**EFRATI LAURA**

**LOGOPEDIA**

 **UTILIZZO DELLE MODALITÀ NATURALI IN**

**COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA:**

**UNA PROPOSTA DI INTERVENTO IN ETÀ EVOLUTIVA**

**BREVE SOMMARIO DELLA TESI DI LAUREA SIA IN LINGUA ITALIANA CHE IN LINGUA INGLESE**

Questo progetto nasce con l’obiettivo di aumentare il livello di partecipazione ambientale di un bambino con bisogni comunicativi complessi (BCC) introducendo l’utilizzo di modalità di comunicazione naturali.

Quando parliamo di modalità naturali ci riferiamo a quelle modalità comunicative che possono essere espresse, in assenza di ausili esterni, attraverso il proprio corpo con: vocalizzi, linguaggio dei segni, espressioni facciali e gesti.

Il bambino oggetto dell'intervento presenta una disabilità intellettiva di grado medio con diagnosi ancora in corso di definizione, associato ad una grave compromissione del linguaggio, con assenza di produzione verbale e una comunicazione esclusivamente attraverso sistemi di comunicazione assistita.

È stata effettuata una valutazione delle modalità comunicative avvalendoci del Modello di Partecipazione, adottato nel 2004 dall’American Speech Language Hearing Association come schema di riferimento per la valutazione e gli interventi di CAA. Grazie a questo strumento è possibile valutare: il livello di partecipazione della persona con bisogni comunicativi complessi e programmare l'intervento in modo mirato puntando al superamento delle barriere alla comunicazione e alla partecipazione.

Seguendo il percorso previsto dal Modello di Partecipazione, è stato redatto un inventario delle attività quotidiane, da cui è emersa l’impossibilità a comunicare nelle situazioni in cui non erano disponibili gli ausili di comunicazione, individuando nella mancanza di modalità naturali un’importante barriera di accesso. Per superare questa barriera, si è infine valutata la possibilità di inserimento di gesti comunicativi simbolici.

Da questa valutazione è emersa la necessità di:

1. Impostare, insieme al bambino e ai familiari, un repertorio di gesti in base ai suoi bisogni comunicativi e alle sue capacità motorie
2. Promuovere la capacità di comprensione ed espressione dei gesti tramite il *modellamento*
3. Stabilizzare l’utilizzo spontaneo dei gesti tramite attività motivanti
4. Favorire la generalizzazione dell’uso dei gesti in tutti gli ambienti di vita

Al fine di poter avere una misura quantificabile dei risultati raggiunti con il trattamento, gli obiettivi sono stati resi misurabili tramite la *Goal Attainment Scale* (GAS), strumento utilizzato per valutare l’efficacia di una procedura terapeutica. Sono stati individuati due *obiettivi*.

Il primo riguarda la comunicazione espressiva del bambino, ovvero la produzione di un gesto, spontaneo o su richiesta, all’interno della terapia. Sono considerati validi tutti i gesti simbolici che il bambino produce. All’inizio dell’intervento il bambino produceva un solo gesto su richiesta in un’ora di terapia e l’obiettivo prefissato corrisponde a due gesti spontanei in un’ora di terapia.

Il secondo *obiettivo* mira alla generalizzazione di tale modalità di comunicazione negli ambienti di vita, quindi la produzione di un gesto, spontaneo o su richiesta, in ambiente di vita, in un’ora di attività di gioco libero. Anche qui come nella scala precedente è considerato valido qualsiasi gesto simbolico prodotto dal bambino. Nella situazione di partenza il bambino produceva un solo gesto su richiesta in un’ora di gioco libero, mentre l’obiettivo da noi prefissato è la produzione di 2 gesti spontanei in un’ora di gioco libero.

Una volta stabiliti gli obiettivi abbiamo iniziato l'intervento andando a ricercare i gesti più utili per i bisogni comunicativi del bambino. Questi sono risultati: sì, no, basta, ancora, quaderno di comunicazione, mangiare, bere, aspettare, ciao e dormire.

Una volta individuati, l’intervento è iniziato effettuando un lavoro sulla motricità fine tramite la “Tavola per la motricità fine” per favorire la motricità e la singolarizzazione delle dita, fase importantissima per l’impostazione della produzione dei gesti. Tramite delle canzoni interattive si sono impostati i gesti, il bambino, quindi, è stato incoraggiato a produrli in situazioni accattivanti e motivanti e, allo stesso tempo a sperimentare anche il movimento per lui nuovo. Per implementare la comprensione e l'emergere dei gesti nel bambino sono stati costruiti dei libri adattati tradotti in simboli PCS, in cui sia il terpista che il bambino riproduceva i dialoghi del racconto producendo dei gesti secondo la tecnica del *modellamento*. Con l’utilizzo della “Tabella delle attività” si è impostata la scelta dell’attività tramite il gesto. Ma soprattutto in ogni attività svolta in terapia il paziente veniva motivato alla produzione del gesto, tramite la richiesta del suo stato emotivo, la scelta delle attività e la condivisione della giornata con il suo interlocutore.

Svolto l'intervento è stata effettuata una rivalutazione finale tramite la scala Gas per verificare il raggiungimento degli obiettivi, la valutazione finale è stata effettuata da persone esterne all'intervento.

Per quanto riguarda il primo *obiettivo,* relativo alla produzione di gesti comunicativi in un’ora di terapia si registrano 4 gesti comunicativi spontanei da parte del bambino Per questa scala l’obiettivo di partenza, quindi, è stato superato e l’esito ottenuto è risultato essere molto superiore rispetto all’atteso.

Il raggiungimento del secondo *obiettivo*, relativo alla produzione di gesti comunicativi in ambiente di vita, è stato verificato tramite l’osservazione condotta in un’ora di gioco libero. Dall’osservazione, svolta dall’assistente domiciliare, emerge che il bambino produce solo gesti su richiesta.

Abbiamo proseguito calcolando la media aritmetica dei punteggi grezzi ottenuti per ogni scala. In questo caso, i punteggi relativi agli obiettivi sono +2 per il primo goal e -2 per il secondo, si ottiene quindi un risultato pari a 0, indice del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Questi esiti ci consentono un’analisi qualitativa dei risultati.

Che ci evidenzia come il bambino ha acquisito con successo i gesti in terapia e questo lo ha portato in primo luogo a comunicare tramite i gesti e non più solamente tramite il suo quaderno di comunicazione, iniziando a rivolgere di più l’attenzione all’interlocutore; infatti, è aumentato il contatto di sguardo che il bambino ha con i suoi partner comunicativi. In secondo luogo, vi è stato un ampliamento delle possibilità di comunicazione poiché l’utente riesce a condividere di più le sue esperienze e le sue emozioni.

Nel corso di questo intervento sono emerse diverse criticità. In primo piano la durata dell’intervento è risultata troppo breve per lo sviluppo delle modalità naturali nel bambino. A causa di questo limite, infatti, NON è stato possibile ottenere gli stessi risultati per tutti i gesti introdotti all’interno dell’intervento. In secondo piano, sempre a causa della brevità dell’intervento non è stato possibile generalizzarlo a tutti gli ambienti di vita del bambino.

Non è stata possibile la generalizzazione a scuola a causa dell’entrata di Jacopo al primo anno della scuola elementare e, dall’osservazione a casa, è emersa la mancata generalizzazione di quanto appreso in terapia in ambiente di vita, in quanto il bambino non produce gesti spontanei, ma solo su richiesta. Per ora quindi il bambino ha appreso le competenze fornite in terapia, ma perché riesca ad effettuare il passaggio negli ambienti di vita quotidiana ci sarà bisogno di tempi d’intervento più lunghi.

This project was created with the aim of increasing the level of environmental participation of a child with complex communication needs (BCC) by introducing the use of natural communication methods.

When we talk about natural methods we are referring to those communication methods that can be expressed, in the absence of external aids, through body with: vocalizations, sign language, facial expressions and gestures.

The child subject to the intervention has a medium-level intellectual disability with a diagnosis still being defined, associated with a serious impairment of language, with an absence of verbal production and communication exclusively through assisted communication systems.

An evaluation of the communication methods was carried out using the Participation Model, adopted in 2004 by the American Speech Language Hearing Association as a reference scheme for AAC evaluation and interventions. Thanks to this tool it is possible to evaluate: the level of participation of the person with complex communication needs and plan the intervention in a targeted way, aiming to overcome barriers to communication and participation.

Following the path envisaged by the Participation Model, an inventory of daily activities was drawn up, from which the impossibility of communicating in situations in which communication aids were not available emerged, identifying the lack of natural methods as an important barrier to access. To overcome this barrier, the possibility of inserting symbolic communicative gestures was finally evaluated.

From this evaluation the need emerged to:

1. Set, together with the child and family, a repertoire of gestures based on his communication needs and motor skills

2. Promote the ability to understand and express gestures through modeling

3. Stabilize the spontaneous use of gestures through motivating activities

4. Promote the generalization of the use of gestures in all living environments

In order to have a quantifiable measure of the results achieved with the treatment, the objectives were made measurable through the Goal Attainment Scale (GAS), a tool used to evaluate the effectiveness of a therapeutic procedure. Two objectives have been identified.

The first concerns the child's expressive communication, i.e. the production of a gesture, spontaneously or upon request, within the therapy. All symbolic gestures that the child produces are considered valid. At the beginning of the intervention the child produced only one gesture on request in one hour of therapy and the set goal corresponds to two spontaneous gestures in one hour of therapy.

The second objective aims at the generalization of this mode of communication in living environments, therefore the production of a gesture, spontaneous or on request, in a living environment, in an hour of free play activity. Here too, as in the previous scale, any symbolic gesture produced by the child is considered valid. In the starting situation, the child produced only one gesture on request in an hour of free play, while the target we set was the production of 2 spontaneous gestures in an hour of free play.

Once the objectives had been established, we began the intervention by searching for the most useful gestures for the child's communicative needs. These are results: yes, no, enough, again, communication notebook, eat, drink, wait, bye and sleep.

Once identified, the intervention began by carrying out work on fine motor skills using the "Fine motor skills board" to encourage fine motor skills and individualization of the fingers, a very important phase for setting up the production of gestures. The gestures were set through interactive songs, the child was therefore encouraged to produce them in captivating and motivating situations and, at the same time, to experiment with movement that was new to him. To implement the understanding and emergence of gestures in the child, adapted books translated into PCS symbols were built, in which both the therapist and the child reproduced the dialogues of the story by producing gestures according to the modeling technique. By using the "Activity Table" the choice of activity was set via gesture. But above all, in every activity carried out in therapy the patient was motivated to produce the gesture, through the request of his emotional state, the choice of activities and sharing the day with his interlocutor.

Once the intervention was carried out, a final re-evaluation was carried out using the Gas scale to verify the achievement of the targets. The final evaluation was carried out by people external to the intervention.

As regards the first objective, relating to the production of communicative gestures in an hour, during the course of therapy, 4 spontaneous communicative gestures were recorded. For this scale, the initial objective was therefore exceeded and the outcome obtained was found to be much higher than expected.

The achievement of the second target, relating to the production of communicative gestures in the living environment, was verified through observation conducted in an hour of free play. From the observation carried out by the home assistant, it emerges that the child only produces gestures on request.

We continued by calculating the arithmetic mean of the raw scores obtained for each scale. In this case, the scores relating to the objectives are +2 for the first goal and -2 for the second, therefore a result of 0 is obtained, indicating the achievement of the set objectives. These outcomes allow us to carry out a qualitative analysis of the results.

Which highlights how the child successfully acquired gestures in therapy and this led him first of all to communicate through gestures and no longer just through his communication notebook, starting to pay more attention to the interlocutor; in fact, the eye contact that the child has with his communication partners has increased. Secondly, there has been an expansion of communication possibilities as the user is able to share his experiences and emotions more.

During this intervention, several critical issues emerged. First of all, the duration of the intervention was too short for the development of natural modalities in the child. Due to this limit, in fact, it was NOT possible to obtain the same results for all the gestures introduced within the intervention. Secondly, again due to the brevity of the intervention, it was not possible to generalize it to all the child's living environments.

Generalization at school was not possible due to J's entry into the first year of primary school and, from observation at home, the lack of generalization of what was learned in therapy in the living environment emerged, as the child does not produce spontaneous gestures, but only on request. For now, therefore, the child has learned the skills provided in therapy, but for him to be able to make the transition into everyday life environments, longer intervention times will be needed.