

آسیب‌شناسان گفتار و زبان، کمتر از روش‌های غیرکلامی برقراری ارتباط بهره می‌گیرند و یا آن را به مراجعین خود توصیه می‌کنند. از علل این موضوع می‌توان به این موارد اشاره کرد: دانش ناکافی به دلیل آموزش نامناسب، عدم تمایل مراجعین و خانواده‌هایشان، انگیزه پایین درمانگران و مراجعین در خصوص استفاده از این روش‌ها، عدم پذیرش جامعه، کمبود ابزار، عدم شناخت ابزارهای موجود و هزینه بالای آنها. آسیب‌شناسان گفتار و زبان حتی در مواردی کاربرد این روش‌ها را برای مراجعان خود غیرضروری دانسته و کمتر از آن استقبال می‌کنند (ظریفیان، ملکیان و سیفی: همان). در کنار بی‌میلی درمانگران نسبت به به‌کارگیری روش‌های غیرکلامی برقراری ارتباط، آگاهی‌سازی در خانواده‌ها و جامعه نیز کمتر اتفاق می‌افتد. فرهنگ‌سازی صحیح و گذر از باورهای غلط در حوزه برقراری ارتباط غیرکلامی در افرادی که به آسیب‌های شدید گفتاری مبتلا هستند، مسئولیت مهمی است که بر عهده آسیب‌شناسان گفتار و زبان است.

در این کتاب که آسیب‌شناسان گفتار و زبان را هدف قرار داده است، روش اجرای گام‌به‌گام سیستم ارتباطی تبادل تصویر (PECS)^۱، یکی از درمان‌های مبتنی بر شواهد در برقراری ارتباط افراد مبتلا به ASD، ارائه شده است. برای اجرای این روش، می‌توانید به سایت www.arasaac.org مراجعه کرده و تصاویر مورد نیاز را به کار بگیرید. لازم به ذکر است که دسترسی به تصاویر در این سایت آزاد و بدون محدودیت است. امید است که مجموعه حاضر گامی ابتدایی برای ارتقاء سطح فرهنگ جامعه در راستای پذیرش ارتباط غیرکلامی، آگاهی‌سازی مراقبین، مربیان و آسیب‌شناسان گفتار و زبان در به‌کارگیری روش‌های روش‌های جایگزین و مکمل ارتباط (AAC)^۲ در افراد واجد شرایط باشد تا بدین ترتیب از حق حیاتی افراد دچار آسیب‌های شدید گفتاری حمایت شود.

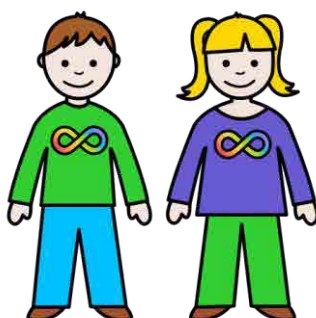
رویا محمدی (آسیب‌شناس گفتار و زبان)
معصومه حقیقی (روانشناس)

1 Pictural Exchange Communication System (PECS)

2 Augmentative Alternative Communication (AAC)

مقدمه

اختلال طیف اتیسم (ASD)^۱، اختلال عصبی-رشدی پیچیده‌ای است که توانایی فرد مبتلا در برقراری ارتباط را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درمان ASD پازلی است که روزبه‌روز در حال تکمیل شدن است. از گذشته تا کنون روش‌های متعددی برای درمان این اختلال به کار گرفته شده است. تعدادی از روش‌های پذیرفته‌شده با تأکید بر راهکارهای دیداری به افراد مبتلا ارائه می‌شود؛ زیرا این افراد در پردازش‌های دیداری قوی‌تر عمل می‌کنند. در مداخلات ارتباطی این افراد نیز از این نقطه قوت بهره گرفته شده است و به این ترتیب مداخلات جایگزین و مکمل با تکیه بر نمادهای دیداری برای افراد مبتلا به ASD فاقد گفتار شکل گرفته است. PECS یکی از مداخلات پایین به بالا^۲ است که غالباً برای افراد مبتلا به اختلال شدید ارتباطی به کار گرفته می‌شود. در ادامه مداخلات پایین به بالا و بالا به پایین^۳ معرفی می‌شود.^۴



مداخلات پایین به بالا و بالا به پایین

فعالیت‌های عصبی به دو دسته پایین به بالا و بالا به پایین تقسیم می‌شوند. قشر مغز بالاترین سطح و اندام‌های حسی پایین‌ترین سطح این فعالیت‌ها را تشکیل می‌دهند. مداخلاتی که بر ورودی‌های حسی اعمال می‌شود، مداخلات پایین به بالا و مداخلاتی که هوشیارانه و با تکیه بر عملکردهای عالی مغز، مثل تفکر، استدلال، برنامه‌ریزی و ... اجرا می‌شوند، مداخلات بالا به پایین نامیده می‌شود.

1 Autism Spectrum Disorder(ASD)

2 bottom-up

3 top-down

۴ تکرار برخی از اصطلاحات فنی به صورت سرواژه انگلیسی به درخواست نویسندگان این کتاب است (ویراستار)

مداخلات پایین به بالا معمولاً در مراجعان خردسال و یا دارای اختلالات شدید کاربرد دارد؛ زیرا در این افراد انتظار بروز مهارت‌های عالی مغزی وجود ندارد. PECS یک مداخله پایین به بالاست. از آنجایی که این مداخله توسط درمانگر هدایت می‌شود، لازم نیست که مراجع هدف متوجه این مداخله شود و فقط اجرای آن توسط مراجع کفایت می‌کند. در PECS مراجع با حل مسئله، تفکر هوشیارانه و فعالیت‌هایی از این دست مواجه نیست؛ بلکه با روش‌های ساده مثل شرطی‌شدگی و پیگیری دستورالعمل، تمرینات را اجرا می‌کند. درواقع می‌توانیم مداخله PECS را یک نوع مداخله درمانگرمحور بنامیم که در آن مراجع تابع درمانگر است و پایین‌ترین حد برنامه‌ریزی را در روند درمان برعهده دارد.

سطوح ASD

یکی از خصوصیات مهم این اختلال، ضعف در مهارت‌های ارتباطی-اجتماعی است که بسیاری از مهارت‌های کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در واقع مانع از رشد طبیعی کودک می‌شود. همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌کنید، افراد مبتلا به ASD در سه دسته خفیف، متوسط و شدید قرار می‌گیرند که در طیف شدید، محدودیت در مهارت‌های ارتباطی-اجتماعی بیشتر مشاهده می‌شود. گفتار و زبان در این افراد، به شدت مختل می‌شود و گاهی در برخی از این افراد هیچ نشانه‌ای از رشد گفتار، بروز نمی‌کند. تحقیقات اخیر، حاکی از این است که بین ۱۰ تا ۲۵ درصد از افراد مبتلا به ASD، گفتار کافی برای رفع نیازهای ارتباطی مداوم و روزمره خود را ندارند (اندرسون^۱ و همکاران: ۲۰۰۷، لورد^۲، ریزی^۳ و پیکلز^۴؛ ۲۰۰۴، میرندا^۵ و همکاران: ۲۰۱۳). همچنین به گزارش واکمار^۶ و همکاران (۲۰۰۴)، ۲۵ درصد از کودکان مبتلا به اتیسم گفتار کارکردی ندارند. برخی از این افراد، اصلاً قادر به برقراری ارتباط کلامی نیستند، این درحالی است که برخی دیگر قادر به تولید گفتار هستند، ولی گفتار آنها از کمیت و یا کیفیت کافی برای برقراری ارتباط برخوردار نیست و به همین دلیل، انجمن گفتار، زبان و شنوایی آمریکا^۷ استفاده از سیستم‌های حمایتی برقراری ارتباط را برای این افراد توصیه کرده است.

1D. K. Anderson

2 C. Lord

3 S. Risi

4 A. Pickles

5 P. Miranda

6 F. Volkmar

7 American Speech, Language and Hearing Association (ASHA)

جدول ۱. سطوح شدت ASD بر اساس دو معیار اصلی ارتباطی-اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای

علائم ارتباط اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای	سطح شدت
- بدون حمایت، در تعامل اجتماعی دچار مشکل می‌شود. - مشکلاتی در آغاز تعامل اجتماعی داشته و الگوهای واضحی از واکنش‌های غیرعادی و ناموفق به محرکات اجتماعی دارد. - ممکن است عدم تمایل به تعامل اجتماعی در آنها مشخص باشد. برای مثال فردی که توانایی صحبت کردن با جملات کامل را دارد، در تعاملات اجتماعی درگیر می‌شود، ولی در ردوبدل کردن کلام شکست می‌خورد. - تلاش‌های او برای دوست‌یابی عجیب و غریب است و معمولاً با شکست مواجه می‌شود. - انعطاف‌ناپذیری رفتاری موجب تداخلات بارز در عملکرد در زمینه‌های مختلف می‌گردد. - در تغییر دادن فعالیت‌ها با دشواری مواجه است.	سطح یک (نیازمند به حمایت)
- نقایص مشخص در مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی، کلامی و غیرکلامی دارد. - حتی با دریافت حمایت هم آسیب‌های اجتماعی آشکار دارد. - محدودیت در آغاز تعاملات اجتماعی دارد. - کمترین واکنش یا واکنش‌های غیرمعمول به محرکات اجتماعی از جانب دیگران دارد. - انعطاف‌ناپذیری رفتاری و مشکل در کنار آمدن با تغییرات دارد؛ رفتارهای تکراری و محدودی دارد که در عملکرد فرد در زمینه‌های مختلف تداخل ایجاد می‌کند. - آشفتگی و دشواری در تغییر تمرکز (خواسته‌ها و علایق) یا فعالیت‌ها دارد.	سطح دو (نیاز به حمایت قابل توجه)
- نقص شدید در مهارت‌های ارتباطات کلامی و غیرکلامی دارد. - محدودیت بسیار شدید در شروع تعاملات اجتماعی دارد. - واکنش حداقلی به محرکات اجتماعی دارد. - کمترین واژگان گفتاری قابل فهم را دارد. - به ندرت آغازگر یک ارتباط است و وقتی ارتباط برقرار می‌کند از رویکردهای غیرمعمول برای برآورده کردن نیازهایش استفاده می‌کند. - انعطاف‌ناپذیری رفتاری و مشکل جدی در کنار آمدن با تغییرات دارد؛ رفتارهای تکراری و محدودی دارد که در عملکرد فرد در زمینه‌های مختلف تداخل ایجاد می‌کند. - آشفتگی و دشواری شدید در تغییر تمرکز (خواسته‌ها و علایق) یا فعالیت‌ها دارد.	سطح سه (نیاز به حمایت و رسیدگی بسیار زیاد)

برخی افراد مبتلا به ASD، ممکن است تجربه منفی و طولانی از مداخلات کلامی‌ای داشته باشند که کمتر برای آنها سودمند بوده است. AAC، یک مسیر یادگیری جدید ارتباطی را فراهم می‌کند که می‌تواند در توسعه همزمان مهارت‌های ارتباطی، زبانی، گفتاری و سوادآموزی هم نقش داشته باشد (بیکلمن^۱ و میرندا: ۲۰۱۳).

در افراد مبتلا به اختلال طیف شدید اتیسم، آموزش روش‌هایی جهت برطرف‌سازی نیازها و خواسته‌های اولیه ضروری است. این افراد می‌توانند از روش‌های ارتباط مکمل و جایگزین استفاده کنند. علاوه بر این گروه، برخی از کودکان مبتلا به طیف اتیسم به صورت همزمان مبتلا به نقایص و اختلالات رشدی دیگری نظیر آپراکسی دوران کودکی^۲ هستند که در مورد این کودکان نیز، بهره‌گیری از برنامه‌های درمانی مکمل و یا جایگزین ارتباط مطرح می‌شود.

1 D. Beukelman

2 Childhood Apraxia of Speech (CAS)

روش‌های AAC چیست؟

روش‌های AAC حیطه نسبتاً جدیدی در آسیب‌شناسی گفتار و زبان است که باید در ارزیابی‌های این حوزه مورد توجه قرار گیرد. ای.ای.سی شامل روش‌هایی نظیر به کارگیری روش‌های غیر کلامی برای برقراری ارتباط، مانند اشاره، تخته‌های ارتباطی، PECS و ... است. برخی مراجعه‌کنندگان به گفتاردرمانی کاندید استفاده از روش‌های AAC هستند؛ در حالی که این روش‌ها نزد آسیب‌شناسان گفتار و زبان کمتر شناخته شده است و در بین خانواده‌ها و جامعه نیز مقبولیت کمتری دارد. اما سودمندی به کارگیری این روش‌ها در برخی مراجعین ثابت شده است (ظریفیان، ملکیان و سیفی: ۱۳۹۴). انجمن گفتار، زبان و شنوایی آمریکا سودمندی AAC را در خصوص کمک به افراد مبتلا به اختلالات بیانی شدید مطرح می‌کند. پس در شرایط مشاهده اختلالات رشدی و اکتسابی شدید که مانع از رشد کلامی عملکردی می‌شود، باید از روش‌های AAC بهره برد.

چه افرادی کاندید استفاده از روش‌های مکمل و جایگزین ارتباط هستند؟

فقدان ارتباط کلامی کارکردی به معنای وجود مقاصد ارتباطی کم و همچنین کاربرد هجاها و واژگان بسیار محدود در نمونه گفتاری فرد است. برخی از افراد ممکن است بعد از به کارگیری مداخلات روش‌های جایگزین و مکمل ارتباط، تحولاتی در رشد سیستم گفتاریشان نشان دهند که نتیجه‌ای امیدبخش است و در این صورت می‌توان هر دو هدف ارتباط کلامی و غیر کلامی را در فرد دنبال کرد. در مواردی که در پی می‌آید کاربرد روش‌های روش‌های AAC توصیه می‌شود: در کودکان دچار اختلالات زبانی^۱، اگر فاصله سن تقویمی و زبانی زیاد شده باشد ولی کودک هنوز قادر به استفاده از کلام نباشد، ASD، فلج مغزی^۲، ناتوانی هوشی^۳، آپراکسی رشدی^۴، اختلالات اکتسابی زبان مانند زبان‌پریشی‌هایی^۵ که برون‌ده کلامی را به شدت مختل کند، اختلالات نورولوژیک شدید مثل آپراکسی

1 language disorders

2 Cerebral Palsy (CP)

3 Intellectual Disability (ID)

4 developmental apraxia of speech

5 aphasia

گفتار^۱، نقایص نورون محرکه فوقانی^۲ و تحتانی^۳ که در بیماری اسکروز جانبی آمیوتروفیک^۴ دیده می‌شود و حتی در موارد بی‌کلامی موقت، مثل ضعف و فلجی تارهای صوتی که بعد از استفاده از لوله‌گذاری حنجره ممکن است رخ بدهد.

در افراد بی‌کلام و یا افرادی که به زحمت قادر به استفاده از گفتار هستند، استفاده از این روش‌ها می‌تواند معانی را جهت بیان خواسته‌ها و نیازهایشان فراهم کند و به آنها کمک می‌کند که بتوانند از هر طریق ممکن (اشاره، استفاده از متن، استفاده از تصویر و...) با محیط و خانواده ارتباط برقرار کنند. همچنین در بالابردن اعتمادبه‌نفس، استقلال و احساس کفایت و ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنها نقش به‌سزایی دارد.

همانطور که از نام ارتباط مکمل و جایگزین برداشت می‌شود، این روش‌ها به دو منظور جایگزینی ارتباط و مکمل ارتباط به‌کار برده می‌شوند. در شرایطی که مراجع از ارتباط کلامی استفاده نمی‌کند و امیدی به رشد ارتباط کلامی در فرد وجود ندارد و درواقع پیش‌آگهی استفاده از کلام در وی ضعیف برآورد می‌شود، تعیین یک سیستم ارتباطی جایگزین به جای سیستم ناکارآمدِ گفتاری لازم به نظر می‌رسد. گاهی اوقات نیز شاهد برقراری ارتباط کلامی فرد هستیم، ولی کلام وی یا به اندازه کافی واضح و قابل‌فهم نیست و یا ارتباط کلامی شکل غالب برقراری ارتباط او نیست. در این شرایط کاربرد یک سیستم ارتباطی مکمل، تکمیل‌کننده تلاش‌های ارتباط کلامی او خواهد بود. در افرادی که به دلیل شرایط خاص قادر به استفاده از کلام نیستند، در حالی که توانایی بالقوه برقراری ارتباط کلامی را دارند، استفاده از یک سیستم ارتباطی موقت ضروری است تا فرد در این مدت از برقراری ارتباط محروم نباشد.

نقش توانایی برقراری ارتباط نه‌تنها در برآوردن نیازهای ضروری و روزمره اهمیت دارد، بلکه در بالابردن اعتمادبه‌نفس، باور فرد، پذیرش در جمع خانواده، دوستان و جامعه، بهداشت روانی، مشارکت و عملکرد اجتماعی و ارتقا کیفیت زندگی افراد قابل‌توجه و درخور اهمیت است.

1 apraxia of speech

2 Upper Motor Neuron (UMN)

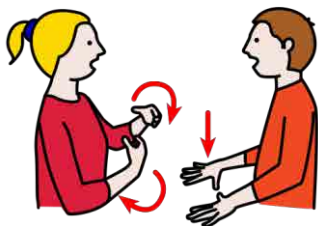
3 Lower Motor Neuron (LMN)

4 Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)

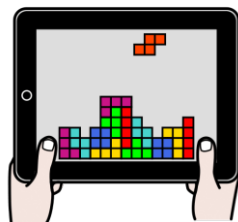
انواع AAC

همانطور که شکل ۱ نمایش می‌دهد، انواع AAC در دو دسته تعریف می‌شوند:

- روش‌های بدون ابزار یا بدون کمک: شامل استفاده از اندام‌های بدن، بدون استفاده از ابزار خارجی است؛ مانند حرکات دست، سر، پا و چشم، جهت‌گیری بدن و

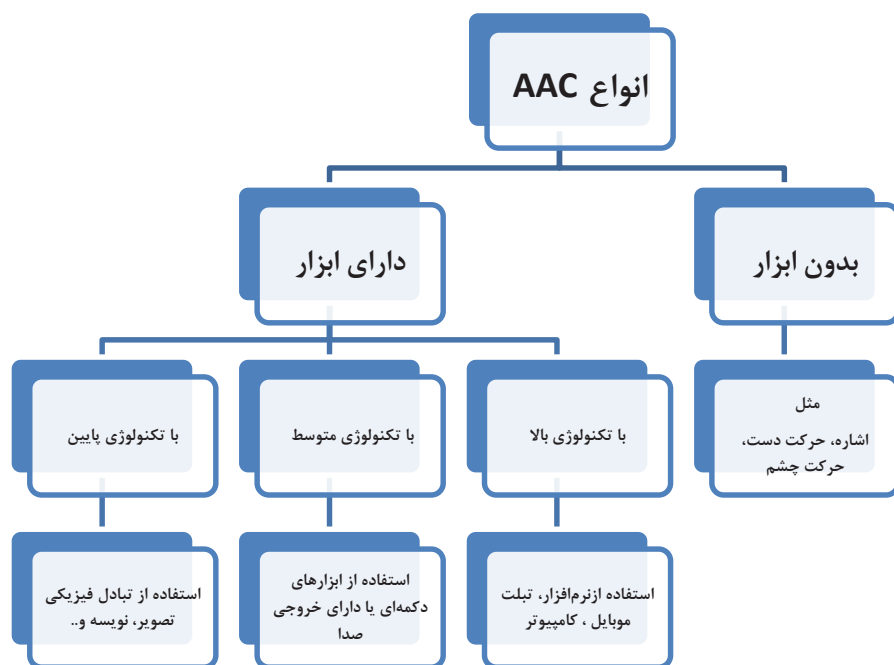


- روش‌های دارای ابزار یا کمکی: شامل استفاده از ابزاری غیر از اندام‌های بدن، مانند تخته‌های ارتباطی، نرم‌افزارها، رایانه، تبلت و



روش‌های دارای ابزار به سه دسته کلی با تکنولوژی بالا، متوسط و پایین تقسیم می‌شوند که بسته به شدت آسیب ارتباطی فرد، مشکلات حرکتی، بهره هوشی، فرهنگ خانواده و موارد دیگر، نوع تکنولوژی روش‌های مکمل و جایگزین ارتباط تعیین می‌شود.

ابزارهای با تکنولوژی بالا شامل دستگاه‌های دیجیتال، گوشی‌های هوشمند، رایانه و امثال آن است؛ ابزارهای با تکنولوژی متوسط شامل ابزارهایی دارای خروجی نور و صدا (مثالی از این نوع تکنولوژی، ابزار Go Talk است) و ابزارهای با تکنولوژی پایین هم شامل تخته‌های ارتباطی، تخته‌های الفبا، کتاب‌های ارتباطی، تخته‌های ارتباطی بر مبنای فعالیت‌های روزمره، آلبوم‌ها، کارت‌ها و ... است.



شکل ۱. انواع AAC

PECS یکی از روش‌های مکمل و جایگزین دارای ابزار است که اغلب می‌تواند در افراد مبتلا به ASD سطح شدید یا متوسط مورد استفاده قرار گیرد. این سیستم بسته به نوع ابزاری که در اجرای آن اتخاذ می‌شود، می‌تواند در دسته‌بندی با تکنولوژی بالا (مانند اجرا با استفاده از نرم‌افزار)، متوسط (مانند اجرا با استفاده از دستگاه‌های ساده دارای خروجی نور و صدا) و یا پایین (مانند اجرا با استفاده از کارت تصاویر و یا نمادهای فیزیکی) طبقه‌بندی شود.

معرفی PECS

PECS زیر مجموعه‌ای از روش‌های مکمل و جایگزین ارتباط و همچنین یک روش طبیعت‌گرایانه است که در سال ۱۹۹۴ توسط یک روانشناس و یک گفتاردرمانگر به نام‌های بوندی^۱ و فراست^۲ به صورت یک بسته آموزشی برای تقویت ارتباط در افراد مبتلا به ASD و افراد فاقد کلام تدوین شد.

1 A. Bondy
2 L. Frost, L

این روش شامل ۶ مرحله آموزش تبادل با حمایت فیزیکی، گسترش خودانگیختگی و اصرار ورزیدن، تمایز تصاویر، ساختن جمله، پاسخ به پرسش و اظهارنظر است. این روش بر پایه نحوه مبادله شیء موردنظر با تصویر آن، و حتی در مراحل پیچیده‌تر، با نمادی از آن، قرار دارد. به نظر می‌رسد که ایده این روش از رویکرد تیچ^۱ منشأ گرفته باشد. ابداع‌کنندگان PECS مدعی بودند که این روش باعث تقویت گفتار در برخی از کودکان نیز شده است، ولی در این خصوص باید محتاطانه قضاوت کرد. آنچه بدیهی است این است که روش PECS روشی مبتنی بر شواهد برای توسعه مهارت‌های ارتباطی، و نه الزاماً گفتاری، در افراد مبتلا به اتیسم دارای محدودیت ارتباط کلامی است، ولی رشد گفتار از نتایج قطعی کاربرد این برنامه درمانی نیست.

در سال ۲۰۱۲ یک مطالعه متاآنالیز توسط گانز^۲ و همکارانش انجام شد که نتایج آن نشان داد که در افراد مبتلا به ASD، مداخلات کمکی از جمله PECS، تأثیر قابل‌توجهی بر مهارت‌های ارتباطی و تأثیر متوسطی بر مهارت‌های اجتماعی، رفتارهای مشکل‌ساز و مهارت‌های تحصیلی دارد.

در بطن استفاده از PECS پاداش‌هایی برای مراجع گنجانده شده است که او را برای یادگیری این سیستم ارتباطی جدید وسوسه می‌کند. اما در شروع آموزش، علاوه بر ارائه خود شیء که درواقع برای مراجع پاداش محسوب می‌شود، می‌توان از پاداش‌های دیگر از جمله خوراکی و یا پاداش اجتماعی نیز استفاده کرد. به طور کلی، به تدریج و با پیشرفت مراجع، پاداش‌ها باید به شکل اجتماعی در بیایند و بسامد وقوع آنها کمتر شود، به گونه‌ای که خود برقراری ارتباط برای مراجع درونی و لذت‌بخش شود.

برای شروع آموزش برقراری ارتباط از طریق PECS به حضور یک شریک ارتباطی و یک تسهیل‌گر نیاز است. شریک ارتباطی، فردی است که در مقابل کودک قرار دارد و او را به برقراری ارتباط ترغیب می‌کند. در مراحل ابتدایی گفتاردرمانگر نقش شریک ارتباطی را ایفا می‌کند و پس از آموزش برقراری ارتباط، افراد دیگر از جمله مربی، والدین یا افراد خانواده می‌توانند نقش شریک ارتباطی را داشته باشند. تسهیل‌گر، فردی است که در طول یادگیری این روش برقراری ارتباط، کودک را راهنمایی و حمایت

1 Treatment and Education of Autism and Communication handicapped children (TEACCH)

2 J.B. Ganz

می‌کند. راهنمایی‌های این فرد در ابتدا ممکن است کاملاً فیزیکی باشد. با پیشرفت کودک، حضور این فرد و راهنمایی‌های او به مرور کمتر می‌شود و در مراحل پایانی حضور او حذف می‌شود.

درمانگرانی که از PECS استفاده می‌کنند، در ابتدا باید مشخص کنند که چه چیزی فرد مبتلا به اتیسم را به یادگیری ترغیب و وسوسه می‌کند. پس از آن که علائق فرد مشخص شد و به آن پاسخ داد، از آن برای پاداش دادن به او بهره بگیرند. درمانگران معمولاً سعی می‌کنند چگونگی درخواست یک شیء یا یک عمل را به فرد آموزش دهند. درمانگر، پس از انتخاب شیء موردعلاقه فرد، با نشان دادن آن، فرد را به گرفتن آن وسوسه می‌کند. وقتی فرد می‌خواهد آن را به دست بیاورد، همزمان درمانگر نماد شیء را به او نشان داده و تسهیل‌گر برای تبادل نماد با شیء، مراجع را حمایت می‌کند. بدین ترتیب به مراجع آموزش داده می‌شود که با دادن نماد، پاداشش را دریافت می‌کند. برای مثال، برای کودکی که علاقه زیادی به ماشین دارد، یک ماشین اسباب‌بازی می‌تواند پاداش مناسب و مؤثری باشد و وقتی کودک یاد بگیرد که با دادن تصویر یک ماشین به درمانگر می‌تواند ماشین اسباب‌بازی را بگیرد، آماده فراگیری تبادلات پیچیده‌تر می‌شود. به مرور زمان و با یادگیری این سیستم ارتباطی، کودک می‌تواند به دیگران با نشان دادن نمادهایی بفهماند چه احساسی دارد، چه فکری می‌کند و یا اینکه کجای بدنش درد می‌کند. بدین ترتیب، کودک مبتلا به ASD به جای درخواست‌های ساده، قادر خواهد بود تا افکارش را مبادله کند و با زبان تصویر با دنیای پیرامون خود ارتباط برقرار کند.

تحلیل رفتار کاربردی^۱

اصول PECS بر اساس تحلیل رفتار کاربردی می‌باشد که به‌عنوان یکی از روش‌های شناخته‌شده و تأییدشده در مداخلات ASD، مطرح است. تحلیل رفتار کاربردی از جمله درمان‌های رفتاری است که در آن از اصول شرطی‌سازی و پاداش برای کاهش یا حذف رفتارهای نامطلوب و همچنین ایجاد و افزایش رفتارهای مطلوب استفاده می‌شود. هدف از کاربرد اصول شرطی‌سازی برای افراد کاندید استفاده از سیستم ارتباطی تبادل تصویر، آموزش و ایجاد رفتار جدید ارتباطی است. در آموزش بر پایه سیستم ارتباطی تبادل تصویر، فرد مبتلا به ASD شرطی می‌شود تا با دادن نماد شیء مورد نظرش، پیامد مطلوبی دریافت کند، که درواقع همان دریافت شیء موردعلاقه است. چون پیامد این تبادل مثبت و

1 Applied Behavior Analysis (ABA)

دلخواه فرد است، منجر به افزایش رفتار تبادل می‌شود و به این ترتیب فرد می‌آموزد که با دادن نماد مربوط به شیء مورد علاقه‌اش، آن را دریافت می‌کند. درواقع PECS با استفاده از اصول تحلیل رفتار کاربردی، یادگیری برقراری ارتباط را تسهیل می‌کند.

اجزاء تحلیل رفتار کاربردی در برنامه تبادل تصویر

- محرک تمیزی: نماد شیء موردعلاقه مراجع
- محرک سرنخ: حمایت و سرنخ‌دهی فرد تسهیل‌گر جهت تبادل نماد و شیء (استفاده از محرک سرنخ به تدریج باید کمتر شده و در نهایت حذف شود)
- پاسخ: دادن تصویر شیء موردنظر
- فاصله میان کوشش: ایجاد فرصت برای دادن پاسخ مناسب
- محرک پاداشی: دادن شیء موردعلاقه به مراجع

چه کسی می‌تواند کاندید استفاده از PECS باشد؟

تأخیر در رشد گفتار و زبان یک نشانه اولیه در اختلالات طیف اتیسم است. حدود ۲۵ درصد از کودکان مبتلا به ASD فاقد گفتار کارکردی هستند و بنابراین نیاز به آموزش زود هنگام و مؤثر ارتباط برای این کودکان بسیار ضروری است. وجود محدودیت‌های گفتاری شدید در برخی مراجعان طیف اتیسم، درمانگران گفتار و زبان را به سمت استفاده از روش‌های ارتباط مکمل و جایگزین از جمله PECS سوق می‌دهد؛ اما با توجه به راهبردهای آموزشی ارتباطی بی‌شمار برای افراد مبتلا به ASD، تصمیم‌گیری برای انتخاب مؤثرترین مداخله برای درمانگران دشوار است. تنوع در پیامدهای زبانی کودکان مبتلا به ASD و پاسخ متفاوت آنها به مداخله، پیش‌بینی این که کدام کودک می‌تواند در خصوص رشد گفتار به نتایج قابل‌توجهی برسد و یا اینکه کدام کودک به ارتباطات مکمل و جایگزین نیاز دارد را دشوار می‌کند. همچنین به نظر می‌رسد، با توجه به ماهیت ناهمگون ASD، تغییرپذیری در نتایج مداخله احتمالاً تابعی از ویژگی‌های فردی مراجع قبل از مداخله نیز است (لورد و همکاران، ۲۰۰۵).

درمانگران گفتار و زبان باید با دقت مهارت‌های ارتباطی مراجع خود را ارزیابی کنند و با توجه به پیش‌آگهی که از شرایط ارتباطی مراجع خود به‌دست می‌آورند، اقدام به استفاده از روش PECS نمایند.

از آنجایی که در پیشبرد برنامه‌ی PECS همکاری خانواده دارای اهمیت است، پس ضروری است که در اجرای آن با درمانگر همکاری نمایند. در اکثر مواقع انتظار خانواده‌ها از مراجعه به گفتاردرمانی این است که فرزند آنها بتواند حرف بزند، ولی در کودکان مبتلا به ASD، اولویت برقراری ارتباط است و این هنر درمانگر است که بتواند انتظارات خانواده را متناسب با شرایط سنی و شدت اختلال مراجع تعدیل نماید و آنها را در درمان ارتباط، ترغیب و با خود همراه نماید. برنامه PECS با هدف مداخله در مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی و رفتاری و در موقعیت‌های مختلف از جمله خانه، مدرسه، محیط‌های درمانی در مطالعات مختلف موردبررسی قرار گرفته است. قابل ذکر است که در اجرای این برنامه درمانی محدودیت سنی مطرح نیست و مطالعاتی از جمله مطالعه چارلپ- کریستی و همکاران^۱ (۲۰۰۲)، گانز و سیمپسون^۲ (۲۰۰۴)، یودر^۳ و استون^۴ (۲۰۰۶)، هالین^۵ و همکاران (۲۰۰۷)، کراویتز^۶، کمپز^۷ و کمرر^۸ (۲۰۰۲) و تینکانی^۹، کروزر^{۱۰} و الازت^{۱۱} (۲۰۰۶) شواهد سنی برای PECS را مستند کرده‌اند.

شکل ۲ به درمانگران کمک می‌کند تا بتوانند در خصوص استفاده از PECS برای مراجع خود تصمیم‌گیری کند:

1 Charlop-Christy

2 R. L. Simpson

3 P. Yoder

4 W. L. Stone

5 P. Howlin

6 R. R. Kravitz

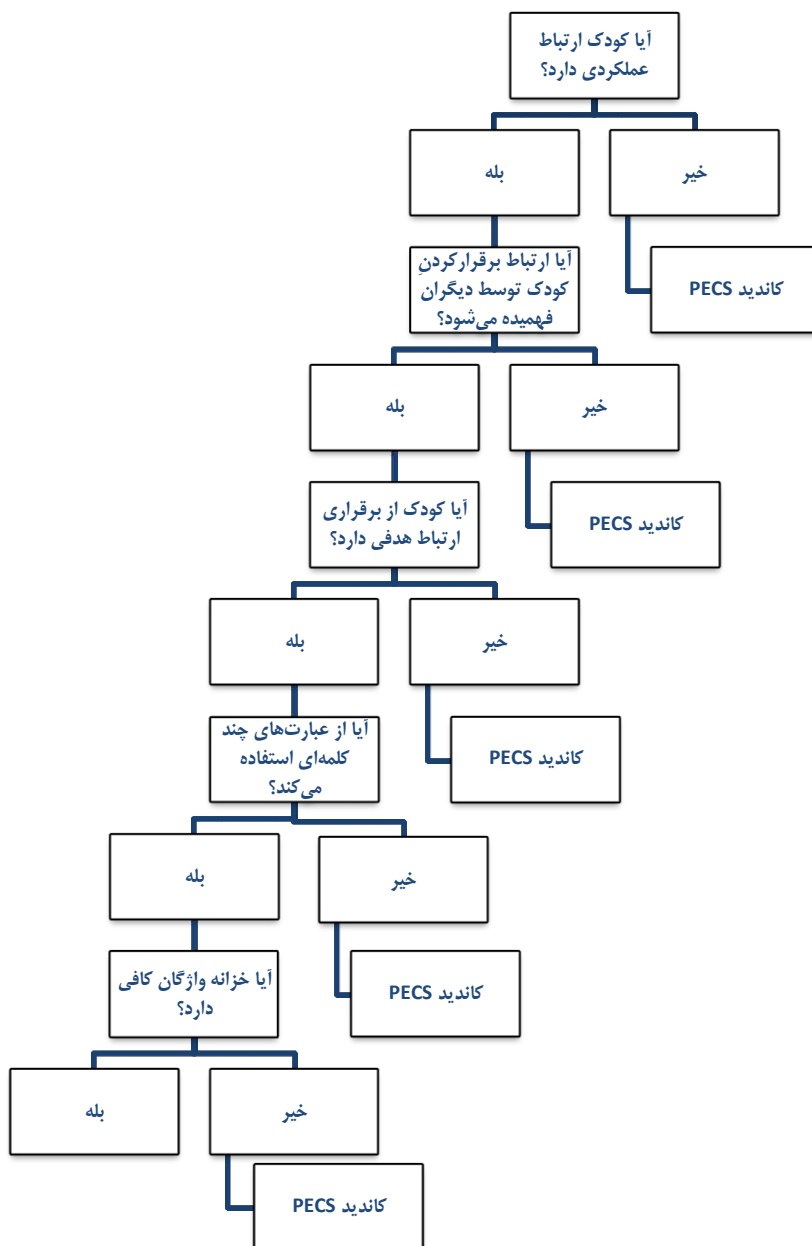
7 D. M. Kamps

8 K. Kemmerer

9 M. Tincani

10 S. Crozier

11 S. Alazett



شکل ۲. انتخاب کاندید استفاده از سیستم ارتباطی تبادل تصویر

اقتباس شده از (PYRAMID EDUCATIONAL CONSULTANTS (2012)