

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

► 高功能自閉症學前患童的關係取向發展模式(DIR)治療之初探

A Treatment based on the Developmental Individual-difference,
Relationship-based Model for Two Preschool Children with
High-Functioning Autism: A Preliminary Report

doi:10.30074/FJMH.200809_21(3).0001

中華心理衛生學刊, 21(3), 2008

Formosa Journal of Mental Health, 21(3), 2008

作者/Author：顏孝羽(Hsiao-Yu Yen);曾嫦嫦(Chang-Chang Tseng);宋維村(Wei-Tsuen Soong)

頁數/Page：221-244

出版日期/Publication Date：2008/09

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200809_21\(3\).0001](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200809_21(3).0001)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，
是這篇文章在網路上的唯一識別碼，
用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



高功能自閉症學前患童的關係取向發展模式(DIR)治療之初探

顏孝羽 曾嫦嫦 宋維村

研究目的：本文報告應用DIR(developmental individual-difference, relationship-based model, 簡稱DIR)治療模式於兩位高功能自閉症學前患童的治療過程，並探討其療效。**研究方法：**本文採用病歷回顧法針對治療歷程進行質性分析。患童甲接受十二次，乙接受十次治療，治療時間一次一小時，一週一次。兩位臨床心理師為治療者，家長為協同治療者。**研究結果：**經DIR治療，兩位患童在與家人的互動模式、情緒表達、和行為層面上都有明顯的進步，尤其是與人互動的品質。本文對療效因子、研究方法的限制、對自閉症患童的適用性，以及與行為治療的關係均予以討論。**研究結論：**兩位患童經由DIR模式治療後，與家人的互動、情緒表達、和行為功能上都有明顯的進步。

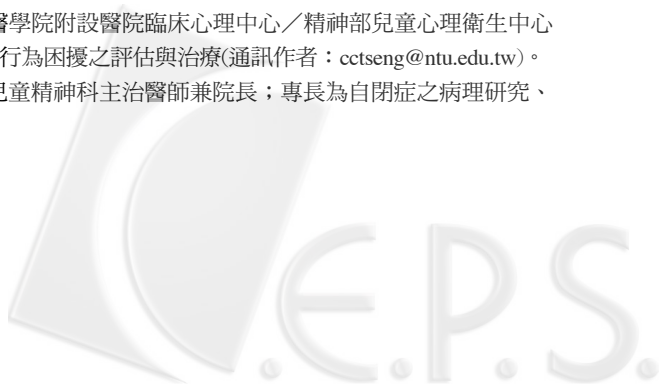
關鍵詞：高功能自閉症、關係取向的發展模式(DIR)、情緒發展里程碑

顏孝羽：國立臺灣大學心理學系碩士；國泰醫院汐止分院復健部臨床心理師；專長為過動症、自閉症、情緒困擾。

曾嫦嫦：國立臺灣大學心理學系碩士；國立臺灣大學醫學院附設醫院臨床心理中心／精神部兒童心理衛生中心臨床心理師；專長為自閉症、兒童青少年情緒行為困擾之評估與治療(通訊作者：cctseng@ntu.edu.tw)。

宋維村：國立臺灣大學醫學系學士；天主教若瑟醫院兒童精神科主治醫師兼院長；專長為自閉症之病理研究、早期診斷與治療。

收稿：2006年11月3日；接受：2007年3月8日



一、前言

自閉症(Autistic disorder)是一種神經發展障礙，有社會互動缺陷、語言溝通缺陷、狹窄的同一性和反覆性行為或興趣(DSM-IV, 1994)。自閉症嬰幼兒的心理病理研究指出自閉症幼兒之相互注意協調能力、模仿、表徵遊戲和情緒分享均有障礙，而眼光偵測、溝通以及同理能力等社會互動的問題，更可將幼兒時期的自閉症與其他發展性疾患區分開來(姜忠信、宋維村，2005)。文獻顯示早期介入、密集治療，高度結構化的行為治療是有效的治療要素(Anderson, Averay, DiPietro, Edwards, & Christian, 1987; Birnbrauer & Leach, 1993; Fenske, Zalenski, Krantz, & McClannahan, 1985; Harris, Handleman, Gordan, Kirstoff, & Fuentes, 1991; MacEachin, Smith, & Lovaas, 1993; Perry, Cohen, & DeCarlo, 1995)。雖然「早期」、「密集」等定義尚無一致的標準，但綜合自閉症患者早期介入療育的研究發現，密集(一週至少30小時)、長期(持續至少一年)、直接針對患童(非只針對照顧者)的行為治療模式，比缺乏上述任何一項要件的治療模式效果要好(Smith, 1996; Ramey & Ramey, 1998; Ramey & Ramey, 1999)。許多研究報告自閉症患童經過兩年密集式的行為治療後，患童在標準化測驗顯現認知、語言以及學業上的進步(Green, 1996; Smith, 1999)，但在互動層面的改變研究報告較少(Olszyk, 2005)。晚近有研究批評密集式的行為治療不符合成本效益(Sheinkopf & Siegel, 1998)，加上患童的個別差異，Bodfish(2004)指出仍有許多患童治療效果不佳，使得近年的研究者不停找尋其他的替代方案加以輔助、或是取代行為治療(Smith, 1996)。Hwang與Hughes(2000)回顧十六篇以行為治療取向為主的社交互動訓練，指出大部分的社交互動訓練著重使患童成為社交互動的起始者，可見自閉症病理與治療層次均強調互動，尤其是自發性的互動。

Greenspan(1992)創立的地板時間(Floor time)，是一套發展取向、注重個別差異，以關係為基礎(developmental individual-difference, relationship-based model, DIR)的整合性治療模式。此模式注重建立患童與主要照顧者的良好「關係」，強調以「關係」為基礎，促進患童社會互動的自發性，以改善患童與他人的互動品質為終極目標。此模式整合了患童個人生理層面的分析、目前發展能力水準、家庭的互

動模式、以及學校社區等系統，以生理缺陷與環境的交互作用了解行為，主張廣泛性發展疾患的患童雖然有神經生理方面的缺陷，使其互動能力較弱，透過改變與患童的互動模式，其原本的生理缺陷與環境的互動進行一系列複雜的交互作用，逐漸讓患童也可以如一般孩子一樣，擁有良好的情緒、互動品質(Wieder & Greenspan, 2003)。有別於行為改變技術直接形塑適應行為，DIR不是針對問題行為，而是致力於促使患童重返正常的情緒發展軌道(Wieder & Greenspan, 2005)，增加互動動機。DIR強調情緒發展的六大里程碑，主張對於自閉症患童應先建立對人的興趣，再以對人的互動興趣為基礎，發展認知、語言及適當的社交行為。

近年來，研究證實DIR對自閉症的療效，Olszyk(2005)報告自閉症學前患童經過一年的治療後在自閉症症狀、固著行為、感覺刺激行為都減少。Da Silva等人(2003)將DIR與感覺統合、擴展溝通等治療方式結合，證實可以減少自閉症症狀、減少固著行為並增進功能性的情緒表達。另一篇研究(Bartels, 2004)採用量化的方式檢驗DIR模式應用於學前自閉症患童的療效。國內已將DIR模式譯為中文(劉瓊瑛譯，1998/2005)，但尚無DIR運用在國內的文獻報告。本文描述應用DIR模式於兩位高功能自閉症患童的治療過程，並探討其療效。

二、研究方法

(一)受試者

兩位患童於2006年1~2月間到某醫學中心就診，並於三週內接受發展評估。患童一(以下簡稱甲)為3歲10個月女性，史比智力測驗第四版(Stanford-Binet Intelligent Scale: four edition, SB-IV, 1986)測得其部份量表智商為83；患童二(以下簡稱乙)為4歲6個月男性，魏氏幼兒智力量表修定版中文版(陳榮華、陳欣怡，2000)測得其全量表智商為91，語文智商為91，作業智商為94。甲有社會互動、溝通的障礙，但缺乏明顯刻板、重複的行為；乙有互動障礙、明顯重複刻板的行為，然而語言發展沒有明顯遲緩，且保有與家人部份的互動與依附關係。兒童精神科醫師依據ICD-10(WHO, 1992)診斷為非典型自閉症，若依DSM-IV(APA, 1994)則為未分類之廣泛性發展障礙

(PDDNOS)，若依認知功能則為高功能自閉症。

(二) 評估過程

DIR模式強調以個別差異為基礎擬訂治療方案，故治療者針對兩位患童進行個人能力分析。其內容參照劉瓊瑛譯著(2005)，包含生理狀態(各種感官訊息以及動作訊息的接收及處理)、情緒互動能力的發展階段、以及家庭互動三大部分。茲將能力分析與據之擬定的治療計畫分述如下：

甲的能力分析與治療計畫：

行為觀察、評估和會談，發現甲的視覺訊息處理能力以及計畫執行功能為其優勢，其聽覺訊息處理能力較差。她較不喜歡靜態、象徵性的假扮遊戲，而是喜歡跑跳、溜滑梯。她語言表達較差也與她害怕說錯被別人取笑、家人說話過於快速、家人習慣立即滿足、她一尖叫家人就讓步等因素有關。家人只注意到語言發展遲緩，並買許多教材針對語言不斷教導，但成效不彰。評估發現她互動上的障礙阻礙了許多技能的學習，治療計畫就從打好互動基礎著手。情緒互動部分，由於她親密感、雙向溝通的發展尚未穩固，故計畫以假扮遊戲增加她與人互動的興趣及親密感，再藉由互動教導語言表達。

乙的能力分析與治療計畫：

乙的聽覺訊息接收正常，可以與人進行簡短對答，但是對聽覺訊息的處理較差，並有計畫執行功能的問題，以至於雖然可以對話，但僅能維持2-3個循環。他雖有良好的視覺—空間能力，但僅針對物品，非運用在互動之中。另外，他雖有中等的認知功能及語言，但僅執著於拼圖，或是背誦卡通台詞，尚未跳脫出記憶的層次，也未進入創造及抽象思考階段。雖有假扮遊戲，但內容貧乏，對所畫的圖形，也無法賦予意義。家人常在他溝通中斷時，以嚴厲的語氣提醒他，他勉強可以繼續維持2-3個循環，但常是出於害怕，而非有真正溝通意圖。治療師與他對話時，他總是畏縮地低著頭，以小聲含糊的語氣說話。乙的治療計畫著重建立他內在的溝通意圖，將他的語言功能引導至互動層面。由於他與父母的親密感遠高於其他人，所以由家人為媒介與他互動可以產生較多的互動樂趣，內在溝通意圖較易建立起來。但

父母常以威權的方式教導他知識，他較難自發地感受到互動樂趣，改變家庭互動模式為治療首要目標。

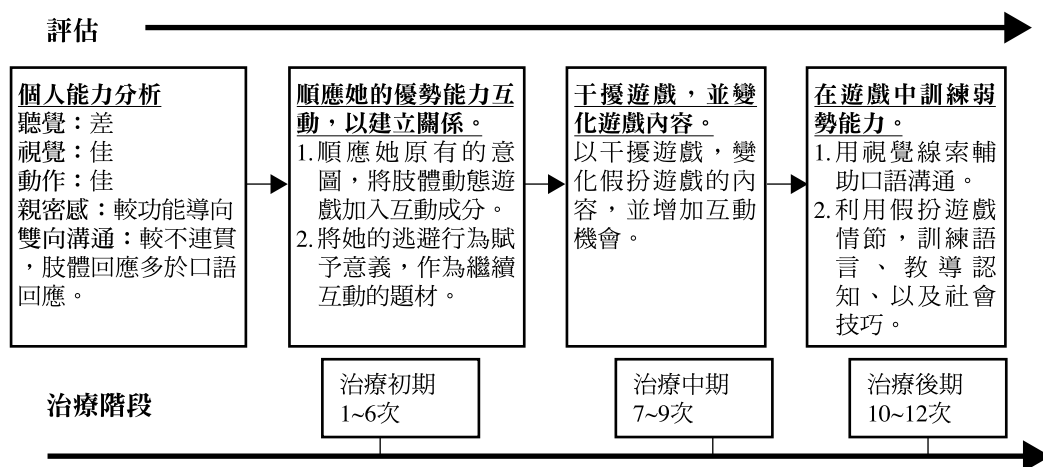
(三)治療過程

治療於醫院進行，兩位治療師共同帶領一位患童，一週一次，一次一小時的治療，父母或父或母全程參與。治療的前半小時使用DIR技巧與患童互動，後半小時與家長討論其觀察的心得或參與患童互動的困難，以及患童本週在家地板時間(floor time, 指以遊戲促進互動技巧)的進展，並對患童在治療室外的問題行為提供諮詢。治療師的分工是初期其中一位治療師示範與患童的互動技巧，另一位治療師分析互動過程，並提供諮詢與指導。隨著治療的進展，中後期主要是家長與患童的互動，治療師退居幕後適時協助雙方持續互動。每次治療結束兩位治療師討論治療歷程，並將之整理紀錄於病歷中。甲接受DIR密集式互動治療十二次，乙接受十次，最後一次治療為治療過程回顧，家長與治療師討論患童的進步，也分享家庭關係的成長，甲有安排三個月後的門診追蹤諮詢。本文為臨床描述性的病歷紀錄研究，作者將DIR發展模式和部分進展的歷程作分析說明，並對症狀和家庭互動的改變成效提出報告。

三、研究結果

(一) 甲的治療過程

1. 甲的治療架構



圖一：甲的評估與治療階段流程圖

2. 甲的治療歷程

(1) 治療初期(1-6次)：順應甲較強的知覺模式，建立與甲互動的新模式。

順應她既有的意圖，將肢體遊戲加入互動成分：

第一次治療，治療師在治療室裡不斷更換玩具來吸引她的注意力，讓她留在治療室以遊戲教導她語言、社交、認知等，卻因她興趣無法持久而受到阻礙。雖然她在治療初期已有展示行為，但展示之後，又馬上去做別的事，不理會母親。如果持續要求她，例如她想玩積木，要求她說「媽媽，一個積木給我」才給她，換來的是她想說時願仿說一兩次，不想仿說時就寧可玩別的玩具。

第三次治療時，她騎腳踏車，在治療室外繞來繞去，不肯進來，母親硬是推她進來，她就尖叫、反抗，大喊「不要」；母親用哄騙的方式讓她進來，她可以配合一下子，但約3-5分鐘，又要出去，如果大人不讓她出去，她就生氣自己開門出去。於是治療師(採用DIR的技巧，順應她的玩法，加入她的遊戲)拿一隻玩具熊給正在騎

腳踏車的她，「要不要載小熊去玩？」，她注視小熊一會兒，把小熊接過去，放在腳踏車後的籃子裡。當她正要騎走時，治療師(繼續延續溝通循環次數)問她：「你要帶小熊去哪裡？」，她簡短回答：「爸爸」，治療師(順應她的意圖幫助她表達完整的語句)回應：「喔，你要帶小熊去找爸爸」，於是變成帶小熊去找爸爸的遊戲。治療師更延續甲想要騎腳踏車的意圖，在找完爸爸之後，讓甲帶小熊去找媽媽，延長互動循環。她騎車騎到一半，看到玩具蔬果，想要下車到桌子邊去玩，此時她可以接受治療師的建議，將腳踏車停放在「停車場」，安靜回座，進入幫小熊泡咖啡、餵小熊吃蔬菜的假扮遊戲。在此階段，治療師順應她喜歡跑跳的興趣，但也以遊戲的方式加入新題材，延續互動循環次數。

將她的逃避行為賦予意義，作為繼續互動的題材：

除了跑到外面，她也會在遊戲當中爬到治療室的窗台上。治療師推測，看窗外景色可能是她爬高的原因，但更有可能的是她感覺無聊，而用爬高來尋求動作刺激。當她爬高時，母親都以「小X危險，趕快下來」，阻止她的行動，但是她的手腳相當靈活，可以自己爬上跳下，母親的警告對她起不了作用。治療師希望她在遊戲中體驗到與人互動的樂趣遠大於自我刺激，每當她要踏上椅子，治療師(採用DIR干擾遊戲的方式)先她一步，到達窗台前，把她用來登高的小椅子拿開，並發出誇張好笑聲調與動作，喊著「我要來捉妳囉，嘿嘿嘿」。她驚訝的看著治療師，露出好笑的表情，再躲到別處去爬高，形成「她躲一治療師追」的遊戲。由治療師的觀察，發現她為了要躲避治療師的追逐，不得不注意治療師的方位，因此與治療師有許多眼神接觸，在互動中也有許多開懷的笑容。

治療師也觀察到動態性的活動，一方面是她的興趣，另一方面也可能是她躲避挫折的方法。治療師協助母親不再用以往強制的態度，不讓她出去，而是當她再度回來時，以包容的態度及微笑的表情接納她，請她做她已經會的行為，使她可以短暫的進入假扮遊戲。假扮遊戲時，口語對話雖少，但自發性語言增多，也比較願意仿說。雖只能持續5-10分鐘，且僅限於她熟悉的特定主題，但是治療師決定持續在遊戲中增加鼓勵及包容，減少遊戲時間的挫折感，延长假扮遊戲的時間。於是她在假扮遊戲一跑出去一假扮遊戲之間來回，隨著六次治療，假扮遊戲時間越來越長，

她跑出去的時間與次數越來越少。當她動態遊戲減少，假扮時間逐漸延長時，治療師又觀察到她假扮遊戲當中，重複、刻板、非互動成分居多，而且拒絕母親介入，故治療中期是以干擾遊戲，變化遊戲內容，增加互動機會為目標。

(2) 治療中期(7-9次)：干擾遊戲，並變換遊戲內容。

第七次治療，她如往常重複餵小娃娃喝牛奶。母親建議她帶小娃娃上廁所，她動作配合，將小娃娃拿到玩具馬桶上。治療師為打破劇情的固定性，(採用干擾遊戲的方式)拿起另一隻大娃娃，對她說「小X，我要喝奶奶」，她沒有回應。治療師更用充滿失望與急切的語調：「我想喝奶奶，我肚子好餓喔，咕嚕咕嚕」，並把大娃娃拿到她眼前，她仍專注照顧自己手上的小娃娃。治療師推測光是充滿失望和急切的語調仍無法引起她的注意，於是治療師建議母親以更積極的干擾遊戲引發她的互動。於是，由母親所扮演的大娃娃，開始發出大而尖銳的哭聲(希望藉由聽覺刺激引起她的注意)：「哇哇哇，我肚子好餓，哇哇哇」，並不斷向她逼近。她聽到哭聲，轉頭看大娃娃一眼，繼續手邊的事。母親抓住這個非口語互動的當下，趁勝追擊，繼續發出尖銳的哭聲「哇哇哇，我要喝奶奶，妳都不理我，哇哇哇」。她聽到娃娃嘈雜的哭聲，好像不得不理般，說「不要」，隨即把大娃娃拿起，放到一旁，好像大娃娃就不存在一般，繼續照顧小娃娃。至此，互動有所進展，她除了動作回應，也出現了口語回應，並以拒絕詞「不要」結束了一個溝通循環。於是治療師鼓勵母親繼續以干擾遊戲與她互動，當時她正帶小娃娃上廁所，母親扮演的大娃娃於是搶上前去大喊「我先，我先，我也要，妳都不理我！哇哇哇」，母親又開始發出尖銳的哭聲，她趕緊拿起奶瓶塞進母親嘴裡(因為哭聲是從母親發出)，治療師與母親都笑成一團，治療師推測她不清楚母親在假扮娃娃跟她玩，隨即引導她，餵母親手上的娃娃喝奶。

該次治療後，甲在假扮遊戲時的引發互動有明顯的進步，她在玩扮家家酒時會不停的「說話」，雖然部分內容不知在說些什麼，但不像以往不理人，她許多時候是看著治療師說，像是在跟治療師分享什麼。她用手指碰玩具火爐，假裝「受傷」之後，會趕緊跑去找母親擦藥。母親與她的互動技巧也有進步，不再因害怕她尖叫凡事順她，而是學會以開玩笑、遊戲的方式跟她玩，引發與她的互動。母親請家人

跟她講話慢一點，讓她了解，並帶動家人使用DIR模式與她互動後，她比較願意說話，在家哭鬧、尖叫都減少。在校老師說她比較坐得住了，正確口語和主動表達增多，人際互動也有進步。母親到校參觀，她可以安靜坐50分鐘，可以和同學手牽手活動。她願意與人互動，從事靜態活動之後，治療後期的目標就以她與別人互動為基礎，教導她較不足的語言、認知，和互動技巧。

(3) 治療後期(10-12次)：在遊戲中訓練語言、認知、及互動等能力。

第十次治療，她會主動表達需要，例如「阿姨給我；媽咪我想開」；她想玩上次玩的飛機，主動跟治療師說：「你去拿飛機」。然而，她仍有許多不正確的用語，比如她看到白板，不停地說「不行碰、不要碰這個」，邊說「不要碰」邊向白板走去，治療師(推測她的意圖)示範正確說法：「我可不可以畫畫？」。她拿玩具沙發，治療師問她：「這是什麼？」，她不會，治療師(在遊戲中教導她字彙)教她「沙發」。治療師並進一步(用動作、觸覺等其他知覺訊息輔助她的聽覺理解)做出坐下的動作，問她：「沙發用來做什麼？」；請她用手指摸一摸，感覺一下，問她：「沙發是軟的還是硬的？」等問題，協助她將不同感覺或不同情境的經驗連結到字彙概念。她的社會性能力也有進步，看人的次數與時間都增加，可跟治療師玩輪流畫黑板的遊戲；母親請她唱歌給大家聽，她會不好意思的微笑，她唱到一半，要母親幫忙，主動對母親說：「你會唱」，並以微笑回應我們給她打拍子與鼓掌。母親表示她在幼稚園裡適應良好，會主動問老師「這是什麼？」，會分享「你看瓢蟲」。

治療至此，甲的尖叫和跑跳行為減少，口語互動的行為增加，母親知道如何與她互動，她也逐漸適應團體生活，於是雙方決定一週一次密集式DIR治療告一段落。母親已經跟學校爭取每週一次二十分鐘的時間，她可以帶著甲和其他小朋友互動。治療師也建議邀請小朋友到家裡來玩，家長得以在家中引導甲適當的人際互動行為。

3. 甲的治療結果

(1) 症狀上的進步

互動方面，她用眼神傳遞訊息(要求、分享)的頻率增加，玩遊戲時，有較多開

心的笑容。她在二月因無法配合團體活動，被第一所幼稚園拒絕，至六月在目前的學校可以坐得住，並配合小朋友一起活動，也可以接受其他人與她一起玩靜態的遊戲。情緒相互性也表現在遊戲和生活中，當娃娃哭泣，她會趕緊餵娃娃喝牛奶；爸爸背痛，她會幫爸爸「惜惜」；到賣場玩具部門，爸爸問她「要不要買？」，她回答：「我們家很多，不要買」；爸爸在她玩泡飲料的扮家家酒遊戲時，故意問她：「有沒有啤酒？」，她想一想，學母親不耐煩的表情跟爸爸說：「沒有啤酒」，爸爸開心。

語言溝通表達字數增加、語意完整。遊戲中可以回應治療師「娃娃肚子餓了、娃娃手手髒髒、小娃娃也要吃」等話語。假扮遊戲的內容較豐富多變化，可以從餵娃娃喝牛奶、洗頭髮，拓展到煮東西給娃娃吃、唱歌哄娃娃睡覺、帶娃娃上學等腳本。她會問為什麼，如「妳為什麼要這樣？」；可以用語言表達害怕，如父親要去開車，她會說「等等我，不要跑，怕死了」。在校同學弄到她的眼睛，她會找老師說：「老師，我的眼睛，我的眼睛痛痛」，她已經會用語言表達挫折以取代尖叫。但她也會有誤解他人的時候，如遊戲時煮東西，母親問她「妳要加什麼東西？」，她回答「家樂福」；母親和姐姐跟她玩拍腿的遊戲，她跑去問父親：「為什麼她們要打我？」，母親覺得她已經表現出有思想的話。

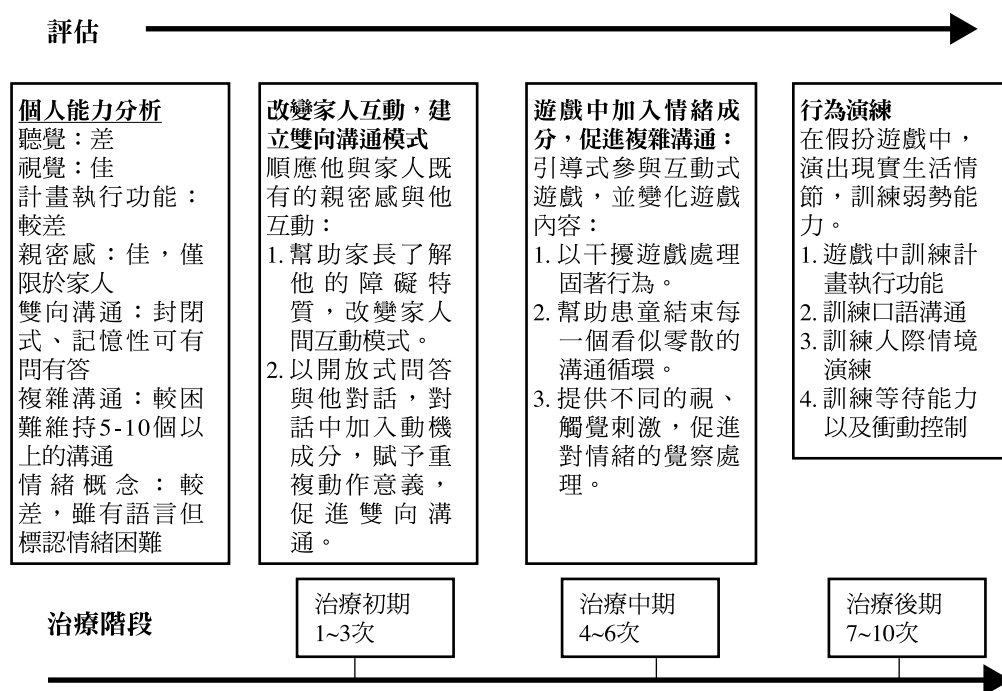
(2) 家庭的進步

親子互動的進步：初診時，家長對於患童不聽話、咬人的行為束手無策，並對於她被幼稚園拒絕感到挫折。接受治療之後，父母親開始了解到患童互動上的限制並非僅是「語言發展較慢」而已。母親開始積極與治療師配合並使用DIR技巧，逐漸增加許多跟甲互動的信心與技巧，例如當她開始要尖叫時，取代過去直接板起臉孔制止她，母親採用遊戲的方式，應用「打勾勾」當作有趣的行為約定：每當甲要尖叫時，母親就伸出手，用溫和但堅定的語氣說「來，小X，打勾勾」，甲就會好奇地跑過來跟母親打勾勾，並自己接著說「不可以尖叫」。甲母從不知所措，到應用治療師以「一個適應行為，取代另一個不適應行為」的技巧，自己想出有趣、好玩的方式解決甲的尖叫問題。母親變得有信心之後，更進一步指揮家裡的成員，爸爸、姐姐、甚至阿公都懂得運用「干擾遊戲」，即以「好玩」的方式，「不立即滿足其

需求」的方式與她互動。如：阿公故意唱錯一首她熟悉的歌詞來引發甲的互動。在母親的帶領下，全家人不僅接受甲的限制，並同心協力一起在日常生活中幫忙她。三個月後門診追蹤，她見到治療師會打招呼，母親報告學校適應順利。

(二)乙的治療過程

1. 乙的治療架構



圖二：乙的評估與治療階段流程圖

2. 乙的治療歷程

(1) 治療初期(1-3次)：順應他與家人既有的親密關係，改變家人與乙的互動方式，建立雙向溝通模式。

乙是家中獨子，中等智商，家人常以是非對錯單向教導的方式與他互動，家人感覺他面對外人只是比較害羞，或是「不專心」，從未發現他有溝通問題。在學校，他不聽老師上課，做自己的事；上學已兩年，上學前一天仍會哭鬧，父母送他

上學要離開時，他也會哭泣，父母問不出原因，只知他無法跟小朋友玩在一起。家人雖然知道他有自閉症相關的診斷，但並不理解自閉症障礙的特質。治療初期主要目標是協助家人了解乙的溝通障礙特質，並改變與他互動的方式，建立雙向溝通模式。

第二次治療，治療師用假扮遊戲的方式與他互動，演出跟母親打電話的場景，他拿起電話，「喂，bye-bye」。遊戲中雖出現醫師、護士等熟悉的情節，但是他卻無法建構一個連續的故事，不斷重複玩小熊娃娃的吸盤，將它吸在桌上又重複拔起。父親看到他的重複行為，生氣的說「專心一點，你再也不專心，等一下就不帶你去機場接媽媽」。他雖然可以重新注意與治療師的互動，但是不久又繼續玩吸盤。治療師(將重複玩吸盤的固著動作賦予新意義)在一旁嚷著「唉呀！小熊又跌倒了，他傷得很嚴重，要去看醫生」，讓遊戲繼續進行，並藉此訓練他計畫執行功能(受傷了，先止血，再打電話叫救護車送醫)。他雖然可以短暫遵循指示，繼續遊戲，卻不停重複「小熊跌倒」的遊戲，以至於雙向溝通常被迫中斷，父親也因此深刻體驗到他在非結構遊戲中互動的困難。

經過三次治療，他雖然可以簡短的雙向溝通，但是溝通循環數仍少且常缺乏邏輯性，尤其是面對情緒主題時，他常以重複刻板的動作逃脫，使得溝通常是零碎片斷。治療中期的目標是將他的雙向溝通延續到複雜溝通，並讓父母加入成為協同治療者。

(2) 治療中期(4-6次)：在遊戲中加入情緒主題，使乙由雙向溝通進入複雜溝通。

促進複雜溝通的方式包括：以口語或非口語協助結束並連貫每一個看似零散的溝通循環、以干擾遊戲處理刻板動作、以其他知覺刺激輔助帶入情緒主題。第四次治療，他在一棟玩具屋前，重複開門、關門，並說：「這裡有窗戶！」。治療師(以開放式問句)問他：「這是誰的家？」，他想一想，沒有答話。治療師(降低問題難度，以延續溝通)拿一隻魚的布偶問他，「這是不是魚的家？」，他點點頭，把魚放進屋子裡。治療師繼續鼓勵他思考，「魚可以住在房子裡嗎？沒有水魚會不會死掉？」，他點點頭，把魚拿出來。治療師再接著問他，「那這是誰的家？」，他回答「是人的家」，並拿一個大娃娃要放進屋內，但放不進去。他開始玩開關窗戶的

遊戲，經治療師的觀察，發現他在遊戲中遇到挫折，就再用重複行為來回應。治療師(賦予每一個重複動作意義，鼓勵他思考)問他：「開窗戶要做什麼？」，他想了許久，回答「看風景」。重複動作被賦予意義之後，他帶著娃娃演出去池塘邊看魚的情節。遊戲告一段落，他又開始重複開關窗戶。治療師(使用干擾遊戲的技巧處理固著行為)演出恐龍來襲的情節，擾亂他開關窗戶的動作，同時發出誇張的聲調：「吼～～恐龍來了喔，恐龍要來吃你了喔，吼～～～我知道小朋友的肉肉最好吃了」，並用玩具恐龍戳戳他的手臂(提供他觸覺刺激)，他一驚，馬上說「那我趕快把窗戶關起來！」。治療師(堅持目標促使個案作出適當的反應)假扮的恐龍不放棄，繼續咬著窗戶，邊說「我肚子餓了，我知道你在裡面！」，患童表現出害怕的樣子，不知如何是好，又把窗戶打開，但這一回，他是有目的地開窗戶。他對著恐龍說：「那我給你吃香蕉！」，於是拿了一塊黃色的樂高，假裝香蕉給恐龍吃，治療師(繼續延續互動)問他「恐龍吃香蕉嗎？」，他想一想，回答「是」。治療師(繼續引導遊戲當中情緒的深度)拿玩具恐龍輕輕戳他的手，說「恐龍吃肉肉喔！」，他笑了起來，又把窗戶打開，用娃娃的「炫風腿」邊踢恐龍，邊說「我踢！我把你踢走，踢走！」。本次治療結束前，他顯得依依不捨，治療師推測由於本次遊戲跳脫患童先前的固著玩法，患童感到與治療師互動的樂趣，因此不想離開。治療師與父親談話時，他在一旁繼續建構恐龍遊戲，也主動拿恐龍去咬父親，跟父親說「爸爸我要吃你！」，父親面露笑容，並配合他，說「怕怕！不要咬我」，他又教父親：「你要把牠踢走！」。隨著父親改變與他的互動方式，患童也主動地開啟互動，父子兩人關係親近許多。

運用遊戲的方式，他逐漸可以在遊戲中安全地表達情緒，包括害怕、攻擊、撫慰的情緒主題，他也可以適當的同理母親的害怕，並做出一系列的因應策略，當中包含許多複雜、抽象的溝通。他對於害怕情緒的處理以及問題解決的能力均有進步，他的計畫執行功能，以及維持溝通的能力也逐漸加強。接下來的治療目標，可在假扮遊戲中演出生活情境，除增進他的情緒覺察外，也可以協助他做行為演練。

- (3) 治療後期(7-10次)：行為演練，在假扮遊戲中，演出真實生活中情節，訓練弱勢能力。

第九次治療，他玩起扮家家酒的煮飯。治療師用「你要煮多久？」、「煮給誰吃？」、「碗髒掉了怎麼辦？(先洗一洗)」、「要用什麼吃？(筷子)」、「吃飯前要做什麼？(洗手)」等問題讓他思考問題解決的步驟，並經由遊戲的方式逐一演練。他吃飯前會先說：「媽媽，洗手；媽媽，我們一起吃」；另外，治療師用「媽媽喜歡吃什麼？都沒有人要吃怎麼辦？」開放式問句，讓他演練如何解決人際上的問題。當都沒有人要吃茄子時，他起初直接將茄子丟進母親碗裡，就自顧自玩別的玩具食物。治療師提示後，他除了會先詢問母親是否要吃之外，也自發的用：「媽媽，茄子好吃耶！」試圖說服母親。他在主動引發互動(「媽媽，我要來煮蕃茄湯」)，維持互動(「媽媽，你等我一下」)，以及自發性出現說服別人(「媽媽，茄子好吃耶」)等種種的互動表現上有明顯的進步。

雖然他在治療情境有許多互動能力的進步，但情緒支持的部份侷限於親子互動，在遊戲中，可以明顯感覺到他對同儕之間的同理與溝通能力仍較不足，人際歷程較傾向單獨、或是躲避人群，對家人的同理尚未類化到同儕。

3. 乙的治療結果

(1) 症狀上的進步

互動方面，他對家人以外的治療師出現展示行為；對家人有適度的社會相互性，出現同理心，母親害怕，他會安慰母親。

語言溝通表達方面，出現主動開啟對話、維持互動、以及說服別人的行為表現。他可以維持同一遊戲主題互動溝通約30分鐘，從問母親要吃什麼，到用瓦斯爐煮菜，準備碗盤，飯前先洗手，吃飽之後喝湯，吃水果，打果汁，可連續幾十個溝通循環。講電話能力也有進步，可以回答「你是誰？你在哪裡？在做什麼？還要多久？」等問題。母親表示他與人對答的能力進步許多，講話較有組織，他與家人一同進餐時，阿嬤發現他可以適當的回話。

情緒和行為方面，治療後期遊戲中的固著行為明顯減少，母親也未報告日常生活中有其他固著行為的困擾。他在治療室中出現適當的等待行為，母親報告日常生活中他等待的能力也進步許多，如：可以等候送餐。母親不明白他上學為何哭泣，在遊戲中跟他玩想念母親時的解決方法，並幫他做了一張功課表，提醒他第二天學

校的行程，他暫時可以不哭泣。但哭泣的情況偶爾還會出現，治療師鼓勵母親以假扮遊戲以及到校觀察的方式了解他哭泣的原因。母親也轉述老師表示他目前上課專注程度較好，會注意老師在說什麼。

(2) 家庭的進步

親子互動的進步：治療初期，父母在遊戲中傾向坐在一旁觀看，在日常生活中則用嚴厲的語氣直接教導他。到了治療的第二階段，家長已經可以在遊戲中活用互動技巧，日常生活中對待個案的態度變得溫和接納。治療過程父親從直接嚴厲的教導他知識、禮儀、或是威脅他如果不專心就要如何，到可以用溫暖的話問他：「你希望爸爸怎麼做？你希望爸爸怎麼幫忙你？」引導乙思考；母親也是從知識、步驟性的教導，到在遊戲中接納、鼓勵乙情緒的表達，並製造人際的狀況，讓乙思考並解決問題。乙在治療期間與家長親密感明顯增進許多，以前怕父親，現在黏父親。

親職技巧的進步：治療初期母親對乙上學前的哭鬧，或是想交朋友卻不得其法感到挫折。治療的第三階段，我們看到母親不斷地運用遊戲情節訓練乙人際能力，比如說訓練打電話邀請朋友到家裡玩的情景；如何與學校同學分享一個玩具；在學校乙想念母親時，該如何處理。雖然乙適應行為的養成並非立竿見影，但是明顯的感受到母親的親職技巧已進步許多，也較有自信。母親表示自己只是替乙做一張功課表，提醒乙在學校將會做的事情，他上學前哭鬧的情緒就好轉許多，好像事先預告他會發生的事，他比較能接受與父母分開。上述問題解決的實例顯示父母的親職技巧以及效能感均增加許多。

獲得情緒上的支持：在確定診斷之前，由於不知道乙問題的所在，乙用餐時莫名的哭鬧常讓同桌的親友認為是家長的疏於管教，於是家長改用嚴厲的方式管教他，但效果不彰，家長深感困擾。母親後來表示「確定自閉症的診斷對父母而言其實是得救，因為我們終於知道這一切不再只是我們的問題」，後續DIR治療提供的互動技巧、親職諮詢給予他們幫助及支持很大。

四、討 論

DIR療法是依據患童不同的發展階段，先由順應患童的喜好開始，逐步將患童導入互動的、充滿情感的世界。藉由與人(而非與物)互動的過程中，自然地教導分享注意力、情感投入、簡單和複雜動作溝通、以及問題解決的能力，再逐步引導患童進入充滿意圖以及抽象概念的層次(Wieder & Greenspan, 2003)。從上述兩位患童的治療結果，發現運用DIR模式可以減輕症狀，促進模仿、情緒分享、對話等社會互動能力，親子關係和家庭互動有顯著的改善。以下討論治療成效可能的療效因子、DIR與行為治療的關係、本研究的限制與未來發展的方向。

(一)療效因子

1. DIR為一個金字塔式統整的發展介入模式，以家長為媒介，家庭關係為基礎，注重兒童的意圖，可以顧及個別差異。

金字塔的最下層是所有孩子都需要的穩定、情感滋潤、支持、及特別設計的家庭模式，這個基礎包括身體的保護、及安全。第二層是持續且穩定的關係，發展中的孩子需要藉此建立情緒和認知的能力。第三層是依照孩子的個別差異所建立的一致性關係。第四層是配合孩子的發展階層來建立關係及產生互動。最頂端是特定的治療或教育技巧，特定的治療必須採取發展取向，以家庭關係和互動方法為基礎(劉瓊瑛譯，2005，頁231-235)。家人可以透過洞悉患童動機的方式，幫助患童達成他想要的目標，並添加新的元素，以達成互動的樂趣。雖然許多其他互動式治療模式強調與同儕的互動模式，成人的介入僅為輔助性(歐陽佩婷、何修瑜譯，2000/2005)，但DIR模式由於需要隨時掌握患童的意圖，以修正互動的步調，家人或是主要照顧者，與患童相處的時間最長，了解程度也比其他成人或是同儕要多，他們會看到孩子接受治療或其他經驗後的反應，家長和治療師絕對是需要一起工作的伙伴。若家庭有困難，或經常更換工作人員或老師，都會阻礙孩子的進步(劉瓊瑛譯，2005，頁167-172)。

2. 改變家長互動模式，順應患童的喜好互動，幫助患童克服生理上的限制。

治療前，家長為患童安排許多知識學習活動，甲家長是要甲乖乖坐好，學語言；乙家長要乙專心回答記憶性的問題，然而他們都遇到患童不願意配合的情形。治療中，家長經由治療師的同理、示範、和提供參考書籍了解患童的生理限制，進而改變他們與患童的互動模式，由順應患童喜好的活動開始，與患童重新建立好互動基礎。治療後，患童與家長的互動明顯改善，甲比較願意配合；乙情緒較穩定，可以講道理，也願意等待。其中家長願意先改變自己，與患童建立互動的新模式，是達成療效的重要原因。

3. 結合遊戲與日常生活，訓練互動能力，跨情境與隨機的治療模式。

DIR的模式雖以「地板時間」假扮遊戲為主，但也可在日常生活中隨時找機會，透過不立即滿足需求，以開放式、協調式的口吻，促進患童溝通的意圖，增加互動的質與量。此模式的假扮遊戲是以日常生活的活動為題材，這些核心經驗能幫助患童日常生活中的情緒覺察與行為演練，有助療效的類化。Marcus、Kunce 與 Schopler(1997)認為強化父母的自我效能才能使治療技巧類化和維持。兩位患童的家長在治療過程中學習覺察與同理孩子的情緒需求，並積極尋找接納孩子的學校，持續和老師互動，協助患童適應學校生活中可能出現的各種問題，兩位家長對孩子的接納和自我效能的呈現是治療成效類化和維持的重要因素。

4. 以訓練互動能力為前提，造成全面的發展提升。

兩位患童的治療重點均著重於與人互動的能力；根據家長主觀報告兩位患童在互動、語言對答、情緒穩定、適應行為方面都有所進展，甲尖叫的改善與乙上課注意力提升，雖不是治療直接處理的議題，卻是情緒發展階段提升的附帶產品，符合DIR模式的假設：打好互動能力的基礎，其他認知、語言、社交等能力也可以在互動下全面提升。

雖然許多治療以外的同時事件，例如患童的成熟、兩位患童上一般普通幼稚園，可能會影響他們的進展，而非是治療效果，但是也有研究指出一般公立或是私立綜合療育課程(包括感覺統合、生活技能訓練等)並不足以造成廣泛性發展疾患各方面的改變，除非密集使用行為分析技巧(Eikeseth, Smith, Jahr, & Eldevik, 2002;

Howard, Sparkman, Cohen, Green, & Stanislaw, 2005)。另外，研究也指出學校提供許多自然的與同儕社交的情境或是語言刺激，有助於患童各方面的發展，但是這些普通班級所提供的環境刺激對廣泛性發展疾患患童的幫忙有限，除非他們已經先具備某些基本人際互動技巧(Myles & Simpson, 1993)，上述研究說明成熟和上普通幼稚園等因素無法取代密集式治療對廣泛性發展疾患的療效，也間接證實若沒有互動基礎，廣泛性發展疾患患童不容易從自然環境中增進各方面的發展。本文對兩位不同性別、不同情緒發展階段的高功能非典型自閉症患童做短期介入DIR互動治療，的確促進了他們全面不同程度的發展提升，包括注意力及情緒調節能力，參與能力，情感相互性，複雜且有目標的行為系列，和主題範圍有關的情緒邏輯思考和問題解決的能力等，並幫助他們成為溫暖、可愛、能溝通、有創意的孩子。

(二)DIR與行為治療的關係

雖然DIR與行為治療看似大相逕庭，但仍有許多相近之處。例如治療的結構化部份，DIR強調非結構化的互動，隨時加入孩童正在進行的活動，行為治療則較強調環境結構化，但為幫助患童學習成效的類化，不少行為治療也轉向在孩童生活情境下進行。在動機訓練的部分，DIR著重內在意圖自然引發行為，或是以內在的意圖滿足本身為增強；行為治療也逐漸從強調外在的增強物轉為自然產生的增強，不少社交訓練方案更是在遊戲中進行，訓練患童成為主動溝通者(Klinger & Dawson, 1992; Matson, Sevin, Box, Francis, & Sevin, 1993; Pierce & Schreibman, 1995)，更有自然取向行為治療模式為增加孩子的自發性，以及大人與孩子的互動，就在遊戲中進行治療(Schreibman, Kaneko, & Koegel, 1991)，並順從孩子的帶領(Kaiser, Yoder, & Keetz, 1992)，這些都與DIR基本精神相呼應。DIR訓練的社會互動是以遊戲的方式，進行「腳本、情境」的演練，但腳本內容常順應患童的遊戲內容而變化。治療技巧上也有類似之處，例如鼓勵互動時，DIR運用行為治療中時間延遲策略，使用周旋、協調的方式，先不予滿足患童所要的事物，鼓勵患童溝通，直到患童表達出足夠的溝通意圖才予滿足。雖然DIR模式對於周旋、互動的過程著墨較多於行為結果，但是在治療中，增強的概念仍是非常靈活的運用。劉瓊瑛譯著(2005，頁298-300)中提到一些

進步有限、無法學習模仿和使用象徵符號的孩子，必須同時接受行為治療及DIR治療。行為治療可以幫助他們學會動作和行為的排列順序能力(譬如模仿)，而DIR可以幫助他們將這些能力變成自己的一部份(相對於在外力的操控之下)。

(三)臨床應用、限制與未來發展方向

許多廣泛性發展疾患的孩子，尤其是所謂「高功能自閉症」患者，在與人互動所必須具備的動作技巧、語言、以及視聽知覺協調技能的缺陷並不顯著，但是與人互動意圖卻極度缺乏，常有患童家長抱怨他們的孩子會講話，大多數也都聽得懂，但是他們不願意回話，或是所說的話不是用來溝通。本文所報告的兩位患童屬於高功能自閉症患者，加上其動作、知覺技能沒有顯著缺陷，故可適用此種針對互動、意圖的治療方式。兩位患童除了減輕症狀、增進親子關係外，一般認為自閉診斷的孩子所缺乏的發展領域也都有進展，包括同理心、創造性和自發性思考、親密性、以及情緒相互性等。

臨床所見自閉症患童常呈現不同的障礙類型和障礙程度，而缺乏將情感(意圖)及順序排列能力連結在一起的能力卻是核心特徵。DIR增進的是每個孩子都需要的核心基本技能，高功能的孩子可以經由DIR進到下一個發展階段，低功能的孩子更需要互動式的治療，「學習的品質」比「什麼時候學會」基本技能更重要，DIR著重個別差異，可以涵蓋自閉障礙異質性高的特性。每個孩子都是獨一無二的，目前唯一可以用來預測孩子未來成就的指標是學習曲線，只要曲線繼續上升，孩子就能繼續成長(劉瓊瑛譯，2005，頁231-235)，這個觀點給家長、治療師很大的鼓舞。

本文採用家長與治療師主觀觀察患童情緒、互動的變化，即為一種直接試驗介入方案的療效評量，未來若能加上功能性情緒評估量表、老師客觀評量、定期的家訪、校訪，以及後續追蹤，更能評估長期療效。未來亦可研究DIR對於低功能自閉症患童、或是其他知覺、動作缺陷患童的適用性。最後，本研究缺乏對照組，未來亦可比較DIR模式治療、行為治療以及DIR模式加上行為治療三組療效的差異。

參考文獻

- 姜忠信、宋維村(2005)：〈自閉症嬰幼兒的早期診斷：文獻回顧〉。《臨床心理學刊》，2卷1期，頁1-10。
- 陳榮華、陳心怡(2000)：《魏氏幼兒智力量表修定版(WPPSI-R)中文版指導手冊》。台北：中國行為科學社。
- S. E. Gutstein原著，歐陽佩婷、何修瑜譯(2000/2005)：《解開人際關係之謎：自閉症、亞斯伯格症：啟動社交與情緒成長的革命性療法》台北：久周。
- S. I. Greenspan, S. Wieder, & R. Simons原著，劉瓊瑛譯(1998/2005)：《特殊兒教養寶典：促進智力和情緒成長的全新療法》。台北：久周。
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, S. R., Averay, D. L., DiPietro, E. K., Edwards, G. L., & Christian, W. P. (1987). Intensive home-based early intervention with autistic children. *Education and Treatment of Children*, 10, 352-366.
- Bartels, W. M. (2004). Implementation of the developmental, individual-differences, relationship-based (DIR) model in a preschool for children with autism spectrum disorders. *Dissertation Abstract International: Section B: The Science and Engineering*, 65, 2612.
- Birnbrauer, J. S., & Leach, D. J. (1993). The Murdoch early intervention program after 2 years. *Behavior Change*, 10, 63-74.
- Bodfish, J. W. (2004). Treatment the core features of autism: Are we there yet? *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 10, 318-326.
- Da Silva, P. C., Eira, C., Pombo, J., Silva, A. P., Da Silva, L. C., Martins, F., Santos, G., Bravo, P., & Roncon, P. (2003). Clinical program for treatment of difficulties with relating and communicating based on the D.I.R. model. *Analise Psicologica*, 21(1), 31-39.

- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4-7 year-old children with Autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification*, 26(1), 49-68.
- Fenske, E. C., Zalenski, S., Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (1985). Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 49-58.
- Green, G. (1996). Early behavioral intervention for autism: What does research tell us? In C. Maurice, G. Green, & C. S. Luce (Eds.), *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals* (pp. 29-44). Austin, TX: PRO-ED.
- Greenspan, S. I. (1992). Reconsidering the diagnosis and treatment of very young children with autistic spectrum or pervasive developmental disorder. *Zero to Three*, 13, 1-9.
- Harris, S. L., Handleman, J. S., Gordan, R., Kirstoff, B., & Fuentes, F. (1991). Changes in cognitive and language functioning of preschool children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 21, 281-290.
- Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26(4), 359-383.
- Hwang, B., & Hughes, C. (2000). The effect of social interactive training on early social communicative skills of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 331-343.
- Kaiser, A. P., Yoder, P. J., & Keetz, A. (1992). Evaluating milieu teaching. In S. F. Warren & J. Reichle (Eds.), *Causes and effects in communication and language intervention* (pp. 9-48). Baltimore MD: Paul Brooks Publishing Co.
- Klinger, L. G., & Dawson, G. (1992). Facilitating early social and communicative development in children with autism. In S. F. Warren & J. Reichle (Eds.), *Communication and language intervention series: Vol. 1. Causes and effects in Communication and language intervention* (pp. 157-186). Baltimore: Brookes.

- MacEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long term outcome for children with autism who receive early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 4, 359-372.
- Marcus, L. E., Kuncie, L. J., & Schopler, E. (1997). Working with family. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 631-649). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Matson, J. L., Sevin, J. A., Box, M. L., Francis, K. L., & Sevin, B. M. (1993). An evaluation of two methods for increasing self-initiated verbalizations in autistic children. *Journal of applied Behavior Analysis*, 26, 389-398.
- Myles, B., & Simpson, R. (1993). Integrating preschool children with autism with their normally developing peers: research findings and best practices recommendations. *Focus on Autistic Behavior*, 8(5), 1-18.
- Olszyk, R. K. (2005). Changes in symptomatology and functioning of preschoolers with autism in the context of the DIR model. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 66 (2-B), 1180.
- Perry, R., Cohen, I., & DeCarlo, R. (1995). Case study: Deterioration, autism, and recovery in two siblings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 232-237.
- Pierce, K., & Schreibman, L. (1995). Increasing complex social behaviors in children with autism: Effects of peer-implemented pivotal response training. *Journal of applied Behavior Analysis*, 28, 285-295.
- Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
- Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (1999). Early experience and early intervention for children at risk for developmental delay and mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 1-10.
- Schreibman, L., Kaneko, W. M., & Koegel, R. L. (1991). Positive affect of parents of

- autistic children: A comparison across two teaching techniques. *Behavior Therapy*, 22, 479-490.
- Sheinkopf, S. J., & Siegel, B. (1998). Home-based behavioral treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 15-23.
- Smith, T. (1996). Are other treatments effective? In C. Maurice, G. Green, & C. S. Luce (Eds.), *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals* (pp. 45-59). Austin, TX: PRO-ED.
- Smith, T. (1999). Outcome of early intervention for children with autism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 33-49
- Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *The Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth Edition (SB-IV)*. Chicago: Riverside.
- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7(4), 425-435.
- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2005). Developmental pathways to mental health: The DIR-super (™) model for comprehensive approaches to assessment and intervention. In K. M. Finello (Ed.), *The Handbook of Training and Practice in Infant and Preschool Mental Health* (pp. 377-401). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- World Health Organization (1992). *The International Classification of Diseases: Diagnostic Criteria for Research* (10th ed.). Geneva: Author.

A Treatment based on the Developmental Individual-difference, Relationship-based Model for Two Preschool Children with High-Functioning Autism: A Preliminary Report

HSIAO-YU YEN, CHANG-CHANG TSENG, WEI-TSUEN SOONG

Purpose: This article reported the developmental individual-difference, relationship-based (DIR) intervention model for two preschool children with high-functioning autism. The intervention process and the effects of treatment were reported. **Methods:** We reviewed the clients' progressive notes and analyzed their improvements qualitatively. They received 12 and 10 one-hour weekly treatment sessions, respectively. Two clinical psychologists delivered the treatment and the parents were co-therapists. **Results:** Both children showed overall improvements in social, language, emotional, and behavioral functioning after intervention. The most significant progress was in the quality of social interactions. The evaluation of treatment effectiveness, the limitation of the research method, the applicability of DIR for other autistic children, and the possible relationship between DIR and behavior therapy are discussed. **Conclusions:** The DIR intervention model was applied to two children with autism with good treatment effect on social, language, emotional, and behavioral functioning.

Key words: the developmental individual-difference, relationship-based (DIR) model, high-functioning autism, functional emotional milestones

Hsiao-yu Yen: Clinical Psychologist, Department of Rehabilitation, Sijhih Branch of Cathay General Hospital

Chang-Chang Tseng: Clinical Psychologist, Clinical Psychology Center and Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital (Corresponding Author, E-mail: cctseng@ntu.edu.tw)

Wei-Tsuen Soong: Department of Psychiatry, St. Joseph's Hospital

