

# Neuropsychologist's Experience with the DIRFloortime Concept. *A Clinical Case Report*

S.A. Shishkina\*,  
“RecheTsvetik” Floortime Center,  
Ivanteevka, Russia  
s3697033@mail.ru

The article analyzes the experience of the joint work of a speech therapist and a neuropsychologist using the DIRFloortime concept on a clinical case of a boy L., 3.5 years of age. The following tasks were solved during the sessions: the child's advancement along the first stages of functional emotional development, taking into account his individual characteristics; work with the family: establishing a partnership, teaching the family members the basics of the DIRFloortime approach. As a result of the sessions, the child's understanding of speech and implementation of instructions have significantly improved; he started using meaningful words and phrases for communication; his emotional and non-verbal repertoire expanded, the boy learned to play simple games with rules with an adult.

**Keywords:** DIRFloortime concept, autism spectrum disorders, neuropsychological correction, stages of functional and emotional development, emotional tuning.

In recent years, more and more children are in need of neuropsychological assistance. This is not surprising, since the world and social conditions are rapidly changing, while health of mothers and their children leaves much to be desired. Even quite healthy children do not have time, or even the possibility and resources to fully develop all their motor, speech and sensory abilities. Yet, the number of children with all sorts of developmental problems is steadily increasing.

Children with ASD represent a special category among these children. Particularly, since, on the one hand, these children are all very different, often with pronounced sensory

and behavioral disorders, having difficulties to engage; on the other hand, when such children are brought to a specialist at an early age, it is not easy to understand what exactly is happening to the child. The conventional neuropsychological approach does not work for all children with autistic disorders. Children can be unable “to hear” and “to see” a specialist, plunging into their own world.

The question arises: how to find an approach to the child and get him interested in sessions? The DIRFloortime approach helps me a lot. It allows the child to build warm emotional relationships with the specialist who becomes his cheerful friend rather than

**For citation:**

Shishkina S.A. Neuropsychologist's Experience with the DIRFloortime Concept. A Clinical Case Report. *Autizm i narušeniya razvitiya = Autism & Developmental Disorders (Russia)*, 2019. Vol. 17. No. 2 (63). С. 87–96. doi: 10.17759/autdd.2019170206

\* Shishkina Svetlana Alexandrovna, neuropsychologist, “RecheTsvetik” Floortime Center, Ivanteevka, Russia. E-mail: s3697033@mail.ru

a strict teacher: the child can calmly and joyfully communicate with the teacher, who—my goodness!—have heard, understood, have not hurt him and communicates with him at the same pace and rhythm. In such an environment, the child may want to perform tasks himself, which speeds up his development. All this happens as a result of mastering the fundamental capabilities: shared attention, using the language for communication, the ability to understand thoughts and feelings of another person, to draw conclusions. Thus, positive emotions are the basis that allows forming these capabilities, as well as engage in relationships, communicate and think.

DIRFloortime helps me create a more effective individual child development program. After all, this approach involves focusing on:

- the individual characteristics of the child, i.e. his abilities to process motor and sensory information;

- the current level of its functional and emotional development (FED), i.e. the level of development of the ability to experience warm feelings when communicating, to use gestures and facial expressions to denote his emotions and desires and speech for communication, the ability to build logical connections between concepts;

- strengthening the warm and trusting relationship between the child and his family.

The Floortime approach also pays special attention to involvement of parents. Here the specialist is at the same level with them, and does not take a commanding position.

Depending on the situation and the tasks, the Floortime approach may be included in the session in different ways. The Floortime approach is primary at the initial stage, when the main task of a specialist is work on the first steps of functional emotional development<sup>1</sup>, i.e. emotional tuning of the specialist to the child, following his lead, development of shared attention and self-regulation, tracking of the child's affective signals by the specialist, development of sustained interest in the child

to the specialist (joyful gleam in his eyes, anticipation of pleasure from the game), as well as an increase in the number of communication cycles and the ability to solve social tasks. This is the playtime, where the child is in charge and the adult follows his lead, joins the game and develops ideas. Sessions at this stage often take place literally on the floor without a clear structure of activity. The higher is the level of functional emotional development the child reaches, the more structured the exercise becomes. When reaching FED levels 5–6, the DIRFloortime sessions can have a clear structure: a part of time is given for unstructured play, while a part of time is provided for a session with the specialist. At this stage of development, the child can remain calm and attentive for longer, follow instructions; he has acquired the skills of focused emotional interaction and problem solving, easily opens and closes communication cycles. On the basis of these skills at FED levels 5-6, the child actively develops speech, role-playing, and logical thinking. Now a part of the session is dedicated to neuropsychological correction, while a part remains for free play.

I would like to present a case of the joint work of a neuropsychologist and a speech therapist using the DIRFloortime method.

**The boy L. 3.5 years old** was brought by his mother to the RechyTsvetik Floortime Center in April 2018. L. was consulted by a speech therapist and a neuropsychologist, who used the DIRFloortime approach.

**History of the child's development.** According to his mother, the pregnancy was normal, although she experienced toxicosis in the first trimester. The childbirth was difficult, with labor induction. The baby cried 5–10 seconds after the birth, the Apgar score was 8–8. As the mother recalls, doctors mentioned insignificant hypoxia. He received the breast the next morning and sucked actively. L. was breastfed for 2.5 months, because of repeated lactostasis, the mother had to switch him to formula-feeding, which he tolerated

<sup>1</sup> See articles: *Gomozova E.S.* Basic Principles of the Floortime Method // *Autism and Developmental Disorders*, 2017. No. 4; *Gomozova E.S.* Using the DIR Concept in Therapy for Children with ASD // *Autism and Developmental Disorders*, 2018. No. 4.

well. In general, there were no issues with feeding, at the age of 10 months, the boy learned to chew, he was not very particular about food. According to the mother, the child was not followed-up by any specialists and developed according to his age during his first year of life. At the same time, during the first half of his life he was very restless, he fell asleep only while being rocked in her arms, he cried a lot, although he slept well at night. Motor development was slightly distorted. L. pulled up to stand early (6–6.5 months), crawled a little, started walking on his own at 10 months. Speech and emotional development were unremarkable. The mother observed the animation complex, the child smiled, responded to adults, actively cooed, then babbled for a long time. At the age of 1.2, his mother noticed that the child seemed to stop “hearing” her, became hyperactive, it was very difficult to get his attention, babbling was reduced.

By the 2nd year of age, L.'s behavior began to seriously worry his mother. She visited a neurologist for the first time when he was 2.5 years old. The boy was diagnosed with developmental delay, ASD? due to perinatal hypoxic encephalopathy. Currently, there is no accurate diagnosis. The family environment was good, he was the first child. The father takes an active part in raising his son. Maternal grandmother visits often.

**At the first consultation with the neuropsychologist**, the boy showed a pronounced field behavior, eye contact was weak, his activity was very vigorous, but purposeless. The boy was non-verbal, he only partially understood the speech, his facial expressions were inexpressive, there was no pointing gesture. The interaction with his mother and the specialist occurred in very short periods and with little or no initiative from the child. L. experienced a long and severe periods of frustration. According to the diagnostics, the minimum achievement of the first 2 FED levels was noted, higher levels were not achieved. L. could remain calm and focused only for a very short time, quickly switched to another activity: the contact with the specialist lasted for less than 1 minute.

At the same time, motor development was close to normal. L. easily manipulated small objects, he mastered motor skills (jumping on two legs, crawling on all fours, stepping over obstacles, throwing and catching the ball) at the minimum level for his age. Visual and auditory perception, hand–eye coordination and oculomotor functions were normally developed. At the same time, the boy had significant sensory impairments: the hypersensitive proprioceptive sensory system (he liked to push, pull something heavy, often bumped into objects and did not seem to feel pain). L. did not like closed spaces very much, while he could like squeezing and hugs depending on his mood. His tactile sensory system was closer to hypersensitivity: L. was ticklish and did not like some textures. His vestibular system was hypo-sensitive, sensory seeking was observed. L. loved to spin around, jump on a trampoline, and swing on a swing. He could do this for very long. His auditory system development was close to normal. His visual sensory system was closer to hypersensitive. L. liked to throw things and watch them fall down, it was easy to attract his attention with something bright and moving.

Thus, based on the individual characteristics of L. and the diagnosed stages of FED development, the specialists developed an intervention program. This program involved the participation of two specialists at the RecheTsvetlik Floortime Center—a speech therapist and a neuropsychologist, each of whom used the Floortime approach in their work. Also, the mother was recommended to consult with a kinesi therapist, a sensory integration specialist, an osteopath or a chiropractor and a massage therapist due to hypertonicity in the upper limbs and the shoulder girdle.

**The tasks at the first stage** of neuropsychological sessions were as follows:

— advance along the first two stages of FED, i.e. the development of emotional connection with the child, following his interests, increasing the number of attempts of the child to engage in communication;

— work with the sensory characteristics of the child: use of equipment and games for the

development of the vestibular system (trampoline, hammock, slide, rocking egg chair, jumping on the ball with the child, spinning around, turning upside down); for proprioceptive system – noisy catch-up games, hugs, forcing, pushing heavy objects with feet and hands, playing massage; for the visual system – games with bouncing balls, balloons, flying objects.

– work with parents: establishing a partnership, teaching them the basics of the DIRFloortime approach.

The first stage of therapy lasted for about 4 months. Free play prevailed at the sessions with the child. The repertoire of L.'s interests was very small. For example, at that time, he could jump on a trampoline for very long, and the only thing that attracted his attention was multicolored bouncing balls. First, the specialist played next to him, hitting the balls with a soft racket. The boy liked to watch them, he laughed merrily when the balls fell. Then he wanted to catch them himself. At first, L. cried loudly when he did not receive the ball right away, then he learned to wait for the balls to roll over his arms, legs, and count his fingers. In addition, L. became interested in blowing up and deflating balloons, rubber gloves, which could actively fly around the room and make funny sounds. These games also solved neuropsychological tasks: the formation of oculomotor praxis and the improvement of visual-motor coordination. A longer contact could be maintained with extensive vestibular-proprioceptive support, for example, by jumping together on the ball and at the same time giving him a playing massage, which the child really liked.

**As a result of the first level of sessions,** L. developed the capacity for shared attention and self-regulation, the moments of frustration became less prolonged, the contact periods increased, but all these capabilities were not yet at the level typical for his age and still fragmentary, although they could be significantly expanded with an emotional and sensorimotor support. In addition, the child used a pointing gesture, the words “no” and “give”,

his understanding of speech improved, facial expressions became more diverse, and the time of eye contact increased, which was noted by various specialists.

**The tasks at the second level** were as follows:

– to continue the work on the first two FED levels;

– to develop the child's initiative, working on the third FED level;

– to continue working with sensory systems, especially with proprioceptive and vestibular ones;

– to include elements of the neuropsychological program according to the method of replacing ontogenesis: stretching, self-massage, respiratory and oculomotor exercises, simple exercises from the motor repertoire<sup>2</sup> in order to activate the body's energy potential and form the basis of subcortical-cortical and interhemispheric interactions.

As a result of the therapy, the interests of the child have significantly expanded. For example, he began to play hide-and-peek, to be interested in toys, in particular, trains, his desire to spin around and jump decreased. The number of manipulations with objects increased. For example, if before, while playing with a pyramid, he only put the rings on the stick, now the specialist and L. roll them with interest to each other, as well as through a tunnel. The duration of the contact has increased markedly. If contacts at the very beginning lasted less than a minute, now they increased to 5 minutes or more. At this stage, it was important for me as a teacher to notice any slightest signals from the child and respond to them in such a way that he would learn to read and understand them too. Such signals could be different facial expressions, sounds, gestures and movements. It was also important to increase the number of communication cycles. We were able to use the simplest stretching exercises, elements of articular gymnastics, oculomotor and breathing exercises from the method of replacing ontogenesis, and expand the repertoire of playing massage.

<sup>2</sup> See *Semenovich A.V. Neuropsychological diagnosis and correction in childhood. M.: ACADEMA, 2002.*

Let me list the results of **the second stage of therapy for L.** If earlier the boy could only watch a bouncing ball, now he was able to trace and touch the toy, slap on the hand. The child began to form the body schema and differentiate tactile sensations. During the playing massage, he could now give his arm or his leg, express different emotions in different sensations, follow simple instructions, for example, walk along a path, bring a certain toy. For the development of interhemispheric interactions, exercises for crossing the midline are usually included in the routine play activity, and the specialist did with L. various crossing midline exercises. For example, when L. collected beans, the specialist placed beans or plates so that the boy had to reach for the other side of the body. Or when L. asked to give any object significant to him, the specialist could give it from the opposite side, so that the boy had to wait and follow it with his eyes.

### Therapy results

Thus, over half a year of joint work of a neuropsychologist and a speech therapist with L. using the DIRFloortime approach, the child's understanding of speech significantly improved, he started to use many words and even short phrases, such as "give juice". There

were positive changes in fine motor skills: L. began to draw simple pictures, learned to cut with scissors. The boy has significantly advanced along the stages of functional emotional development, especially in the first two, he has minimal abilities from levels 3, 4 and 5, namely, the range of expressed emotions and non-verbal means of communication has expanded. Sometimes L. began to take the lead in interaction with the specialist, to copy the actions of an adult in a game, learned to play simple games with rules, and, most importantly, he started speaking.

We plan to pay more attention in further therapy to the improvement of skills at FED levels 3 and 4, increasing the number of communication cycles and the formation of the child's ability to solve social problems. In terms of neuropsychological correction, first of all, the task is to continue work on activation and stabilizing the body's energy potential, optimizing the overall body tone, as well as developing sensorimotor repertoire and all types of gnosis.

Thus, the Floortime approach helped the specialists establish a good and warm relationship with the child, as well as enabled neuropsychological correction, once again confirming Stanley Greenspan's famous phrase that our emotions are forces that allow us to learn. ■

# Опыт работы нейропсихолога в концепции DIRFloortime. *Описание клинического случая*

С.А. Шишкина\*,  
Floortime центр «РечеЦветик»,  
г. Ивантеевка, Россия,  
s3697033@mail.ru

В статье анализируется опыт совместной работы логопеда и нейропсихолога в концепции DIRFloortime на примере рассмотрения клинического случая мальчика Л. 3,5 лет. В ходе занятий решались следующие задачи: продвижение ребенка по первым ступеням функционального эмоционального развития, с учетом его индивидуальных особенностей; работа с семьей: установление партнерских отношений, обучение членов семьи основам подхода DIRFloortime. В результате работы у ребенка значительно улучшилось понимание речи и выполнение инструкций; появились осмысленные слова и фразы, используемые для коммуникации; расширился эмоциональный и невербальный репертуар, мальчик научился играть со взрослым в простые игры с правилами.

**Ключевые слова:** концепция DIRFloortime, расстройства аутистического спектра, нейропсихологическая коррекция, ступени функционально-эмоционального развития, эмоциональная подстройка.

В последние годы все больше детей нуждаются в нейропсихологической помощи. Это не удивительно, т.к. мир и социальная обстановка стремительно меняются, а уровень здоровья матерей и их детей оставляет желать лучшего. Даже вполне благополучные дети не успевают, да и не имеют возможности и ресурсов полноценно развить все свои двигательные, речевые и сенсорные способности. А количество детей с разного рода проблемами развития неуклонно растет.

Особую категорию среди этих детей занимают дети с РАС. Особую, поскольку, с одной стороны, эти дети все очень разные, часто с ярко выраженными сенсорными и поведенческими проблемами, с трудом идущие на контакт; с другой стороны, ког-

да таких детей приводят к специалисту в раннем возрасте, точно понять, что происходит с ребенком, непросто. Классический нейропсихологический подход работает не со всеми детьми с аутистическими расстройствами. Дети могут «не слышать» и «не видеть» специалиста, погружаясь в свой мир.

Возникает вопрос: как найти подход к ребенку и заинтересовать занятиями? Мне очень помогает подход DIRFloortime, позволяющий ребенку обрести теплые эмоциональные отношения со специалистом, который становится ему скорее веселым другом, чем строгим учителем: ребенку спокойно и весело общаться с педагогом, который — надо же! — услышал, понял, не сделал больно и общается с ним в од-

**Для цитаты:**

Шишкина С.А. Опыт работы нейропсихолога в концепции DIRFloortime. Описание клинического случая // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т. 17. № 2 (63). С. 87–96. doi: 10.17759/autdd.2019170206

\* Шишкина Светлана Александровна, нейропсихолог, Floortime центр «РечеЦветик», г. Ивантеевка, Россия. E-mail: s3697033@mail.ru

ном темпе и ритме. В такой обстановке ребенок может захотеть сам выполнять задания, начинает быстрее развиваться. Все это происходит в результате освоения фундаментальных способностей: совместного внимания, использования языка для общения, умения понимать мысли и чувства другого человека, делать умозаключения. И положительные эмоции являются базой, позволяющей формироваться этим способностям, а также вступать в отношения, общаться и мыслить.

DIRFloortime помогает мне составлять более эффективную индивидуальную программу развития ребенка. Ведь данный подход предполагает ориентацию на:

- индивидуальные особенности ребенка, т.е. способности к обработке двигательной и сенсорной информации;
- актуальный уровень его функционально-эмоционального развития (ФЭР), т.е. уровень развития способностей испытывать теплые чувства при общении, использовать жесты и мимику для обозначения своих эмоций и желаний, речь — для общения, умения выстраивать логические связи между понятиями;
- укрепление теплых и доверительных отношений между ребенком и близкими людьми.

Также в методике Floortime особое внимание уделяется работе с родителями. Здесь специалист находится на одном уровне с ними, а не занимает директивную позицию.

В зависимости от ситуации и задач методика Floortime может быть по-разному включена в занятие. На начальном этапе, когда основная задача специалиста — работа на первых ступенях функционального эмоционального развития<sup>1</sup>, т.е. эмоциональная подстройка специалиста к ребенку, следование за ним, развитие совместного внимания и саморегуляции, отслеживание специалистом аффективных сигналов ребенка, развитие устойчивого интереса у ребенка

к специалисту (радостный блеск в глазах, предвкушение удовольствия от игры), также увеличение количества коммуникативных циклов и умение решать социальные задачи, методика Floortime является основной. Это время игры, где главный — ребенок, а взрослый следует за ним, присоединяется к игре и развивает идеи. Занятия на данном этапе часто проходят буквально на полу без четкой структуры деятельности. Чем более высокой степени функционального эмоционального развития достигает ребенок, тем более структурированным становится занятие. При достижении 5–6-й ступеней ФЭР занятие в подходе DIRFloortime может иметь четкую структуру: часть времени занимает свободная игра, часть времени занятие со специалистом. На данном этапе развития ребенок может более длительное время оставаться спокойным и внимательным, выполнять инструкции, он приобрел навыки целенаправленного эмоционального взаимодействия и решения проблем, с легкостью открывает и закрывает коммуникативные циклы. На базе данных навыков на 5-й и 6-й ступенях ФЭР у ребенка активно развиваются речь, ролевая игра, и зарождается логическое мышление. Теперь часть занятия занимает нейропсихологическая коррекция, часть остается для свободной игры.

Хочу привести пример совместной работы нейропсихолога и логопеда с использованием методики DIRFloortime.

**Мальчика Л. 3,5 лет** привела мама в Floortime центр «РечеЦветик» в апреле 2018 г. Л. был на консультации у логопеда и нейропсихолога — специалистов, работающих в подходе DIRFloortime.

**История развития ребенка.** По словам мамы, беременность протекала нормально, правда, был выраженный токсикоз в первом триместре. Роды сложные, со стимуляцией родовой деятельности. Ребенок закричал через 5–10 сек, оценка по шкале Апгар 8–8. Как вспоминает мама, врачи

<sup>1</sup> См. статьи: Гомозова Е.С. Базовые принципы методики Floortime // Аутизм и нарушения развития, 2017. № 4; Гомозова Е.С. Использование концепции DIR в работе с детьми с РАС // Аутизм и нарушения развития, 2018. № 4.

говорили о небольшой гипоксии. К груди приложили на следующее утро, сосал активно. На грудном вскармливании Л. был 2,5 месяца, т.к. из-за повторяющихся лактостазов мама была вынуждена перевести его на смесь, которую он переносил хорошо. В целом, проблем с кормлением не было, в 10 мес. мальчик научился жевать, в еде особенно не избирателен. Со слов мамы, в течение первого года жизни ребенок не наблюдался у специалистов и развивался по возрасту. При этом в течение первого полугодия жизни был очень беспокойным, засыпал только на руках при укачивании, много плакал, хотя ночью спал хорошо. Моторное развитие было немного искажено. Л. рано встал на ножки (6–6.5 мес.), мало ползал, пошел самостоятельно в 10 мес. Речевое и эмоциональное развитие протекали без выраженных особенностей. Комплекс оживления мама наблюдала, ребенок улыбался, общался со взрослыми, активно гулил, потом много и долго лепетал. В 1,2 года мама заметила, что ребенок как будто перестал ее «слышать», стал гиперактивным, было очень сложно привлечь его внимание, сократился лепет.

К 2-м годам поведение Л. стало вызывать у мамы сильную тревогу. Первый раз она обратилась к неврологу в 2,5 года, был поставлен диагноз ЗПР, РАС? на фоне перенесенной перинатальной гипоксической энцефалопатии. В настоящее время точного диагноза нет. Семейная обстановка благополучная, ребенок от первой беременности. Папа принимает активное участие в воспитании сына. Часто приезжает бабушка по маминой линии.

**На первой консультации** у нейропсихолога мальчик проявлял выраженное полевое поведение, глазной контакт был слабый, деятельность очень бурная, но бесцельная. Мальчик неречевой, понимание обращенной речи частичное, мимика невыразительная, указательного жеста не было. Взаимодействие с мамой и специалистом наблюдалось в очень короткие периоды и практически без инициативы ребенка. Периоды фрустрации Л. пере-

живал долго и тяжело. По результатам диагностики было выявлено минимальное достижение 2-х первых ступеней ФЭР, более высокие уровни не были достигнуты. Л. мог оставаться спокойным и сосредоточенным только очень короткое время, быстро переключался на другую деятельность: контакт со специалистом был меньше 1 минуты.

При этом моторное развитие было близко в норме. Л. легко манипулировал мелкими предметами, моторные навыки (прыжки на двух ногах, ползание на четвереньках, перешагивания через препятствия, кидание и ловля мяча) были освоены на минимальном возрастном уровне. Зрительное и слуховое восприятие, зрительно-моторная координация и глазодвигательные функции доступны. При этом мальчик имеет ярко выраженные сенсорные особенности: гипочувствительную проприоцептивную сенсорную систему (любит толкаться, тянуть что-нибудь тяжелое, часто врежется в предметы и как будто не чувствует боли). Л. не очень любит тесные пространства, а сдавливания, объятия — по настроению. Тактильная сенсорная система ближе к гиперчувствительности: Л. «боится щекотки», не любит некоторые текстуры. Вестибулярная система гипочувствительна, наблюдается сенсорный поиск. Л. очень любит кружиться, прыгать на батуте, качаться на качелях. Этим он может заниматься продолжительное время. Слуховая система развита близко к норме. Зрительная сенсорная система ближе к гиперчувствительной. Л. очень нравится кидать и смотреть, как падают вещи, его внимание легко привлечь чем-то ярким и движущимся.

Таким образом, исходя из индивидуальных особенностей Л. и диагностированных стадий развития по ступеням ФЭР педагогами была разработана коррекционная программа. Данная программа предполагала участие двух специалистов на базе Floortime Центра «РечеЦветик» — логопеда и нейропсихолога, каждый из которых включал методику Floortime в свою работу. Также маме были рекомендованы консуль-



тации кинезитерапевта, специалиста по сенсорной интеграции, остеопата или мануального терапевта и массажиста из-за наличия гипертонуса в верхних конечностях и плечевом поясе.

**Задачи на первом этапе** нейropsychологических занятий были следующие:

— продвижение по первым двум ступеням ФЭР, т.е. развитие эмоциональной близости с ребенком, следование его интересам, увеличение количества попыток вступить в общение со стороны ребенка; — работа с сенсорными особенностями ребенка: использование оборудования и игр для развития вестибулярной системы (батут, гамак, горка, яйцо-качалка, прыжки на мяче вместе с ребенком, кружение, переворачивание вниз головой); для проприоцептивной системы — шумные игры с догонялками, объятия, продавливания, толкания ногами и руками тяжелых предметов, игровой массаж; для зрительной системы — игры с прыгающими мячами, шариками, летающими предметами.

— работа с родителями: установление партнерских отношений, обучение основам подхода DIRFloortime.

Первый этап работы длился около 4-х месяцев. На занятиях с ребенком преобладала свободная игра. Репертуар интересов Л. был очень небольшой. Например, в это время он мог очень долго прыгать на батуте, и единственное, что привлекало его внимание, — прыгающие разноцветные мячи-скакуны. Сначала педагог играла рядом с ним, отбивая мячи мягкой ракеткой. Мальчику нравилось следить за ними, он весело хохотал, когда мячи падали. Потом ему захотелось самому ловить. Сначала Л. громко протестовал, когда ему не давали мячик сразу, затем научился ждать, пока мячики прокатятся по его ручкам, ножкам, пересчитают пальчики. Также Л. можно было заинтересовать надуванием и сдуванием воздушных шариков, резиновых перчаток, которые могли активно летать по всей комнате и издавать смешные зву-

ки. В этих играх решались еще и нейropsychологические задачи — формирование глазо двигательного праксиса и улучшение зрительно-моторной координации. Более длительный контакт можно было удержать при интенсивной вестибулярно-проприоцептивной поддержке, например, прыгая вместе на мяче и при этом делая игровой массаж, который ребенку очень нравился.

**В результате первого этапа занятий** у Л. появились способности к совместному вниманию и саморегуляции, моменты фрустрации стали менее длительными, периоды контакта увеличились, но все эти способности были еще не на возрастном уровне и фрагментарны, хотя при наличии эмоциональной и сенсомоторной поддержки могли существенно расширяться. Также у ребенка появились указательный жест, слова «нет» и «дай», улучшилось понимание речи, более разнообразной стала мимика, увеличилось время глазного контакта, что отмечалось разными специалистами.

**На втором этапе задачи** были такими:

— продолжать работу на первых двух ступенях ФЭР;

— развивать инициативу ребенка, работая на третьей ступени ФЭР;

— продолжить работу с сенсорными системами, особенно с проприоцептивной и вестибулярной;

— включить элементы нейropsychологической программы по методу замещающего онтогенеза: растяжки, самомассаж, дыхательные и глазо двигательные упражнения, простейшие упражнения двигательного репертуара<sup>2</sup> с целью активизации энергетического потенциала организма и формирования базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий.

В результате работы интересы ребенка значительно расширились. Например, он стал играть в прятки, интересоваться игрушками, в частности, поездами, уменьшилось стремление кружиться и прыгать. Увеличилось количество манипуляций

<sup>2</sup> См. книгу А.В. Семенович «Нейropsychологическая диагностика и коррекция в детском возрасте». М.: АCADEMA, 2002.

с предметами. Например, если раньше кольца от пирамидки только нанизывались на палочку, то теперь педагог и Л. с интересом катают их как друг к другу, так и через туннель. Продолжительность контакта заметно увеличилась. Если в самом начале контакты были менее минуты, то сейчас увеличились до 5 минут и более. На данном этапе для меня как педагога было важно замечать малейшие сигналы ребенка и реагировать на них так, чтобы он тоже научился их читать и понимать. Такими сигналами могли быть разные выражения лица, звуки, жесты и движения. Так же важно было увеличивать количество коммуникативных циклов. Здесь появилась возможность использовать из метода замещающего онтогенеза простейшие упражнения на растяжку, элементы суставной гимнастики, глазодвигательные и дыхательные упражнения, расширить репертуар игрового массажа.

Перечислю **результаты работы с Л. на втором этапе**. Если раньше мальчик мог только следить за прыгающим мячом, то теперь может проследить и дотронуться до игрушки, хлопнуть по руке. У ребенка начала формироваться схема тела и дифференцироваться тактильные ощущения. При проведении игрового массажа он теперь может подать руку или ногу, выражать разные эмоции при разных ощущениях, выполнить простые инструкции, например, пройти по дорожке, принести определенную игрушку. Для развития межполушарных взаимодействий в актуальную игровую деятельность обычно встраиваются упражнения на пересечение срединной линии тела, и педагог с Л. делают различные перекрестные упражнения. Например, когда Л. собирает фасоль, педагог располагает фасоль или тарелки таким образом, чтобы мальчику пришлось тянуться к другой стороне тела. Или когда Л. просит дать любой значимый для него предмет, педагог может подать его с противоположной стороны от руки, да еще что-

бы мальчику пришлось ждать и следить за ним глазами.

## Результаты работы

Таким образом, за полгода совместной работы нейропсихолога и логопеда с Л. в подходе DIRFloortime у ребенка значительно улучшилось понимание речи, появилось много слов и даже короткие фразы, например, «дай сок». Произошли позитивные изменения в мелкой моторике: Л. стал набрасывать простейшие рисунки, научился вырезать ножницами. Мальчик значительно продвинулся по ступеням функционального эмоционального развития, в особенности по первым двум, у него появились минимальные способности на ступенях 3, 4 и 5, а именно — расширился спектр выражаемых эмоций и невербальных средств коммуникации, иногда Л. стал сам проявлять инициативу во взаимодействии со специалистом, копировать действия взрослого в игре, научился играть в простейшие игры с правилами, и, самое главное, — появилась речь.

В дальнейшей работе планируется уделять больше внимания совершенствованию навыков на 3-й и 4-й ступенях ФЭР, т.е. увеличению числа коммуникативных циклов и формированию у ребенка способности решать социальные задачи. В плане нейропсихологической коррекции, в первую очередь, ставится задача продолжить работу по активизации и стабилизации энергетического потенциала организма, оптимизации общего тонуса тела, а также задача по развитию сенсомоторного репертуара и всех видов гнозиса.

Таким образом, методика Floortime помогла педагогам установить хороший и теплый контакт с ребенком, а также сделала возможной работу по нейропсихологической коррекции, очередной раз подтверждая известную фразу *Стенли Гринспена* о том, что эмоции — это силы, которые позволяют нам учиться. ■