

Nežka Jernejčič,
višji delovni terapevt
Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani

Postopki delovnega terapevta pri atetotičnih motnjah cerebralne paralize*

UDK 616.851.9-053.2:615.8

IZVLEČEK. Opisane so osnovne značilnosti in dejavniki, ki so pomembni za terapevtsko obravnavo otroka z atetotičnimi motnjami. Obravnava se prične s funkcionalno obliko delovne terapije (terapevtsko vodene igre, aktivne vaje za obvladovanje grobih ciljnih prijemov, vaje za grobo in specifično koordinacijo rok in prstov), sledi učenje in stopnjevanje dnevnih aktivnosti: slačenja, oblačenja, hranjenja ter izvajanja higienskih opravil. Ustrezna stopnja funkcionalne in psihične zmogljivosti otroka pomeni osnovo za izvajanje individualnega programa usposabljanja. Prilagojeni program aktivnosti, ki poteka po ustreznem terapevtsko-motivacijskem postopku, omogoča v primerjavi z neprilagojenim programom 30 odstotkov večjo uspešnost.

TASKS OF OCCUPATIONAL THERAPIST IN ATHEOSIS ASSOCIATED WITH CEREBRAL PARALYSIS. *The paper presents the basic features of therapeutic management of children with atetotic derangement. The first step consists of functional occupational therapy (playing under guidance of a therapist, training in directed gripping, active exercises for rough and specific coordination of hands and fingers) followed by training in skills of daily living: undressing, dressing, eating and personal hygiene. Adequate level of functional and psychical capacity of the child constitutes the basis for implementation of the individual-oriented habilitation programme. The results of the adjusted training programme utilizing appropriate therapeutic and motivation procedures exceed those yielded by inadapted programmes by 30 %.*

Obravnava otroka z atetotično obliko cerebralne paralize zahteva usklajeno delo zdravnika, medicinske sestre, delovnega terapevta, fizioterapevta, logopeda in specialnega pedagoga. Posebno pomembno je tudi sodelovanje delovnega terapevta s psihologom zaradi dopolnitve terapevtskega programa s psihološkimi komponentami.

Atetozna se izraža v pogostih nehotnih gibih, ki prevladujejo nad normalnimi gibi telesa. Pojavi se ob poškodbah bazalnih ganglijev, ki omogočajo skladnost in smotrnost gibov. Center za ravnotežje in držo telesa je v malih možganih, ki prek možganskega debla povezujejo hrbtenjačo z velikimi možgani.

* Prispevek naj bi bil del naših skupnih prizadevanj, ki jih zdravstveni delavci v mednarodnem letu invalidov še posebej gojimo in združujemo.

Za atetozo je značilno spreminjanje mišičnega tonusa in nehotni gibi. Gibi so nekoordinirani in otrok ima velike težave s pokončno držo telesa. Pojavi se asimetrična, bolezensko spremenjena drža telesa.

Obravnavata atetotičnega otroka se začne najprej s funkcionalno obliko delovne terapije, nadaljuje pa se s predpoklicnimi in poklicnimi oblikami delovno terapevtskih aktivnosti v skladu z doseženo stopnjo telesnih in duševnih zmogljivosti posameznega otroka.

Kako dolgo bo delovni terapevt terapevtsko obravnaval otroka, je odvisno od številnih dejavnikov:

- od stopnje splošne gibalne prizadetosti;
- od prizadetosti zgornjih okončin;
- od sposobnosti psihičnega dojemanja in
- od stanja čutil.

Celoten čutno — gibalni razvoj otroka temelji na otrokovih izkušnjah, zato mora biti otrok pri začetnih obravnavah slečen.

Prve čutno-gibalne izkušnje za dlani posredujemo otroku na njegovi glavi.

Postopki delovnega terapevta potekajo v obliki terapevtsko vodene igre. Cilj igralne terapije je, da pri otroku dosežemo normalne oblike gibanja, odpravimo bolezenske zglobke in nenormalno držo telesa. Doseči moramo čim boljše in čim hitrejšo uskladitev normalnega položaja trupa in gibov okončin. Pri tem je zlasti pomembna pravilna namestitvev zgornjih okončin ob istočasni korekciji trupa v sedečem položaju.

Zmanjševanje hiperkineze z uravnavo sklepov, ki so bližje telesu ter koordinirana akcija rok in prstov v medialni črti, omogočajo boljše kontrolo glave, avtomatično kontrolo vsega organizma, boljše koordinacijo mišic gibalk oči ter tudi boljše korekcijo trupa, ramen in kolkov.

Terapevtski postopki se začenjajo z aktivnimi vajami za obvladovanje grobih ciljnih prijemov. Na tej stopnji vključujemo v obravnavo večje igralne pripomočke, katerih obseg, dolžino in obliko prilagodimo funkcionalnim pogojem atetotičnega otroka. Te funkcionalne pripomočke naj otrok prijema z obema rokama (bimanuelno) in jih postopno obvladuje v medialni črti proti glavi oziroma ustom.

Če otrok nima funkcionalnih pogojev za aktivni grobi prijem, pričnemo z obvladovanjem prijemanja in spuščanja ter mu stimuliramo spust in različnih kontrolnih točk. Pri tem mu včasih igralni pripomoček tudi pritrdimo prek dorzalne strani roke z manšeto, elastiko ali velkro trakom.

Prijem z obema rokama zmanjšuje hiperkinezo, uravnava položaj glave v medialni črti in omogoča boljše kontrolo mišic gibalk oči. Otrok v tem položaju oziroma na ta način bolje obvladuje položaj predmeta in spremlja ali že delno obvladuje predmete, ki so v gibanju. Pri tem je potrebno stalno opazovanje otrokovih odgovorov, ker se menjajo dobri in slabi gibi.

Osnovni pogoj za delo z otrokom je ljubezen. Pri obravnavi moramo upoštevati otrokovo voljo in želje po igranju. Atetotično moten otrok potrebuje **terapevtsko — motivacijski pristop**. Otroku ne smemo vsiljevati aktivnosti, niti ga z njimi ne smemo preobremenjevati. Aktivnosti delovne terapije mu odredjamo nevsiljivo, postopno, spodbujevalno v obliki igre, v kateri bo našel sebe in svoj

svet. V tem obdobju lahko že sama igra ustreza terapevtskim zahtevam, ki jih izvaja delovni terapevt.

Igralni terapevtski pripomočki, tako imenovani elementi igralne terapije, morajo biti primerni za osnovne in spretnostne funkcije roke. V času obravnave jih nekajkrat zamenjamo. Sprememba igralnega pripomočka naj bi povečala otrokovo zanimanje za igralni pripomoček (igračko) v smislu hitrejšega razvoja zaznavanja.

Igralna terapija pospešuje razvoj motivacije in stopnjuje koncentracijo. Na ta način otrok hitreje obvlada ravnanje s predmeti in razvija smisel za konstruktivne aktivnosti.

Ko otrok obvlada prijem in spust in je hiperkineza zmanjšana, začnemo z vajami za grobo koordinacijo rok in prstov. Nadaljnji strokovni postopek vključuje prehod od grobih na drobne ciljne gibe. Za doseganje optimalnih funkcionalnih pogojev na tej stopnji uporabljamo večfunkcionalno terapevtsko vrednost raznih nizalnih krogličnih sistemov, sestavljenk geometrijskih likov, sestavljenk palčk v horizontalni in vertikalni sistem itd. Za ugotavljanje optične agnozije kažemo otroku predmete, ki jih poimenuje, nato pa še otrok sam pokaže predmete, ki mu jih delovni terapevt poimenuje.

Z naštetimi aktivnostmi poleg obravnave v smislu funkcionalnega treninga dosežemo še dodatno kvaliteto, saj otrok spoznava in obvladuje nekatere osnovne pojme: obliko, velikost, barvo ter spoznava svojstva terapevtskih sredstev.

Otrok z motnjami v obliki atetozе ima pogosto težave pri dojemanju prostora in v doživljanju lastnega telesa. Tudi te motnje odpravljamo s terapevtskimi vajami, ki vključujejo koordinacijo ciljnih gibov in potekajo prek neposrednih in posrednih gibalnih akcij roke in v obsegu obvladanega terapevtskega prostora. S tem otrok dojemata oziroma osvaja osnovne pojme prostranosti v prostoru.

Apraktičen otrok ne more delati smotrnih gibov, npr. iztegniti roke, čeprav je roka zdrava in njeno mišičje nepoškodovano. Konstrukcijsko apraktičen otrok prav tako ne zmora napeti toka ali prižgati vžigalice ter sestavljati tesnih sestavljanek, prav tako se ne znajde na zemljevidu.

Ko otrok obvladuje medialno črto telesa in je izboljšana koordinacija gibov rok in prstov ter s tem tudi koordinacija mišic gibalk oči, preidemo na **dnevne aktivnosti**. Na začetni stopnji pričnemo z dnevnimi aktivnostmi na funkcionalno prilagojenih pripomočkih, nato pa po načelu enostavnosti in postopnosti prehajamo na osamosvojitvev otroka. Naslednja zahtevnostna stopnja obsega obvladovanje **slačenja**; slačenje je funkcionalno manj zahtevno od oblačenja. Otroka učimo **oblačenja** po določenih terapevtskih zakonitostih; najprej jih učimo oblačenja najenostavnejših delov oblačil. Pri zelo občutljivih otrocih se včasih pojavlja problem slačenja, ki ga moramo individualno obravnavati.

Pri zahtevnejših funkcionalnih akcijah oblačenja, kot je zapenjanje gumbov ali ravnanje z zadrگو, mora otrok predmet gledati, ker je pri učenju teh ciljnih aktivnosti potrebna koordinirana akcija roka — oko.

Tudi postopek **hranjenja** je pri otroku potrebno pogosto razdeliti na posamezne faze. Usta so lahko pri atetotično motenem otroku odprta ali premočno zaprta. Za uspešno akcijo hranjenja mora otrok znati obvladati naslednje faze:

- odpiranje ust,
- pobiranje hrane z usti,
- zadrževanje hrane v ustih,
- grizenje hrane in
- požiranje hrane.

Otrok z atetotično obliko cerebralne paralize je pogosto moten v posamezni fazi, lahko pa tudi v več fazah. Preden začne delovni terapevt z učenjem hranjenja, mora otrokove zmožnosti analizirati in šele nato sledi učenje posameznih faz. Pri tem je potrebno skrbno opazovati stopnjo otrokovih odgovorov. Ko otrok obvlada posamezne faze, jih povežemo v funkcionalno akcijo z ustrezno določeno hrano. Hrana mora biti prilagojena stopnji obvladanega stanja. Učenje hranjenja poteka v tesnem sodelovanju z logopedom. Uspešna kontrola ust je priprava za govor.

Aktivnosti hranjenja stopnjujemo z vključevanjem jedilnih pripomočkov oziroma pripomočkov za pitje. Pri tem povezujemo doseženo medialno črto in prijem z obema rokama.

V začetku je obravnava otroka usmerjena v obvladovanje funkcionalnih akcij z obema rokama, nato pa treninge stopnjujemo še s hrano, ki naj bo izmenično topla in hladna. Ko otrok obvlada prenos z obema rokama do ust, povezan z uspešno akcijo hranjenja, preidemo na specificiran trening rok pri hranjenju.

Uporabo jedilnih pripomočkov otroci težko obvladajo. Trening poteka po stopnji funkcionalnih sposobnosti in zahtevnosti, najprej z vilicami, nato z žlico. Nožev navadno ne vključujemo.

Akcija hranjenja je pri otroku z atetotično obliko cerebralne paralize pogosto možna le v terapevtsko prilagojenem okolju, zunaj tega okolja, predvsem med nepoznanimi ljudmi, pa je otroku pogosto potrebna pomoč.

Treningom hranjenja sledijo postopki za **samostojno obvladovanje higienskih funkcij**.

Obvladani postopki hranjenja in higienske aktivnosti pomenijo že prvo fazo priprav na poklicno usposabljanje. Ko smo z otrokom dosegli omenjeno stopnjo, preidemo k učenju drobnih gibov, ki jih vrednotimo s praktičnimi kvalitetai vsakdanjega življenja. Glede na doseženo stopnjo funkcionalne gibalne koordinacije uvajamo drobne terapevtske tehnike in postopno bogatimo program tudi s kreativnimi terapevtskimi tehnikami. Na tej stopnji z otrokom analiziramo tudi program gospodinjskih aktivnosti.

Pri otroku z atetozo je pogosto moten govor. Kaže se v obliki motenj pri izgovarjavi, ki jih imenujemo dizartrija. Kadar so motnje izrazitejše, je otrokova govorica povsem nerazumljiva.

Motnje pri pisanju nastopajo zaradi hiperkineze. Pisanje, ki je zelo pomembna oblika komuniciranja, atetotičen otrok v celoti težko obvlada. Največjo oviro pomeni vgrajevanje krožnih gibov v normalne vzorce gibanja, zato je potreben sistematičen trening, v katerega se vključijo na naslednji stopnji tudi specialni pedagogi. Če otroka ni mogoče usposobiti za učenje pisanja po zakonitih strokovnih postopkih, preidemo v najtežjih primerih na učenje s funkcionalnimi pripomočki, ki so pritrjeni na konstantno umirjeni točki telesa (glava, vrat itd.).

Dosežena stopnja obravnave otrok z atetotično obliko cerebralne paralize z načrtnimi postopki delovnega terapevta predstavlja osnovo za individualni program usposabljanja posameznika.

Programi usposabljanja izhajajo iz doseženih funkcionalnih in psihičnih zmogljivosti posameznika.

Atetotično moteni uspešno obvladujejo razne drobne ročne aktivnosti. Zato programi usposabljanja zajemajo v zaključni fazi tiste aktivnosti, za katere ima posameznik največje funkcionalne sposobnosti in nagnjenja. Atetotik potrebuje obravnavo v mirnem prostoru z ustrežno psiho klimo. Zato za doseganje višje funkcionalne aktivnosti pri predpoklicnem usposabljanju pogosto uporabljamo terapevtske elemente muzikoterapije.

Terapevtsko prilagojen program aktivnosti, ki poteka ob ustreznem terapevtsko motivacijskem postopku, omogoča atetotiku 30 odstotkov večjo uspešnost, kot pa jo dosega v neprilagojenem okolju. Prav tako pa tudi prekomerno spodbujanje lahko privede do stanja, v katerem je atetotik nesposoben izvajati doseženo stopnjo obvladanih normalnih gibov.

Strokovni članek je rezultat dolgoletnega strokovnega dela v Zavodu za usposabljanje invalidne mladine v Kamniku in večletnega ambulantnega dela v timu za cerebralno paralizo v Klinični bolnišnici za pediatrijo v Ljubljani, dopolnjen s teoretičnimi spoznanji, doseženimi pri oblikovanju profila višji delovni terapevt na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani.

ALI OBSTAJAJO RAZLIKE MED LEVIČARJI?

Levičarji pišejo na dva različna načina. Eni držijo roko bolj ali manj »normalno«, drugi pa pišejo »obrnjeno«, ker držijo roko nad črto, po kateri pišejo, vrh pisala pa je usmerjen k spodnjemu robu lista. Dva ameriška znanstvenika sta leta 1976 izrazila mnenje, da je razlika morda posledica razlik v možganih. Po njunem mnenju naj bi imeli tisti, ki pišejo »obrnjeno«, center za govor na levi polovici možgan in ta stran naj bi kontrolirala gibanje njihove leve roke. Nasprotno temu pa naj bi tisti levičarji, ki pišejo navadno, imeli center za govor na desni strani možgan.

Ni znano, zakaj naj bi razlika v lokaciji centra za govor vplivala na razliko v položaju roke. Najnovejši rezultati so pokazali, da ni bistvene razlike med omenjenima vrstama levičarjev. To so dokazali raziskovalci s kalifornijske univerze. Razliko v možganskih hemisferah so merili s preučevanjem valov, ki so jih dobili s pomočjo elektrod, priključenih na glavo poskusnih oseb. Njihovi rezultati so pokazali, da obstajajo bistvene razlike med desničarji in levičarji, niso pa dali nobenih informacij glede načina pisanja samih levičarjev. Ugotovili so, da centralni del desne polovice možgan kontrolira gibe leve roke, ne glede na to, katera stran možgan kontrolira govor in kakšen položaj ima roka pri pisanju.

— Ko, Otrok in družina št. 7/1980