

Przetrwale odruchy a powstanie trudności szkolnych u dzieci w wieku szkolnym



Instytut Pedagogiki Przedszkolnej i Szkolnej, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

„Przetrwale odruchy a powstanie trudności szkolnych u dzieci w wieku szkolnym”

W ostatnim czasie wielu psychologów poszukuje nowych metod terapii, które byłyby skuteczne w leczeniu różnych zaburzeń.

Niektóre dzieci już na starcie borykają się z kłopotami w nauce czytania i pisania.

Prawdą jest, że istnieją różne metody pracy z zaburzeniami emocjonalnymi, poznawczymi i ruchowymi, ale ich skuteczność jest różna.

Zdarza się, że zajmujący się dzieckiem terapeuta ma przekonanie, że wybrał optymalną metodę pracy, gdyż uwzględnia ona wszystkie objawy, a innym razem istnieją trudności z doбором odpowiednich narzędzi.

W tym drugim przypadku dziecko robi małe postępy lub nie robi żadnych i to może znaczyć, że należy uzupełnić ćwiczenia innymi lub zastosować nowe.

Jedną z interesujących nowych metod jest praca z przetrwałymi odruchami neurologicznymi Sally Goddard.

Niezintegrowane lub przetrwałe odruchy to te, które powinny zaniknąć, a nadal występują, powodując zaburzenia różnych funkcji.

Odruchy te mogą jednak przetrwać, czasami w śladowej postaci, a czasami z pewnym natężeniem. Powodują wtedy opóźnienie pojawienia się następnych odruchów i niepełne ich funkcjonowanie.

To wpływa na powstanie zakłócenia w działaniu różnych obszarów i rozwijających się funkcji. Badanie niezintegrowanych (przetrwałych) odruchów i ich terapię znajdujemy również w teorii i metodzie Integracji Sensorycznej J. Ayres i metodzie V. Vojtę oraz innych.

Czym jest odruch?

Według Podemskiego i Wendera (2001) to zjawisko pozostające poza dowolną kontrolą człowieka. Jest on wywołany przez zastosowanie określonych bodźców.

Wyróżniają oni 3 rodzaje odruchów:

- odruchy prawidłowe występujące u ludzi zdrowych,
- odruchy patologiczne występujące tylko u chorych
- odruchy pierwotne uwarunkowane filogenetycznie obecne u bardzo małych dzieci.

S. Goodard (2004, s. 18-19) pisze, że odruchy pierwotne pojawiają się w życiu płodowym, a zanikają stopniowo po urodzeniu najpóźniej w 6 miesiącu życia dziecka.

Odruch definiuje jako mimowolną reakcję na bodziec, który aktywizuje proces psychologiczny. Każdy odruch ma podstawową rolę do spełnienia, ponieważ przygotowuje organizm do następnych etapów rozwoju i ćwiczy odpowiednie schematy ruchowe.

Badanie neurologiczne noworodka polega na ocenie występowania dojrzałości odruchów jakie występują w tym okresie życia. Obecnie jest znanych aż przeszło siedemdziesiąt odruchów, a Taft i Cohen – znawcy tego zagadnienia przypisują większe znaczenie kliniczne aż czterdziestu ośmiu odruchom (Podemski, Wendera, 2001).

Pisząc o odruchach, nie sposób pominąć odkryć naukowych **I. P. Pawłowa**. To on jako jeden z pierwszych badał odruchy zwierzęce. Uważał on, że cała działalność organizmu musi odbywać się według określonych praw. Koniec jednego odruchu jest początkiem następnego tzn., że są to odruchy łańcuchowe, które pojawiają się jeden po drugim (Pawłow, 1951). Zaś J. Czochańska (1985) podkreśla, że pojęcie „odruch” trzeba rozumieć nie jako niezmienną stereotypową reakcję w odpowiedzi na działający bodziec, ale jako pewien wzorzec, który może być modyfikowany przez wpływ środowiska zwłaszcza u dzieci trochę starszych. Należy również wspomnieć o odkryciach R. Magnusa (Czochańska, 1985).

Twierdził on, że u podstaw czynności ruchowych ludzi i zwierząt leżą reakcje odruchowe. Jedne z nich nazwał **odruchami postawy** czyli statycznymi, zapewniające prawidłową pozycję czyli ułożenie ciała, drugie – **odruchami prostowania**, służącymi uzyskaniu i utrzymaniu pozycji pionowej. Pierwsze utrzymują się przez 6 miesięcy po urodzeniu, drugie rozwijają się po tym okresie.

Na ich podstawie dziecko staje się istotą czworonożną. One też zapoczątkowują etap dwunożności człowieka. W tym okresie szczególnego znaczenia nabierają **odruchy równowagi**. Pojawiają się między 6-8 miesiącem życia, a w pełni ukazują się między 18 a 24 miesiącem. Kształtują poczucie równowagi i czucie ułożenia swojego ciała. W tej czynności bierze udział układ przedsionkowy i w tym okresie intensywnie się rozwija.

Integracja odruchów odbywa się na poziomie rdzenia kręgowego i rdzenia przedłużonego, a odruchy prostowania scalane są na poziomie mostu i śródmózgowia. W miarę dojrzewania, powstające na coraz to wyższych piętrach układu nerwowego reakcje stanowią modyfikację odruchów z niższych pięter, a reakcje równowagi swoiste dla człowieka integrowane są na poziomie kory mózgowej.

Odruchy postawy, prostowania i równowagi są niezmiennie i stereotypowe i występują jako składowe ruchów dziecka (Czochańska, 1985).

Obecnie badaniem odruchów małego dziecka zajmują się tylko lekarze neurologicy. Badają oni występowanie odpowiednich odruchów w określonym wieku, tzn. w pierwszych miesiącach życia u dzieci zdrowych. Sprawdzają, czy są obecne, silne, żywe, wzmożone, zniesione, symetryczne, tzn. czy wstępują z taką samą siłą po obu stronach ciała np. odruch chodu. Badanie to pozwala diagnozować rozwój układu nerwowego (Mazur, 1998, Prusiński, 2003).

Układ nerwowy w czasie życia płodowego rozwija się bardzo wcześnie i podlega ścisłemu biologicznemu programowi. W drugim miesiącu życia płodowego zaczyna powstawać pierwszy odruch-odruch wycofania, a po nim powstaje odruch Moro. Tworzą się one w ustalonej kolejności jeden po drugim. Te wczesne odruchy dają podstawę dla tworzącej się struktury mechanizmów odruchowych.

Nawiązując do odkryć Pawłowa, można powiedzieć, że rozwój odruchów jest sekwencyjny, a więc pojawiają się one zgodnie z prawem biologicznym, a więc jeden po drugim i w odpowiednim czasie są wygaszane, dając możliwość powstawania następnego odruchu.

Każdy odruch pełni niezmiernie ważną rolę w rozwoju, bo odpowiada i kształtuje odpowiedni obszar funkcjonowania człowieka. Jeżeli odruchy pojawiają się z opóźnieniem, powoduje to zakłócenie rozwoju psychomotorycznego. Może to dotyczyć jednego z odruchów w danej grupie lub całej grupy, np. niewygaszenie odruchów pierwotnych powoduje późniejsze pojawienie się odruchów posturalnych, co prowadzi do tego, że dziecko z opóźnieniem przyjmuje pozycję pionową (Goodard, 2004; Czochańska, 1985).

Działanie odruchowe ma na celu przygotować dziecko do dalszego rozwoju i stopniowo uruchamiać drogi nerwowe. Mechanizm odruchowy jest sekwencyjny i każdy odruch odgrywa w określonym czasie rolę wspomagającą, a potem wygaszającą, np. odruch Landaua. Ma on na celu wygaszenie odruchu tonicznego błędnikowego. Zatem zachowanie odpowiedniej sekwencji w pojawianiu się odruchów jest bardzo ważne, gdyż każdy odruch wpływa na rozwój danej funkcji.

Pojawienie się odruchów w odpowiednim czasie i z odpowiednią siłą zwiastuje prawidłowy rozwój funkcji motorycznych, percepcyjnych i emocjonalnych. Jeżeli natomiast jakiś odruch pojawia się z opóźnieniem i z mniejszą siłą to prowadzi to do powstania zakłóceń rozwojowych.

I tak **odruch wycofania** pojawia się już między 5 a 7 tygodniem życia płodowego. Kiedy następuje dotyk przez wewnętrzną ścianę macicy, odruch ten powoduje pełzakowaty ruch całego płodu. Pod koniec 12 tygodnia pojawia się reakcja zamykania oczu i zaciskania powiek. Ten wczesny odruch wycofania może być najwcześniejszym przejawem odruchu paraliżu ze strachu, opisanym i odkrytym w 1986 roku przez Kaada.

Przerażenie dziecka, które ze strachu nieruchomieje, na poziomie fizjologicznym wyraża się: przyśpieszeniem akcji serca, wstrzymaniem oddechu lub jego spłyceniem oraz zwiększonym napięciem mięśniowym (Goodard, 2004).

Następnie w 9 tygodniu po poczęciu pojawia się pierwszy **pierwotny odruch – odruch Moro**, który rozwija się przez całą ciążę i zanika w okresie od 2 do 4 miesiąca życia według S. Goodard (2004), zaś zgodnie z opinią J. Czochańskiej (1995) w 5-6 miesiącu życia. Pojawia się w odpowiedzi na nagły bodziec typu hałas, nagły ruch lub zmianę światła w polu widzenia oraz stymulację błędnika poprzez zmianę pozycji głowy, ból, zmianę temperatury lub gwałtowne ruchy osoby w pobliżu. Reakcja noworodka polega na nagłym odwiedzeniu rąk do tyłu i odchyleniu głowy, zgięciu nóg oraz wydaniu przez dziecko głośnego krzyku, a następnie stopniowo ręce wracają do pozycji zamkniętej. Odwiedzenie ułatwia nagły wdech, a przywiedzenie – wydech.

Cały organizm jest gwałtownie pobudzony. Odruch Moro to mimowolna reakcja na zagrożenie. Działa jak najwcześniejsza postać reakcji walki i ucieczki pojawiającej się w późniejszych okresach życia. Zadaniem odruchu jest zaalarmować, obudzić i przywołać pomoc.

Niewygaszenie w pełni odruchu, w późniejszych latach życia może powodować nadpobudliwość i nadwrażliwość na bodźce, np. na światło. W rezultacie dziecko jest stale pobudzone. A więc z jednej strony wrażliwe i spostrzegawcze, ale jednak niedojrzałe, nadpobudliwe oraz lękowe. Podwyższona lękowość może powodować skłonność do nerwic.

Przyjmuje się, że inne odruchy szczątkowe wpływają na powstanie zakłóceń konkretnych umiejętności, a odruch Moro wywiera ogólny wpływ na rozwój emocjonalny dziecka oraz kształtowanie się osobowości. U dzieci z odruchem Moro nadmiernie wytwarzana jest adrenalina i kortyzol, a więc hormony stresu.

Zbyt duże zużycie przez organizm kortyzolu i adrenaliny powoduje wyczerpanie ich zapasów i obniżenie odporności na choroby i alergię. Dziecko może być często przeziębione, zbyt silnie reagować na lekarstwa, nie może spożywać pewnych pokarmów, szybciej spala cukier we krwi, co w efekcie powoduje wahania nastroju. Te informacje o skutkach niewygaszenia w porę odruchu Moro są niezwykle ważne, gdyż można wykorzystać je w pracy z dziećmi z alergią i z zaburzeniami emocjonalnymi.

Drugi odruch pierwotny to **odruch dłoniowo-chwytny czyli Palmara**. Pojawia się w 11 tygodniu życia płodowego, a wygasa w 2-3 miesiącu życia. Jego cechą jest ruch chwytny dłoni. Lekki dotyk lub nacisk na dłoń noworodka powoduje zaciśnięcie się palców. W 4-6 miesiącu życia reakcja ta zaczyna przekształcać się w reakcję chwytu przez kciuk i palec wskazujący. J. Czochańska (1995, s. 65) pisze „... odruchy chwytne uważa się za rodową pozostałość okresu, gdy dziecko trzymało się podczas ssania ciała matki, tak jak to robią młode małpy.

Wyrazem związku z aktem jedzenia jest nasilenie się ich podczas głodu, a słabnięcie, gdy dziecko jest syte. Zalicza się je do odruchów tonicznych tj. takich, w których pod wpływem drażnienia skóry w określonej okolicy dochodzi do reakcji ruchowych o charakterze tonicznym”. M. Podemski i R. Wendera (2001) wyjaśniają, że cechą charakterystyczną odruchów tonicznych jest utrzymywanie się ich dopóty, dopóki działa bodziec. S. Goodard (2004) również pisze, że istnieje połączenie między odruchem Palmara, a karmieniem w pierwszych miesiącach życia. Odruch chwytny może być wywołany przez odruch ssania i odwrotnie. Znaczący to, że kiedy noworodek ssi, czyli pracują mięśnie ust i języka, dziecko wykonuje gniotące ruchy dłoni. Jest to tzw. reakcja Babkina. Zarówno ręce jak i usta są dla noworodka narzędziem badania świata i ekspresji.

Jeżeli ten odruch nie zostanie wygaszony w odpowiednim czasie lub przetrwa w szczątkowej postaci, to dziecko będzie miało trudności z koordynacją motoryki małej, artykulacją i wydawaniem dźwięków. Skutki niewygaszenia odruchu dłoniowo-chwytnego można zauważyć u dzieci, kiedy zaczynają pisać i rysować.

Pomagają wtedy sobie poprzez wykrzywianie ust, wystawianie języka, oblizywanie. Tę pętlę nerwową łączącą dłonie z ruchami ust i językiem można często obserwować. Jest to ważna informacja dla logopedów, psychologów i pedagogów. Przetrwały odruch dłoniowo-chwytny daje skutki w postaci nadmiernego napięcia mięśni dłoni, hamuje rozwój samodzielnych ruchów kciuka i palców.

Jeżeli nadal występuje, to nie wygasa połączenie między ruchami ręką i ust, co wpływa negatywnie na rozwój koordynacji mięśni artykulacyjnych i mięśni manualnych. Wtedy też podczas pisania dziecko rusza ustami i językiem. Dłoń może być również nadwrażliwa na dotyk.

Następny pierwotny odruch to **asymetryczny toniczny odruch szyi** tzw. **ATOS** (Goodard, 2004).. Pojawia się w 18 tygodniu życia płodowego, a wygasa w 6 miesiącu życia dziecka. Polega on na tym, że kiedy dziecko odwraca głowę na bok, to równocześnie powoduje to wyprostowanie ręki i nogi po tej stronie, w którą zwróciła się głowa i zgięcie kończyn po przeciwnej stronie. W czasie życia płodowego odruch ten rozwija ruchy kopania i poruszania się dziecka w łonie matki, rozwija tonus mięśniowy i stymuluje układ przedsionkowy.

Odruch ten powinien być w pełni rozwinięty w okresie porodu, ponieważ bierze w nim czynny udział, a mianowicie dziecko poprzez poruszanie się i odwracanie współdziała ze skurczami macicy. S. Goddard twierdzi, że nie tylko odgrywa ważną rolę przy porodzie, ale jest jeszcze przez poród wzmacniany. W okresie niemowlęctwa odruch ten zwiększa napięcie mięśni prostujących, ćwicząc po kolei każdą połowę ciała oraz ruchy na bok, tworząc podstawy ruchu sięgania.

Przypisuje mu się też ważną rolę w rozwoju koordynacji ruchowo-wzrokowej, co umożliwi w przyszłości dziecku dotykanie przedmiotów pod kontrolą wzroku (Czochońska, 1995). Kiedy ATOS spełni swoje zadanie powinien być wygaszony. Jeżeli przetrwa dłużej niż 6 miesięcy lub pozostanie w formie szczątkowej, to może utrudniać wykonywanie naprzemiennych ruchów kończyn.

Opóźnia więc proces pełzania, potem raczkowania, a to z kolei opóźnia proces mielinizacji centralnego układu nerwowego. Odwrot głowy prowokuje wyprostowanie kończyn na tę stronę co skręt głowy, powodując zachwianie poczucia równowagi i powrót do ruchów

jednostronnych. U dziecka zaczynają więc występować trudności z przekraczaniem linii środka, powodując zaburzenie koordynacji ruchowej całego ciała.

Nie może też wykształcić się z odpowiednią siłą lateralizacja. Te procesy mają negatywny wpływ na prawidłowy rozwój zręczności, umiejętności manipulowania przedmiotami, płynnego czytania, pisania. Trudności z przekraczaniem linii środka powodują osłabienie ruchu wodzenia oczami. Podczas pisania kiedy dziecko odwróci głowę – ręka i noga będzie dążyć do wyprostowania, a dłoń do rozwarcia. Dziecko będzie więc musiało koncentrować się, aby nie wypuścić pióra.

Czasami będzie kompensowało to niedojrzałym sposobem trzymania narzędzi pisania lub nadmiernym naciskiem na narzędzie pisania. Powoduje to brak skupienia na przetwarzaniu informacji, myśleniu. Powstają więc trudności z grafką i przelewem myśli na papier. U dzieci inteligentnych da się zauważyć dużą dysproporcję pomiędzy wypowiedziami ustnymi a pisemnymi. Prawdopodobnie ten odruch będzie też występował u dzieci z dysleksją i dysgrafią (Goodard, 2004).

Następnym odruchem, jaki się rozwija w łonie matki od 24-28 tygodnia, jest **odruch szukania**. „...Polega on na zwrocie twarzy dziecka na bok w kierunku działania bodźca dotykowego.

Podobnie jak odruch ssania jest silniejszy podczas głodu, aniżeli w stanach sytości” (Czochańska, 1995 s.67). Odruch szukania jest połączony z odruchem ssania i to umożliwia dziecku obracanie się w kierunku piersi i przyssania się do piersi lub butelki. Przetrwale odruchy oralne powodują, że dziecko jest nadwrażliwe na dotyk w okolicach ust, ma trudności z żuciem pokarmów, ślini się, posiada małą kontrolę nad mięśniami artykulacyjnymi.

Zaburzone również mogą zostać ruchy manualne, gdyż niedojrzały odruch szukania i ssania wpływa na powstanie mimowolnych ruchów palców. Przetrwale odruch szukania choćby w śladowej postaci powoduje, że dziecko w wieku starszym ma małą kontrolę nad mięśniami manualnymi i artykulacyjnymi (Goodard, 2004).

Do odruchów pierwotnych zaliczamy także **odruch skrócenia tułowia (odruch Galanta)** pojawiający się w dwudziestym tygodniu życia płodowego, a wygaszany pomiędzy 3 i 9 miesiącem życia dziecka. Polega on na tym, że jeżeli drażni się lub dotyka boczną część tułowia dziecka, to następuje wygięcie skierowane wklęsłością w stronę działającego bodźca. Odruch powinien być tak samo nasilony po obu stronach.

Ma on znaczenie wspomagające podczas porodu. Skurcze macicy naciskają na mięśnie w okolicy lędźwiowej dziecka, powodując ruchy obracania się bioder w jedną stronę, a potem w drugą. Współpracując ze skurczami ścianki macicy, dziecko pomaga wydostać się na świat. Odruch ten podczas porodu jest wzmacniany i może funkcjonować po urodzeniu w pełnym zakresie. Jeżeli poród odbywał się poprzez cięcie cesarskie, odruchy te mogą być osłabione.

Przetrwale odruch Galanta doprowadza do zakłóceń w kontrolowaniu oddawania moczu, co pociąga za sobą moczenie się. Założenie paska od spodni czy sukienki lub dopasowany ubiór oraz oparcie się o krzesło może spowodować u dziecka podrażnienie tych okolic ciała, w rezultacie czego może nie tolerować noszenia ciasnych ubrań. W konsekwencji dziecko jest nadmiernie ruchliwe, ma słabą koncentrację uwagi i pamięć krótkotrwałą. Jeżeli odruch

Galanta występuje tylko po jednej stronie, to może rozwijać się skolioza i chód utykający (dziecko kuleje na tę stronę).

Do odruchów tonicznych prócz wyżej wymienionego asymetrycznego tonicznego odruchu szyjnego zaliczamy także **odruch toniczny błędnikowy (TOB)**. Jest to odruch statyczny tzn. wyzwalany przez odpowiednie ułożenie dziecka, a więc przyjęcie odpowiedniej pozycji. Dzielimy go na **odruch toniczny błędnikowy przedni (w zgięciu) i toniczny błędnikowy tylny (w wyproście)**.

Pierwszy pojawia się stopniowo w życiu płodowym poprzez przyjęcie pozycji zgięciowej, a jego wygaszenie następuje ok. 4 miesiąca życia. Zaś drugi pojawia się, kiedy dziecko wkracza do kanału rodowego i jest w pełni obecny po porodzie, a jego wygaszenie następuje stopniowo pomiędzy 7 tygodniem a 3 rokiem życia. Automatyzm pierwszego odruchu polega na tym, że kiedy dziecko zgina głowę do przodu, to pociąga to również zgięcie ramion i nóg. Automatyzm drugiego odruchu powoduje to, że kiedy dziecko odchyła głowę do tyłu poniżej linii kręgosłupa to następuje wyprost ramion i nóg.

Działanie tego odruchu jest złożone. Na pewno wpływa na odpowiednie rozłożenie napięcia mięśniowego w ciele. Jak pisze S. Goodard (2004 s. 39) „...umożliwia noworodkowi wyprostować się ze zgiętej pozycji płodowej. W procesie tym ćwiczy równowagę, napięcie mięśniowe i propriocepcję.

Jeżeli odruch toniczny błędnikowy nie zostanie wygaszony w odpowiednim momencie, będzie »przeszkadzać« układowi przedsionkowemu w jego działaniu i interakcji z innymi układami sensorycznymi”. J. Ayres zaś wskazuje na zaburzenia w czuciu stabilności grawitacyjnej, powodując tym samym również brak umiejętności oceniania przestrzeni (góradół, strona prawa-lewa, przód-tył), głębokości, dystansu i prędkości.

Przedłużające działanie tego odruchu opóźnia rozwój ustabilizowania pionowej pozycji głowy. Słaba kontrola mięśni głowy prowadzi do zakłóceń pracy oczu i propriocepcji. Będzie też utrudniała pełzanie i raczkowanie. „...Pełzanie i raczkowanie pełni zarówno rolę pobudzania jak i hamowania oraz ułatwia integrację informacji sensorycznych, ponieważ układ przedsionkowy, wzrokowy i propriocepcji zaczynają po raz pierwszy działać razem. W tym okresie rozwoju zdobywa wyczucie równowagi, przestrzeni i głębokości.

Można powiedzieć, że pełzanie i raczkowanie umożliwiają synchronizację widzenia, słyszenia, czucia i ruchu, tak aby dziecko miało pełniejszy obraz otoczenia” (Goodard, 2004, s. 41). Przetrwający odruch toniczny błędnikowy przedni będzie utrudniał kształtowanie się prawidłowej postawy ciała. Wystąpi tendencja do garbienia się i pochylenia głowy do przodu, pociągając za sobą konieczność uginania kolan.

W rezultacie ruchy podczas biegania, chodzenia będą mniej harmonijne i sztywne. Słaba równowaga całego ciała powoduje lęk wysokości. Zakłócona zostanie też zdolność tworzenia sekwencji i upośledzenie poczucia czasu.

Odruch toniczny błędnikowy tylny prócz wcześniej wymienionych objawów może wywołać tendencję do chodzenia na palcach, sztywnych, szarpanych ruchów z powodu dominacji mięśni prostowników oraz słabe zdolności organizacyjne.

Następny toniczny odruch to **symetryczny toniczny odruch szyi (STOS)**. Fizjologicznie pojawia się między 3 a 6 miesiącem życia dziecka, a zanika w 9 do 11 miesiąca życia. Wyróżnić można w nim dwie fazy: w zgięciu i w prostowaniu.

Gdy dziecko zgina głowę w kierunku klatki piersiowej, następuje również zgięcie kończyn górnych i wyprost kończyn dolnych; zginanie zaś głowy do tyłu powoduje wyprost kończyn górnych i zgięcie kończyn dolnych (Podemski, Wendera, 2001).

Odruch toniczny błędnikowy ułatwia przyjmowanie pozycji czworacznej i wpływa na kształtowanie się napięcia mięśni całego ciała, a symetryczny, toniczny odruch szyi dzieli ciało na połowę. Kiedy głowa jest wyprostowana, kończyny górne także się prostują, umożliwiając dziecku patrzenie na dalszą odległość, a kiedy głowa się zgina, to kończyny górne również, a dolne się prostują.

Dziecko skupia się wtedy na bliższych odległościach. Podobnie jak ATOS tak i STOS rozwijają i ćwiczą oczy, co wpływa na prawidłowy rozwój percepcji wzrokowej. ATOS rozwija patrzenie na odległość ok. 17 cm., a więc na odległość ramienia, a STOS poszerza pole widzenia na dalsze odległości przez podnoszenie głowy do góry. Mimo, że odruch ten trwa krótko, jest ważnym etapem w rozwoju, bowiem umożliwia przyjęcie pozycji czworacznej. Przetrwali poza okres fizjologicznego występowania zaburza rozwój ruchowy dziecka (Czochańska, 1995).

U starszych dzieci przetrwały odruch wpływa na powstanie nieprawidłowej postawy ciała. Dziecko garbi się podczas lekcji, a kiedy pisze, nadmiernie pochyla głowę i zgina kończyny górne. Takie dziecko pod koniec lekcji jest zmęczone, co objawia się tym, że musi łokciami opierać się na ławce i podtrzymywać swoją głowę.

Często porusza się niezgrabnie, ma kłopoty na lekcjach wychowania fizycznego oraz słabą koordynację ruchów ręki i oczu. Nie potrafi bawić się w gry z piłką, gdyż traci ją z oczu, gdy jest ona w ruchu. Może też powodować nadruchliwość ruchową i zaburzenie koncentracji ze względu na trudności w siedzeniu w jednej pozycji w ławce. Konieczność ciągłej zmiany pozycji ciała może spowodować, że dziecko będzie miało trudności w skupieniu się na lekcji.

Podsumowanie

Artykuł ten zarysowuje problematykę, która zdaniem autorki jest ważna i może stanowić nowy model terapii dzieci z trudnościami w uczeniu się. A. Prusiński (2003) pisze, że niektóre odruchy neurologiczne są także wzmożone w nerwicy, a S. Goodard (2004) zwraca uwagę na wzmożenie odruchu TOB podczas gdy dziecko się złości. Kiedy przeżywa silny stres, mogą pojawić się ponownie i zakłócić funkcjonowanie, mimo iż zostały w odpowiednim czasie wygaszone.

Znajomość stawiania diagnozy rozwoju odruchów neurologicznych i programów terapeutycznych z tego zakresu dostarczyłaby szybkiej informacji na temat rozwoju dziecka.

Przy występowaniu większej ilości przetrwałych odruchów istnieje konieczność zastosowania ukierunkowanego programu terapeutycznego, a w przypadku występowania tylko jednego lub dwóch przetrwałych odruchów, które nie są nasilone, można zastosować ćwiczenia ruchowe ogólnorozwojowe wspomagane muzyką i ćwiczeniami sensorycznymi.

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi psychologów, pedagogów, terapeutów na nowe doniesienia naukowe, które informują o możliwościach znacznie szerszego oddziaływania na dziecko z opóźnieniami rozwojowymi. Doniesienia te są również ważne dla rodziców, bowiem podkreślają znaczenie ćwiczenia podstawowych schematów ruchowych, jakimi są pełzanie i raczkowanie we wczesnym okresie życia dziecka oraz stosowanie zabaw ruchowych na każdym etapie rozwoju psychoruchowego dziecka.

Bibliografia

Bronisch F. W. (1971), Badanie Odruchów, PZWL, Warszawa.

Czochańska J. (1985), Neurologia dziecięca, PZWL, Warszawa.

Czochańska J. (1995), Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt i noworodków, Wyd. Folum, Lublin.

Goddard S. (2004), Odruchy, uczenie i zachowanie, Międzynarodowy Instytut Neurokinezyjologii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów, Warszawa

Mazur R. (1998), Odruchy i ich znaczenie kliniczne [w:] Podstawy kliniczne neurologii, red. R. Mazur, W. Kozubski, Prusiński A., Warszawa, PZWL.

Pawłow I. P. (1951), Wykłady o czynności mózgu, PWN, Warszawa.

Podemski R. Wendera M. (2001), Rozwój układu nerwowego i badania neurologiczne dziecka [w:] Neurologia, red. R. Podemski, M. Wendera, Wyd. Med. Urban J Partner, Wrocław.

Prusiński A. (2003), Neurologia praktyczna, PZWL, Warszawa.

R. Michajłowicz, S. Józwiak (red.) Neurologia dziecięca, Wyd. Med. Urban J Partner, Wrocław.

Sadowska L. (2001), Zasady rehabilitacji metodą odruchowej lokomocji [w:] Neurokinezyjologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego, red. L. Sadowska, Wyd. AWF, Wrocław.