

Stymulacja wielozmysłowa



fot. www.inmagine.com

Patrycja Nocoń
Neurologopeda,
Zakład Pielęgnacyjno-
Opiekuńczy w Toruniu

- „Gdzieś to widziałem... takie... górzyste to jest...”

- „Gdzie widziałeś?”

- „... u kolegi. Na pewno... Dobra, weź to... no weź!”

Pan Zdzisław trzyma w dłoniach kawałek kory drzewa, przez chwilę dotyka, głaszcząc, ogląda, przekłada z ręki do ręki, w końcu niecierpliw się, wołając „weź to!”, bo nie wie, jak samemu ją odłożyć. I nie wie, że korę drzewa najczęściej można spotkać w lesie. Ma 41 lat, 1,5 roku temu, w drodze do pracy uległ wypadkowi samochodowemu. Po 3 miesiącach rehabilitacji, w stanie apalicznym, został skier-

rowany do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuźczego. Leżący, z niedowładem cztero kończynowym, oddychał przy pomocy rurki tracheostomijnej, karmiony był przez sondę żołądkową, nie nawiązywał kontaktu słownego ani wzrokowego. Tomografia komputerowa głowy wykazała rozległe uszkodzenie mózgu, zwłaszcza w obu płatach czołowych, a także w ciemieniowym oraz skroniowym lewym; w płatach czołowych widoczne były przestrzenie płynowe. Chory nie reagował na mowę ani na muzykę, bardzo rzadko zwracał uwagę na obecność innych osób przy łóżku, nawet bliskich. Badania – neuropsychologiczne i neurologopedyczne – wykazały m.in., że chory ma świadomość dźwięków dochodzących z otoczenia, choć nie potrafi ich zinterpretować, rozumienie mowy jest głęboko zaburzone, zaś sama mowa zniesiona – chory wydawał jedynie pojedyncze dźwięki, co do których trudno było orzec, czy zawierały nośnik komunikacyjny. Czytanie, pisanie, liczenie również zniesione. Uznano, że najlepszą formą rehabilitacji będzie, obok fizjoterapii, stymulacja wielozmysłowa. Polegałaby ona na pobudzeniu wszystkich zmysłów przy jednoczesnym powtarzaniu pewnych ćwiczeń, sytuacji, zachowań. Takie dostarczanie mózgowi jak największej ilości bodźców jako informacji o otaczającym świecie ma na celu pobudzenie neuronów do tworzenia nowych dróg neuronalnych, a w konsekwencji do przywrócenia choć części utraconych funkcji mózgu.

Sierpień 2008... wrzesień... październik. W pierwszych dniach nawiązywanie kontaktu. Podchodzą terapeuci, oswajają chorego ze swoim głosem, dotykiem. Stopniowo **przypominamy choremu dźwięki otoczenia**: dzwoniemy na jego telefon

komórkowy, by usłyszał dźwięk swojego dzwonka. Zgniatamy mu przy uchu kartkę papieru, stronę gazety, foliową reklamówkę, przesypujemy korale, nastawiamy budzik, emitujemy do ucha cykanie zegarka, uderzamy łyżeczką o brzeg szklanki, przelewamy wodę, prezentujemy różne inne naturalne dźwięki (klaskanie, gwizdanie, naśladowanie szumu, syczenie, pstrykanie palcami, odgłosy kroków i zamykania drzwi). Uruchamiamy choremu także płyty z szumem morza, rzeki, wiatru, burzy, ze śpiewem ptaków i odgłosami zwierząt. Dźwięki podajemy raz do jednego, raz do drugiego ucha, raz stajemy w polu widzenia chorego, a raz poza, by nie widział źródła dźwięku, a jedynie go słyszał. Stosujemy także typową **muzykoterapię**, używając muzyki klasycznej w celu stymulacji mózgu. Emitując utwór muzyczny, wystukujemy jednocześnie na ramieniu chorego rytm lub delikatnie zbliżamy odtwarzacz CD do jego ciała, pozwalając mu odczuć wibracje urządzenia. I tu już stymulacja słuchowa wiąże się ze **stymulacją dotykową**. Oblewając swoje dłonie na przemian ciepłą i zimną wodą, przykładamy je do twarzy, szyi, przedramion pacjenta, akcentując różnice temperatur. Wkładamy w dłonie przedmioty o różnej fakturze: kawałek styropianu, kartonu, drewniane klocki, szyszki, korę drzewa, liście, kubek szklany, metalowy, gliniasty, plastikowy, wibrujący telefon komórkowy, piłkę terapeutyczną z kolcami, chusteczkę higieniczną, foliowy worek, kawałek pluszu, futra, skóry, gąbkę, szczotkę ryżową, chleb, jabłko, łyżeczkę, klucze, inne przedmioty codziennego użytku. Wkładamy dłoń chorego raz do miski z ciepłą lub chłodną wodą, raz do worka pełnego skrawków papieru, innym razem do miski z koralikami, grochem, fasolą, ryżem. Takie pobudzanie dotykem wiąże się również ze **stymulacją proprioceptywną** (czucia głębokiego) poprawiającą czucie własnego ciała i orientację w przestrzeni. Trzymamy chorego za rękę, mówimy twarzą w twarz, „do oka”, wchodzimy w jego pole widzenia, głaszczemy rękę, głaszczemy go po twarzy, dotykamy twarzy raz ręką suchą, raz mokrą, raz ciepłą, raz zimną, dotykamy twarzy, ręki czymś twardym, miękkim, szorstkim, gładkim (np. klockiem, miśkiem pluszowym, kocem, piórkiem, skrawkiem papieru) – zawsze mówimy, co ro-

bimy, nie zaskakujemy chorego – to mogłoby zachwiać jego poczucie bezpieczeństwa. Unosimy jego rękę, mówiąc „podnoszę panu rękę”, głośno liczymy jego palce. Z uwagi na nadwrażliwość bólową nie udaje się tego zadania wykonać także przy użyciu nóg. Jednocześnie z fizjoterapią oraz terapią dotykową i słuchową prowadzimy codzienne **masaże logopedyczne**, później także wewnątrz jamy ustnej, gdyż chory z racji silnego napięcia mięśniowego początkowo w ogóle nie otwiera ust.



fot. www.inmagine.com

Podczas stymulacji słuchu, dotyku, wzroku prowadzimy jednoczesną **terapię komunikacji** poprzez etykietowanie przedmiotów z otoczenia, nazywanie czynności, zadawanie pytań wymagających odpowiedzi „tak” lub „nie”, zachęcając przy tym do odpowiedniego ruchu głową, wyrażającego potwierdzenie lub zaprzeczenie. Powtarzamy głośno dni tygodnia, miesiące

(pokazując je przy tym w kalendarzu), po-
ry roku. Przeliczamy przed oczami chorego
kolorowe klocki, sznurki, palce, kartki
w gazecie – możliwie blisko oka, by mógł
obserwować ruch ust terapeuty. Pokazujemy
choremu zapisane na kartkach proste
słowa, np. oko, buzia, okno, drzwi, słoń-
ce. Wskazujemy, co napis przedstawia, ob-
serwując reakcję chorego. Podobnie po-
stępujemy z prostymi poleceniami na kart-
ce „zamknij oczy”, „otwórz buzię”, „gdzie
okno”, „daj rękę”. Podajemy choremu pro-

ste komunikaty słowne do ucha: „zamknij
oczy”, „podaj rękę”, „gdzie jest okno?”,
„pada deszcz?”, czytamy dowcipy i opo-
wiadamy historie o zabarwieniu emocjo-
nalnym – śmieszne, wzruszające; prze-
glądamy kolorowe gazety, zapowiadają-
jąc: „zrobimy przegląd prasy”, oglądamy
wspólnie zdjęcia przedstawiające chorego,
jego bliskich, dom, otoczenie, samochód,
którym jeździł, psa. Stymulując komunika-
cję, ćwiczymy przy tym **orientację w prze-
strzeni i w czasie**, opowiadając o pogo-
dzie, o porach roku, które zmieniają się
za oknem, o obecnym miesiącu; każdego
dnia informujemy chorego o dacie, a po-
kazując kartkę z kalendarza, mówimy, jaki
jest dzień tygodnia. Zwracamy uwagę cho-
rego na zegar, na przesuwane się godzi-
ny, przystawiamy mu zegar do ucha, mó-
wiąc „cyka”. Przynosimy choremu symbole
pór roku, wkładając mu do ręki świeżo ze-
rwane liście, kwiaty, potem kasztany, żół-
dzie, suche kolorowe liście. Gdy stan cho-
rego danego dnia nie pozwala na jakiegol-
wiek ćwiczenie, po prostu do niego mówimy,
poruszając w „rozmowie” temat rodzi-
ny, pracy, zainteresowań chorego, miasta,
w którym się wychował, polityki, samo-
chodu, którym jeździł. Przypominamy przy
tym imiona bliskich oraz zdarzenia i sytu-
acje, które na pewno powinien pamiętać,
posiłkując się możliwie dużą ilością przed-
miotów bliskich choremu – tych, których
używał przed wypadkiem. Taki trening
słuchowy jest konieczną częścią terapii ro-
zumienia mowy. Zwłaszcza, że nie mamy
jeszcze pewności, na ile uszkodzenie mó-
zgu zaburzyło rozumienie mowy u pana
Zdzisława. Postępujemy więc, jak w przy-
padku afazji całkowitej, w której zniesieniu
ulega ekspresja mowy oraz jej rozumienie.
**Orientację przestrzenną, postrzeganie
wzrokowe** ćwiczymy także m.in. poka-
zując choremu różne rzeczy, głównie z je-
go najbliższego otoczenia: ściana, ręcznik,
gąbka, szklanka, okno, okulary, telefon,
zdjęcie; stawiając ruchome przedmioty
w różnych miejscach – najpierw blisko oka
chorego, a z czasem, kiedy uzyskujemy
umiejętność wodzenia wzrokiem, odda-
lając przedmiot i wymuszając przeniesie-
nie wzroku. Przesuwamy je z dołu do gó-
ry, z boku na bok, jednocześnie pogłębia-
jąc łuk wodzenia wzrokowego i pamięta-
jąc, by choć część tych przedmiotów miała
żywe, ostre barwy. Przedmioty te prezen-

fot. www.inmagine.com



fot. www.istockphoto.com

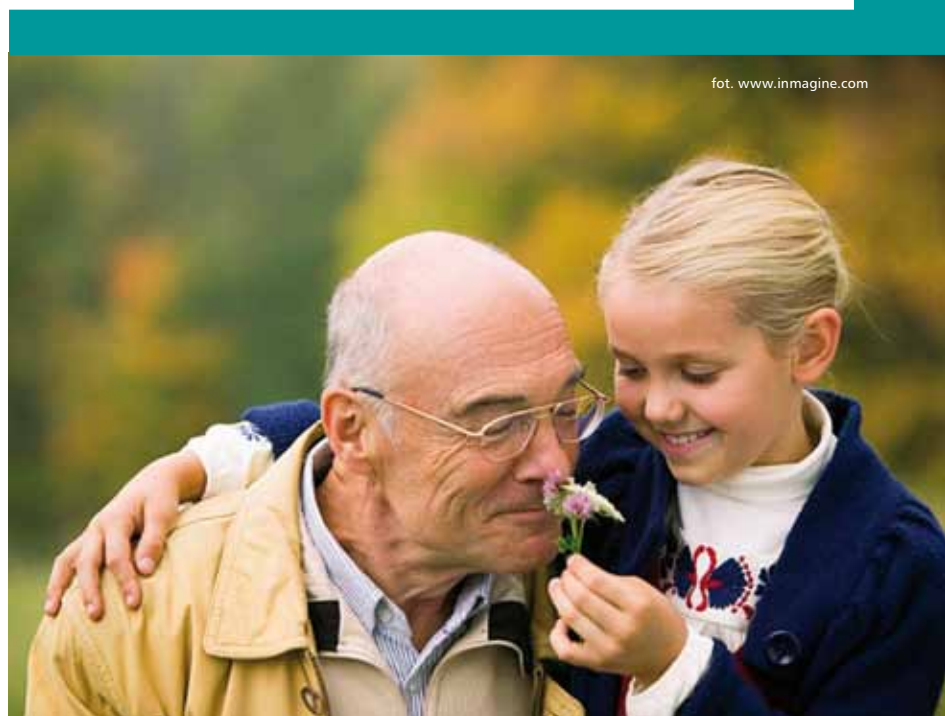


tujemy raz bliżej, raz dalej, mówiąc „bli-sko”.....„daleko”, w miarę możliwości wy-ciągając mu rękę, by dotknął przedmiotu bliskiego i oddalonego. Podnosimy mu rękę, by łąpał przedmioty w sposób skrzyżo-wany, czyli prawą ręką przedmiot po lewej stronie i lewą ręką przedmiot po prawej stronie. Włączone radio przenosimy po łuku, by wodził wzrokiem za źródłem dźwięku, podobnie – po łuku - przenosimy płomień zapalniczki.

Oczywiście w stymulacji chorego istot-na jest stymulacja **węchem i zapachem**: w późniejszym etapie podsuwamy panu Zdzisławowi pod nos, zasłaniając przy tym rurkę tracheostomijną, delikatne zapachy, smarujemy usta jego ulubionymi po-trawami i różnymi smakami: słonym, kwaśnym, słodkim, ostrym. Potem wkraplamy do ust różne smaki, stymulując przy tym odruch połykania i inicjując ruchy języka i warg. Wozimy chorego do **sali stymula-cji wielozmysłowej**, gdzie przy zastkniętych oknach chory obserwuje, dotyka, lu-strzane tablice z lampami ultrafioletowymi, uspokajające oraz skupiające uwagę na wyeksponowanych przedmiotach, kurtynę światłowodów dostarczającą silnych wrażeń wzrokowych pod wpływem mocnego światła i pulsacji kolorów, śledzi ru-chome obrazy z tarcz żelowych emitowa-ne z projektora na ścianę, duże akwarium, kolumnę wodną z elementami reagujący-mi na światło ultrafioletowe. Wykorzystu-jemy też kominek zapachowy oraz urzą-dzenie emitujące dźwięk dzwonek, oce-anu, lasu.

W październiku pan Zdzisław jedzie na kontrolną TK głowy – wykazuje dalsze pourazowe zmiany w mózgu. A tymcza-sem... pan Zdzisław zjada samodzielnie swój pierwszy posiłek, najpierw zmikso-wany, potem rozdrobniony, wreszcie tylko pokrojony, by w końcu wziąć kotleta schabowego w całości do ręki. Zdejmujemy mu sondę żołądkową, bo nie jest już potrzebna, usuwamy rurkę tracheostomijną, bo oddycha samodzielnie, wysadzamy na wózek i stawiamy w pionizatorze, bo daje sobie radę. W listopadzie wypowiada swo-je pierwsze zdanie. Dzisiaj, po roku terapii, pan Zdzisław porusza się na wózku, jest uśmiechnięty, rozmawia, choć jego mowa wykazuje objawy afazji pourazowej. Coraz lepiej czyta, zaczyna pisać. Je zupełnie samodzielnie, sam gryzie, przeżuwa, poły-

ka. Terapia trwa. Pan Zdzisław ćwiczy co-dziennie, także pod okiem oddanych mu rodziców, a jego terapia obejmuje, prócz fizjoterapii, ćwiczenia pamięci, myślenia, koncentracji uwagi, koordynacji wzrokowo-ruchowej, trening rzeczywistości, ćwiczenia orientacji w czasie i w miejscu, ćwiczenia wzrokowo-przestrzenne, pisanie, czytania, liczenia, ćwiczenia funkcji wyko-nawczych, samokontroli, planowania, or-ganizowania zachowań, myślenia abstrak-cyjnego, dalszą terapię rozumienia mowy,



fot. www.inmagine.com

ekspresji mowy, regulację siły głosu, aktu-alizację pojęć, formułowania myśli, ćwi-czenia fluencji słownej, które mają na ce-lu poszerzenie słownictwa i poprawę płyn-ności mowy.

Stymulacja wielozmysłowa jest bardzo szerokim pojęciem i dobrze, bo przecież mózg chorego, zwłaszcza w stanie apa-licznym, potrzebuje stymulacji wszech-stronnej. Praktyka dowodzi, że gorsze wy-niki badań neuroobrazujących nie powin-ny być wskazaniem do zaniechania dzia-łań terapeutycznych. Ktoś mądry powie-dział, że „mózg człowieka to unerwiony wszechświat”. Oczywiście, bo choć tak bar-dzo nam bliski, to ciągle kryje w sobie wię-cej pytań niż odpowiedzi, a wielość tych pytań skłania nas ku tym większym poszu-kiwaniom. ■