062
 16. Pajareya K., Nopmaneejumruslers K. A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Journal of the medical association of Thailand*, 2012, vol. 95, no. 9, pp. 1184–1193.
 17. Pajareya K., Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 2011, vol. 15, no. 5, pp. 563–577. DOI:10.1177/1362361310386502
 18. Solomon R., Necheles J., Ferch C. et al. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, 2007, vol. 11, no. 3, pp. 205–224. DOI:10.1177/1362361307076842
 19. Solomon R., Van Egeren L.A., Mahoney G. et al. PLAY Project Home Consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2014, vol. 35, no. 8, pp. 475–485. DOI:10.1097/DBP.0000000000000096

Информация об авторах

Романовский Николай Владиславович, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2467-9578>, e-mail: romanovskij2@gmail.com

Information about the authors

Nikolay V. Romanovsky, PhD in Psychology, Senior Research Fellow, Institute of Correctional Pedagogy, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0002-2467-9578>, e-mail: romanovskij2@gmail.com

Получена 30.10.2023

Received 30.10.2023

Принята в печать 20.12.2023

Accepted 20.12.2023