

## 6 Październik- zawsze zapala się na zielono!

6 października przypadał Światowy Dzień Osób z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym. Jak co roku w geście solidarności z blisko 17 mln osób na po raz kolejny cały świat zapalił się na zielono.

Mózgowe porażenie dziecięce określa się jako trwałe, niepostępujące, lecz nie zmieniające zaburzenie postawy i ruchu, będące wynikiem uszkodzenia rozwijającego się ośrodkowego układu nerwowego w okresie ciąży, porodu lub w początkowym okresie życia po urodzeniu. Jest to zespół objawów o zróżnicowanej etiologii i obrazie klinicznym. Statystycznie na 1000 żywo urodzonych dzieci rodzi się ok.2-3 dzieci ze diagnozowanym, w późniejszym wieku, mózgowym porażeniem dziecięcym.

U chorych z mózgowym porażeniem dziecięcym występują: opóźnienie w rozwoju psychoruchowym, niekiedy znaczne niedowłady kończyn (typu spastycznego), ruchy mimowolne, nieprawidłowości o typie niezborności ruchów, dominujących w obrazie klinicznym mózgowego porażenia dziecięcego, a także w różnym stopniu opóźnienie rozwoju umysłowego dziecka, zaburzenia w jego zachowaniu, padaczka, zaburzenia percepcji wzrokowej, słuchowej, różnego typu nieprawidłowości w rozwoju mowy itp.

Wczesna diagnoza MPD jest sprawą o zasadniczym znaczeniu zarówno z punktu widzenia medycznego, jak i psychospołecznego. Podstawę diagnostyki MPD stanowi badanie dziecka metodami fizykalnymi. W przypadku niemowląt skuteczność badania jest warunkowana znajomością faz rozwojowych. W zakresie oceny neurorozwojowej zasadnicze znaczenie ma ocena aktywności ruchowej, a szczególnie napięcia mięśniowego oraz odruchów prostowania i postawy w przebiegu rozwoju psychoruchowego.

Postawienie diagnozy ma duże znaczenie dla dalszego rozwoju psychoruchowego dziecka. Nie należy jednak czekać z rozpoczęciem leczenia usprawniającego aż wystąpią u dziecka wyraźne objawy m.p.dz. lub zapadnie taka diagnoza. Wtedy najczęściej nieprawidłowości są już utrwalone, a korygowanie ich utrudnione. Z dotychczasowych doświadczeń i wyników badań naukowych na całym świecie wynika, iż najważniejszą drogą do osiągnięcia poprawy rozwoju psychoruchowego jest wcześnie rozpoczęte i systematyczne leczenie usprawniające. Pozwala ono kształtować prawidłowy rozwój ruchowy dziecka, zanim rozwiną się i utrwalą nieprawidłowe wzorce postaw i ruchów oraz przykurcze i wtórne deformacje.

Podstawową zasadą leczenia jest stosowanie jak najwcześniej prawidłowych wzorców ruchowych i powtarzanie ich do czasu utrwalenia się. Nie dopuszcza się w ten sposób do wytworzenia nieprawidłowych odruchów, a zarazem kształtuje prawidłowe nawyki ruchowe.

Metod usprawniania dzieci z m.p.dz. jest wiele na całym świecie i rozwijają się one od ponad pięćdziesięciu lat. Każda nowa metoda wykorzystuje aktualne zdobycze wiedzy medycznej, ale opiera się także na poprzednich doświadczeniach, ulegając tym samym stałym modyfikacjom i udoskonaleniom.

Znaczący wkład w rozwój wiedzy o usprawnianiu w m.p.dz. wnosili kolejno: Wintrop Phelps, Temple Fay, Margaret Rood, Berta i Karel Bobathowie, Herman Kabat, Andreas Peto, Vaclav Vojta i inni, którzy opracowywali własne sposoby postępowania (M. Borkowska, 1989).

MPD nie jest chorobą i nie można się nim zarazić, a więc nie można też na nie zachorować. Wiele osób może mieć objawy podobne do MPD w wyniku wypadku, udaru lub np. zapalenia opon mózgowych.

MPD nie można wyleczyć gdyż w chwili obecnej nie potrafimy regenerować uszkodzonych komórek nerwowych. W wielu przypadkach, dzięki dobrze dobranej rehabilitacji i edukacji możliwe jest samodzielne funkcjonowanie, kształcenie, praca zawodowa jak też założenie rodziny. Różnego stopnia niepełnosprawność ruchowa lub deficyty w tym zakresie nie muszą być sprzężone z niepełnosprawnością intelektualną. Rodzaj niepełnosprawności w zakresie ruchu, wzroku, słuchu oraz intelektu zależy od rozległości i miejsca uszkodzenia mózgu.

Bardzo istotne jest kształtowanie umiejętności komunikacyjnych w oparciu o odpowiednio dobraną metodę AAC oraz działania terapeutyczne i edukacyjne z wykorzystaniem dostosowanego do potrzeb osoby sprzętu technicznego, w tym nowoczesnych technologii i oprogramowania IT. Umożliwia to osobom z poważnymi deficytami ruchowymi, w tym mowy werbalnej ale nie sprzężonymi z niepełnosprawnością intelektualną skuteczną komunikację i edukację.

Rozmowa dla większości z nas jest czynnością niemal odruchową. Mówienie jest tak naturalne, jak oddychanie. Mówiąc, komunikujemy się z innymi, przekazujemy im swoje emocje, wrażenia, potrzeby, prośby. Komunikacja z otoczeniem jest szczególnie trudna dla osób z porażeniem mózgowym. W niektórych przypadkach uszkodzenie centralnego układu nerwowego ogranicza w znacznym stopniu prawidłową współpracę mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, co w konsekwencji powoduje prawie całkowity brak ekspresji mowy. Dzieci z neurologicznymi schorzeniami ograniczającymi ruch napotykały trudności w przyswajaniu i używaniu języka oraz zastępczego lub wspomagającego mowę systemu.

Systemy komunikacji pozawerbalnej:

- manualnej : język migowy, fonogesty
- graficzne, np. PIC- Pictogram Ideogram Communication, piktogramy, pismo Blissa, PCS- Picture Communication Symbols, MÓWiK
- dotykowy, np. pismo Braille'a, kreślenie na dłoni liter drukowanych
- przestrzenno-dotykowa np. klocki słowne Premacka
- książka osobista dziecka (segregator z symbolami graficznymi, uszeregowanymi według kategorii)

Wypracowanie zastępczego sposobu porozumiewania się z otoczeniem jest niezbędne dla rozwoju zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Człowiek, tak mały, jak i duży, który nie ma możliwości wyrażania swoich emocji, nie będzie rozwijał się prawidłowo. Rozmowa jest narzędziem w edukacji dzieci niemówiących. Zatem dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym to osoby ze zróżnicowanym poziomem kompetencji komunikacyjnej. Istnieje ogromna potrzeba edukacji przy pomocy metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej, które dla dzieci niemówiących są szansą na „wyjście z cienia” i uczestniczenie w życiu społecznym.

Strona <https://ktociewyleczy.pl>

Autor tekstu: Elżbieta Borek

## Metody rehabilitacji oraz inne metody wspomagające usprawnianie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

### Metoda NDT-Bobath

Metoda NDT-Bobath została zapoczątkowana w latach czterdziestych XX wieku w Londynie przez fizjoterapeutkę Bertę Bobath i jej męża Karela – neurologa. Metoda była modyfikowana równocześnie ze zdobywanymi doświadczeniami praktycznymi.

Metoda NDT-Bobath jest stosowana na całym świecie, przyjęte w niej założenia i sposoby postępowania nie wywołują kontrowersji i są powszechnie akceptowane (5, 7). Czym jest NDT? Terapia neurorozwojowa jest zaawansowaną terapią stosowaną przez fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych i logopedów. Terapia ta jest indywidualnie dobrana dla każdego pacjenta. Ma na celu pomóc mu stać się niezależnym w życiu codziennym na tyle, na ile to jest możliwe. Terapeuci współpracują z pacjentem, jego opiekunami, innymi specjalistami sprawującymi opiekę nad nim, budując wspólnie program terapeutyczny, oparty na najnowszych badaniach naukowych z zakresu neurologii, fizjologii, ortopedii i innych naukach.

#### **Zalety metody NDT-Bobath to:**

- zapewnienie dziecku fizjologicznego rozkładu dnia,
- nie zaburza relacji matka-dziecko,
- nie powoduje zjawiska habituacji, czyli przyzwyczajenia do bodźca,
- stymulacja i normalizacja rozwoju z zapewnieniem potrzeby bezpieczeństwa i miłości

### Metoda Wojty

Metoda usprawniania opracowana w latach 50. XX wieku przez Vaclava Wojtę, polegająca na wyzwoleniu odruchu obrotu oraz pełzania za pośrednictwem stymulacji określonych punktów ciała. punkty te nazwano „strefami wyzwolenia”. Działanie na którąkolwiek z nich wywołuje

aktywne, nieświadome napinanie łańcuchów mięśniowych oraz wielokrotną, odruchową i długotrwałą odpowiedź u każdego dziecka. Metoda Wojty bazuje na torowaniu (pobudzenie pól koordynacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym) poprzez sumację bodźców – czasową (wydłużenie czasu stymulacji) oraz przestrzenną (jednoczesna stymulacja kilku stref wyzwolenia). Usprawnianie wymaga ułożenia dziecka w tzw. pozycji aktywizującej, co z kolei ułatwia osiągnięcie określonych reakcji odruchowych, podczas stymulacji odpowiednich stref. Najczęściej stosowanym bodźcem powodującym wyzwolenie określonej reakcji jest ucisk. Ucisk wywiera się kciukiem, dwoma palcami (wskazujący i środkowy) lub brzegiem dłoni. podczas stymulacji do ośrodkowego układu nerwowego docierają liczne informacje z receptorów mięśni i stawów, co pozwala dziecku na budowanie właściwego schematu ciała.

## Metoda Petö,

### 1) Kto ją stworzył?

Andreas Petö- węgierski lekarz i pedagog.

### 2) Dla kogo?

Metoda Petö jest przede wszystkim przeznaczona dla usprawniania dzieci z MPDz (Mózgowym Porażeniem Dziecięcym), które są niepełnosprawne ruchowo i są objęte koniecznością obowiązkowego szkolnego.

MPDz to niepostępujące uszkodzenie mózgu (do którego dochodzi w okresie prenatalnym lub okołoporodowym) powodujące narastające zaburzenia neurologiczne, ruchowe i posturalne u dziecka. Owym zaburzeniom mogą towarzyszyć problemy emocjonalne, sensoryczne, niekiedy również opóźnienie w rozwoju intelektualnym oraz zaburzenia lub brak mowy.

### 3) Na czym polega?

Nauczanie Kierowane to podejście do terapii, które ma większy związek z pedagogiką i nauczaniem niż z medycyną i leczeniem. „To połączenie usprawniania leczniczego, psychopedagogicznego oraz różnych form adaptacji społecznej. Głównym jej celem jest przygotowanie dziecka niepełnosprawnego do samodzielnego życia”. (K. Zabłocki, *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa 1998, s. 52). To zatem usprawnianie polegające na:

- usprawnianiu rąk i kształtowaniu samodzielności, co zgodne jest również z zadaniami terapii zajęciowej. Ćwiczenia ruchowe przeplatane są zabawą i nauką;
- pobudzaniu psychoruchowym rozwojowi dziecka w zakresie kontroli postaw i ruchów lokomocyjnych;
- koordynacji wzrokowo- ruchowo- słuchowo- czuciowej;
- orientacji w czasie i przestrzeni i odczuwanie własnego ciała;
- rozwoju mowy;
- porozumiewaniu się gestem;
- pisaniu;
- rysowaniu;
- czytaniu;

## METODA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

Badania nad rozwojem i znaczeniem odpowiedniego zintegrowania czynności zmysłowo - ruchowych łączą się z osobą Jean Ayres, chociaż po raz pierwszy terminu **Sensory Integration** użył w 1902 r. neurofizjolog angielski Charles Sherrington, laureat Nagrody Nobla z 1932 r.

J. Ayres - terapeutka zajęciowa doktor psychologii z Instytutu Badań Mózgu Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles na podstawie wyników wieloletnich badań wykazała, że większość zaburzeń ruchowych, zachowania, mowy oraz trudności w uczeniu się są wynikiem nieprawidłowego dopływu czy przetwarzania odbieranych przez organizm wrażeń

zmysłowych. Przy niedoborze, nadmiarze lub braku dopływu bodźców tworzenie się prawidłowej integracji zmysłowej jest niemożliwe, a rozwój właściwych odpowiedzi ruchowych i sposobów zachowań, zaburzony.

Oceny zaburzeń integracji sensorycznej dokonuje się na podstawie opracowanych przez J. Ayres specjalnych testów. W zależności od stwierdzonych nieprawidłowości ustala się program leczenia usprawniającego, w którym uwzględnia się:

- stymulację układu dotykowego;
- stymulację proprioceptywną;
- stymulację układu przedsionkowego;
- hamowanie przetrwałych odruchów;
- normalizację napięcia mięśni;
- koordynację wzrokowo - ruchową;
- koordynację czynności ruchowych obu stron ciała, które są podstawą dla wykształcenia się dominacji stron.

Właściwie prowadzone ćwiczenia ułatwia wyposażenie sali gimnastycznej, odpowiedni kolorowy sprzęt, tj.: hamaki, huśtawki, wiszące platformy, wałki, piłki, deski równoważne, krzesła obrotowe, bujane fotele, łóżka wodne, suche baseny.

Celem leczenia jest wytworzenie prawidłowej integracji spostrzeżeń, wywołanie odpowiednich reakcji ruchowych oraz wzorców zachowań, co stwarza podstawy do właściwego przebiegu procesów nauczania i wychowania.

### **METODA WERONIKI SHERBORNE**

Weronika Sherborne w latach sześćdziesiątych na bazie gimnastyki ekspresyjnej R. Labana opracowała metodę nazwaną "Ruch Rozwijający". Celem metody jest wspomaganie prawidłowego rozwoju dziecka i korekcja jego zaburzeń. Cechą charakterystyczną metody jest rozwijanie przez ruch:

- świadomości własnego ciała
- kontaktów społecznych

Zajęcia odbywają się indywidualnie lub grupowo i trwają około 30 minut. Partnerami dzieci bywają bardzo często ich rodzice. Uczestnictwo w zajęciach jest zawsze dobrowolne.

W metodzie tej wyróżnia się cztery grupy ćwiczeń:

- ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała,
- ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie,
- ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu i współpracy w grupie,
- ćwiczenia twórcze.

Metoda Weroniki Sherborne zalecana jest dzieciom o zaburzonym

schemacie ciała. Poprzez proponowane ćwiczenia dochodzi do integracji i poznania ciała. Wzajemny bliski kontakt ułatwia akceptację niedoskonałej sylwetki dziecka. Ćwiczenia dają poczucie bezpieczeństwa, relaksu i dobrej zabawy ( J. Zabłocki, 1998).

## METODA "DOBREGO STARTU"

Metoda ta powstała we Francji, a jej założycielką jest The" a Bugnet. Od kilku lat znana jest w Polsce propagowana przez Marię Bogdanowicz. Istotną rolę w tej metodzie pełnią trzy podstawowe elementy:

- wzrokowy ( znak graficzny),
- słuchowy (piosenka),
- motoryczny (relacja znaku graficznego z rytmem piosenki).

Zgodnie z wymienionymi elementami ćwiczenia stosowane w tej metodzie służą usprawnianiu czynności analizatorów: słuchowego, wzrokowego, kinestetyczno - ruchowego. Przyczyniają się równocześnie do kształtowania lateralizacji z orientacji w schemacie ciała i przestrzeni. W związku z tym integracja percepcyjno - motoryczna analizatorów dokonuje się według szczegółowo określonego schematu. Ćwiczenia prowadzone są kolejno ze stopniowym zwiększeniem trudności. Muzyka powiązana z ćwiczeniami ruchowymi bardzo aktywizuje udział dzieci, jak również stanowi czynnik terapeutyczny.

Poza opisanymi metodami głównymi i wspomagającymi istnieje wiele metod, których tu nie uwzględniono. Ważną rolę w usprawnianiu dzieci i młodzieży z m.p.dz. odgrywają również: gimnastyka lecznicza, zabiegi pielęgnacyjne, fizykoterapia (hydroterapia), elektroterapia, masaż), terapia logopedyczna, terapia zajęciowa, artterapia, psychoterapia, metody relaksacyjne.

Ze względu na różnorodność metod wielu autorów proponuje wieloprofilowość i wielokompleksowość terapii w usprawnianiu dzieci i młodzieży z m.p.dz. (J. K \_cki, 1998).

## Znane osoby z MPD

Jeśli jesteś zainteresowana(y) zapoznaniem się z kilkoma znanymi osobami zmagającymi się z trudnościami MPD zachęcamy do odwiedzenia strony internetowej : <https://beata.wnuk.pl/slawne-osoby-z-mpd>

### Na zakończenie:

Bardzo ważne jest, żeby znaleźć czas nie tylko na naukę, a potem na pracę, ale też na życie towarzyskie i rozwijanie swoich pasji. Tutaj apel do rodziców: Nie trzymajcie dzieci pod kloszem! Ja w wieku 10 lat sama wracałam ze szkoły, po to, żeby powłóczyć się z koleżankami. Nie było wtedy telefonów komórkowych, a mi groziło przecież nie tylko potknięcie się o wystającą płytę chodnikową, ale też utrata równowagi i upadek bez powodu.

Dopiero jako osoba dorosła zdałam sobie sprawę z lęku jaki musiała przeżywać wtedy mama. Jednak właśnie to pozwolenia na samodzielność w dzieciństwie zaowocowało tą „normalnością” w dorosłym życiu. Umiem nawiązywać kontakty społeczne. Wierzę, że mam szczęście do ludzi.

- cytata za: „Rampa, pokonujemy bariery”-Ewa Kalisz

- **Bibliografia:**

- 1) K. Bagnowska, M. Falkowski, *Wybrane metody usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, Nowa Pediaatria, 2013, nr.3, s. 122;
- 2) K. Cichowska- Segiet, S.Sadowska, *Nauczanie kierowane jako metoda łącząca pedagogikę i fizjoterapię w usprawnianiu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Doświadczenia Zespołu Szkół Specjalnych nr 109 w Warszawie*, Szkoła Specjalna, 2012, nr.3, s.207;
- 3) B. Cytowska, B. Winczura, *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008, s. 363-369;
- 4) R. Michałowicz, *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 215-220;
- 5) J. Pilecki, *Usprawnianie wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2000, s. 231-232;
- 6) K. Zabłocki, *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998, s. 52-55;

**Opracowanie artykułu:**

Renata Witkowska- nauczyciel- wychowawca;

Ewa Białkowska: nauczyciel- wychowawca;

Roma Musolf- Stadnik- fizjoterapeuta

Iwona Staszkievicz- neurologopeda