

The Developmental, Individual differences, Relationship based model

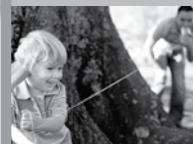
ארגון DIR ישראל שמח לארח אתכם בכנס השמיני

התפתחות במרחבים משותפים

צעדים משתלבים בנתיבי המחקר והטיפול

בית סוראסקי, המרכז הרפואי ע"ש שיבא בתל השומר
ימים רביעי וחמישי, כ"ז-כ"ח באדר ב' תשע"ו, 6-7 באפריל 2016

www.dir-israel.org.il



על הכנס

הכנס השמיני של ארגון DIR ישראל, יעסוק בקשר שבין השדה הטיפולי והשדה המחקרי העכשווי, בחיבור שבין סביבה להתפתחות ובתרומה של מקצועות הטיפול השונים לטיפול כוללני בילד ובמשפחתו. הכנס יכלול הרצאות מגוונות בנושאים העולים בטיפול, ובמחקרים המזינים ומחזקים את החשיבה והעשייה הטיפולית על פי המודל.

יומו הראשון של הכנס יוקדש להרצאות במליאה ובמושבים מקבילים.

יומו השני של הכנס יוקדש כולו להרצאות במליאה.

מרצה אורחת: פרופ' סימה גרבר – קלינאית תקשורת, המחלקה להפרעות בתקשורת ובלשנות באוניברסיטת קווינס, ניוירוק; חברת סגל בכירה ופעילה בוועד המייעץ של ארגון Profectum האמריקאי; בעלת ניסיון קליני של למעלה מ־40 שנה.

מודל ה־DIR אשר פותח על ידי ד"ר שרינה וידר וד"ר סטנלי גרינשפן ז"ל, הינו מודל להערכה וטיפול בילדים עם צרכים מיוחדים ובמשפחותיהם.

התבוננות דרך משקפת מודל ה־DIR, מכילה בתוכה את מרכיבי יכולות התפקודיות והרגשיות של ילד, מיקומו בסולם ההתפתחותי, אפיוניו הפיזיולוגיים ודרכו הייחודית לעבד מידע. התבוננות זו דורשת הבנה של האופן בו מרכיבים אלו משפיעים ומושפעים זה מזה, ומהווה את אבן היסוד המשמעותית במודל ה־DIR.

במרכז החשיבה והעשייה הטיפולית על פי המודל נמצאת התפיסה כי האינטראקציה בין הילד, משפחתו ומטפלו, היא המצע המאפשר ומניע את ההתפתחות על כל מרכיביה.

יותר ויותר מחקרים עדכניים מעידים על מרכיבי הקשר, המשחקיות, ההתאמה, הסנכרון וההתכווננות אל מאפייניו הייחודיים של כל ילד, כמרכיבים מרכזיים בדרך אל מימוש הפוטנציאל הטמון בו.

כל אלו יוצרים רקמה עדינה של חיבורים עבור הילד ומשפחתו, רקמה המהווה חיבור בין מרכיבי התפקוד וההתפתחות, היכולת לעיבוד מידע, היכולת להיות בקשר, ליזום ולהתבטא.

אנשי הטיפול והחינוך מן המקצועות השונים חוברים אל הילד ומשפחתו לטוויית רקמה עדינה זו. העבודה בצוותים רב־מקצועיים תחת המודל, מקדמת את המטפלים והמשפחות לחשיבה משותפת, מעמיקה וחדשנית, המופרית וניזונה מהקשר ביניהם ומהקשר עם ההורים.

ארגון DIR ישראל הוא ארגון התנדבותי שהוקם על ידי מטפלים העובדים על פי המודל במטרה לבסס ולקדם את לימוד המודל והטמעתו עבור משפחות ואנשי טיפול וחינוך ברחבי הארץ. הארגון פועל כארגון עצמאי התנדבותי תחת חסות העמותה לילדים בסיכון.

שלום רב לכל המשתתפים,

בשם ארגון DIR ישראל, אני שמחה ונרגשת לארח אתכם בכנס השמיני שלנו בישראל.

אני מקווה שהיומיים הקרובים יהיו בעלי משמעות עבורכם כמו גם עבורינו!

אני מודה הן לפרופ' סימה גרבר על כך שהגיעה לישראל במיוחד על מנת לדבר בכנס זה, והן לכל המרצות מן האקדמיה ומן השטח שיהיו פה ביומיים הקרובים ויחלקו עמנו את ידיעותיהן וניסיונן. הכנס הקרוב עוסק בנתיבים שבין מחקר וטיפול ובהשתלבותם זה בזה. ביומיים הקרובים נראה כיצד ממצאים מחקריים עכשוויים מאששים את ההסתכלות הכוללנית העומדת בבסיס מודל ה־DIR וכיצד זה קורה הלכה למעשה.

ארגון DIR ישראל, שם לו למטרה לקדם את העבודה החינוכית והטיפולית הכוללנית על פי מודל ה־DIR ולהכשיר מטפלים, אנשי חינוך והורים של ילדים עם צרכים מיוחדים לעשייה שכזו. הארגון מחובר לארגון Profectum האמריקאי, אותו הקימה ד"ר שרינה וידר, הוגת המודל בשיתוף עם ד"ר סטנלי גרינשפן ז"ל. ד"ר וידר יצרה את הבסיס והתמיכה ובזכותה הפכנו להיות מי שאנו היום.

הארגון הישראלי הוקם באופן רשמי לפני כארבע שנים, ולפני כשנה הצטרפנו לעמותה לילדים בסיכון בראשותה של ציפי נגליאדלשטיין.

הארגון הינו ארגון ללא מטרות רווח, אשר הוקם על ידי קבוצת מטפלות/מתנדבות הפועלות ללא לאות לקידום העשייה הטיפולית על פי עקרונות מודל ה־DIR – עשייה טיפולית וחינוכית אשר מתייחסת להבדלים אינדיווידואליים בין אדם לאדם, למערכות היחסים של הפרט עם המטפלים בו והמטפלים על ידו ועם העולם הסובב אותו (הרגשי והדומם).

במהלך השנים האחרונות הארגון פועל כדי להנחיל ולהנגיש את החשיבה העומדת בבסיס המודל לכלל המטפלים ואנשי החינוך, כמו גם להורים. לפני כשנה וחצי התחלנו את קורס העקרונות של המודל ומאז קיימנו כשבעה קורסים ברחבי הארץ, בירושלים, בתל־אביב, בחיפה, בבאר־שבע, בכפר תבור וברחובות, ובשנה הבאה נמשיך באיזורים נוספים. אנו מקיימים ימי עיון וכנסים אחת לשנתיים לסירוגין, ומדי שנה מקיימים סמינר הסמכה בו משתתפים מטפלים אשר מעוניינים להעמיק בלמידת המודל. מספר המשתתפים בארץ גדל בהתמדה, ובימים אלה יש כבר מעל 300 מטפלים ואנשי חינוך המצויים בתהליך ההכשרה.

בשנה האחרונה התחלנו תהליך של בדיקת מסלול ההכשרה שלנו באמצעות המחלקה המחקרית של בית איזי שפירא, וכבר בשלב ראשוני זה אנו מוצאים כי תהליך ההכשרה שלנו מאפשר למטפלים להבין את עבודתם טוב יותר, לחוש בטוחים יותר ובעלי מוטיבציה גבוהה

<<<

יותר בהתמודדותם היומיומית. אנו עמלים כל הזמן ליצור כלים שיאפשרו לנו להתפתח ולהמשיך לקדם את החזון שהצבנו לעצמנו.

כולי תקווה כי מטפלים, אנשי חינוך והורים נוספים יסייעו לנו להמשיך בתנופה ולהגדיל את מאגר המטפלים המשתלבים את החשיבה ה־DIR'ית בעבודתם היומיומית.

בהזדמנות חגיגית זו אני רוצה להודות לצוות ההיגוי של ארגון DIR ישראל בכלל ולמספר אנשים מדהימים שללא שעות העשייה שלהם לא היינו כאן היום: לענבל הימן האחראית על כנסים בארגון ולצוות הכנסים של הארגון – רחל פרידנשטיין, טלי מאס, יאנה פלג ומירב קאסוטו פסקרה; לצוות האינטרנט בראשותה של מיה קסטנבאום – ובסיוען של תמי מרקס ומיכל פירן שהצטרפה לאחרונה; לחן כרמילדיז'ינסקי – האחראית על תהליכי ההכשרה בארגון, שעומלת בימים אלה עם צוות הסמינר – תמי מרקס, קרן איפלן, איילת הס וענת אופנהיים על ארגון סמינר ההכשרה השנתי המתקיים בקיץ כבכל שנה; לעליזה ויג אשר ממשיכה לקחת חלק במפגשים של הוועד המנהל; לחברות המלוות אותנו מראשית דרכנו ועודן איתנו תמיד כשצריך ובכלל אתי שני, הדס ברזאב ורותי ויצמן.

אני לא יכולה לסיים את המכתב הזה מבלי לחזור ולהודות לד"ר שרינה וידר, אשר תומכת בנו מקרוב ומרחוק כל השנים ואשר העניקה לנו את המודל הזה ואת ההסתכלות הכליך מיוחדת אותה מאפשר לנו מודל ה־DIR.

אנו מקווים מאוד שתיהנו במהלך הימים הבאים.

נשמח מאוד לראותכם עמנו בהמשך הדרך,

יעל ברוק ביניא



מנהלת ארגון DIR ישראל.

The **D**evelopmental, **I**ndividual differences, **R**elationship based model

Shalom Uv'Racha!

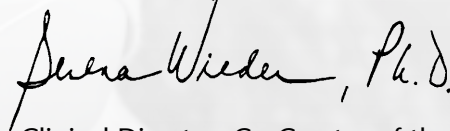
It is a great pleasure and honor to welcome you to our 8th DIR-Israel Conference and while I regretfully cannot attend in person this year, you can be sure I "sit" beside each of you listening to our wonderful presenters to learn and grow together to advance development of our children and ourselves.

But what do we mean by development? How do we know it is on track? What if it is uneven? These are just some of the questions Stanley Greenspan and I asked day after day as we worked with families and saw children derailed by their environments, their neurobiology, and the lack of early intervention. We saw the need to move from "silos", to an integrated dynamic system approach looking at how the child's development capacities, individual differences and relationships work together and created the DIR Model.

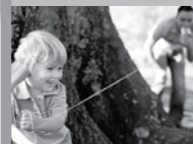
It was my greatest pleasure to bring the DIR Model to Israel and I am very proud of the training and learning opportunities DIR-Israel provides today led by Yael Bruck Binya, Chen Carmi-Ladizinsky, Inbal Heiman Maya Kastenbaum and an amazing team of interdisciplinary professionals. The Profectum Foundation works closely with DIR-Israel and this year I am so pleased Sima Gerber, PhD., our esteemed Senior Faculty, is here with you.

Each one here shares a mission as we strive to advance our knowledge and practice to meet the challenges of the growing number of children with special needs and families. I am confident we will each take a few steps forward at this Conference.

With Best Regards,
Serena Wieder, Ph.D.



Clinical Director, Co-Creator of the DIR Model



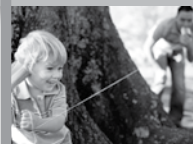
תכנית הכנס

יום רביעי 6.4.2016 – מאיאה ומושבים מקבילים

התכנסות ורישום	09:00 – 08:00
דברי פתיחה	09:30 – 09:00
DIR/FT and Developmental Social-Pragmatic approaches to speech-language intervention:	10:20 – 09:30
Enhancing your interactions with communication, language, and speech in mind	
Sima Gerber, Ph.D., CCC, Professor, Queens College, CUNY	
DIR/FT וגישות התפתחותיות סוציו-פרגמטיות להתערבות בתחום השפה והדיבור:	
שיפור האינטראקציות תוך הדגשת התקשורת, השפה והדיבור	
פרופ' סימה גרבר, קלינאית תקשורת, אוניברסיטת קווינס, ניו יורק	
(ההרצאה תינתן בשפה האנגלית)	
מציאות, דימיון ומה שביניהם	11:10 – 10:20
המעבר מעולם התחושות והאובייקטים המוחשיים ליצירת המרחב הסימבולי והחשיבה	
האבסטרקטית דרך משחק	
ד"ר עליזה יוג – פסיכולוגית קלינית, מכון סימני קשר, ארגון Dir ישראל	
הפסקה ופיזור למושבים	11:40 – 11:10
מושבים מקבילים (ראה פירוט)	13:40 – 11:40
הפסקת צהריים	14:30 – 13:40
מושבים מקבילים (ראה פירוט)	16:30 – 14:30

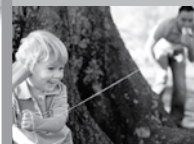
יום חמישי 7.4.2016 – הכ3אוג במאיאה

התכנסות ורישום	08:45 – 08:00
פתיחה	09:00 – 08:45
"כולנו רקמה אנושית אחת חיה"	09:40 – 09:00
קשר נרקם בין שניים, בין גוף לגוף, בין רקמה לרקמה, בין אדם לאדם, בין אדם לסביבה	
יעל ברוק ביניא, מרפאה בעיסוק, מנהלת ארגון DIR ישראל	
סינכרוניזציה בינאישית על כל סוגיה	10:35 – 09:40
ברגש, בגוף ובמוח והחשיבות המרכזית שלה לתקשורת חברתית	
ד"ר יוליה גולנד, מרכז סגול למוח ותודעה, המרכז הבינתחומי הרצליה	
הפסקה	11:00 – 10:35



תכנית הכנס

<p>משחקיות אצל ילדים עם הוריהם ועם הגננות שלהם השוואה בין ילדים בקשת האוטיזם וילדים עם התפתחות תקינה פרופ' קורי שולמן, אוניברסיטה העברית</p> <p>ויסות עצמי, ויסות הדדי ומה שביניהם בתהליך ההתפתחותי ד"ר נורית יגרמן, אוניברסיטת בר־אילן</p> <p>הפסקת צהריים</p> <p>מאפייניה המוסיקאליים והתקשורתיים של אקולליה משני עברי הגדר מטפל מטופל ד"ר מאיה מרום, מטפלת במוסיקה, אוניברסיטת בר־אילן</p> <p>Comprehension Across the Spectrum A Longitudinal Story of a Child's Triumphs and Struggles with Language Development</p> <p>הבנה על הרצף, תיאור מקרה ארוך נצחונות ומאבקים של ילד סביב התפתחות השפה פרופ' סימה גרבר, קלינאית תקשורת, אוניברסיטת קווינס, ניויורק (ההרצאה תינתן בשפה האנגלית)</p> <p>הפסקה</p> <p>פאנל מומחים - דיון בעקבות הצגת המקרה חברי הפאנל:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ אתי שני - קלינאית תקשורת ◆ ד"ר עליזה ויג - פסיכולוגית קלינית ◆ הדס ברזאב - מרפאה בעיסוק ◆ ד"ר יאנה פלג - פסיכולוגית ◆ פרופ' סימה גרבר - קלינאית תקשורת, אוניברסיטת קווינס, ניויורק (הדיון בפאנל יתקיים בשפה העברית) 	<p>11:50 - 11:00</p> <p>12:40 - 11:50</p> <p>13:30 - 12:40</p> <p>14:15 - 13:30</p> <p>15:15 - 14:15</p> <p>15:30 - 15:15</p> <p>16:30 - 15:30</p>
---	--



פירוט המושבים המקבילים - יום רביעי 6.4.2016

11:40-13:40 **בוקר** 🕒

גנים בכל מיני צבעים" 📍

אנשים שונים, דרכים שונות, חליפות שונות מותאמות לצרכים וליכולות

במושב זה יוצגו שילובים שונים של מודל ה-DIR בתכניות גניות שונות בארץ.

♦ **הדס ברזאב** - מרפאה בעיסוק, גני שקד, העמותה לילדים בסיכון

♦ **טלי מאס ואתי בן שם**, גני "ללמוד וללמד של הרב גלבך" צפת

♦ **שני בנדרלי**, גני סולם בית שמש

♦ **תמר רייכמן, אדוה ענבר, איילת וישניצר ומיכל ברון**, גני תקשורת רחובות, העמותה לילדים בסיכון.

המושב ירוכז על ידי **יעל ברוק ביניא**, מנהלת ארגון DIR ישראל

📍 בית סוראסקי, אולם

רפלקטיביות הורית: עבודה קבוצתית עם הורים 📍

♦ **ד"ר נעמה עצבה פוריה**, פסיכולוגית התפתחותית, אוניברסיטת בן-גוריון

♦ **שלומית שניאור**, פסיכולוגית קלינית

📍 בית סוראסקי, חדר גדול

המרחק שבין פטרונות להדדיות 📍

אוטיזם והכלתו במעגלי החיים: הורות ומשפחה, טיפול ומערכת החינוך

("הכלה" היא המושג המדויק למה שאנו קוראים "שילוב יחידני")

♦ **רינת בראון** - אמא לתאומים עם אוטיזם, עובדת סוציאלית ומטפלת משפחתית זוגית

📍 בית ספר לאחיות, חדר 5

מודל ה-DIR בטיפול בילדים מורכבים מינקות לבגרות 📍

הסתכלות מערכתית דינמית בטיפול בילדים עם קשיים מורכבים לאורך הינקות,

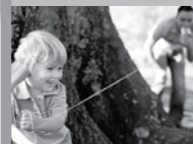
הילדות והנערות

♦ **ד"ר עליזה יוג**, פסיכולוגית קלינית

♦ **הינדי ליפשיץ**, קלינאית תקשורת

📍 בית ספר לאחיות, חדר 8

13:40 - 14:30 🕒 הפסקת צהריים - בית סוראסקי 🕒



אחר הצהריים 14:30-16:30 

DIR/FT and Developmental Social-Pragmatic approaches to speech-language intervention: The best of two worlds



מודל ה-DIR/FT וגישות התפתחותיות סוציו-פרגמטיות להתערבות טיפולית בשפה ותקשורת: הטוב משני העולמות

◆ פרופ' סימה גרבר, קלינאית תקשורת, אוניברסיטת קווינס, ניו יורק

מושב זה מיועד לקלינאיות תקשורת בלבד. ההרצאה תינתן בשפה האנגלית.

 בית סוראסקי, אולם

מבט מצדה השני של הספה (או... חדר המשחקים)



דיון תיאורטי וחוויתי בסוגיות הקשורות לעולמו של מטפל ה-DIR

◆ ד"ר יאנה פלג, פסיכולוגית ◆ רחל פרידנשטיין, מרפאה בעיסוק


 בית סוראסקי, חדר גדול

אין כמו בית - No place like home



עקרונות מנחים לתכנית DIR בסביבה הביתית, בדגש על קווי היסוד של תכנית ביתית (עבודה סנסומוטורית, עבודה חצי מובנית ו-Floor Time) ועל המשמעויות הנלוות להעברת הטיפול מה"מגרש בקליניקה" אל ה"מגרש הביתי".

◆ טלי מאס, מרפאה בעיסוק ◆ מיכל פירן, מרפאה בעיסוק


 בית ספר לאחיות, חדר 8

לבד זה קל

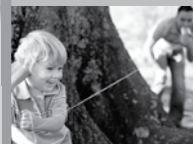


על חשיבות העבודה בקבוצה כהמשך לטיפול היחידני

◆ אתי שני, קלינאית תקשורת ◆ מירב קאסוטופסקרה, מרפאה בעיסוק

 בית ספר לאחיות, חדר 5

תקצירי ההרצאות במליאה



DIR/FT and Developmental Social-Pragmatic approaches to speech-language intervention: Enhancing your interactions with communication, language, and speech in mind

Sima Gerber, Ph.D., CCC, Professor
Department of Linguistics and Communication Disorders
Queens College, CUNY
ASHA Fellow

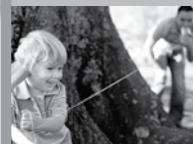
In this presentation, the lens of a developmental speech-language pathologist will be used to respond to some of the more challenging questions faced when working within a DIR/FT model with children with significant communication, language, and speech challenges. Questions which are typically posed will be addressed including:

- Why might a child be non-verbal
- How do we facilitate intentionality
- How do we talk to a child with a communication and language problem
- How do we model language for children who are echolalic
- How do we respond to scripting

and most importantly:

- How can we think developmentally about communication, language, and speech

Suggestions for how to integrate the science of language acquisition into your work and play with children on the autism spectrum will be provided and illustrated.



תקצירי ההרצאות במליאה

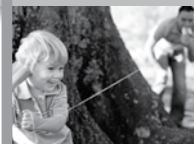
DIR/FT וגישות התפתחותיות סוציו־פרגמטיות, להתערבות בתחום השפה והדיבור: שיפור האינטראקציות תוך שימת לב לתקשורת, לשפה ולדיבור

פרופ' סימה גרבר, המחלקה להפרעות בתקשורת ובלשנות, אוניברסיטת קווינס, ניויורק

בהרצאה זו נתבונן דרך העדשה של קלינאי התקשורת ההתפתחותי, כדי לענות על כמה מהשאלות היותר מאתגרות איתן מתמודדים כאשר מטפלים במודל ה־DIR, בילדים בעלי אתגרים משמעותיים בתחום התקשורת, השפה והדיבור. ייתן מענה לשאלות אופייניות אשר מתעוררות. ביניהן:

- מה גורם לילד להיות לא מילולי
- איך נעודד התכוונות
- איך נדבר אל ילד עם קשיים בתקשורת ושפה
- איך ניתן מודל שפתי לילדים שהם אקוללים
- איך נגיב לדיבור בתסריטים
- והכי חשוב: איך נחשוב התפתחותית על תקשורת, שפה ודיבור

בהרצאה יועלו הצעות והמחשות לגבי האופן שבו ניתן לייצר חיבור בין תיאוריות של רכישת שפה לעבודה הקלינית ולמשחק עם ילדים המאובחנים על הספקטרום האוטיסטי.



תקצירי ההרצאות במליאה

מציאות, דימיון ומה שביניהם

המעבר מעולם התחושות והאובייקטים המוחשיים ליצירת המרחב הסימבולי והחשיבה האבסטרקטית דרך משחק

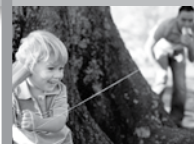
ד"ר עליזה ויג, מכון סימני קשר, ארגון DIR ישראל

מודל ה-DIR הינו מהפכני וייחודי בהמשגת ההתפתחות כאינטגרטיבית וכוללנית המבוססת על מרכיבים פסיכודינמיים, הבדלים ביכולות העיבוד הסנסומוטורי של הילד, ויכולות התפתחותיות רגשיות בתוך מערך של אינטראקציות ויחסים. הרצאה זו מתמקדת במושג "המרחב" ב-DIR ומגדירה אותו כתהליך דינמי מתרחב ומרכזי בתהליך הטיפולי של ילד עם לקויות התפתחותיות נרחבות. תהליך טיפולי זה מתנהל בין 2 סוגי "מרחבים". המרחב הראשון הינו "המרחב המציאותי". זהו המרחב בו הילד מכיר את גופו ואת סביבתו החושית והאנושית ומתנהל בהם. המרחב השני הינו "המרחב הפוטנציאלי". מושג זה הוטמע על ידי ויניקוט, שהגדיר את "המרחב הפוטנציאלי" כמרחב הפנימי אשר כולל את התפתחות העולם היצירתי והסימבולי של הילד. בהרצאה תוצג העמדה הטוענת כי לקויות משמעותיות ביכולות החזותיות מרחביות משפיעות על התפקוד ומעכבות את פיתוח "המרחב הפוטנציאלי". לדוגמה, ללקויות כמו רגישויות תחושתיות, קשיים בעיבוד סנסומוטורי וכדומה, תהיה השפעה משמעותית על התפתחות היכולת של הילד לבנות את "המרחב הפוטנציאלי". לקויות אלו עלולות לחבל ולעכב את גיבוש יכולת ההסמלה הראשונית (למשל 'אמא') או יכולת הסמלה מורכבת יותר בהמשך (למשל 'סופרמן'). ללא טיפול נכון, קשיים אלו יאתגרו את יכולת הילד לבנות את "המרחב הפוטנציאלי" והילד ישאר ממוקד ב"מרחב המציאותי".

היכולת של ההורה/המטפל להתייחס לשני המרחבים: המרחב המציאותי והמרחב הפוטנציאלי בו זמנית היא קריטית בטיפולו של הילד. יכולת זו מאפשרת לילד לבנות ייצוגים פנימיים מותאמים יותר ולפתח חשיבה סימבולית ובהמשך חשיבה אבסטרקטית.

ההרצאה תדון במכניזמים הבסיסיים הנדרשים לבניית סמלים וייצוגים ראשוניים, ומורכבים יותר. כמו כן יוצג כיצד התפתחות סימבולית מתרחשת בין שני המרחבים המתוארים. בהרצאה יינתנו כלים יישומיים על מנת לאפשר למבוגר התומך בילד לפתח את המרחב הזה באינטראקציה עם הילד בשלבי ההתפתחות השונים.

ההרצאה מלווה בקטעי וידאו ואילוסטרציות על מנת לתאר מושגים מופשטים אלו ולהדגים את הכלים המדוברים.



תקצירי ההרצאות במליאה

"כולנו רקמה אנושית אחת חיה"

קשר נרקם בין שניים, בין גוף לגוף, בין אדם לאדם, בין אדם לסביבה

יעל ברוק ביניא, ארגון DIR ישראל

מה גורם לנו להיות כל כך שונים זה מזה, האם אלו ההבדלים הביולוגיים שבינינו אשר איתם הגענו לעולם, האם אלה מערכות היחסים אותן אנו יוצרים עם המטפלים בנו ועם הסובבים אותנו, או האם זהו השילוב של שני אלה גם יחד? בעבר הלא רחוק זו הייתה שאלה, היום המחקר מראה לנו שלא ניתן להפריד את אלה מאלה.

מודל ה-DIR מבוסס על היפותזת הלקות האפקטיבית "The affect diathesis hypothesis" אשר הוגדרה בעקבות המחקר של ד"ר גרינשפן וד"ר ווידר. ההיפותזה מסבירה את החיבור בין תחושה, רגש ופעולה – בין עיבוד חושי, אפקט ותנועה בין אדם לאדם ובתוך האדם עצמו. היא מדגישה את העובדה כי ההנעה לפעולה היא רגשית, כי תפקוד הוא כוללני וכי אין לאדם מערכת גופנית אחת אשר פועלת לבדה וללא תיאום. למעשה, אנו יוצרים רב-ערוציים – כל מידע אשר נקלט על ידינו, מעובד ברמה החושית והרגשית בו זמנית וכך גם משפיע הן גופנית והן רגשית על הפרט ועל הסובבים אותו. אינפורמציה אשר נקלטת במערכת אחת, תמיד תשפיע על מערכות נוספות ועל הקשרים שלנו עם העולם האנושי והגשמי.

היפותזת הלקות האפקטיבית הוגדרה על ידי ד"ר גרינשפן בשנת 1992 בעקבות ממצאים מחקריים חדשניים שלהם ושל חוקרים נוספים באותה תקופה. היום, כעשרים שנה ויותר לאחר מכן, המחקר מראה לנו כיצד הדברים אכן מתחברים יחדיו. מחקרי המוח מראים לנו את משמעותה של הקישוריות המוחית, את האופן שבו מערכות שונות ומוחות שונים משפיעים אלו על אלו.

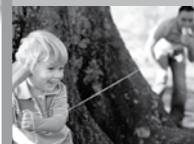
ממצאים מראים כי סנכרון ביולוגי בינאישי/אינטרסובייקטיבי הוא אשר מאפשר התפתחות. הקשרים אותם אנו יוצרים רגשית וגופנית, משפיעים על ההתפתחות הניורוביולוגית שלנו וההיפך. הבסיס הביולוגי שלנו הוא בשניים וישנה קואורדינציה בין תהליכים ביולוגיים, רגשיים וחברתיים. קואורדינציה זו מתחילה כבר ברחם האם וממשיכה עם בואו של תינוק לעולם ובמהלך החיים עצמם. אותה קואורדינציה מאפשרת תהליכים של ויסות הדדי וויסות עצמי ומאפשרת לנו ללמוד ולפעול בעולם. במהלך ההרצאה ננסה לעקוב אחר תהליכים אלה כפתיחה להרצאות של החוקרים והמטפלים שידברו בהמשך היום.

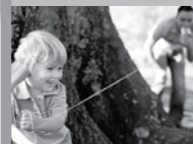
תקצירי ההרצאות במליאה

סנכרון בינאישי: בגוף, ברגש ובמוח

ד"ר יוליה גולנד, מרכז סגול לחקר התודעה והמוח, המרכז הבינתחומי, הרצליה

מחקר רב מראה שבמהלך אינטראקציה, אנשים נעשים מתואמים אחד עם השני. כך, אנשים מחקים באופן ספונטני תנוחות גוף והבעות פנים של בן השיח, "מדביקים" אחד את השני במצביהם הרגשיים ותופסים דברים בצורה דומה לבני אותו מעגל חברתי. ישנם הרבה קולות בספרות המדעית הטוענים שסנכרון בינאישי מהווה תשתית בסיסית לכל תפקוד חברתי. בהרצאה זו, אציג את מחקרי הסנכרון הבינאישי, את המודל המוחי בבסיס מחקרים אלו וכן את ההשלכות המיטביות של סנכרון עבור אינטראקציה בינאישית אופטימלית.





תקצירי ההרצאות במליאה

משחקיות אצל ילדים עם הוריהם ועם הגנות שלהם

השוואה בין ילדים בקשת האוטיזם וילדים עם התפתחות תקינה

פרופ' קורי שולמן, ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית ירושלים

הילדים ברצף האוטיזם (autism spectrum disorder: ASD) שונים מילדים עם התפתחות טיפוסית ביכולותיהם לשחק ובכישוריהם החברתיים. כתוצאה מכך אינטראקציות משחקיות אשר אמורות להיות חוויות שהמשתתפים בהן נהנים, עלולות להיות מאתגרות עבור המשתתפים. במקום לבנות מערכות יחסים הדדיות וחיוניות, אינטראקציות אלו לפעמים הופכות להיות מורכבות ולא מספקות. לילדים עם ASD נטייה להיות פחות "משחקיים" (playful) מאשר ילדים עם התפתחות טיפוסית. משחקיות מומשגת כתכונה אישיותית ולא דווקא כמיומנות התפתחותית, בשונה מכישורי משחק אשר מומשגים כיכולת התפתחותית ומאופיינת על ידי רמות שונות. למרות שתכונות אישיותיות יציבות ושייכות למבנה של הפרט, מחקר מראה שהן משתנות בהתאם להקשר בו הילד/ה נמצא/ת. התאמה זו לא נבדקה במשחקיות ומחקר זה בא לבחון את ביטוי המשחקיות של ילדים עם ASD בהשוואה לילדים בהתפתחות טיפוסית, כאשר הילדים משחקים עם אמותיהם בבתיהם ועם הגנת שלהם במסגרת הגן.

עשרים ותשעה ילדים עם ASD ושלושים ושניים ילדים עם התפתחות טיפוסית, כולם בני שלוש עד שש שנים השתתפו במחקר הנוכחי. הם שיחקו חצי שעה עם אמותיהם ועם הגנת שלהם. הממצאים הראו הבדל במשחקיות בין ילדים עם ASD ובין ילדים עם התפתחות טיפוסית כשיחקו עם אמותיהם ולא כשיחקו עם הגנת שלהם. בנוסף, ילדים עם ASD גילו יותר משחקיות כשיחקו עם הגנת שלהם כאשר הילדים עם התפתחות טיפוסית גילו יותר משחקיות כשיחקו עם האימהות שלהם.

ההתאמה של המשחקיות בשתי קבוצות הילדים מעידה על משחקיות כתכונה הסתגלותית שמשתנה בהתאם להקשר בו משחקים. ההקשר כולל התייחסות לשותף במשחק ולמקום בו המשחק מתרחש. הצגת הצעות להתערבות יעלו ויידונו.

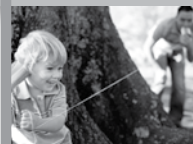
תקצירי ההרצאות במליאה

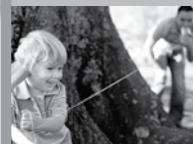
ויסות עצמי, ויסות הדדי ומה שביניהם בתהליך ההתפתחותי

ד"ר נורית יגרמן, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בראילן

ויסות עצמי (Self-regulation) הינה יכולת אנושית, מרכזית בחשיבותה, המהווה בסיס להתפתחות יכולות ומיומנויות רבות ומשפיעה באופן משמעותי על תפקודו של האדם לאורך החיים. מחקרים רבים בתחום התפתחות הילד קושרים את היכולת לויסות עצמי עם התפתחות אופטימאלית. מחקרים אחרים קושרים הפרעות בוויסות עצמי עם קשיי התפתחות ופסיכופתולוגיה.

ההרצאה תעסוק במרכיב המולד (נוירוביולוגי) ובמרכיב הנרכש (אינטראקציית הורה-ילד) של היכולת לויסות עצמי. יושם דגש על החשיבות של קידום איכות האינטראקציה שבין הילד והוריו כמוקד לקידום היכולת לויסות עצמי אצל ילדים עם קשיי ויסות מולדים.





תקצירי ההרצאות במליאה

מאפיינייה המוסיקאליים והתקשורתיים של אקולליה משני עברי הגדר מטפל מטופל

ד"ר מאיה מרום, אוניברסיטת בר־אילן

הרצאה זו מבוססת על מחקר דוקטורט שערכתי במסגרת החוג לתרפיה במוסיקה, במחלקה למוסיקה באוניברסיטת בר־אילן. המחקר – שנערך בהנחיית ד"ר אבי גלבוץ ופרופ' אהוד בודנר – מתמקד בתופעת האקולליה כפי שמופיעה אצל ילדים על הספקטרום האוטיסטי, ומחולק למעשה לשני מחקרים שונים: המחקר הראשון (מיקרו־אנליזות של קטעי אקולליה מתוך טיפולים עם שלושה מטופלים מהעבר) מספק בסיס של התבוננות מעמיקה בתופעה, והמחקר השני (ראיונות חצי מובנים עם 14 מרואיינים) מרחיב את הדיון ומספק רפלקציה רב־מימדית על התופעה. שני המחקרים יתוארו בהרצאה.

מטרת המחקר הוגדרה כדלהלן: בחינת מאפיינייה המוסיקאליים של אקולליה, בחינת אופייה הבינאישי, וניתוח הפונקציות התקשורתיות שהיא ממלאת בתהליך הטיפולי שבין המטפל למטופל במהלך טיפול במוסיקה, על מנת לעמוד על הפוטנציאל הטיפולי הטמון בה ככלי להבנת הילד הנמצא בספקטרום האוטיסטי, ושיפור התקשורת עמו.

תוצאות המחקר הראשון (מיקרו־אנליזות) הניבו שלושה כיווני התבוננות. (א) הוגדרו שישה סוגי תפקידים שאקולליה ממלאת עבור המטופלים. (ב) הוגדרו שבעה סוגי תגובות שלי לאקולליה של המטופלים. (ג) מעבר לבחינת ההיבטים המוסיקאליים של כל אלה, הוצלבו קטגוריות המטופל והמטפל בעזרת טבלה המאירה את התהליך הבינאישי העלול להתרחש בשיחה בה אחד משני המשתתפים משתמש באקולליה מרובה.

תוצאות המחקר השני (ראיונות) העלו תמות רבות ומגוונות בנוגע לאקולליה. ניתן לחלקן לחמישה אשכולות: (א) תמות תוך־אישיות (תהליכים הקורים בין הילד לבין עצמו); (ב) תמות בינאישיות (תהליכים המתרחשים בין הילד לבין אחרים); (ג) תמות העוסקות בקשר בין אקולליה ומוסיקה; (ד) תמות שנדונו על ידי המטופלים במוסיקה בלבד – בדבר רגשותיהם אל מול מטופלים המשתמשים באקולליה; (ה) (שוב, מטופלים בלבד): האסטרטגיות המעשיות בהן בוחרים המטופלים להשתמש כאשר מטופליהם נוקטים באקולליה מרובה.

תקצירי ההרצאות במליאה

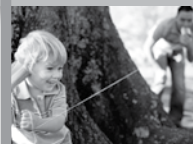
Comprehension Across the Spectrum: A Longitudinal Story of a Child's Triumphs and Struggles with Language Development

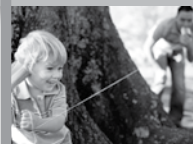
PROFESSOR SIMA GERBER

In this presentation, we will address the somewhat "hidden" but pervasive problem of comprehension challenges in children with Autism Spectrum Disorders. The relationship between comprehension and production of language in both typical and atypical language acquisition will be explained. The origins of language comprehension from the early development of gestures and words in context to the decontextualized comprehension of the structures and meanings of language to the understanding of written text will be explored by telling the story of one child's language development over a 10-year period of language intervention.

The correspondence between the child's DIR® Functional Emotional Developmental Levels and developmental language stages over the course of treatment will be reviewed and the goals and strategies of DIR®-informed language intervention at several points in the child's treatment will be illustrated. Finally, the child's use of unconventional forms of language, namely scripting, seen as his "solution" to dealing with both comprehension and formulation difficulties and the shifting functions of these forms, will be a theme throughout the story.

Segments of an interview with the child's mother will be shown to clarify her perspective on how best to address comprehension challenges during natural parent-child interactions. The parent's journey across the child's developmental language stages will clarify strategies that were used to facilitate the child's evolving language and communication strengths.





תקצירי ההרצאות במליאה

הבנה על פני הרצף: נצחונות ומאבקים של ילד סביב התפתחות השפה – תיאור מקרה ארוך

פרופ' סימה גרבר

ההרצאה תינתן בשפה האנגלית.

במצגת זו נתמקד בבעיה "נסתרת" אך נרחבת של אתגרים בהבנה אצל ילדים עם ASD. נבהיר את היחסים שבין ההבנה וההפקה של שפה בתהליך רכישת שפה טיפוסית ולא טיפוסית.

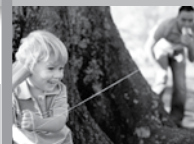
נדון במקורות של הבנת השפה, החל מההתפתחות המוקדמת של מחוות ומילים תלויות הקשר, אל עבר הבנה שאינה תלוית הקשר, של מבנים ומשמעויות של שפה, והבנה של טקסט כתוב דרך סיפור התפתחות השפה אצל ילד אחד, על פני תקופה של עשר שנים של התערבות טיפולית.

נסקור את ההתכתבות בין שלבי ההתפתחות התפקודית רגשית (FEDL) המתוארים במודל ה-DIR, לבין שלבי התפתחות השפה לאורך תקופת הטיפול. נתבונן ונדגים את היעדים והאסטרטגיות של התערבות שפתית על פי מודל ה-DIR במספר נקודות בתוך תהליך הטיפול בילד.

השימוש של הילד בצורות לא קונבנציונאליות של שפה, כלומר דיבור בתסריטים, הנראה כ"פיתרון" שלו להתמודדות עם קשיים בהבנה וביצירת מבעים, והתפקיד המשתנה של הפקות אלה, יהוו את התמה המרכזית לאורך הסיפור.

נציג מספר קטעים מתוך ריאיון עם אמו של הילד על מנת להבהיר את נקודת המבט שלה על הדרך הטובה ביותר להתמודד עם אתגרים בהבנה במהלך אינטראקציות הורה-ילד טבעית.

תיאור המסע של ההורה לאורך שלבי התפתחות השפה של הילד ידגים את האסטרטגיות ששימשו בכדי לתמוך בשפה המתפתחת ובעוצמות התקשורתיות של הילד.



תקצירי המושבים המקבילים (בוקר)



גנים בכל מיני צבעים

במושב זה יוצגו תכניות לעבודה על פי מודל ה־DIR בתוך גנים. ארבעה אשכולות של גנים שונים יציגו פרויקטים בדגשים שונים מתוך העשייה החינוכית-טיפולית, על פי מודל ה־DIR בגנים.

הגנים: **גני חולון** – העמותה לילדים בסיכון, **גני "ללמוד וללמד"** – של הרב גלבך בצפת, **גני סולם** – בית שמש, **גני רחובות** – העמותה לילדים בסיכון.

1. עבודה עם הורים במסגרת הגן

אשכול גני חולון של העמותה לילדים בסיכון

הדס ברזאב

עבודה טיפולית עם הורים על פי מודל ה־DIR מכוונת לאפשר לילד ולהורה לחוות דפוס קשר חדשים. בגני התקשורת ביחידת חולון הולכת ומתרחבת עבודה טיפולית זו. אתגרים יחודיים עולים ולצידם חוויות עוצמתיות של כל השותפים – ילדים, הורים, מטפלים ומדריכים. אשתך בחשיבה המלווה את התהליך ואציג את מודל העבודה שיצרנו.

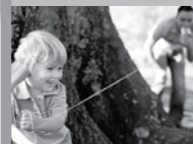
2. מעגלי תמיכה והטמעה של מודל ה־DIR בגני תקשורת

גני "ללמוד וללמד" של הרב גלבך בצפת

טלי מאס ואתי בן שם

בהרצאה זו נתאר תהליך רב־שנתי של הטמעת מודל ה־DIR בתוך גני תקשורת "ללמוד וללמד" של הרב גלבך בצפת. תהליך זה החל מתוך בחירה במודל כמסגרת מארגנת עבור התכנית החינוכית-טיפולית, אך ללא היכרות מעמיקה עמו, וכיום המודל מהווה אבן יסוד שלה וחלק בלתי נפרד מזהות המקום. נציג את תהליך ההטמעה דרך מסע מעמיק ומלמד בן ארבע תקופות של התפתחות הגנים והמודל השזור בתוכם. נשתף בדילמות שעלו, מענים ותמיכות מקצועיים שנבנו. נעזר בדוגמאות לתהליכים טיפוליים והדרכתיים.

אנו נמצאים בראשיתו של המסע וברור לנו כי הוא נמשך...



הרצאות במושבים המקבילים (מוקד)

3. מטפסים בסולם

גני סולם בית שמש

שני בנדולי

המערך של גני סולם בית שמש, מובנה ומסונכרן עם מודל ה־DIR. טרם הקליטה של הילדים בגן, נערך אינטייק על פי עקרונות המודל. המוטיב אשר מנחה את צוות הגן בבניית תכנית גנית ותכנית אינדיווידואלית לכל ילד, נשען על שלושת צירי המודל, ובעקבותיו כל ילד מקבל Floor Time, עבודה חצי מובנית ועבודה סנסומוטורית – פרטנית וקבוצתית. ההורים שותפים לתהליך הטיפולי, ישיבות הצוות נערכות תוך צפייה בווידאו וקביעת מטרות אשר מסייעות לנו לטפס בסולם השלבים.

4. גנים בכל מיני צבעים – גן פוגש DIR

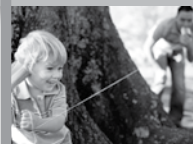
גני התקשורת ברחובות – העמותה לילדים בסיכון

צוות מדריכות DIR גני רחובות – אדוה ענבר, תמר רייכמן, איילת וישניצר, מיכל ברון

”באמצע היום הצבע הצהוב פגש ברחוב בצבע ה... פתאום נפלו לבור עמוק התגלגלו-לו-לו-לו-לו-לו, התבלבלו-לו-לו-לו-לו, השתוללו-לו-לו-לו-לו כל היום... וכך נולד הצבע ה...”

גני התקשורת ברחובות שונים זה מזה. הם נבדלים בפרופילים של הגנים ושל אנשי הצוות המרכיבים אותם, במערכות היחסים ובשלבים ההתפתחותיים.

בהרצאה נתאר את המפגש בין מדריכות DIR שונות לבין גנים שונים, מפגש אשר יצר צבעים חדשים. נציג את התכניות וההתאמות הייחודיות לכל גן, את הבורות שבדרך ואת הטיפוס בשלבים.



הרצאות במושבים המקבילים (מוקד)



רפלקטיביות הורית: עבודה קבוצתית עם הורים

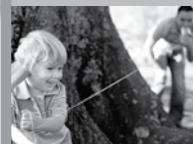
ד"ר נעמה עצבה פוריה ושלומית שניאור

רפלקטיביות (Reflective functioning – RF) מוגדרת כהליך פסיכולוגי העומד בבסיסה של הבנה של מצבים מנטלים כמו רגשות, מחשבות ומוטיבציה של העצמי ושל האחרים. יכולת רפלקטיבית של הורים הינה בעלת תפקיד מרכזי בהתפתחות הילדים וההורים והתקשרותם. מחקרים מראים שיכולת זו הינה הבסיס ליכולת הורית מכווננת לצרכי הילדים המאפשרת התפתחות של התקשרות בטוחה.

בסדנה זו נציג שיטת התערבות קבוצתית ברפלקטיביות הורית. שיטה העוסקת בפיתוח ובהעצמה של הרפלקטיביות ההורית, לגבי מצבים פנימיים של הילד/ה וההורה. מדובר בתכנית מפגשים ייחודית המבוססת על התערבות אשר נמצאת בשימוש רחב: The Reflective Parenting Program. הקבוצה הטיפולית מועברת במשך 14 מפגשים (12 מפגשים קבוצתיים, מפגש אינטייך/הערכה פרטני ומפגש סיכום/הערכה פרטני). כל המפגשים הקבוצתיים כוללים הנחייה, דיון ותרגול ברפלקטיביות בנושאים שונים הקשורים לאינטרקציות של הורים עם ילדיהם. המפגשים הקבוצתיים מאפשרים להורים ללמוד דרכים חדשות בהן ניתן להבין את הקשר הקיים בין רגשות, מחשבות והתנהגות, ולפתח יכולת התבוננות על המצבים הפנימיים של הילדים ושל ההורים. דהיינו, היכולת לזהות ולהבין מה מניע את ההתנהגות של הילדים ומה מניע את ההתנהגות העצמית שלי כהורה.

יכולת להתבוננות באחר ובעצמי מהווה כלי יעיל לחיזוק הקשר בין הורים לילדים ולבניית מערכות יחסים בטוחות, חמות ותומכות. מחקרים מראים כי יכולת התבוננות מקדמת את התפקוד הקוגניטיבי, החברתי והרגשי של ילדים לאורך זמן. השיטה משלבת עקרונות מטיפול CBT לצד חשיבה פסיכודינאמית. הרעיונות שבבסיס התכנית, אשר יוצגו בסדנה, מתאימים לשימוש גם בהתערבויות פרטניות ולמעשה מהווים בסיס לכל עבודה בה יש אינטרקציה עם הורים ו/או ילדים.

בסדנה תוצג שיטת ההתערבות, תערך התנסות בכלים שמציעה השיטה ויובאו סיכומים וחוויות מהתנסויות בשיטת הטיפול שנערכו במקומות שונים בארץ ובעולם.



הרצאות במושבים המקבילים (מוקד)



המרחק שבין פטרונות להדדיות

אוטיזם והכלתו בהורות ובמשפחה, בטיפול ובמערכת החינוך

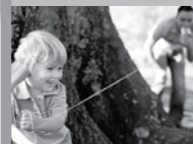
רינת בראון

הספרות התאורטית והמחקרית עברה התפתחויות אדירות בעשורים האחרונים באופן בו מבינים, מאבחנים ומטפלים באוטיזם. בנוף הפוסט-מודרני הרווי בגישות טיפוליות, חלה מגמה דרמטית של מעבר מתאוריות ופרקטיקות פטרונות לתפיסות והתערבויות מכילות והדדיות יותר.

בסדנה זו אפתח בתיאור צמיחתה של אסכולת הפסיכואנליזה ההתייחסותית מתוך הפסיכואנליזה הפרוידיאנית, המעמיקה את תפיסת האינטרסובייקטיביות האנושית. שינויים מהותיים אלו מאירים את האדם המתמודד עם אוטיזם באור אנושי, אמפתי ומכבד, תחת הנטייה ההיסטורית לראייה פתולוגית המנמיכה אותו, הכובלת את הפוטנציאל ההתפתחותי שבו והמצמצמת את עומק היחסים עם משפחתו וסביבתו הטבעית. ובהתאמה, תמורות אלו הובילו להתפתחות בפרקטיקה הטיפולית ובתפיסת תפקיד המטפל ויחסי מטפל-מטופל, ממקום פטריאכלי לנוכחות חיה, הדדית ומכילה.

על רקע זה, אציג כיצד מודל ה-DIR מכיל בתוכו את עיקרי התפיסות הדינמיות והמושגים הפסיכותרפויטיים שבאסכולה ההתייחסותית. נבחן כיצד מודל ה-DIR מעביר את הטיפול אל תוך דיאדות טבעיות ואת המטפל להדדיות עמן. לאחר מכן אעמיק בתרומתו החשובה של המטפל בגישת ה-DIR להתפתחות מערכות יחסים עמוקות ומשמעותיות בין בני המשפחה והאדם עם ASD מחוץ לחדר הטיפולים. אדון בשלבי ההתפתחות של הילד וכיצד אלו יוצרים תהליכים התפתחותיים מקבילים אצל הוריו, תהליכים תוך נפשיים ובין אישיים. שלבי ההתפתחות יודגמו בקטעי וידאו מתוך טיפולים. לבסוף, אציג בהרחבה את האופן בו ניתן להכיל ילדים עם אוטיזם במערכת החינוך הרגילה. נבחן כיצד "רפורמת/חוק דורג"ר" מקדמת הכלה זו, ונדון בקשיים ובאתגרים הקיימים היום בארץ במימוש הרפורמה הלכה למעשה. נצפה בסרטון ונקיים דיון אודות מקום אנשי הטיפול בקידום הכלת האוטיזם במערכת החינוך הרגילה.

מטרת הסדנה להעמיק את ההבנה התאורטית והפילוסופית המצויה בבסיס הפרקטיקה הטיפולית של ה-DIR ולגזור מתוכה את תפקידיו של המטפל במודל ה-DIR גם במעגלי החיים שמחוץ לחדר הטיפול: במשפחה ובמערכת החינוך.



הרצאות במושבים המקבילים (מוקד)



מודל ה־DIR בטיפול בילדים עם קשיים מורכבים מינקות לבגרות

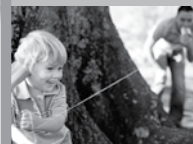
הסתכלות מערכתית דינמית בטיפול בילדים עם קשיים מורכבים
לאורך הינקות, הילדות והנערות

ד"ר עליזה ויג והינדי ליפשיץ

ילדים מורכבים מהווים פעמים רבות חידה להורים ולמטפלים. הבעיות בתפקוד של הילדים והרבים השונים של הקשיים מעלים שאלות רבות לגבי האתיולוגיה למצב המורכב ובעיקר תהיות: איפה להתחיל את המסע הטיפולי וכיצד למצוא את השביל שיוביל את הילד למחוזות חדשים. מורכבות זו משאירה פעמים רבות את ההורים או המטפלים מבולבלים וחסרי אונים מול הקשיים של הילד, ומשפיעה על היכולת של ההורה או המטפל לעזור לילד ולא ללכת לאיבוד בסבך ההגדרות והקשיים.

גישת הערכה וטיפול לילדים מורכבים צריכה לכלול התייחסות למספר היבטים מרכזיים, כולל: יכולות התפתחותיות, יכולות הקשורות לעיבוד סנסומוטורי ומרכיבים רגשיים ומערכתיים. מודל ה־DIR מהווה מודל המאפשר להבין ולמפות תפקודים של ילדים מורכבים, ההתמודדויות של משפחתם וסביבתם, מתן דרכי התערבות ייחודיות ועזרה במציאת הדרך הטיפולית הנכונה והייחודית לכל ילד, תוך התייחסות לצרכים המיוחדים שלו באופן אינטגרטיבי ומתן מענה אשר משתנה גם בהתאם לגילו של הילד. סדנה זו תתן פרספקטיבה רחבה על עבודה עם ילדים בעלי קשיים מורכבים תוך התייחסות לדרכי התערבות בבית ובקהילה, בגילאים השונים. הסדנה תכלול חשיבה על חיי היום־יום ומאפיינים מגוונים של ילדים מורכבים, אסטרטגיות ומנגנוני שינוי בטיפול ומחוצה לו תוך שימוש בתיאורי מקרה, קטעי וידאו, ודיון בהשתתפות הקהל בסוגיות נבחרות בנושא.

הרצאות במושבים המקבילים (אחר הצהריים)



DIR/FT and Developmental Social-Pragmatic approaches to speech-language intervention: The best of two worlds

Sima Gerber, Ph.D., CCC

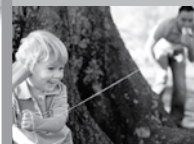
In this presentation, the overlap between developmental social-pragmatic approaches to language intervention and the DIR model will be discussed. Beyond what is shared by clinicians and educators using a DIR/FT model, the areas of communication, language, and speech that should be addressed by the speech-language pathologist will be outlined and illustrated. Professionals trying to integrate the two approaches often encounter the question of what it means to be a developmental speech-language pathologist who practices DIR/FT. In this presentation, we will highlight how the SLP can embrace the areas of development key to a child's success in communication, language, and speech within a DIR/FT model.

מודל ה־DIR/FT וגישות התפתחותיות סוציו־פרגמטיות להתערבות טיפולית בשפה ותקשורת: הטוב משני העולמות

פרופ' סימה גרבר

בהרצאה זו נדון בחפיפה הקיימת בין גישות התפתחותיות חברתיות-פרגמטיות להתערבות טיפולית בשפה, לבין מודל ה־DIR. מעבר למה ששותף למטפלים ואנשי חינוך העובדים על פי מודל ה־DIR/FT – תחומי התקשורת, השפה והדיבור אשר אמורים לקבל התייחסות מקלינאית התקשורת, יפורטו ויודגמו. אנשי מקצוע המנסים לחבר בין שתי הגישות נתקלים לעיתים קרובות בשאלה: מה המשמעות של להיות קלינאי תקשורת העובד על פי מודל ה־DIR. בהרצאה זו נדגיש את הדרך שבה יוכלו קלינאי התקשורת העובדים על פי מודל ה־DIR לאמץ ולשלב תחומי התפתחות נוספים המהותיים להתפתחות של תקשורת, שפה ודיבור.

מושב זה מיועד לקלינאיות תקשורת בלבד. ההרצאה תינתן בשפה האנגלית.



הרצאות במושבים המקבילים (אחר הצהריים)



מבט מצדה השני של הספה (או... חדר המשחקים)

ד"ר יאנה פלג ורחל פרידנשטיין

"...קיימת רמה נוספת של אמפטיה – היכולת לחוש אמפטיה באופן רפלקטיבי. פירושו של דבר, להיות בעל תחושת עצמי מאורגנת, ידיעה מי אתה, מעבר דרך התנסויות הגדרה עצמית אלה של אושר ושמחה, עצב ואכזבה, ואז להתחיל להיות מסוגלים להבין שורת רגשות באחרים ולהשוותם לרגשותיך אתה..."

ציטוט זה הלקוח מתוך ספרם של ד"ר גרינשפן וד"ר שרינה וידר 'טיפול באוטיזם' מבטא את החשיבות שיש להיכרות של המטפל עם חלקים בתוכו כדי שיוכל להגיע לרמות גבוהות של אמפטיה עם המטופל, או במילים אחרות להיות מטפל 'טוב יותר'. ההתבוננות בעצמנו כמטפלים מולידה שאלות כמו: מה אני מביא לטיפול? מה אני מרגיש בתוך הטיפול? מה אני מרגיש כלפי עצמי כמטפל? האם אני מטפל טוב ומה הופך אותי למטפל טוב? בטיפול ה־DIR שאלות אלו מקבלות חידוד נוסף עקב אופיו האינטגרטיבי וחוצה־דיספלינות של המודל והאופן שבו מטפל ה־DIR נוכח בטיפול.

בסדנה זו ניתן מקום לנו המטפלים לנסות לענות על שאלות אלו ולבחון סוגיות נוספות הקשורות לעולמו של מטפל ה־DIR. נתבונן בעצמנו, בפרופיל האישי וההתפתחותי שלנו (I) ונבחן את הדרכים בהן אנו משפיעים על ומושפעים מהקשרים עם המטופלים שלנו (R).

נרצה לשים דגש על התכונות הייחודיות הנדרשות ממטפל ה־DIR והדרכים בהן תכונות אלו מתפתחות בתוכנו תוך כדי עבודה על פי המודל. נתייחס גם לאתגרים הספציפיים בטיפול במודל ה־DIR כגון: אחזקה בוזמנית של צרכי ההורה והילד, תנועה מתמדת בין התבוננות למעורבות, גמישות ויצירתיות בטיפול והצורך להחזיק קובעים שונים בזמן הטיפול.

הסדנה תשלב הרצאה, קטעי וידאו והשתתפות חוויתית.

הרצאות במושבים המקבילים (אחר הצהריים)

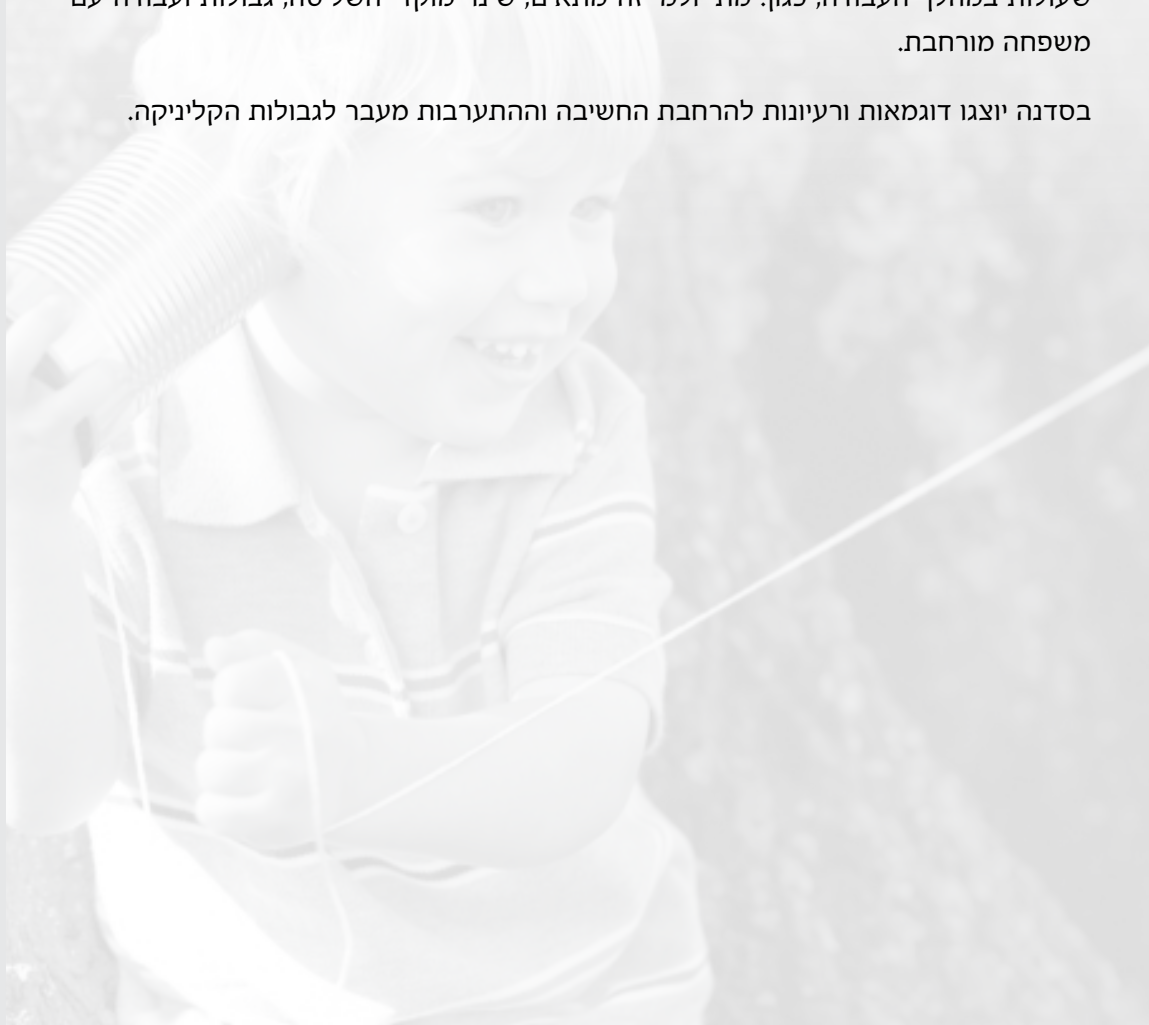
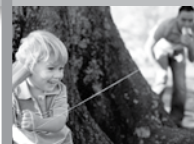


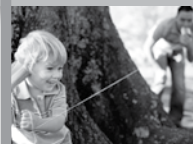
אין כמו בבית – NO PLACE LIKE HOME

טלי מאס ומיכל פירן

הסדנה תעסוק בהיבטים וסוגיות בהתערבות טיפולית בסביבת הבית. במהלך הסדנה נדון בחומר תאורטי ומחקרי בהתערבות בסביבה הטבעית בכלל, בסביבת הבית בפרט ובהתערבות טיפולית על פי מודל ה-DIR. בסדנה יוצגו שלושת הטכניקות בעבודה בבית על פי המודל: תכניות סנסומוטוריות, Floor Time ועבודה חצי מובנית, תוך שימת דגש על התערבות כוללנית. נחלק מניסיוננו האישי של עבודה בתוך הבית והמשפחה, תוך התייחסות לדילמות ותמות מרכזיות שעולות במהלך העבודה, כגון: מתי ולמי זה מתאים, שינוי מוקדי השליטה, גבולות ועבודה עם משפחה מורחבת.

בסדנה יוצגו דוגמאות ורעיונות להרחבת החשיבה וההתערבות מעבר לגבולות הקליניקה.





הרצאות במושבים המקבילים (אחר הצהריים)



לבד זה קל

על חשיבות העבודה בקבוצה כהמשך לטיפול היחידני

אתי שני ומירב קאסוטופסקרה

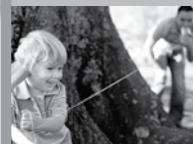
אנו שמים דגש על טיפול יחידני לילדים המראים קושי בתקשורת. הטיפול כולל בדרך כלל הדרכת הורים וצוות חינוכי.

כאשר ילד מתקדם בשלבים ההתפתחותיים - NDRC, מראה הנאה, יוזמה, היענות ומעגלי תקשורת יציבים עם מבוגר מותאם, עלינו לאתגר אותו בהתנסות נוספת.

"ללכת אחרי הנהגת הילד" (follow his lead) הוא עיקרון חשוב בתחילת הדרך שעוזר לו לגבש את 'האני'. בהמשך הוא חייב לראות שיש עוד מנהיגים בשטח שדומים לו ושונים ממנו, משתפים אתו פעולה וגם מתנגדים ומתחרים בו.

ההתנסות החברתית תחת מטריה טיפולית המשתמשת באותם כלים ועוזרת לו ללוות, להפיק הנאה ולבנות קשר עם בני גילו היא אתגר משמעותי. שוב ושוב אנו נתקלים בילדים בוגרים ובני נוער שההשתלבות החברתית מכבידה עליהם. מחקרים עדכניים מעידים על החשיבות של קשר עם חבר לחוסן נפשי ורגשי.

מטרת הסדנה להציץ לעולם הקבוצות ולחשוב על מטרות, אופן בניית הקבוצה ודרך העבודה.



על המרצים במליאה (על פי סדר ההרצאות)

המחלקה להפרעות בתקשורת ובלשנות באוניברסיטת קווינס, ניו יורק. קלינאית תקשורת בכירה, בעלת נסיון קליני של למעלה מ-40 שנה. מרצה בארה"ב ובעולם בנושאים שונים הקשורים להתפתחות בכלל ולהתפתחות השפה בפרט, בילדים ובעיקר בילדים המאובחנים בספקטרום האוטיסטי, על הגישות השונות בטיפול והתערבות בילדים בעלי אתגרים בהתפתחות השפה.

פרופ' גרבר היא חברת סגל בכירה בארגון Profectum האמריקאי ופעילה בוועד המייעץ של הארגון.

פרופ' סימה גרבר

פסיכולוגית קלינית מומחית, נותנת שירותי ייעוץ, הדרכות והכשרות במגזר הפרטי והציבורי בתחום האוטיזם, התפתחות הילד ומודל ה-DIR. הקימה ומנהלת את "סימני קשר" – מכון טיפולי התפתחותי רב-תחומי לתינוקות, ילדים ונוער עם צרכים מיוחדים ומשפחותיהם, כולל ילדים המאובחנים בספקטרום האוטיסטי, עם בעיות קשב וריכוז וילדים עם קשיים מורכבים אחרים. ממקימי ומובילי ארגון DIR ישראל וכיום בוועד המנהל.

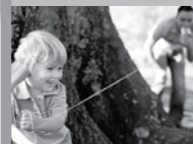
ד"ר עליזה ויג

מרפאה בעיסוק, מנהלת ארגון DIR ישראל. סטודנטית בתכנית הדוקטורט של PSP. ממקימות ארגון DIR בארץ וחברה בוועד המנהל של הארגון. חברה בארגון Profectum האמריקאי, מדריכה במסגרות חינוכיות וטיפוליות שונות המטפלות בילדים עם צרכים מיוחדים ומטפלת בילדים ומשפחותיהם.

יעל ברוק ביניא

השלימה את לימודי הדוקטורט שלה בחקר מוח ופסיכולוגיה באוניברסיטה העברית בשיתוף עם מכון ויצמן למדע. כיום מרצה וחוקרת במרכז סגול למוח ותודעה, בבית הספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, במרכז הבינתחומי הרצליה. המחקר שלה עוסק במנגנונים עצביים של אינטראקציה בינאישית, ומתמקד במספר נושאים כגון: סנכרון פיזיולוגי והתנהגותי, כיוונון רגשי ועצבי, השפעות של נוכחות האחר ויחסים אמפתיים. יוליה מלמדת קורסים מתקדמים בחקר המוח לתלמידי BA ו-MA וכן נותנת הרצאות על המוח לקהל הרחב ולקהל המטפלים.

ד"ר יוליה גולנד



מרצים במליאה

פסיכולוגית התפתחותית, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול בארוולד מאז 1997, האוניברסיטה העברית. תחומי העניין והמחקר הם המשך של יותר משלושים שנות עבודה קלינית עם ילדים המאובחנים עם ASD (Autism Spectrum Disorder) ומשפחותיהם. עבודתה העיקרית באוניברסיטה היא כחברת סגל וראש מגמת בריאות הנפש בלימודי מוסמך לגיל הרך. המחקר מתמקד במעקב במחקר אורך (longitudinal study) אחר ילדים עם אבחנה של ASD מגיל שנתיים, עם דגש על שאלות אבחנתיות ואבחנה מبدלת. עניין רב נמצא במסלולי התפתחות ופרופילים אישיים, בחקירת אוטיזם בציר הזמן. שימוש בכלים אבחנתיים כמו ה-ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) ומדדים של תקשורת, מיומנויות חברתיות ומשחק. ביולי 2015 מונתה פרופ' שולמן לראש המרכז לאוטיזם באוניברסיטה העברית ובמרכז הרפואי הדסה.

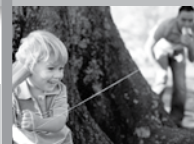
פרופ' קורי שולמן

מרפאה בעיסוק, מומחית להתפתחות הילד, מרצה וחוקרת במגמה להתפתחות הילד ובמגמה לחינוך מיוחד, מנהלת היחידה הקלינית התפתחותית בתכנית הריס, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן.

ד"ר נורית יגרמן

מטפלת במוסיקה מאז 1998. בעשר השנים האחרונות עבדה (ועדיין עובדת) עם ילדים המאובחנים בספקטרום האוטיסטי מגיל מעון ועד חטיבת ביניים. מתקדמת בתהליך ההכשרה הרשמי של ארגון DIR ישראל, MA בטיפול במוסיקה מאוניברסיטת Temple בפילדלפיה, ארה"ב; PhD בטיפול במוסיקה מאוניברסיטת בר-אילן. חברה באיגוד המטפלים במוסיקה האמריקאי AMTA, ובאיגוד הישראלי למטפלים באומנויות - יה"ת (יצירה, הבעה, תרפיה). כיום, עובדת עם ילדים בספקטרום, בתפקוד גבוה, המשולבים בכיתות תקשורת בבתי ספר בירושלים, ומדריכה סטודנטים לטיפול במוסיקה.

ד"ר מאיה מרום



מרצים במושבים המקבילים

מרפאה בעיסוק Ms.C ומומחית במודל ה־DIR. מקימה ומנהלת בשיתוף את מכון עידן, מכון טיפולי התפתחותי לילדים ומשפחותיהם בתל־אביב. מאז 1993 מטפלת בילדים עם קשיים התפתחותיים ובילדים על הרצף האוטיסטי ובמשפחותיהם. מדריכה ומלמדת את מודל ה־DIR באופן פרטי ובגנים של העמותה לילדים בסיכון. ארגון DIR ישראל.

הדס בר־זאב

תואר ראשון בהוראת חינוך מיוחד והתמחות בשפה ותקשורת. רכזת מקצועית של כיתות תקשורת "ללמוד וללמד" בצפת. בעלת ניסיון רב בעבודה עם ילדים, ליווי הורים ומשפחות והדרכות לצוות חינוכי. נמצאת בתהליך ההכשרה הרשמי של ארגון DIR ישראל.

אתי בן שם

מורה לחינוך מיוחד, בעלת ניסיון רב בעבודה עם ילדים ומשפחותיהם. מרכזת ומדריכה את התכנית והצוות החינוכי בסולם בית שמש. סיימה את השלב השלישי בתהליך ההכשרה של ארגון DIR ישראל.

שני בנדרלי

קלינאית תקשורת ומדריכת DIR. עובדת בגני התקשורת ברחובות (העמותה לילדים בסיכון). סיימה את השלב השלישי בתהליך ההכשרה של ארגון DIR ישראל.

אדוה ענבר

מרפאה בעיסוק ומדריכת DIR. עובדת בגני התקשורת ברחובות ובבת ים (העמותה לילדים בסיכון), ובמכון "אפיק" ברחובות. סיימה את השלב השלישי בתהליך ההכשרה של ארגון DIR ישראל.

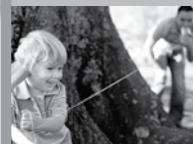
תמר רייכמן

פיזיותרפיסטית התפתחותית, מדריכה לגיל הרך מטעם תכנית "שוורץ" ומדריכת DIR. עובדת בגן תקשורת (העמותה לילדים בסיכון) ובמכון "אפיק" ברחובות. תשלים בסמינר הקרוב את השלב השלישי בתהליך ההכשרה הרשמי של ארגון DIR ישראל.

איילת וישניצר־פלג

מדריכת פלור טיים בגני התקשורת ברחובות (העמותה לילדים בסיכון). סיימה את השלב השני בתהליך ההכשרה הרשמי של ארגון DIR ישראל.

מיכל ברון



מרצים במושבים המקבילים

מרצה בכירה במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בן-גוריון ופסיכולוגית התפתחותית מומחית, עובדת ביחידה הפסיכיאטרית לגיל הרך שבמרכז הרפואי סורוקה. מוסמכת בשיטת הטיפול ברפלקטיביות הורית בארה"ב ופיתחה את השיטה בארץ. חוקרת יחסי הורה-ילד ותהליכי שינוי בעקבות ההתערבות הטיפולית.

ד"ר נעמה עצבה-פוריה

פסיכולוגית קלינית מומחית, מדריכה בכירה. עובדת ביחידה הפסיכיאטרית לגיל הרך שבמרכז הרפואי סורוקה. מוסמכת בשיטת הטיפול ברפלקטיביות הורית.

שלומית שניאור

עובדת סוציאלית, MSW, ומטפלת משפחתית זוגית, עובדת בתחנה לטיפול משפחתי זוגי בראשון לציון. רינת, אמא לתאומים עם אוטיזם, משלבת בהרצאותיה ידע תאורטי ופרקטי עם ניסיונה האישי משני צדי המתרס הטיפולי.

רינת בראון

קלינאית תקשורת, MS, ומנחת הורים, מנהלת מקצועית 'מעלה', יחידה להתפתחות הילד. עובדת כעשור עם מטופלים בכל הגילאים, עבודה מערכתית של בניית תכנית עבור המטופל, קשר מתמיד עם צוות המטפלים ובנוסף הנחיה להורים, בשיתוף פעולה עם מורים ובתי ספר. ב'מעלה' הינדי מפתחת תכניות איתור של ילדים בסיכון, התכנית מופעלת בהצלחה מזה שנה וחצי בבתי הספר ובתלמודי התורה בשכונת מאה שערים. כמו כן, מקדמת מחקרים בנושאים הרלוונטיים בשיתוף האוניברסיטה העברית.

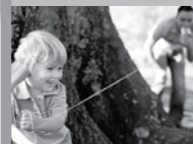
הינדי ליפשיץ

מנהלת קליניקה רבת-תחומית 'White Tulip' בקליפורניה, המתמחה בטיפול אינטגרטיבי בילדים, מבוגרים ומשפחות. בעלת ניסיון רב באבחון וטיפול בילדים עם הפרעות התפתחותיות, רגשיות ותקשורתיות. מטפלת מוסמכת ומדריכה על פי מודל ה-DIR. ארגון DIR ישראל.

ד"ר יאנה פלג

מרפאה בעיסוק, בעלת תואר שני ממכון טוויסטוק בלונדון ובוגרת לימודי תעודה 'טיפול רגשי בילדים' של סמינר הקיבוצים. היום מנהלת יחידת גני תקשורת 'טייבה-כפר קרע' של העמותה לילדים בסיכון. בעלת קליניקה פרטית בהוד השרון, מטפלת ומדריכה על פי מודל ה-DIR. ארגון DIR ישראל.

רחל פרידנשטיין



מרצים במושבים המקבילים

בעלת תואר ראשון ושני בריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה. טיפלה 8 שנים בארץ: מרכז מילמן ומכון להתפתחות הילד בקריות. עבדה 7 שנים בסאן דייגו, קליפורניה כמרפאה בעיסוק, שם סיימה את הכשרתה כמטפלת DIR והקימה "קליניקה ניידת" לטיפול בית על פי מודל ה־DIR. כיום, מטפלת, מרצה על מודל ה־DIR ומדריכה צוותים רב־תחומיים בתחום הלקויות התקשורתיות במכונים ויחידות להתפתחות הילד בצפון הארץ. ארגון DIR ישראל.

מיכל פירן

מרפאה בעיסוק. מטפלת משנת 2001 בתחום התפתחות הילד. מתמחה בטיפול בילדים המאובחנים בספקטרום האוטיסטי, בטיפול בילדים עם קשיים בעיבוד וויסות חושי ומטפלת ה־DIR. מדריכה צוותים חינוכיים וטיפוליים בעמותה לילדים בסיכון ביחידת הצפון. מדריכה בגני תקשורת ובונה תכניות גניות על פי מודל ה־DIR. עובדת עם משפחות בבתי ובקליניקה פרטית בצפון הארץ. ארגון DIR ישראל.

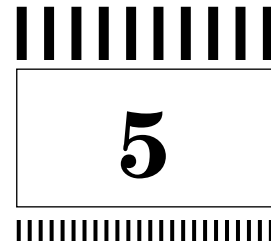
טלי מאס

קלינאית תקשורת התפתחותית מוסמכת לטיפול והדרכה בגישת ה־DIR. בוגרת פסיכותרפיה לילדים מאוניברסיטת תל־אביב. בעלת ותק רב בטיפול במסגרות של התפתחות הילד בצוות רב־מקצועי, מכון בייקר, אוניברסיטת בראילן וכיום בקליניקה פרטית. מדריכה אנשי צוות ממגוון מקצועות. ארגון DIR ישראל.

אתי שני

מרפאה בעיסוק התפתחותית. מוסמכת לטיפול והדרכה במודל ה־DIR. תואר ראשון ושני בריפוי בעיסוק. בעלת ותק בטיפול בילדים בעלי קשיי התפתחות נרחבים וילדים המאובחנים בספקטרום האוטיסטי, בצוות רב־מקצועי. כיום מדריכה מרפאות בעיסוק וצוות ממגוון מקצועות במסגרות של "טף לטף", "עץ הדעת" וגני "סולם" ומטפלת בקליניקה פרטית במודיעין. ארגון DIR ישראל.

מירב קאסוטופסקרה



Developmental, Individual-Difference, Relationship-Based (DIR) Intervention Model

Sima Gerber

In their book *The Child with Special Needs*, Stanley Greenspan, a child psychiatrist, and Serena Wieder, a child psychologist, introduced the **Developmental, Individual-Difference, Relationship-Based (DIR) Model** to the world of child development (Greenspan & Wieder, 1998). This model presents a unique comprehensive developmental approach to assessment and intervention for children with developmental disorders, particularly those with autism spectrum disorders (ASDs). This approach is rooted in theoretical foundations and empirical research from child development, neuroscience, ASDs, and early intervention. The DIR Model is distinguished from many other contemporary approaches by its scope and its integration of developmental, interpersonal, biological, and contextual components into the assessment and intervention process.

Three components are addressed in the DIR paradigm: the child's functional emotional developmental level, the child's **individual processing profile**, and the relationship between the child and his or her caregivers. The model reflects the breadth of child and interpersonal development and the complexity of addressing the challenges faced by children and their families when development is derailed.

Educators and clinicians who embrace the DIR Model adopt the view that a number of areas of development are often affected in children with challenges and that developmental problems in one domain (e.g., sensory processing) can significantly impact others (e.g., social interaction), all of which affect the family's life and dynamics.

Components of the Model

A primary goal of the DIR practitioner is to develop a profile of the child and his or her family based on the three major components of the model: the "D," the functional emotional *developmental* levels, which encompass the child's social-emotional-

symbolic development (see Table 5.1); the “I,” the profile of *individual* differences in sensory, motor, and language abilities (see Table 5.2); and the “R,” the caregiver–child *relationships*.

The central innovation and foundation of the DIR approach is its attention to the **functional emotional developmental levels (FEDLs)** that characterize typical development in the early years of life (described later in the chapter).

The functional emotional developmental approach provides a way of characterizing emotional *functioning* and, at the same time, a way of looking at how all the components of development (cognition, language, and motor skills) work together (as a mental team) organized by the designated emotional goals. In this model, therefore, emotional capacities serve as the orchestra leader that enables all the developmental components to work together in a *functional* manner. (Greenspan, De Gangi, & Wieder, 2001, p. xiii)

The FEDLs are shared attention and **regulation**, engagement and relating, two-way intentional communication, complex problem solving, creative representations and elaboration, and representational differentiation and emotional thinking (see Table 5.1). An understanding of the child’s FEDLs anchors the DIR assessment and intervention for the clinician, educator, and parents. The goal of the interven-

Table 5.1. Functional emotional developmental levels and ages at which these levels are achieved in children with typical development

Level	Age	Emotional abilities
1. Shared attention and regulation	Birth–3 months	The child can attend to multisensory affective experience and at the same time organize a calm, regulated state (e.g., looking at, listening to, and following the movement of a caregiver).
2. Engagement and relating	2–6 months	The child can engage with and evidence affective preference and pleasure for a caregiver or caregivers (e.g., showing joyful smiles and affection with a caregiver).
3. Two-way intentional communication	4–9 months	The child can initiate and respond to two-way presymbolic gestural communication (e.g., engaging in the back-and-forth use of smiles and vocalizations).
4. Complex problem solving	9–18 months	The child can organize chains of two-way social problem-solving communications (opening and closing many circles of communication), maintain communication across space, integrate affective polarities, and synthesize an emerging prerepresentational organization of self and others (e.g., taking Dad by the hand to get a toy on the shelf).
5. Creative representations (ideas) and elaboration	18–30 months	The child can create and functionally use ideas as a basis for creative or imaginative thinking and for giving meaning to symbols (e.g., engaging in pretend play, using words).
6. Representational differentiation and emotional thinking	30–48 months	The child can build bridges between ideas as a basis for logic, reality testing, thinking, and judgment. The child can elaborate in both make-believe and dialogues and can plan “how, what, and why,” elaborations that give depth to the make-believe dramas or reality-based dialogues (e.g., engaging in opinion-oriented conversations and elaborate planned pretend dramas).

Sources: Greenspan (2004); Greenspan and Wieder (1998).

tion is to facilitate development at and above the child's FEDLs within the context of the child's individual processing profile (sensory modulation, sensory processing, sensory-affective processing, motor planning and sequencing; see Table 5.2). For example, some children will be able to achieve their highest level of social-emotional engagement while they are moving on a swing, whereas others will be most interactive when motor-planning demands are minimal. In addition, parent-child interaction patterns are central to the DIR Model, theoretically and clinically. In fact, guiding the parents' understanding of how best to help the child move to higher FEDLs in light of his or her individual processing patterns becomes a primary goal of the DIR clinician or educator.

Children Served by the Model

Although DIR is often identified with the assessment of and intervention for children on the autism spectrum, a range of children with developmental disabilities can benefit from the integrated perspective on development inherent in the model, including children with sensory-processing and regulatory disorders, language delays and disorders, cognitive delays, and attachment disorders. Because of the broad age span across which emotional development occurs, and because children with developmental delays are often functioning at earlier developmental levels, the approach is appropriate for infants, toddlers, young children, school-age children, and adolescents. Similarly, children at all stages of language and communication can be treated using this paradigm. The choice of this approach over others has more to do with the practitioner's view of human development and developmental difficulties than with the relevance of the approach for particular etiological categories or developmental language levels.

Service Delivery Model and Methods

The service delivery model is as broad as the theoretical-clinical framework. Therefore, a home program that incorporates the goals and strategies developed by the DIR team, a school program, specific therapies, biomedical intervention, and family support via counseling are all incorporated into the intervention plan. The team working with the child will include professionals from many disciplines who are asked to collaborate closely to ensure that the child's program is an integrated one.

The term *DIR* is often mistakenly used interchangeably with the term *Floortime*. Whereas DIR is the comprehensive model of assessment and interven-

Table 5.2. Elements of the individual processing profile

Sensory modulation, including hypoactivity and hyperactivity in each sensory modality (e.g., touch, sound, smell, vision, movement in space)

Sensory processing, including the capacity to register, decode, and comprehend sequences and abstract patterns in each sensory modality (e.g., auditory processing, visual-spatial processing)

Sensory-affective processing, including the ability to process and react to affect in each modality and the capacity to connect intent or affect to motor planning and sequencing, language, and symbols

Motor planning and sequencing, including the capacity to sequence actions, behaviors, and symbols, such as thoughts, words, visual images, and spatial concepts

Source: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (2005), pp. 73–90.

tion just described, **Floortime** is a therapeutic strategy that is specific to the DIR approach. Floortime describes the spontaneous, developmentally appropriate, often one-to-one interactions during which the six FEDLs are mobilized.

Although spontaneous interactions are the hallmark of the DIR approach, semi-structured and structured learning activities are also included in each child's program. The use of these alternatives depends on the child's developmental capacities, the priorities for intervention, the contexts of learning in which the child is engaged, and the child's processing profile.

The intervention strategies of DIR can be adapted to the various learning environments that the child experiences throughout his or her day, such as dyadic, small-group, and large-group interactions. In the child's school program, individual spontaneous interactions will be supplemented with semistructured problem-solving interactions. However, even within these more structured interactions, Floortime principles, such as prioritizing the child's intentions and ideas, using supportive rather than directive teaching, and addressing the child's individual sensory processing needs, must be central to the educational approach.

TARGET POPULATIONS AND ASSESSMENTS FOR DETERMINING TREATMENT RELEVANCE AND GOALS

The populations of children most frequently treated with this approach are children with ASDs, pervasive developmental disorder-not otherwise specified (PDD-NOS), and Asperger syndrome. Nonetheless, as previously mentioned, the DIR approach can be used as a model of assessment for any child experiencing developmental delays and disorders, regardless of the child's diagnosis, chronological age, or functioning level.

Based on a DIR assessment (described below), children are described as functioning within one of four types of **neurodevelopmental disorders of relating and communicating** that are set forth in the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders' *Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood (ICDL-DMIC; ICDL, 2005)*. The four types (see Table 5.3) refer to levels of functioning within and across developmental domains and individual differences. The range includes the less challenged child, who shows intermittent capacities for relating, reciprocity, and shared problem solving, as well as the more challenged child, who shows fleeting capacities for engagement and reciprocity and may experience multiple regressions.

Because of its comprehensive nature, the DIR functional developmental evaluation involves an interdisciplinary team of professionals, including a physician, a mental health professional, a speech-language pathologist (SLP), an occupational therapist, and an educator. The DIR assessment paradigm consists of the three key components previously mentioned: the FEDLs, the individual differences profile, and the caregiver-child relationships. Each of these is described in the remainder of this section.

Determining where the child is relative to the FEDLs is the hallmark of the assessment. Assessment tools such as the Functional Emotional Assessment Scales (Greenspan et al., 2001) and Social-Emotional Growth Charts (Greenspan, 2004) can be used to determine the child's FEDL. Although, as in all developmental assessments, chronological ages are associated with each level, in DIR a composite of

Table 5.3. Neurodevelopmental disorders of relating and communicating

Type I—Early symbolic with constrictions
Children in this group show intermittent capacities for attending, relating, reciprocal interactions, shared social problem-solving (with support), and the beginning use of meaningful ideas. Children in this group typically show rapid progress.
Type II—Purposeful problem-solving with constrictions
Children in this group show intermittent capacities for attention, relating, and a few back-and-forth reciprocal interactions, with only fleeting capacities for shared social problem-solving and imitation of words. Children in this group tend to make steady progress.
Type III—Intermittently engaged and purposeful
Children in this group show fleeting capacities for attention and engagement and can engage in a few back-and-forth reciprocal interactions (with considerable support). Often, the children in this group have no capacity for using words and ideas, although they may be able to repeat a few words in a memory-based manner. Children with this pattern often make slow but steady progress.
Type IV—Aimless and not purposeful
Children in this group are similar to children in Type III but with a pattern of multiple regressions. These children may also evidence a greater number of neurological challenges, such as seizures. Children with this pattern often make very slow progress.

Source: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (2005), pp. 113–125.

the child's strengths and challenges rather than age is used to determine functioning level and intervention targets. The levels are as follows (see Table 5.1 for a more detailed description of each level):

1. Shared attention and regulation (birth through 3 months)
2. Engagement and relating (2–6 months)
3. Two-way intentional communication (4–9 months)
4. Complex problem solving (9–18 months)
5. Creative representations (ideas) and elaboration (18–30 months)
6. Representational differentiation and emotional thinking (30–48 months)

For many children on the autism spectrum, intervention will focus on the early levels of development, because those levels build the foundations for greater emotional, social, cognitive, and language abilities.

The second component of the DIR Model, assessment of the child's individual processing, is critical to determining the goals for intervention as well as the optimal learning contexts for the child. For example, if the child needs to be moving to know where he or she is in space, the SLP would not expect the child to sit at a table when engaging in activities. Greater understanding of such individual differences underscores how the interdisciplinary orientation of the DIR Model impacts all aspects of the child's therapeutic and educational experience. The four areas of individual processing assessed in the DIR Model are sensory modulation, sensory processing, sensory-affective processing, and motor planning and sequencing (see Table 5.2).

The third component of the DIR Model, a description of caregiver–child interactions and family patterns, also is integral to the assessment paradigm and to the intervention. The child is observed while interacting with his or her parent in order

to help the clinician understand what patterns are typical of the dyad—for example, whether the parent is more or less directive in his or her interactions with the child, how well the parent is doing reading the child's cues and signals, and whether the parent is finding the appropriate level of stimulation to support engagement. Once these patterns are identified, the parent is guided in understanding the child's developmental stage; how the child's individual differences are impacting his or her ability to learn, engage, and function in the world; and how best to modify their interactive styles to enhance development.

The following outline delineates the steps of a DIR assessment, some of which will be specific to the individual child's and family's needs (ICDL, 2005):

1. Prenatal and developmental history
2. Two or more observational sessions of child–caregiver interactions to develop hypotheses about
 - The child's functional emotional developmental levels
 - The individual processing profile
 - Caregiver interactions and family patterns
3. Evaluation of motor and regulatory-sensory processing, including
 - Sensory modulation
 - Sensory processing
 - Sensory-affective processing
 - Motor planning and sequencing
4. Biomedical evaluations (e.g., nutritional needs, pharmacological interventions, environmental interventions to reduce exposure to allergens in the home)
5. Speech and language evaluation
6. Evaluation of cognitive functions, including neuropsychological and educational assessments
7. Mental health evaluations of family members, family patterns, and family needs

The **Functional Emotional Assessment Scale (FEAS;** Greenspan et al., 2001) is considered the primary assessment tool in the DIR process. The FEAS is used to determine the child's FEDLs as well as the nature of the interactions between the child and his or her caregivers. This determination leads, in turn, to creating a treatment plan based on the child's individual profile and provides a baseline for measuring his or her progress.

Professionals working within a DIR approach will use, in addition to the FEAS, the ICDL-DMIC (ICDL, 2005) as a guide for assessing functioning in a range of developmental areas. Each section of the diagnostic manual is intended for several audiences. For example, SLPs will base their assessment in part on the manual's section on language acquisition and language disorders, whereas non-SLPs will read that section to get an overview of typical preschool speech and language development. The DIR professional is obliged to understand many areas of development, and the ICDL-DMIC provides an orientation to all disciplines.

THEORETICAL BASIS

The DIR Model is based on an interdisciplinary developmental model that integrates information from cognitive, language, social, emotional, sensory, motor, and inter-

personal paradigms of development. Like cognitive and social interaction models of language acquisition (Bates, 1975; Bloom & Lahey, 1978; Bloom & Tinker, 2001; Piaget, 1955), the DIR Model prioritizes the role of the child's stage of development and recognizes the parent–child interaction as key to understanding the developmental process. Unlike these models, DIR considers the child's emotional experiences as foundational, with emotional exchanges leading to symbol formation and intelligence.

In addressing the question of how we learn to think and use symbols, Greenspan and Shanker (2004) proposed that the capacity of humans to exchange emotional signals with each other, which begins early in life, leads to symbols, abstract thinking, language, and a variety of complex emotional and social skills that enable social groups to function. Research (Seigel, 1999; Tronick, 2007) has suggested that the development of specific areas of the brain may be significantly affected by these exchanges of emotional signals. The areas most likely affected include the higher cortical centers dealing with language and thinking, the prefrontal cortex dealing with planning and problem solving, and the integrating pathways that connect subsymbolic systems, which process basic emotions such as fear and anxiety, with cortical symbolic capacities.

Through their progressive transformations, emotions[,] which can be experienced in an almost infinite number of subtle variations, can organize and give meaning to experience. They can therefore serve as the architect or orchestra leader for the mind's many functions. At each stage in the pathway to intelligence, emotions orchestrate cognitive, language, motor, sensory, and social experience. (Greenspan & Shanker, 2004, p. 51)

Greenspan and Shanker (2004) further suggested that through the interactive experiences between the child and his or her caregivers, emotions, which are first experienced in the baby's physiologic-sensory system, become the vehicles of interpersonal and intrapersonal development.

Underlying Assumptions

The assumptions of the DIR Model address the nature of typical and atypical development; the role of affect in the development of relating, thinking, and communicating; the role of the parent–child interaction; and the nature of assessment and intervention. More specifically, the assumptions are as follows:

1. Early typical development can be described in terms of six levels of functional emotional development and the child's individual processing profile.
2. The emotional signaling and interaction that occurs between the baby and his or her caregiver paves the way for functional developmental capacities.
3. Impairments in the child's functional emotional development may be related to the child's individual processing profile.
4. Disruptions in the development of the functional emotional levels lead to the increased occurrence of developmental disorders.
5. Affect (emotion) is the anchor in the development of thinking, relating, and communicating.
6. Assessment involves a broad range of observations by professionals from different disciplines who can assess the child's capacities in functional emotional development, individual processing patterns, and caregiver–child interactions.

7. Intervention involves an interdisciplinary program that serves to move the child through the functional emotional levels, address the child's individual processing needs therapeutically and biomedically, coach parent interactions, and develop home and school programs.

Functional Outcomes

Because the DIR Model is interdisciplinary, the target areas encompass all of the developmental domains of early childhood, such as affective, social, cognitive, language, sensory, and motor domains. The priority of intervention is to facilitate the child's capacity to move from shared attention to engagement, to two-way communication, to complex problem solving, to the use of symbols and ideas, and finally, to building logical connections between symbols and ideas. Intervention outcomes are measured by assessing the child's stage of development throughout the treatment process.

Professionals from different disciplines working within a DIR Model will have, in addition to the FEDLs and individual processing targets, functional outcomes based on models from their own disciplines. For example, the language paradigm of the ICDL-DMIC (ICDL, 2005) includes an assessment that leads to determining intervention targets in speech, language, and communication. The *Affect-Based Language Curriculum* (Lewis & Greenspan, 2005), based on a somewhat different conceptualization of language development and intervention than that presented here, was developed to serve as a more structured adjunct to DIR intervention, providing parents with a detailed list of speech and language goals to be addressed using a combination of Floortime and semistructured interactions.

Language Focus and Conceptualization

Development of the Language Paradigm of the DIR Model

Speech, language, and communication constitute one of the many developmental areas that are considered in the DIR Model. In an effort to more fully describe the language acquisition process and to provide an assessment and intervention protocol consistent with the most contemporary thinking about typical language acquisition and with the interdisciplinary broad thinking of the DIR Model, a task force of clinicians (Cawn et al., 2005) developed a paradigm that provides a perspective on typical and atypical development (ICDL, 2005). This paradigm reflects a reexamination of the developmental areas that are frequently impaired in children on the autism spectrum and offers a complementary approach to existing protocols and language assessments. The framework is distinguished from other similar conceptualizations by its connection to the DIR Model and its emphasis on particular developmental **modalities**, such as shared attention and affective engagement, that are typically not addressed in more traditional speech and language assessments.

The Developmental Language Levels Subsequent to the review and organization of information from the research literature on typical language acquisition, six levels of speech, language, and communication development were outlined by the task force. Chronological ages corresponding to each language level were noted, but in practice, the description of any particular child depends on the composite of his or her developmental profile across the modalities, regardless of

the child's age. The descriptors of the early language levels are similar to those of the FEDLs, although the language paradigm was developed independently. The similarity in perspectives on the fundamental capacities typical of early development accounts for the overlap in terminology. The six developmental language levels described in the ICDL-DMIC (2005) are as follows:

1. Self-regulation and interest in the world (birth through 3 months)
2. Forming relationships and affective vocal synchrony (2–7 months)
3. Intentional two-way communication (8–12 months)
4. First words: sharing meaning in gestures and words (12–18 months)
5. Word combinations: sharing experiences symbolically (18–24 months)
6. Early discourse: reciprocal symbolic interactions with others (24–36 months)

The Modalities At each language level, development that is typical of selected modalities is considered. Each of these modalities represents an aspect of development that is considered central to the process of acquiring language and to being a successful communicator. The behaviors noted at each of the language levels provide the basis for what will be addressed during assessment and intervention. The modalities are as follows:

Shared attention
 Affective engagement
 Reciprocity
 Shared intentions
 Shared forms and meanings
 Emerging discourse
 Sensory processing and audition
 Motor planning

An example of the format of the language paradigm for Language Level 2, Forming relationships and affective vocal synchrony, can be found in Table 5.4. Selected behaviors for each of the modalities are listed. By observing the child during natural interactions with a caregiver, the clinician determines whether the child is demonstrating each behavior (e.g., uses eye gaze with gestures and sounds to coordinate attention; tunes into the affective state of others using smiles, frowns, etc.; vocalizations become part of two-way affective exchanges). Those behaviors that have not yet been achieved would become goals for language intervention.

Use of the Language Paradigm

The use of this paradigm involves determining the level at which the child is functioning in each of the modalities. The primary context for assessment is observation of the child during interactions with his or her caregiver and/or clinician. The analysis is clearly a qualitative rather than a quantitative one. The goal is to generate a dynamic description of the child's capacities at each level in each modality, which will then allow the clinician to identify intervention goals for the comprehension and production of language. When using this paradigm, the clinician must be flexible in determining goals, because observation may show the child to be at different levels depending on the modality. For children who are at the higher levels of the

Table 5.4. Language Level 2: Forming relationships and affective vocal synchrony (2–7 months)

Shared attention Uses eye gaze with gestures and sounds to coordinate attention Shifts gaze between people and objects
Affective engagement Tunes into the affect state of others using affect cues (smiles, frowns, etc.) Participates in affective exchanges with caregiver
Reciprocity Includes vocalizations as components of two-way affective exchanges Initiates interaction with others using early gestures (reaching), babbling, or cooing
Shared intentions Responds to other's intentions to regulate behavior and turns to caregiver for comfort Begins to respond to other's intentions to draw attention to objects
Shared forms and meanings Discriminates affect state of caregiver Vocalizes pleasure and displeasure Varies volume and pitch of vocalizations
Sensory processing and audition Localizes sounds from farther away Engages caregiver across space Is comforted by some sounds, distressed by others
Motor planning Participates with caregiver in rhythmic movement through touch, looking, listening Initiates gestures, such as beginning to reach, grab, lift arms up, to indicate communicative intentions

Source: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (2005).

<Q1>

paradigm, additional assessment through language sampling (Lahey, 1988) and formal testing would be necessary to complete the child's profile of strengths and impairments in speech, language, and communication.

It should be noted that several existing speech-language-communication assessments and interventions target similar areas of language and communication development. These include the Communication and Symbolic Behavior Scales™ (CSBS™; Wetherby & Prizant, 2002), the SCERTS® (Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Supports) Model (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent, & Rydell, 2006), and parent training programs such as *More Than Words* (Sussman, 1999), *Communicating Partners* (MacDonald, 2004), and *Responsivity Teaching* (Mahoney & Perales, 2005). Clearly, the programs mentioned here are more fully developed and comprehensive than the ICDL-DMIC (ICDL, 2005), which is not a standardized clinical tool. Nonetheless, the consideration of modalities such as shared attention, affective engagement, and reciprocity not only bridges the language paradigm to the DIR early functional emotional levels but also provides the practitioner with a way to operationalize the origins of language development. Further, the language paradigm of the ICDL-DMIC points out that even when a child is verbal, he or she may still be working to achieve the basic foundations of language.

EMPIRICAL BASIS

Several studies and reviews support the DIR approach to working with children with developmental impairments. The first study that provided evidence for the DIR/Floortime model was a retrospective chart review of 200 children (Greenspan

& Wieder, 1997). The children, who ranged in age from 22 months to 4 years at the time of diagnosis, 1) met the criteria for autism or PDD-NOS as described in the American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev., and 4th ed., American Psychiatric Association, 1987, 1994); 2) scored in the autistic range on the Childhood Autism Rating Scale (CARS; Schopler, Reichler, & Rochen-Renner, 1988), with scores ranging from 30 to 52; and 3) participated in evaluations and interventions for 2 or more years. The children had received at least 2 years of a DIR approach to intervention and were followed over a period of 8 years. The results suggested that after 2 years of intervention using the DIR approach, 58% of the children were described as being in the 'good to outstanding' outcome group based on their ability to relate, affectively engage with others, participate in circles of spontaneous verbal communication, and so forth. The children in this outcome group shifted into the non-autistic range on the CARS.

In 2005, Wieder and Greenspan published a 10- to 15-year follow-up study of 16 boys with ASDs who had shown significant improvements in the original group. Their mean age at follow-up was 13.9 years. Between the ages of 2 and 8.5 years, these children received a comprehensive intervention program for a minimum of 2 years and a maximum of 5 years, which included Floortime and DIR consultation. The authors described these adolescent boys as empathetic, creative, and reflective and noted that they were experiencing good peer relationships and academic achievement.

In 2007, Solomon, Necheles, Ferch, and Bruckman reported on the results of the PLAY (Play and Language for Autistic Youngsters) Project Home Consultation, a program that trained parents of children with ASDs in the DIR/Floortime model. Sixty-eight children participated in this study, completing an 8- to 12-month program in which parents were encouraged to do 15 hr per week of one-to-one interaction. The results of ratings on the FEAS (Greenspan et al., 2001) pretraining and posttraining revealed that 45.5% of the children made good to very good functional developmental progress. The parents' overall satisfaction with the program was 90%.

The first randomized controlled trial study on the DIR/Floortime-based treatment approach was conducted at the Milton and Ethel Harris Research Initiative (MEHRI) at York University in Canada. Preliminary results from this study were reported at the International Meeting for Autism Research (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2010). The study includes two groups of 51 children who were stratified by age and language functioning and randomly assigned to one of two groups. One group received DIR-based treatment, and the other group received "community treatment," which was primarily behaviorally based. The DIR treatment involved 2 hr per week with the clinicians; in addition, as is typical in the DIR paradigm, parents were asked to spend 20 hr per week with their children in Floortime intervention. The community treatment group received an average of 4 hr per week of other behavioral interventions, chiefly speech therapy, applied behavior analysis, and occupational therapy.

A modified version of Mahoney's Child Behavior Rating Scale (Kim & Mahoney, 2004) was used to code the following five variables from a videotaped parent-child play interaction: Initiation of Joint Attention, Attention to Activity, Involvement, Enjoyment in Interaction, and Compliance. The children in the MEHRI group did significantly better than the children in the community treatment group on all the scales except Compliance. A regression analysis was performed to see if improve-

ments in the social-interaction behaviors predicted language improvements. This relationship was found for the scale overall, with the strongest predictors being Involvement and Initiation of Joint Attention. Effect sizes (Cohen's *d*) ranged from 0.51 to 1.02. As might be expected, intervention directed toward improving various aspects of social interaction clearly has an impact on language development (see Kasari, Paparella, Freeman, & Jahromi, 2008).

Two recent studies have reported results that further support the positive effects of using a DIR approach. Pajareya and Nopmaneejumruslers (2011) conducted a pilot study with children with mild to severe ASDs. The parents of these children received home-based training in the overarching themes of DIR, including observing the child's cues, following the child's lead, and implementing the Floortime techniques that were appropriate for their child's particular FEDL. The parents added an average of 15.2 hr per week of DIR/Floortime intervention to their typical schedules for 3 months. Results indicated that the intervention group improved significantly in engagement, relating, and communicating as measured by the FEAS (Greenspan et al., 2001).

A single-case design was used in a study reported by Dionne and Martini (2011). A DIR-trained occupational therapist taught the mother of a 3½-year-old child with autism typical Floortime strategies, including extending circles of communication using playful obstruction; joining the child's play, such as pretending to sleep; and identifying sensory overload. A significant increase in the number of circles of communication was noted in the intervention phase of the study as compared with the observation phase. In addition, the mother reported that she was enjoying the experience of interacting with her child in more typical play situations.

These results are in accord with a growing number of intervention studies that address the feasibility and impact of teaching parents to use responsive social interaction strategies in playful exchanges with their children. McConachie, Randle, and Le Couteur (2005) and Girolametto, Sussman, and Weitzman (2007) found that the children whose parents improved in their responsiveness made gains in vocabulary, frequency of communication, and/or participation in turn-taking routines. Other studies have reported increases in joint attention, initiation of communication, periods of engagement, and expressive language in children whose parents were taught how to change their interaction styles to facilitate relationships and responsiveness with their children (Aldred, Green, & Adams, 2004; Mahoney & Perales, 2005; Siller & Sigman, 2002).

Finally, in 2009, the National Standards Project (National Autism Center [NAC], 2009) disseminated the results of a review of the existing educational and behavioral research in autism interventions published between 1957 and the Fall of 2007. Four categories of treatments were defined—established treatments, **emerging treatments**, unestablished treatments, and ineffective/harmful treatments. DIR was categorized as emerging, that is, among treatments that “have some evidence of effectiveness, but not enough to be confident that they are truly effective” (p. 9). The National Standards Report encourages parents, educators, and service providers to consider factors in addition to treatment effectiveness when making decisions about intervention options; parents and service providers should consider the judgment and data-based clinical recommendations of professionals as well as the values and preferences of the person with an ASD and his or her family and caregivers (NAC, 2009).

PRACTICAL REQUIREMENTS

The practical demands of the DIR Model can be thought of in terms of the personnel needs, that is, the number of different professionals working with the family; the number of hours of intervention provided by these professionals; and the parents' commitment of time and energy.

Each child involved in a DIR program receives individual therapy sessions many times—optimally, six to eight 20-min sessions—throughout the day. If the child is very young, spending most of the day at home, the Floortime interactions are facilitated by the parent who is being coached by a DIR professional (psychologist, SLP, occupational therapist, educator). Similar to other comprehensive programs, the child's individual processing needs (e.g., occupational therapy, visual-spatial training) are a key component of a DIR program and often become a priority in the treatment. Older children involved in a school program participate in individual, small-group, and large-group interactions throughout the day, led by professionals from a variety of disciplines who share a DIR perspective. In the best-case scenario, the team of professionals working with the child coordinates its efforts by meeting and discussing roadblocks and progress on a regular basis.

Optimally, the primary DIR professionals working with the child are certified in DIR or are in the process of being certified. The certification process requires attending specific training, participating in a summer institute where the practitioner presents his or her work to an interdisciplinary team of professionals and DIR faculty members, and ongoing clinical supervision from a DIR faculty member. Currently, this process is under review with the aim of making it more accessible and tailored to different levels of professional training (see <http://www.ICDL.org> and <http://www.Profectum.org>).

KEY COMPONENTS

Goals and Activities

Goals

DIR goals address skills in several domains—including social-emotional, affective, language, sensory, regulatory, motor planning, and visual-spatial—as well as patterns of family interaction. The philosophical perspectives discussed throughout this chapter lead to this kind of big-picture thinking relative to DIR intervention. Furthermore, although DIR is often thought of as individually based treatment, a number of schools have adopted the principles of DIR/Floortime and translated them into group contexts within academic programs.

In a DIR program, interdisciplinary goals are targeted simultaneously, although at any point in time, priorities will be set relative to the child's needs and the family's resources. With the number of DIR-certified clinicians within and across the disciplines somewhat limited, families choosing this approach may have to take an active role in enlisting DIR-trained clinicians and educators for their child's program or, in some cases, support the training of the educators and clinicians working with their child.

Each of the six functional emotional levels can be thought of in terms of the specific behaviors targeted by that level (see Table 5.1). In fact, goals, similar to

individualized education programs (IEPs), can be operationalized to ensure that the levels are easily translatable into educational or clinical paradigms (Wieder & Kalmanson, 2000). For example, at Level 1 of the FEDLs for shared attention and regulation, a typical goal might be, “The child will sustain shared attention with a special adult in sensorimotor interactive play using the child’s preferred and pleasurable sensory and motor modalities”; at a later stage, a goal might be, “The child will sustain shared attention with a peer in interaction.” At Level 3, two-way intentional communication, a typical goal might be, “The child will initiate purposeful interactions around desires (open circles) and will close circles following an adult’s response to her initiative”; and at a later stage, the goal might be, “The child will sustain engagement with a peer with adult mediation.” At Level 6, representational differentiation and emotional thinking, a typical goal might be, “The child will close all symbolic circles in both pretend play and reality-based dialogues”; at a later stage, the goal might be, “The child will identify motives of other people or characters’ actions and understand different points of view and feelings.”

The notion of opening and closing circles of communication is a central construct in the model. In this approach, where the child’s ideas and interests are used as the basis of the adult’s interaction, the child opens a circle by initiating or showing interest in something or someone. The caregiver follows this initiation by joining and expanding the interaction. The child then closes the circle if he or she responds to the adult or, perhaps, begins a new circle with a new initiation or interest. In this exchange, the child becomes more aware of his or her actions, and the caregiver can become more aware of the child’s sense of self and interests. By respecting these interests and following the child’s lead, the adult can then set the stage for expanding the child’s ideas and challenging him or her to move up the developmental ladder (Breinbauer, 2010).

When a child reaches out—with a look, for example—he opens the circle. When the parent responds—by looking back—he builds on the child’s action. When the child in turn responds to the parent—by smiling, vocalizing, reaching, or even turning away—he is closing the circle. When the parent responds to the child’s response—by holding out a toy, by saying, “Don’t you want to play?”, by echoing the child’s vocalization—and the child responds with another gesture (a look, smile, or hand movement) they have opened and closed another circle. (Greenspan & Wieder, 1998, pp. 76–77)

Activities

In educational settings, three types of DIR activities are used to support the child’s development: 1) Floortime, or spontaneous interactions during which the teacher, teacher assistant, caregiver, or a peer follows the child’s lead and helps him or her expand ideas and intentions; 2) semistructured problem-solving interactions during which specific learning objectives are worked on through the creation of dynamic challenges that the child wants to solve; and 3) motor, sensory, perceptual-motor, and visual-spatial activities to strengthen processing foundations.

Because the DIR goals cross developmental disciplines, activities may be specific to particular disciplines. For example, the occupational therapist will see the child in a sensory gym with activities geared toward addressing the child’s sensory profile. For speech and language goals, the clinician may engage in spontaneous play-based interactions with the child and parent as well as more semistructured

activities to address the child's language comprehension issues. For the educator, goals will be incorporated into group learning activities in the classroom. The mental health professional on the team may meet weekly with the parents to discuss their reactions and responses to their child's challenges, the impact on the child's siblings, and the issues in the couple's marriage.

Finally, the goal of moving the child up through the developmental levels is addressed by embracing Floortime strategies. These strategies include working within the context of play and/or other natural interactions; using a vivid range of affective states to "woo" the child into interpersonal interactions; following the child's lead and ideas, no matter how primitive or perseverative; scaffolding expansion of ideas and/or interaction; facilitating responsiveness by pursuing the child in a playful way; facilitating initiation by responding to all of the child's nonintentional as well as intentional behaviors; coaching the parent to develop interactive strategies; and considering the child's sensory and regulatory needs when planning activities (Wieder, 2004). For examples, see the DVD that accompanies this book.



Parent Coaching

Programs that prioritize the parent-child relationship in the therapeutic process do so because they believe that the parent-child relationship is the key to healthy development and that parents are the most emotionally invested agents of their child's growth. Not only are parents seen as the best facilitators of development, but they also are recognized as the ones who can offer the intensity of intervention recommended by the National Research Council (Lord & McGee, 2001). As such, parents are seen as indispensable to their child's progress in learning to interact and communicate. The DIR approach seeks to empower parents to become their child's primary language and social-emotional facilitator through natural interactions that take place during everyday events, such as mealtime, bath time, or when looking at books. The role of the clinician is seen as providing a collaborative, respectful partnership with the parents, who clearly know their child best (Longtin & Gerber, 2008) but who may need specific instruction in how to help their child climb the social-emotional-symbolic ladder.

In a typical DIR session, the parent is asked to play with the child while the therapist provides suggestions as to how to use the DIR principles. The parent is encouraged to promote circles of communication, or continuous back-and-forth exchanges between the child and the parent, by following the child's lead, joining the focus of the child's interest, using high affect and playfulness, and enjoying the interaction. The clinician reflects with the parent, addressing questions and concerns relative to the roadblocks to achieving interactive flow and higher symbolic capacity. The clinician also guides the parent's understanding of the child's sensory and regulatory challenges and models how the parent might work around and with them. For example, the parent might help the child stay regulated (i.e., calm, alert, attentive) and thereby increase affective interactions, opportunities for face-to-face interactions, and vocalizations by bouncing the child on a large therapy ball.

Although parent involvement in programs for children on the autistic spectrum is often pro forma, dynamic parent coaching that has an interdisciplinary base may

be a less familiar part of the intervention process for many SLPs. Those SLPs practicing within the DIR framework will most likely need to be trained in the coaching process. That the parent–child relationship is the preferred intervention context obligates the DIR clinician to embrace his or her own learning about parent counseling, perhaps through reflective supervision, in order to assume the role of coach during the treatment.

DATA COLLECTION TO SUPPORT DECISION MAKING

Initial and ongoing assessments of the child's strengths and challenges that take place within the DIR Model are based on various paradigms of typical development, such as the FEAS (Greenspan et al., 2001), the ICDL-DMIC (ICDL, 2005) language model, and the individual processing profile. The evaluation of progress will be discipline-specific relative to the frequency of assessment and the identification of measures to be used for assessing change. For example, SLPs may use language sampling (Lahey, 1988; Systematic Analysis of Language Transcripts [SALT], Miller 2010) as a measure of the child's progress in language development. In DIR school programs, as in all school programs, data must be collected to chart the child's progress over time and to determine the efficacy of the strategies being used. The familiar procedures noted in Table 5.5 are some of those used in DIR educational settings.

Because the DIR Model is such a comprehensive one, clinicians working in this way will be looking at all developmental domains if the child is not progressing so that they can determine where roadblocks to further progress may lie. One could say that the beauty of the DIR approach is its developmental breadth, which expands the range of interdisciplinary thinking and in that way undoubtedly comes closer to a true integrated understanding of the child's capacities. However, this breadth also obligates the clinician and educator to be versed in a range of possibilities when changes are needed in the child's individual intervention program. Simply put, the DIR professional has to be informed enough in all areas of development to know when and with whom to consult in order to gain a deeper understanding of the child's developmental delays.

The possibility that any particular child will benefit from alternative treatments—for example, nutritional supplements—is considered by a DIR physician (Robinson, 2011). The changing needs of the child and family and the realities of the highs and lows of atypical development suggest that the educator and clinician working with the child should keep an open mind about the possible pathways to development. In this sense, the fact that the DIR professional is encouraged to receive reflective supervision increases the chances that the therapist will remain sensitive to how his or her own perspectives, prejudices, and emotional reactions may influence treatment decisions.

CONSIDERATIONS FOR CHILDREN FROM CULTURALLY AND LINGUISTICALLY DIVERSE BACKGROUNDS

Given the individualized nature of the DIR approach, practitioners working with children from all cultural and linguistic backgrounds can feel comfortable using the model. In fact, DIR-certified clinicians are now practicing in many countries,

Table 5.5. Developmental, Individual-Difference, Relationship-Based (DIR) Model data collection procedures and options

Indicate change in the percentage of response. For example, for a child who may be closing circles of communication 30% of the time, the specific goal would be to close circles 50% of the time at the next time interval.

Indicate change in the number of responses. For example, if a child is opening and closing 20 circles, the next goal would be 50 circles or that the child will respond three out of five times.

Indicate the time interval designated for the goal—for example, over a 1-week time period or during the next 3 months.

Indicate the amount of time to be spent on the goal, such as 10-min periods 8 times a day.

Consider the use of the Functional Emotional Assessment Scale (FEAS), which has established reliability and provides specific examples for each level. The FEAS could be scored at preintervention and postintervention intervals.

Indicate the context in which the child will demonstrate each developmental capacity, such as at school, on the playground, or at home.

Indicate whether the child will demonstrate the developmental capacity spontaneously or with natural prompts, such as questions during interactions.

Indicate whether the child will demonstrate the developmental capacity independently.

Source: Wieder and Kalmanson (2000).

including Australia, China, Colombia, Ireland, Israel, Italy, Spain, Turkey, and the United Kingdom. DIR faculty from the United States are frequently invited to do training in countries where a core of professionals, including psychiatrists, SLPs, occupational therapists, educators, and/or mental health practitioners, are making inroads in their communities and bringing DIR thinking to the work they do with children and families.

Application to a Child

To illustrate how the DIR Model can be integrated with developmental language goals, a child whom I saw for speech and language therapy at the Queens College Speech-Language-Hearing Center over a 4-year period will be discussed at two points in the DIR intervention he received—at 5 years of age, when he first began the intervention, and at 9 years.

“Mark” had been diagnosed with an ASD at the age of 3 years and had received intensive applied behavior analysis intervention between the ages of 3 and 5, before beginning DIR intervention. The shift to the DIR intervention occurred because Mark’s mother, Ms. Z., was concerned about the nature of his treatment under applied behavior analysis and the lack of skill generalization to everyday life. In addition, she noted the lack of improvement in Mark’s engagement and his limited capacity for shared emotion. The system of reinforcement being used was also worrisome to Ms. Z., because Mark’s “preoccupations” were used as rewards—for example, watching a video. Finally, she questioned why certain behaviors, such as attention, were tied to receiving rewards. Ms. Z. was referred to the author because she was interested in speech and language intervention that was more deeply rooted in DIR and in coaching in DIR principles.

DIR and Language Assessment: Mark at Age 5

To introduce Mark from a DIR perspective, let us begin with Mark's FEDLs and individual sensory profile. At 5, Mark had "islands of capacity" at the first four FEDLs when given persistent and predictable support (see Figure 5.1). He had not yet reached the higher levels, including creating representations and ideas, and representational differentiation and emotional thinking. In reference to his individual sensory-processing profile, specifically, sensory modulation and regulation, Mark was hyperreactive to auditory, tactile, and taste sensations. In terms of sensory processing, Mark could observe and focus on desired objects and differentiate salient visual stimuli; however, he demonstrated challenges in initiating and responding to joint attention through gaze. In the area of sensory-affective processing, Mark demonstrated challenges in the ability to connect intent or affect to the use of symbols, including language. Finally, in reference to motor planning and sequencing, Mark could initiate ideas in play with clear goals and purposes with a few preferred toys but had difficulties developing a play plan and enacting steps of a play sequence across a range of play themes.

When caregiver patterns were analyzed, six areas of interaction were addressed and rated on a scale from 1 (low) to 5 (high) (FEAS; Greenspan et al., 2001). The purpose of this assessment is to help parents discover those areas of interaction where they need support to further enhance their child's availability for deepening relationships and learning. In each of the areas, comforting, finding an appropriate level of stimulation, engaging in the relationship, reading cues and signals, maintaining affective flow for coregulation, and encouraging development, Mark's mother received high ratings. Although this is obviously not typical of all parents or professionals, Ms. Z. was simply a natural in DIR. In fact, Ms. Z and the clinician collaborated in determining intervention goals and strategies, and the therapy process was enhanced by her interpretations of her son's behaviors, such as the origins of Mark's **scripted language**. The term *scripted language* (or *scripts*) refers to the use of phrases, sentences, and longer strings of language that are repeated, often verbatim, from movies, books, television shows, and so forth.

When Mark was 5 years old, his language was assessed based on the language paradigm of the ICDL-DMIC (ICDL, 2005). At age 5, Mark's shared attention, affective engagement, and reciprocity did not meet the expectations of typically developing 24-month-olds (see Table 5.2). These capacities were seen only intermittently in interactions with his mother. Mark's language comprehension and production were compromised, with some strengths in production, including self-generated language, delayed echolalia, and scripts. Mark used scripts frequently to communicate his ideas and feelings. Mark's symbolic play skills were below those for a 24-month-old level, with the majority of his play at the level of exploratory and cause-and-effect play. He did not engage in peer interactions.

Language Intervention Goals and Strategies

The intervention goals developed for Mark were rooted in the DIR paradigm and developmental language models. The focus of Mark's intervention at 5 years was to increase his shared attention, affective engagement, reciprocity, and shared intentions with adults, primarily his mother; to expand his expression of affective states, including frustration,

	1	2	3	4	5	6
	Not reached	Observed intermittently, with support	Observed more consistently, with structure and scaffolding, given high affect, gestural, language, sensorimotor support	Not at age-expected level; observed intermittently, without support	Age-appropriate level in certain contexts	Age-appropriate level, with full range of affect states and emotional themes. Consider robustness and thematic level to give this rating.
<i>Draw a line through to the highest level (1–6) the child has reached.</i>						
Functional capacities						
1. Shared attention and regulation	↑	↑	↑	↑		
2. Engagement and relating	↑	↑	↑	↑		
3. Two-way intentional communication	↑	↑	↑	↑		
4. Complex problem-solving: <i>Simple two- to three-step actions and presymbolic functional use of toys</i>	↑	↑	↑	↑		
5. Creative representations and elaboration: <i>Connects three- to four-step sequences to represent realistic ideas; elaborates emotional themes</i>	↑	↑	↑	↑		
6. Representational and differentiation and emotional thinking: <i>Builds bridges between ideas; elaborates abstract themes; has reflective capacities</i>	↑	↑	↑	↑		

Figure 5.1 Assessment of functional emotional developmental levels for Mark at ages 5 (—) and 9 (.....). (Assessment adapted from Greenspan and Wieder [1998].)

anger, and delight; to facilitate emotional regulation to help him deal with extreme upset and aggression when his wishes could not be met; to facilitate the development of contingent schemas in play related to favorite activities, such as playing with trains, playing circus, and watering plants; and to coach Ms. Z in Floortime techniques that could be used to address the goals at home.

During early stages of Mark's language intervention, comprehension and production of language were considered secondary goals. His capacities for shared attention, engagement, reciprocity, shared intentions, regulation, expression of affect, and play were prioritized as these foundations for language were significantly compromised. Given the primary goals and the fact that these capacities typically develop in a child's interactions with his or her caregivers, Ms. Z. was often the primary interactant during therapy sessions.

Intervention strategies included following Mark's lead and joining his play contingently, regardless of the focus of the play or the frequency with which the play theme was introduced (e.g., train play); following preferred play scenarios and taking a role in them, including scripted ideas (e.g., circus themes); modeling early form-content relations to code his ideas; and coaching facilitation of goals in mother-child interactions.

Process and Progress

Mark's relatedness with the therapist and the graduate clinicians who were working with him developed well over the course of the first year. Many of the play interactions used during intervention centered around scripted schemas that Mark introduced in the play, such as watering plants or playing circus. The clinicians expanded these scripts by gradually adding to the scenarios (e.g., having dolls perform in the circus; adding an audience, including adult turns in the performance) and then returning to Mark's interest in the scheme. Although the clinicians introduced many different play schemas, Mark had his favorites, and the play often returned to these scenarios.

Mark's persistent interests, such as playing with a train, were not discouraged. Rather, these interests were used to encourage interactions, such as finding the train together, locating the missing pieces, adding people to the play theme, and taking the train to Mark's favorite places (e.g., McDonald's restaurants). Consistent with DIR thinking, joining the child in his or her strongest interests generally leads to greater engagement, affective expression, and continuity of the story line. In fact, over time, Mark stopped requesting the train and went on to explore other play possibilities. Mark's exploration of what he could do with his body was also encouraged, to address his sensory-processing and regulatory needs.

By the end of the first year of DIR-based language intervention, Mark's level of engagement ranged from many circles of affective interactions around simple pretend games (e.g., playing monster) to shorter, more fragmented interactions. Mark's widest range of affect was seen in his interactions with his mother, where high positive affect, humor, frustration, and anger were expressed.

Although not addressed directly, Mark's language production increased both quantitatively and qualitatively. Greater diversity was seen in his vocabulary, word combinations, and early semantic-syntactic relations. Mark began to code a range of ideas (Lahey, 1988) using the basic constituent structure (subject plus verb plus complement) and also demonstrated the beginnings of semantic-syntactic complexity ("I want to go on the bolster"). Despite this progress, Mark's formulation difficulties were apparent, as

	1	2	3	4	5	6
	Not reached	Observed intermittently, with support	Observed more consistently, with structure and scaffolding, given high affect, gestural, language, sensorimotor support	Not at age-expected level; observed intermittently, without support	Age-appropriate level in certain contexts	Age-appropriate level, with full range of affect states and emotional themes. Consider robustness and thematic level to give this rating.
<i>Draw a line through to the highest level (1–6) the child has reached.</i>						
Modality						
1. Shared attention	→	→		→		
2. Affective engagement	→	→		→		
3. Reciprocity	→	→		→		
4. Shared intentions	→	→		→		
5. Shared forms and meanings	→	→		→		
6. Emerging discourse	→	→		→		

Figure 5.2. Assessment of speech-language-communication for Mark at age 5 (→) and age 9 (→). (Assessment adapted from Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders [2005].)

can be seen in the following utterances: "Can I make a plant some seeds?"; "Put in the more"; "Can I water pour?" More important, Mark's comprehension of decontextualized language continued to be limited.

As previously mentioned, Mark's use of repetitive language and play was considered an opportunity to facilitate both of these domains of development. For example, in the monster game, Mark turned off the lights, went out of the room, waited until we were sleeping and snoring, and then scared us when he came back in. Soon, Mark was one of the sleepers, joining the others in the room and trying to catch the monster when he returned. These shifts in the play schemas allowed for facilitation and expansion of the language and affect associated with this script.

DIR and Language Assessment: Mark at Age 9

To illustrate how a child's intervention program might change over time using the DIR paradigm, selected components of Mark's profile at 9 years will be discussed. In terms of the FEDLs (see Figure 5.1), Mark had achieved the first four levels in certain contexts, although his emotional range continued to be somewhat restricted. His capacity for creating representations and elaboration had expanded, with continuing constriction in his symbolic play abilities. Finally, with persistent and predictable support, Mark demonstrated islands of capacity in representational differentiation and emotional thinking.

In terms of the ICDL-DMIC (ICDL, 2005), at 9 years, Mark was a spontaneous and frequent communicator. In certain contexts, he had achieved the shared attention, affective engagement, and reciprocity that are seen in 36-month-old typically developing children (see Figure 5.2). Mark's language comprehension and production were similar to a 36-month-old's level in some ways, below this level in other ways (e.g., difficulty understanding and responding to "why" questions), and above typical developments of 36-month-olds in certain skills (e.g., ability to read). Mark continued to use scripts frequently to communicate his ideas and feelings, and his symbolic play skills were beginning to reach the 36-month-old level. Mark was interested in peer interactions but had difficulty joining and sustaining them.

Language Intervention Goals and Strategies

Intervention goals continued to focus on facilitating shared attention, affective engagement, reciprocity, shared intentions, and emotional regulation. Newer goals included expanding understanding of others' emotional states; facilitating the expansion of new schemas and stories within play scenarios; improving the comprehension of language, specifically, the response to "why" questions; expanding the capacity for symbolic play—decontextualization, themes, organization, and roles (Westby, 2000); supporting problem solving and flexibility; and enhancing "theory of mind" perspectives (Howlin, Baron-Cohen, Hadwin, & Swettenham, 1999).

In terms of intervention strategies, the integration of DIR thinking and developmental language models dictated the procedures that were used. At this point in the therapy, the clinician used Mark's interest in books to address the expression and understanding of emotional themes, the expansion of symbolic play, and the comprehension of language. Mark's scripts continued to be used as a context for the intervention as the clinician joined in the meaning and affective tone of the script, developed an interaction within the context of the script by taking a role in the play, and changed or added to the characters,

problems, outcomes, and roles while staying within the story line. Scripts were played out many times, and nonscripted language was modeled to accompany the action.

Process and Progress

One of the most significant signs of progress noted when Mark was 9 was the depth of the relationship that he developed with the graduate clinicians who were working with him. Mark's connection to the students represented a qualitative change in his capacity for relating to people and his capacity for engagement.

Mark's use of spontaneous language and social language with the adults ("Hi guys...what are you doing?") continued to increase and become a more natural part of his repertoire. Mark's interest in reading books led to acting out a story—for example, Mercer Mayer's *Hansel and Gretel*—at first in a prescribed way, and then with changes within the roles and, eventually, in the story's ending. Mark was quite clever about using different props for the reenactment and easily accepted the clinician's suggestions—for example, a basket for the dungeon. The day that Mark announced that he was going to be Gretel after many times of being Hansel, pride in his accomplishment was obvious. We saw Mark's spontaneous, self-initiated role change from Hansel to Gretel as an example of the benefits of replaying the story many times rather than prematurely moving him on or directing the play.

Although we have been delighted with the role Mark's scripts have played in his language development, we are aware that they continue to reflect Mark's challenges in the comprehension and production of language. For example, based on an assessment of Mark's comprehension at 9 years of age, it is apparent that he has mastered the earlier occurring "wh" forms, such as "what, who, where," but not the later developing ones, such as "why" and "how." In his responses, Mark displayed comprehension patterns characteristic of earlier typical development, such as answering later occurring question forms with earlier occurring interpretations (e.g., answering "why" questions as if they were "who" questions).

In terms of production, although Mark continues to expand his use of spontaneous self-generated language, he continues to use scripts to communicate ideas and feelings. In fact, because the author had the opportunity to study Mark's language development over time, she has come to a deeper appreciation of the ongoing role scripts may play in a child's expression of intention and meaning. Although not always apparent to a more naïve listener, a connection can be made between Mark's use of a script and the affect or idea he is trying to communicate. For example, when Mark was feeling nervous during one of his therapy sessions, he borrowed a script used by a character in the movie *Cars* to refer to anxiety.

Before ending this section, it is important to mention how a DIR–developmental language approach to scripting differs from more familiar intervention approaches to this form of communication. In fact, in more traditional approaches, clinicians and educators often address a child's scripting by ignoring it and redirecting the child to activities proposed by the adult, by modeling language that relates to the adult-determined activity, and by telling the child, "We're not talking about that now" when he or she returns to the scripts. These strategies are obviously generated from very different thinking about the origins of language, the reasons that a child might be using scripts, and the interpersonal and intrapersonal functions of the scripts. The principles of intervention shared by a

DIR approach and a developmental language approach speak to the theoretical foundations for generating the intervention goals and strategies, which were used to address Mark's scripting. These include prioritizing affective engagement and reciprocal interaction, following the contents of the child's mind, treating all behaviors as intentional and meaningful, acknowledging that the child's idea is always better than yours, and joining first and then gently expanding the child's affect, ideas, and/or language.

Although the topic is not specifically discussed in this chapter, the DIR Model does address higher levels of functional emotional development that would be appropriate to consider for older children, adolescents, and adults (Greenspan & Mann, 2001).

FUTURE DIRECTIONS

Needless to say, all of us working with children with ASDs and with their families understand the importance of improving the quantity and quality of intervention research with this population. Not only is the quality of service dependent on more and better research, but many families are in need of such data to access a greater range of treatment options. Because insurance reimbursement and school districts look to the research findings to support and develop programs, moving forward in this regard needs to be one of our highest priorities.

Having said this, it is clear that research findings for groups of children will always have to be viewed through the lens of the reality of individual differences. The individual complexity of the challenges faced by children with ASDs and their parents necessitates a clear conviction regarding individually designed intervention programs. This, in turn, leads to the recommendation that various types of research, including individual case studies, must be considered seriously for this population of children and no doubt for all children who have atypical developmental trajectories.

SUGGESTED READINGS

Gerber, S. (2003). A developmental perspective on language assessment and intervention for children on the autistic spectrum. *Topics in Language Disorders, 23*(2), 74–95.

This article addresses how social-pragmatic and developmental models of language, such as Bloom and Tinker's Intentionality Model (2001) and Lahey's (1988) Language Model, can be used as the cornerstones for determining the priorities for language assessment and intervention for young children with ASDs. Profiles of five children with ASDs are used to illustrate developmental goals and contexts of language intervention.

Greenspan, S., & Wieder, S. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*. Reading MA: Perseus Books.

In this book, Greenspan and Wieder introduce their unique paradigm of the six key developmental milestones in early childhood and the groundbreaking intervention approach known as Floortime.

Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. (2005). *Diagnostic manual for infancy and early childhood*. Bethesda, MD: ICDL Press.

The ICDL-DMIC presents a developmentally based classification system for infants and young children with developmental disorders. The comprehensive classification system can be used to describe challenges in emotional, speech-language, cognitive, regulatory-sensory, and motor capacities.

Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. (2001). *Clinical practice guidelines*. Bethesda, MD: ICDL Press.

The clinical practice guidelines, which are based on research and clinical experience, address the identification, assessment, and treatment of all relevant areas of developmental functioning in childhood. These include child-caregiver relationships, speech and language, motor functioning, visual-spatial processing, sensory modulation, the functional emotional developmental capacities, cognitive functioning, social skills, family patterns, and peer relationships. The guidelines embrace a functional developmental approach and can serve as the basis for recommendations for changes in screening, assessment, and intervention services and local, state, and federal policies.

Learning Activities

Topics for Further Discussion

- Discuss the similarities and differences in the role of the parent between the DIR Model and other intervention approaches that focus on incorporating the parent into the intervention process (e.g., the Hanen program *More Than Words* [Sussman, 1999]).
- Discuss the areas of developmental functioning embraced in the DIR Model that will be familiar to SLPs and those that will require further exposure and learning.

Ideas for Projects

- Interview the parent of a child with autism who has had experience with both adult-directed approaches to intervention, such as ABA, and child-directed approaches, such as DIR. Ask the parent to discuss the pros and cons of each treatment approach for the child and family.
- Interview an SLP who uses more behavioral interactions in intervention, such as ABA, and one who uses more spontaneous interactions, such as DIR/Floortime. Ask the clinicians to explain what theories and clinical findings have motivated their decisions.
- Interview an occupational therapist and ask him or her to give examples of sensory and regulatory problems that children on the autistic spectrum might experience that would impact their ability to develop nonverbal forms of communication.

Questions

1. Describe the major components of the DIR Model, and give examples of the specific behaviors that would be assessed in each of these areas.
2. Describe how Mark's language intervention program reflects elements of the DIR Model and what the most significant divergences are from more traditional language assessment and intervention approaches.

3. How would you address the question of what evidence is available to support the DIR approach to intervention?

Writing Assignments

1. Using the information discussed in this chapter on the FEDLs, the individual sensory profile, and caregiver patterns, write an assessment of a child with whom you are working.
2. Based on your assessment described in the preceding assignment, generate goals relative to the FEDLs, sensory profile, and caregiver-child interactions.

REFERENCES

- Aldred, C., Green, J., & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 1420–1430.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Bates, E. (1975). *Language and context: The acquisition of pragmatics*. New York, NY: Academic Press.
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bloom, L., & Tinker, E. (2001). The intentionality model and language acquisition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 66*(4, Serial No. 267).
- Breinbauer, C. (2010). Circles of Communication. Lecture presented at the ICDL Graduate School, Functional Emotional Assessment Scale Reliability Training (IMH 401), Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, Bethesda, MD.
- Casenhiser, D., Shanker, S., & Stieben, J. (2010, May). *Learning through interaction in children with autism*. Paper presented at the International Meeting for Autism Research, Philadelphia, PA.
- Cawn, S., Gerber, S., Greenspan, S., Harrison, C., Lewis, D., Madell, J., & Wetherby, A. (2005). Language disorders. In *ICDL-Diagnostic manual for infancy and early childhood* (pp. 129–166). Bethesda, MD: ICDL Press.
- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floortime play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 78*, 196–203.
- Gerber, S. (2003). A developmental perspective on language assessment and intervention for children on the autistic spectrum. *Topics in Language Disorders, 23*(2), 74–95.
- Girolametto, L., Sussman, F., & Weitzman, E. (2007). Using case study methods to investigate the effects of interactive intervention for children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Communication Disorders, 40*, 470–492.
- Greenspan, S. (2004). *The social-emotional growth charts*. San Antonio, TX: Pearson.
- Greenspan, S.I., De Gangi, G.A., & Wieder, S. (2001). *The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for infancy and early childhood: Clinical and research applications*. Bethesda, MD: ICDL Press.
- Greenspan, S., & Mann, H. (2001). Adolescents and adults with special needs: the Developmental Individual differences, Relationship-based (DIR) approach to intervention. In Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, *ICDL clinical practice guidelines: Redefining the standards of care for infants, children, and families with special needs* (pp. 639–656). Bethesda, MD: ICDL Press.
- Greenspan, S.I., & Shanker, S.G. (2004). *The first idea: How symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*. New York, NY: Da Capo Press.
- Greenspan, S.I., & Weider, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of

- children with autistic spectrum disorder. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87–141.
- Greenspan, S.I., & Wieder, S. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*. Reading, MA: Perseus Books.
- Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J., & Swettenham, J. (1999). *Teaching children with autism to mind-read*. New York, NY: Wiley.
- Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. (2001). *ICDL clinical practice guidelines: Redefining the standards of care for infants, children, and families with special needs*. Bethesda, MD: ICDL Press.
- Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. (2005). *Diagnostic manual for infancy and early childhood*. Bethesda, MD: ICDL Press.
- Kasari, C., Paparella, T., Freeman, S.N., & Jahromi, L. (2008). Language outcome in autism: Randomized comparison of joint attention and play interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 125–137.
- Kim, J.M., & Mahoney, G. (2004). The effects of mother's style of interaction on children's engagement: Implications for using responsive interventions with parents. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(1), 31–38.
- Lahey, M. (1988). *Language disorders and language development*. New York, NY: Wiley.
- Lewis, D., & Greenspan, S.I. (2005). *The affect-based language curriculum (ABLC): An intensive program for families, therapists, and teachers* (2nd ed.). Bethesda, MD: ICDL Press.
- Longtin, S., & Gerber, S. (2008). Contemporary perspectives on facilitating language acquisition for children on the autistic spectrum: Engaging the parent and the child. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 3, 38–51.
- Lord, C., & McGee, J.P. (Eds.). (2001). *Educating children with autism* [National Research Council, Committee on Educational Interventions for Children with Autism, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education]. Washington, DC: National Academy Press.
- MacDonald, J. (2004). *Communicating partners*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mahoney, G., & Perales, F. (2005). Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: A comparative study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 77–85.
- McConachie, H., Randle V., & Le Couteur, A. (2005). A controlled trial of a training course for parents of children with suspected autism spectrum disorder. *Journal of Pediatrics*, 147, 335–340.
- National Autism Center. (2009). *National Standards Project—findings and conclusions: Addressing the needs for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders*. Randolph, MA: Author. Retrieved from <http://www.nationalautismcenter.org>
- Pajareya, K., & Nopmaneejumrusters, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(5), 563–577.
- Piaget, J. (1955). *The language and thought of the child*. Cleveland, OH: Meridian.
- Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A., & Rydell, P. (2006). *The SCERTS® Model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Robinson, R. (2011). *Autism solutions: How to create a meaningful life for your child*. Ontario, Canada: Harlequin.
- Schopler, E., Reichler, R., & Rochen-Renner, B. (1988). *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Seigel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- Shonkoff, J.P., & Phillips, D.A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Siller, M., & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 77–89.

- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation model. *Autism: The International Journal of Research and Practice, 11*, 205–224.
- Sussman, F. (1999). *More Than Words: Helping parents promote communication and social skills in children with autism spectrum disorders*. Toronto: The Hanen Centre.
- Miller, J. (2010). Systematic analysis of language transcripts (SALT; English version 2010) [Computer software]. Middleton, WI: SALT Software, LLC.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York, NY: W.W. Norton.
- Westby, C. (2000). A scale for assessing development of children's play. In K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & C. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (2nd ed., pp. 15–58). New York, NY: Wiley.
- Wetherby, A., & Prizant, B. (2002). *Communication and Symbolic Behavior Scales™ (CSBS™)*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Wieder, S. (2004, June). *Building foundations for children and families*. Seminar presented in Tarrytown, NY.
- Wieder, S., & Greenspan, S.I. (2005). Can children with autism master core deficits and become empathetic, creative, and reflective? *Journal of Developmental and Learning Disorders, 9*, 39–61.
- Wieder, S., & Kalmanson, B. (2001). Educational guidelines for pre-school children with difficulties in relating and communicating. In *ICDL clinical practice guidelines: Redefining the standards of care for infants, children and families with special needs* (pp. 283–333). Bethesda, MD: ICDL Press.

התפתחות במרחבים משותפים צעדים משתלבים בנתיבי המחקר והטיפול

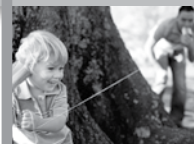


אפריל 2016

תל השומר

הכנס ה'8

רשימות



A large background image of a smiling child with a fishing rod, overlaid with horizontal dotted lines for writing.

התפתחות במרחבים משותפים צעדים משתלבים בנתיבי המחקר והטיפול

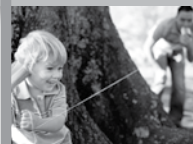


אפריל 2016

תל השומר

הכנס ה'8

רשימות



A large background image of a smiling child with a fishing rod, overlaid with horizontal dotted lines for writing.

התפתחות במרחבים משותפים צעדים משתלבים בנתיבי המחקר והטיפול

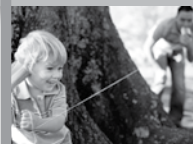


אפריל 2016

תל השומר

הכנס ה'8

רשימות



A large background image of a young child with blonde hair, smiling and holding a fishing rod. The image is semi-transparent and overlaid with horizontal dotted lines, serving as a template for notes or a list.