

## TEMAT: MOŻLIWOŚCI USPRAWNIANIA DZIECI Z MÓZGOWYM PORĄŻENIEM DZIECIĘCYM

Ośrodkowy układ nerwowy dojrzewa około piątego roku życia. Im młodsze jest dziecko, tym jego układ nerwowy jest bardziej plastyczny i ma większe możliwości regeneracyjne i kompensacyjne. Wcześnie rozpoczęte leczenie usprawniające może pomóc w przejęciu zadań uszkodzonej części mózgu przez inną. Niestety, często dzieci, których rozwój psychomotoryczny jest nieprawidłowy, trafiają do lekarza po ukończeniu roku, dwóch, a nawet później. W wielu przypadkach nieprawidłowe wzorce i postawy są już utrwalone, tworzą się więc wtórne deformacje i upośledzenia. Im później rozpoczyna się leczenie, tym mniej szans na uzyskanie poprawy.

Indywidualny charakter skutków uszkodzeń mózgu powoduje, iż nie istnieje jeden uniwersalny schemat postępowania z dzieckiem. Przyjęcie przez rodziców lub opiekunów określonej metody rehabilitacji wymaga od nich dużej znajomości potrzeb i możliwości dziecka. Dobra metoda rehabilitacji umożliwia kompensację, stymulację i korektę jego rozwoju, angażując rodziców w diagnozowanie, układanie programów, tj. stawianie przed sobą i dzieckiem nowych zadań obejmujących wszystkie sfery rozwoju (Borkowska 1989b).

W przypadku dzieci z MPD większość metod rehabilitacyjnych dotyczy rozwoju motorycznego. Do nich należą metody K. i B. Bobathów i V. Vojty.

**Metoda K. i B. Bobathów** polega na neurorozwojowym leczeniu usprawniającym. Według twórców tej metody, bodźce dla nieprawidłowej postawy wpływają przeważnie z ułożenia i ruchów głowy, szyi i obręczy barkowej. Te części ciała zostały nazwane punktami kluczowymi, ponieważ kontrolują i wpływają na siłę i nieprawidłowe napięcie mięśni kończyn. Metoda ta opiera się na dwóch zasadniczych grupach ćwiczeń, wykonywanych poprzez zmianę położenia punktów kluczowych: ćwiczeniach hamujących nieprawidłowe odruchy oraz ćwiczeniach ułatwiających wykształcanie prawidłowych odruchów postawy i sprawnych czynności dowolnych.

Pracę tą metodą rozpoczyna się od oceny wzorca ruchowego dziecka oraz występowania nieprawidłowych reakcji odruchowych. W metodzie Bobathów przyjmuje się, iż cała działalność ruchowa polega na odruchach i podczas jej kształtowania jedne odruchy ustępują miejsca innym. W związku z tym usprawnianie powinno rozwijać odruchy odpowiednie dla danego etapu fizjologicznego człowieka oraz hamować odruchy patologiczne przetrwałe. Podczas zajęć usprawniających dziecko wspierane przez terapeutę samodzielnie wykonuje ruchy. Usprawnianie ma dostarczać wrażeń poprawnego wykonywania ruchu i postawy. Jednocześnie metoda ta ma zapobiegać narastaniu spastyczności i atetozji. Odchodzi się tu od protezowania dzieci oraz operacji.

W omawianej metodzie zasadniczą rolę odgrywają rodzice. Podkreśla się korzystny wpływ prawidłowych doznań uczuciowych i ruchowych na rozwój dziecka. Rodzice uczą się wykonywania z dzieckiem ćwiczeń, które kontynuują w domu. Leczenie dziecka rozpoczyna się już od 3-4 miesiąca życia i trwa 45 minut dziennie. Jak pisze Z. Kułakowska jest to czas niewystarczający, aby dziecko z MPD zaczęło wykorzystywać ćwiczony ruch w sytuacjach życia codziennego.

Metoda V. Vojty ma na celu ułatwienie rozwoju pionowej postawy i reakcji równowagi poprzez wyzwalanie wzorców lokomocji odruchowej przez odruchy pojedynczych mięśni. Stan ruchowy dziecka z MPD traktuje się na równi ze stanem noworodka. Przyjmuje się, że przyczyną wystąpienia nieprawidłowości jest zablokowanie rozwoju odruchowego w najwcześniejszym stadium rozwoju.

Technika rehabilitacji polega na stymulacji punktów refleksogennych. Stąd w czasie zajęć z dzieckiem stosuje się różnego rodzaju uciski i opory i uzyskuje się w ten sposób odpowiednie ruchy. W technikach metody pojawia się stabilizacja takich ułożeń dziecka, by podczas ćwiczeń poszczególne kończyna czy głowa pozostawała wolna, wykonując oczekiwany ruch. Za zakończenie usprawniania metodą V. Vojty przyjmuje się osiągnięcie przez dziecko stanu, w którym nastąpi u niego prawidłowe pełzanie i początek prawidłowego rącz-

kowania. Przewiduje się, iż te osiągnięcia pozwolą na normalne kształtowanie rozwoju na dalszych etapach.

Metoda ta może być stosowana w warunkach domowych przez matkę przeszkoloną systemem ambulatoryjnym. Proponuje się ją małym dzieciom już od pierwszych dni życia, ale również jest przeznaczona dla dzieci starszych i osób dorosłych. Jednakże w metodzie V. Wojty pomija się uszkodzenie i jego lokalizację w mózgu, traktując wszystkie dzieci z MPD jak noworodki. Leczenie jest bierne, poza świadomością, motywacją i czynnością kory mózgowej. Duży nacisk jest kładziony na usprawnianie ruchowe, pomijając stronę emocjonalną i psychiczną dziecka. Formy ucisków i oporów stosowane podczas ćwiczeń są bolesne dla dzieci, co powoduje, iż ich reakcje psychiczne po zajęciach bywają bardzo silne i długotrwałe. Może stanowić to zagrożenie dla emocjonalnego rozwoju dziecka.

Jak wynika z charakterystyki przedstawionych metod, usprawnianie jakie one proponują, dotyczy przede wszystkim rozwoju motorycznego rehabilitowanych dzieci. Kłopot w tym, iż dzieci z MPD wymagają usprawniania także innych niż sama motoryka zakresów działania. Uwzględniają to w swoich metodach A. Petö, G. Doman i J. Baran.

**Metoda A. Petö**, inaczej nazywana nauczaniem kierowanym, jest przeznaczona dla dzieci z MPD w wieku przedszkolnym i szkolnym. Metoda ta łączy usprawnianie lecznicze, psychopedagogiczne i społeczne. Głównym celem jest osiągnięcie jak największej samodzielności przez dziecko. Ćwiczenia ruchowe i inne zajęcia połączone są z głośnym mówieniem, liczeniem lub śpiewaniem, tak więc metoda wykorzystuje proces integracji mowy z ruchem. Dzieci uczą się w małych grupach utworzonych według kryteriów możliwości ruchowych i umysłowych.

W metodzie A. Petö podkreśla się, że: niesprawność jest wynikiem współoddziaływania pomiędzy uszkodzeniem mózgu dziecka a jego środowiskiem; wyobrażenie i poznanie obrazu własnego ciała przez dziecko jest warun-

kiem wytworzenia właściwego stosunku do otoczenia; osoby pracujące z dziećmi, tzw. przewodnicy, to osoby zdrowe i profesjonalnie przygotowane tak, aby stanowiły wzór do naśladowania dla dzieci. Charakterystyczną cechą omawianej metody jest szczebelkowa budowa mebli, spełniających wielofunkcyjne role w usprawnianiu, np. służą do chwytu, utrzymania pozycji. Liczba mebli w sali jest ograniczona w celu łatwiejszego opanowania zadań ruchowych wykonywanych przy ich pomocy. Przywiązuje się dużą wagę do wytworzenia pojęcia linii środkowej ciała i do koordynacji między wzrokiem a ruchem.

Głównym celem usprawniania jest pobudzenie rozwoju dziecka w zakresie czynności ruchowych, mowy, uwagi, funkcji poznawczych tak, aby uzyskało ono możliwość nauki w szkole, a przynajmniej osiągnęło jak najlepsze przystosowanie do normalnego życia, tzn. samo jadło, ubierało się czy przemieszczało.

Metoda A. Petö nie jest przeznaczona do wykonywania w warunkach domowych, gdyż dzieci większość czasu z założenia spędzają w grupie, a także w specjalnie przygotowanych salach. Problemem jest odpowiedni dobór dzieci tak, aby mogły się wzajemnie stymulować. Trudności sprawia także ułożenie indywidualnego programu dla każdego dziecka, gdyż musi on obejmować zadania na cały dzień i być jednocześnie bardzo dokładny i precyzyjny.

**G. Doman** opracował cały zespół koncepcji stymulacji i nazwał go „cichą rewolucją”. Wśród tych koncepcji wyróżnił wariant przystosowany specjalnie dla dzieci z MPD. Podstawą jego metody jest profil rozwojowy posiadający siedem poziomów od rdzenia kręgowego aż do kory mózgowej, z poziomami odpowiadającymi za wzrok, słuch oraz ośrodki czuciowo-ruchowe mowy. Porównując poziom dziecka z tym profilem, opracowany zostaje indywidualny rygorystyczny program dla niego.

W metodzie tej wyróżnia się cztery podstawowe bloki rozwoju dziecka, które przedstawiają cele usprawniania dziecka. Są to: blok rozwoju fizycznego, w którym dąży się do doskonałości fizycznej, czyli do jak najlepszego uspraw-

nienia ruchowego dziecka; blok rozwoju fizjologicznego - dążenie do idealnego stanu zdrowia dziecka poprzez odpowiednią dietę i dostarczanie tlenu; blok rozwoju intelektualnego - dążenie do doskonałości intelektualnej poprzez przekazywanie bitów informacji, wiedzy encyklopedycznej, naukę matematyki i czytania; blok rozwoju społecznego - przygotowanie do dobrego funkcjonowania w społeczeństwie, dbałość o poprawny rozwój emocjonalny.

Ćwiczenia odbywają się 18 razy dziennie i trwają po 40 minut. Są one prowadzone przez rodziców i służące pomocą osoby. Pozytywną stroną tej metody jest fakt, iż uwzględnia ona stymulację wszystkich narządów zmysłów. Jednakże leczenie to jest bardzo drogie. Rodzina ponosi wysokie koszty materialne, jak i czasowe oraz musi podporządkować całokształt organizacji życia wszystkich członków rodziny rehabilitacji dziecka.

**Terapia zabawą J. Baran** jest przeznaczona do usprawniania psychoruchowego dziecka z MPD w wieku od dwóch do sześciu lat. Wiek dwóch lat autorka poleca jako rozpoczęcie tej terapii, gdyż zwiększa się w tym okresie rozwój zainteresowań dziecka obrazkami oraz wzrasta tendencja do naśladowania czynności. Ponadto w wieku dwóch lat można bezspornie mówić o opóźnieniu w zakresie funkcji koordynacji wzrokowo-ruchowej, która nie wynika jedynie z wolniejszego procesu dojrzewania dziecka, jeśli dziecko nie wykonuje czynności wymagających chwytów precyzyjnych. Jedynym warunkiem podjęcia terapii zabawowej jest zainteresowanie dziecka otoczeniem i zabawkami.

**Terapia zabawowa J. Baran** jest formą pracy wyrównawczej. Ma na celu usprawnienie funkcji percepcyjno-ruchowych i umysłowych w ramach zwiększenia i ukierunkowywania aktywności zabawowej dziecka. Prowadząc pracę wyrównawczą należy uwzględnić poziom zainteresowań dziecka i charakter jego relacji zabawowej z dorosłym. Dorosły ma za zadanie zachęcanie dziecka do podejmowania wysiłku i nagradzanie tego wysiłku okazywaniem radości i pieczyoty. Do dorosłego należy także pomoc dziecku, które nie jest w stanie

samo rozwinąć swej aktywności zabawowej ze względu na ograniczenia ruchowe. W tych przypadkach osoba pracująca z dzieckiem powinna zapoczątkować ruch ręki dziecka. Wykonywanie porażoną kończyną ruchu sięgania pozwoli dziecku na podstawie odnoszonych wielokrotnie wrażeń na uzmysłowienie sobie tego ruchu. Dopiero gdy dorosły wyczuje, że dziecko jest w stanie wykonać w mniej lub bardziej dokładny sposób ruch spontanicznie, może stwarzać sytuacje zabawowe skłaniające dziecko do wykonywania tej czynności.

W celu ułatwienia doboru odpowiednich dla danego dziecka zabaw w aneksie autorka zamieściła ramowe programy usprawniania koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz funkcji myślenia. Oba programy są zbiorem propozycji zabaw i przykładów pomocy niezbędnych do ich przeprowadzenia. Układ proponowanych zabaw jest zgodny z naturalnym przebiegiem rozwoju funkcji koordynacji wzrokowo-ruchowej i myślenia.

Program usprawniania J. Baran ma za zadanie uczulić rodziców na możliwości zaburzeń u dziecka i jednocześnie wskazać im sposoby jego usprawniania. Prezentowane opracowanie nie obejmuje natomiast zabaw wyrównawczych w zakresie usprawniania artykulacji.

Osoby pracujące z dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym z powodu braku zadowalających rozwiązań sięgają do programów i metod dostosowanych do potrzeb dzieci wolniej i nieharmonijnie rozwijających się. Najczęściej wykorzystywane są: Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne, Metoda Dobrego Startu w opracowaniu M. Bogdanowicz oraz „Wzory i obrazki. Program rozwijający percepcję wzrokową” M. Frostig i D. Horne.

**Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne** jest metodą niewerbalną, uaktywniającą język ciała i ruchu. Wywodzi się ze szkoły R. Labana, której założeniem jest wiązanie ruchu ze słowem, rytmem i muzyką. Główną ideą metody W. Sherborne jest posługiwanie się ruchem jako narzędziem wspomaganie rozwoju psychoruchowego dziecka i terapii zaburzeń tego rozwoju. Ćwiczenia oparte są na naturalnych potrzebach dziecka, które mogą być zaspokajane w

kontakcie z dorosłym. Założeniem prezentowanej metody jest rozwijanie przez ruch świadomości swojego ciała, świadomości przestrzeni i działania w niej, dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi, nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu oraz usprawnianie ruchowe. Dzięki ćwiczeniom dziecko poznaje swoją siłę i możliwości ruchowe, co sprawia, że zaczyna przejawiać większą inicjatywę i staje się bardziej twórcze.

Zajęcia prowadzone metodą W. Sherborne mogą być organizowane w formie indywidualnej lub grupowej. Nie jest ograniczony wiek uczestników. W ćwiczeniach każdemu dziecku towarzyszy partner, którym może być rodzic lub młodzież chętna do pomocy. Skład grupy jest stały, zajęcia odbywają się systematycznie - przynajmniej raz w tygodniu; każde zajęcia trwa około jednej godziny. Zajęcia prowadzi jeden lub dwóch terapeutów.

Metoda W. Sherborne największy wpływ wywiera na sferę emocjonalną i motoryczną, dzieci uczestnicząc w zajęciach wyrażają wiele pozytywnych emocji. Równie dobrze metoda ta wpływa na rozwój poznawczy, szczególnie w zakresie orientacji w schemacie swojego ciała oraz twórczego podejścia do życia. W toku działania w grupie z innymi dziećmi i osobami dorosłymi ulega poprawie także rozwój społeczny dziecka.

**Metoda Dobrego Startu** w opracowaniu M. Bogdanowicz jest zaadoptowaną do warunków polskich francuską metodą Bon Depart T. Bugneta. Najczęściej wykorzystuje się ją w usprawnianiu dzieci z dysharmoniami psychomotorycznymi, a jej celem jest przygotowanie dzieci w wieku przedszkolnym do nauki pisania i czytania, a także pomoc dzieciom w wieku szkolnym, które wykazują trudności w czytaniu i pisaniu.

W prezentowanej metodzie istotną rolę pełnią trzy elementy: element wzrokowy (wzory graficzne), słuchowy (piosenka) i motoryczny (wykonywanie ruchów w czasie odtwarzania wzorów graficznych zharmonizowanych z rytmem piosenki). Dlatego też często metodę tę nazywa się metodą wzrokowo-słuchowo-motoryczną.

Metoda Dobrego Startu jest metodą uzupełniającą inne stosowane metody oddziaływania pedagogicznego, dlatego powinna być stosowana razem z zajęciami plastycznymi, ruchowymi, dydaktycznymi, konstrukcyjnymi i umuzykalniającymi.

Ćwiczenia prowadzone tą metodą składają się z trzech grup: ćwiczeń ruchowych, ruchowo-słuchowych i ruchowo-słuchowo-wzrokowych. Wszystkie trzy rodzaje ćwiczeń występują na każdym zajęciach, stanowią etapy danego zajęcia. Ćwiczenia prezentowanej metody prowadzi się zazwyczaj w formie zespołowej. W pracy z dziećmi z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym zespół nie powinien być większy niż 7-8 dzieci.

Metoda Dobrego Startu oprócz funkcji usprawniających może również pełnić funkcje diagnostyczne. Pozwala orientacyjnie określić, które funkcje nie osiągnęły pożądanego poziomu sprawności, a tym samym pozwala podjąć szybkie działania korygujące rozwój dziecka. Metoda ta jest także bardzo użyteczna w kształtowaniu sfery pozaintelektualnej - pobudza motywację, kształci krytycyzm, rozwija dojrzałość społeczną, może też mieć walor psychoterapeutyczny.

Żadna metoda nie zapewnia dziecku z MPD całkowitego wyleczenia. Zakres poprawy zależy bowiem od stopnia i rodzaju uszkodzenia mózgu. Jednak najlepsze rezultaty osiągane są wtedy, gdy usprawnianie jest rozpoczęte wcześnie, prowadzone systematycznie i dostosowane do potrzeb i możliwości dziecka. Bardzo ważne jest aby metoda usprawniania uwzględniała wszystkie sfery rozwoju dziecka – zarówno fizyczną, jak i psychiczną. Należy pamiętać, że poprawa możliwości ruchowych dziecka odgrywa istotną rolę w procesie zdobywania przez dziecko wiedzy o swoim ciele i otaczającej przestrzeni. Odpowiedni poziom orientacji przestrzennej pozwala dziecku radzić sobie z tym, co je otacza, a także przygotowuje je do trudnej drogi edukacji. Dlatego też starając się jak najlepiej usprawnić dziecko fizycznie, należy pamiętać, aby równocześnie dbać o jego rozwój umysłowy i emocjonalny.



## **Bibliografia**

1. Baran J. (1987): terapia zabawą, czyli usprawnianie psychoruchowe dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego. Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo – Zawodowego M.O.i W., Warszawa.
2. Bogdanowicz M., Kisiel B., (1994): Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka. WSiP, Warszawa.
3. Borkowska M. (red.) (1989b): Rozwój metod i znaczenie wczesnego usprawniania dziecka z zaburzeniami psychoruchowymi. Wyd. Dolnośląskie Fundacji „Pomoc dzieciom”, Wrocław.
4. Doman G. (1996): Jak postępować z dzieckiem z uszkodzeniem mózgu. Wyd. PROTEST, Poznań.
5. Kułakowska Z. (1995): Rehabilitacja neurologiczna dziecka z uszkodzonym układem nerwowym. W: ABC rehabilitacji 3. Mózgowe porażenie dziecięce c.d., Wyd. Dolnośląskie Fundacji „Pomoc dzieciom”, Wrocław.

Opracowała: mgr Ewa Muroń