

- Fizjoterapeuci oceniają umiejętności dziecka w zależności od wieku i etapu rozwoju: [...] zmianą pozycji w leżeniu, kontrolą głowy; przemieszczaniem się przez pełzanie, czworakowanie lub w inny specyficzny sposób; osiąganiem pozycji w siodzie i klęku; pionizowaniem się i chodzeniem; ze sprawnością rąk, koordynacją wzrokowo-ruchową; osiągnięciem równowagi w różnych pozycjach; orientacji w schemacie ciała i przestrzeni [...] (Kastory-Bronowska, Pakuła, 2002, s. 13).

Fizjoterapeuta uczy również, w jaki sposób rodzice mogą sami pracować i usprawniać dziecko, w jaki sposób powinno być karmione, jak powinna wyglądać postawa dziecka, jak ją sformułować. Pokazuje, jakie ćwiczenia wspomagające rozwój mogą wykonywać przy czynnościach związanych z pielęgnacją dziecka.

Logopeda zajmuje się oceną prawidłowości napięcia języka, warg, podniebienia, policzków. Neurologopeda zbada czy pojawiły się prawidłowe odruchy kostnotwarzowe, które wpływają na wiele funkcji biologicznych (odżywianie, ssanie, życie). Logopeda również diagnozuje funkcje związane z jedzeniem, oddechem, sposobem wytwarzania i emitowania dźwięku. Pokazuje, jak pracować z napięciami, w jaki sposób karmić i poić dziecko, aby wyeliminować jego trudności.

Psycholog bada poziom rozwoju dziecka zarówno pod względem intelektualnym, emocjonalnym, jak i społecznym. Zajmuje się również badaniami i wskazywaniem mocnych stron w rozwoju dziecka, bada jego rozumienie, reakcje emocjonalne, werbalizowanie emocji, komunikację, spostrzeganie, rozwój ruchowy, koordynację ruchową. Wskazuje na zabawy, które pozwolą dziecku odnosić sukcesy, będą je usprawniały, ale również dawały dziecku poczucie „sprawstwa”. Psycholog stanowi również wsparcie dla rodziny dziecka. Wskazuje na realne potrzeby i możliwości dziecka. Pomaga w rozwiązywaniu trudności i wzmacnia kompetencje wychowawcze rodziców.

Pedagog specjalny prowadzi zajęcia stymulujące rozwój dziecka we współpracy z psychologiem, lekarzem, logopedą, fizjoterapeutą. Rozwija i stymuluje komunikację werbalną, emocjonalną, myślenie, koordynację wzrokowo-ruchową, słuch, rozumienie, sprawność manualną. Uczy czynności samoobsługowych oraz funkcjonowania w grupie.

Bardzo ważne jest, aby dzieckiem i jego rodziną przez cały czas opiekował się ten sam sztab specjalistów.

Ośrodki wczesnej interwencji opiekują się dziećmi od urodzenia do 7. roku życia. Zaburzenia w rozwoju mają etiologię wieloczynnikową. Mogą być spowodowane m.in.: uwarunkowaniami genetycznymi, embriopatiami, czyli uszkodzenia powstającymi w okresie życia wewnątrzmacicznego, przebiegiem porodu, chorobami mającymi wpływ na centralny układ nerwowy.

Każde dziecko rozwija się swoim własnym rytmem, dlatego bardzo istotne jest dostosowanie indywidualnych form pomocy dla każdego dziecka, specyfiki jego funkcjonowania i jego rodziny.

Terapia

Psychologiczna nastawiona na wspomaganie funkcjonowania dziecka, jak również jego rodziny.

Metody terapeutyczne stosowane we wczesnej interwencji:

- metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne;
- kontakt i komunikacja Ch. Knilla oraz programy aktywności M. Ch. Knilla;
- metoda odzwierciedlania zachowania dzieci i zabaw z wykorzystaniem materiałów nieustrukturyzowanych;
- metoda NDT Bobach i Voity (rehabilitacja ruchowa dziecka);
- integrację sensoryczną (rehabilitacja ruchowa dziecka);
- metoda dobrego startu;
- metody, które wspomagają porozumiewanie się: piktogramy, fonogesty, język Bliss;
- zajęcia grupowe stymulujące rozwój społeczny i emocjonalny, poznawczy oraz ruchowy dziecka;
- muzykoterapia;
- Metoda Dobrego Startu M. Bogdanowicz.

Bibliografia

- Cytowska, B. (2006). *Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. W: B. Cytowska, B. Winczura, *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Cytowska, B. (2006). *Wczesne wspomaganie dziecka zagrożonego w prawidłowym rozwoju - z doświadczeń Zespołu Terapeutyczno-Konsultacyjnego dla Dzieci z Problemami w Rozwoju*. W: A. Czapięga (red.), *Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kastory-Bronowska, M., Pakuła, Z. (2002). *Wczesna interwencja*. Warszawa: Wydawnictwo PSOUU.
- Stefańska-Klar, R. (1997). *Wczesna interwencja terapeutyczna - nadzieja i szansa na lepsze jutro dziecka*. *Światło i Cienie*, 3/97.

Wybrane zagadnienia rozwoju dzieci z chorobami OUN

Wady rozwojowe układu nerwowego należą do najcięższych zaburzeń neurologicznych, które są przyczyną ok. 40% wszystkich zgonów w 1. r.ż. oraz powodują niepełnosprawność intelektualną i padaczkę u dzieci (Czocharńska, 2003). Wśród przyczyn wad rozwojowych wskazuje się czynniki genetyczne (choroby monogeniczne oraz chromosomopatje) oraz czynniki teratogenne (np. alkohol, leki przeciwpadaczkowe). Do najczęstszych wad rozwojowych układu nerwowego na-

pr. I

leżą przepukliny oponowo-nerwowe mózgu i rdzenia. Ich częstość występowania w Polsce ocenia się na 1,15–2,00 na 1000 urodzeń (tamże). W większości dzieci z przepuklinami mózgowymi charakteryzują się niepełnosprawnością intelektualną i poważnymi zaburzeniami neurologicznymi (np. niedowład spastyczny czerokkończynowy, zaburzenia mózdkowe). Natomiast ok. 70% dzieci z przepuklinami rdzeniowymi rozwija się prawidłowo pod względem intelektualnym, ale przejawiają one zaburzenia funkcji motorycznych. Niezbędne jest leczenie usprawniające polegające na kinezyterapii, stosowaniu specjalistycznego sprzętu ortopedycznego oraz bardzo istotna jest pomoc w adaptacji do poruszania się na wózku inwalidzkim.

Padaczka

Należy do najczęściej występujących przewlekłych chorób układu nerwowego w wieku dziecięcym. W ok. 50% przypadków rozpoczyna się przed ukończeniem 10. r.ż. (tamże). Napady padaczkowe występują w każdym wieku, ale najczęściej występują u młodszych dzieci. Przed 4. r.ż. pierwszy napad ma miejsce u ok. 30% dzieci, przed 11. r.ż. u ok. 50% i przed ukończeniem 14. r.ż. u 70% (Michałowicz, Jóźwiak, 2001). Częstość występowania padaczki w ogólnej populacji ocenia się na 0,7–0,8% (Wolańczyk, 2007). Natomiast szacuje się, że w Polsce choruje na nią 400 tys. osób (Krause, Kozik, 2008). U ok. 4–5% osób w populacji ogólnej wystąpił co najmniej raz w życiu napad uogólnionych drgawek (Michałowicz, Jóźwiak, 2001). Choroba ma charakter przewlekły o różnej etiologii. Najczęstszą przyczyną padaczki u dzieci są zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym, które powstały w czasie ciąży i (lub) w okresie okołoporodowym oraz procesy chorobowe we wczesnym dzieciństwie (np. procesy zapalne mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, urazy). Charakteryzuje się nawracającymi napadami (ruchowymi, czuciowymi, psychosensorycznymi), które są skutkiem nadmiernego, napadowego wyładowania czynności bioelektrycznej neuronów. Ze względu na etiologię wyróżnia się: padaczkę objawową (znana jest przyczyna zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego); padaczkę idiopatyczną (przyczyna genetyczna); padaczkę kryptogenną (przyczyna nieznana) (Czochańska, 2003; Krause, Kozik, 2008). Padaczka jest zespołem objawów somatycznych, wegetatywnych, psychicznych, w którym podstawowym zaburzeniem są napady. Napady padaczkowe u dzieci mogą mieć czasami rodzinny charakter i są w zależności w dużym stopniu od dojrzałości układu nerwowego dziecka, lokalizacji wyładowania padaczkowego i jego nasilenia. Klasyfikacje napadów u dzieci są różnorodne, ale żaden schemat klasyfikacyjny nie uwzględniła w całości przekonywujących kryteriów napadów i zespołów padaczkowych w różnych okresach ich rozwoju. Wyróżnia się napady częściowe (zlokalizowany początek z ogniskiem padaczkowym) oraz napady uogólnione (symetryczne, obustronne, równoczesnie w obu półkulach bez zlokalizowanego początku). Jednakże wśród nich istnieją wiele podtypów napadów padaczkowych o bardzo różnicowanych objawach.

Większość napadów przebiega z zaburzeniami świadomości. W niektórych napadach występują drgawki mięśni kończyn lub twarzy, sinica, bezdech, ślimotok, niekiedy oddanie moczu, ale mogą wystąpić napady bezdrgawkowe. Napady występują nagle, są zazwyczaj nieprzewidywalne i dlatego obserwacja wszystkich faz ich przebiegu jest trudna, zarówno dla rodziców, jak i dla profesjonalistów. Mimo trudności diagnostycznych istotne jest ustalenie przez lekarza typu napadów. W praktyce lekarskiej służy temu wywiad z chorym dzieckiem i jego rodzicami oraz ocena stanu dziecka poprzez badania fizykalne, badania diagnostyczne (EEG i obrazowe mózgu) i biochemiczne. Określenie typu napadów i rodzaju padaczki ma istotne znaczenie ze względu na rokowania, określenie wskazań do leczenia i dobór odpowiedniego leku. Z badań wynika, że ok. 15% ogólnej populacji dzieci ma nieprawidłowe zapisy EEG, ale tylko u ok. 1% zmiany te mają charakter napadowy. Jednak należy pamiętać, że u ok. 10% dzieci chorych na padaczkę zapis EEG między napadami w początkach choroby może być prawidłowy (Czochańska, 2003).

Współcześnie stwierdza się, że zaburzenia psychiczne w padaczce występują częściej niż w populacji ogólnej, ale nie ma specyficznego rodzaju zaburzeń typowego dla tej choroby. Przyjęty podział zaburzeń psychicznych u osób chorych na padaczkę wyróżnia 1) zaburzenia psychiczne związane z napadami (objawy prodromalne, napady częściowe proste i złożone, stan padaczkowe, psychozy ponapadowe); 2) zaburzenia psychiczne, częściowo związane z napadami (psychozy alternatywne) oraz 3) zaburzenia psychiczne międzynapadowe (otępienie, psychozy, zaburzenia afektywne, zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, zaburzenia osobowości, zaburzenia poznawcze, zaburzenia snu, zaburzenia funkcji seksualnych) (za: Wolańczyk, 2007). Podczas napadu padaczkowego może dojść do krótkotrwałych zaburzeń myślenia, spóstrzegania i zaburzeń afektu. Do najczęstszych zaburzeń międzynapadowych należą: zespół nadpobudliwości psychoruchowej, całościowe zaburzenia rozwoju (spektrum autyzmu), zaburzenia zachowania, zachowania agresywne, specyficzne trudności szkolne. U ok. 16% dzieci z padaczką występują zaburzenia lękowe, często lęk przed snem i zasypianiem.

W przypadku padaczki stosuje się odpowiednie leczenie farmakologiczne oraz bardzo ważną jest pomoc psychopedagogiczna. Niezbędna jest psychoedukacja rodziców, dziecka chorego na padaczkę oraz rodzeństwa, dziadków, nauczycieli i wszystkich osób zajmujących się dzieckiem. Powinni oni uzyskać rzetelną wiedzę na temat padaczki od lekarza i psychologa. W indywidualnych przypadkach mogą być wskazane dodatkowe oddziaływania, np. Trening Zastępowania Agresji, zajęcia grupowe dla dzieci z problemami w zakresie kontaktów społecznych i (lub) niską samooceną, warsztaty dla rodziców (lub nauczycieli) mające pomóc dorosłym w tym, jak najlepiej radzić sobie z trudnymi zachowaniami dzieci.

W przypadku współwystępujących problemów przydatne mogą być różne formy psychoterapii: indywidualna, grupowa, rodzinna. Udział w grupach wsparcia dla rodziców z podobnym problemem zmniejsza poczucie izolacji i bezradności.

Do chorób układu nerwowego należy również **mózgowe porażenie dziecięce** (ang. *cerebral palsy*). Ze względu na olbrzymie zróżnicowanie zarówno kliniczne, jak

i etiologiczne, istnieje wiele definicji określających mózgowe porażenie dziecięce (mpdz). Współcześnie przyjmuje się, że jest to zespół niepostępujących, trwałych, ale zmieniających się z wiekiem zaburzeń ruchu i postawy, wywołanych uszkodzeniem mózgu lub nieprawidłowościami w jego rozwoju nabytymi we wczesnym okresie życia (prenatalnym, perinatalnym, postnatalnym) (Borkowska, 2001; Michałowicz, 2001). Wśród 40–50 tys. dzieci z dysfunkcją narządu ruchu w Polsce, dzieci z mpdz stanowią najliczniejszą grupę, ok. 20–25 tys. osób (za: Borkowska, 2001). Głównym objawem w mpdz są nieprawidłowe napięcia mięśniowe, niedowłady lub porażenia, ruchy mimowolne, zaburzenia równowagi i zborności ruchów, zaburzenia czucia (Czochońska, Kosowski, 1997). Ze względu na lokalizację zmian patologicznych w mózgu i związanych z nią objawów, mpdz ma różne postacie. Są to: 1) postacie piramidowe (spastyczne) – zwiększone napięcie mięśniowe utrudniające kierowanie dowolną czynnością ruchową (zalicza się do nich m.in. tetraplegię, hemiplegię, diplegię, paraplegię); 2) postać pozapiramidowa (atetoza) – uniemożliwia prawidłowe napięcie mięśniowe i charakteryzuje się występowaniem ruchów niezależnych od woli, które objawiają się silnymi ruchami mimowolnymi, grymasami twarzy, trudnościami w stabilizowaniu głowy; 3) postać mózdkowa (ataksja) – problemy w utrzymaniu równowagi oraz niezborność ruchową; 4) postacie mieszanne (Michałowicz, 2001).

W Polsce przyjmuje się podział opracowany przez Ingrama (za: Michałowicz, 2001):

- 1) obustronny niedowład kurczowy (diplegia);
- 2) obustronny niedowład połowiczny (hemiplegia bilateralis);
- 3) niedowład połowiczny (hemiplegia);
- 4) postać pozapiramidowa (atetotyczna, dyskinetyczna);
- 5) postać mózdkowa (ataktyczna);
- 6) postacie mieszane.

Każda z tych postaci może przejawiać się z różnym stopniem nasilenia objawów: lekkin, umiarkowanym i znacznym.

Obustronny niedowład kurczowy, najczęściej spotykana postać mpdz, powstaje w wyniku uszkodzenia układu piramidowego i charakteryzuje się większym nasileniem zmian w kończynach dolnych niż górnych, które często są prawie zupełnie sprawne. Najczęstszą przyczyną jest krwawienie, niedotlenienie i niedokrwienie mózgu w okresie okołoporodowym (ok. 50% dzieci to wcześniaki oraz z niską wagą urodzeniową). Jest to postać, którą bardzo trudno rozpoznać w pierwszych miesiącach życia dziecka. Często występują wady wzroku i zez. Poziom funkcjonowania intelektualnego jest u znacznej większości dzieci prawidłowy (Borkowska, 2001; Czochońska, 2003).

Obustronny niedowład połowiczny powstaje w wyniku rozległego uszkodzenia układu piramidowego i jest jedną z najcięższych postaci mpdz, uszkodzenie dotyczy obu półkul mózgu. Często występują zaburzenia mowy (np. dysartria, anartria), wzroku (np. oczopląs), padaczka oraz niepełnosprawność intelektualna. Najczęstszą przyczyną jest przewlekłe niedotlenienie i inne czynniki szkodliwie działające na

płód w okresie ciąży. Nieprawidłowości ujawniają się wkrótce po urodzeniu dziecka, jego rozwój znacznie odbiega od normy. Rozwój umiejętności ruchowych jest znacznie utrudniony, przebiega bardzo wolno i często dzieci nie osiągną umiejętności samodzielnego poruszania się (poruszają się na wózkach inwalidzkich) i wymagają wsparcia i stałej opieki ze strony innych osób (Borkowska, 2001; Michałowicz, 2001).

Niedowład połowiczny powstaje w wyniku uszkodzenia układu piramidowego jednej półkuli mózgu, zaburzenia mięśni ciała występują po przeciwnej stronie do tej, która półkula została uszkodzona (jeśli uszkodzenie jest zlokalizowane po przeciwnej stronie, niedowład obejmuje lewą połowę ciała i odwrotnie). Najczęstszą przyczyną są niedotlenienia, krwawienia do mózgu lub zapalenia opon mózgowych. Zaburzenie jest widoczne bardziej w kończynie górnej niż w dolnej. Najwcześniejszym objawem jest asymetria w ruchach i układaniu kończyn. W miarę wzrostu dziecka asymetrie ruchowe i w budowie ciała nasilają się, czucie ciała po stronie porażonej jest słabsze i utrudnia rozwój ruchowy. Często występuje padaczka (u ok. 25% dzieci). W większości przypadków poziom rozwoju intelektualnego i mowy jest prawidłowy (Borkowska, 2001).

Postać pozapiramidowa, spowodowana uszkodzeniem zwojów podstawy układu pozapiramidowego, charakteryzuje się występowaniem różnego rodzaju niekontrolowanych ruchów mimowolnych, które istotnie utrudniają rozwój funkcji lokomotoryjnych, manipulacyjnych oraz mowy (spowodowane dyskinetą mięśni artykulacyjnych). Przyczyną tej postaci mpdz jest wysoki poziom bilrubiny (hiperbilrubinemia) we krwi noworodka, wywołany konfliktem serologicznym. Podwyższony poziom bilrubiny może uszkodzić nerw słuchowy, powodując niedosłuch. Poziom rozwój umysłowego tych dzieci jest w większości prawidłowy (Borkowska, 2001; Michałowicz, 2001).

Postać mózdkowa, najrzadziej występuje i spowodowana jest zaburzeniami rozwojowymi i uszkodzeniami mózdku w okresie płodowym oraz wodogłowiem, nawet wcześniej leczonym chirurgicznie. U dzieci z tą postacią obserwuje się zaburzenia koordynacji ruchów, zaburzenia równowagi, drżenia zamiarowe, niemożność dostosowania siły i zakresu ruchów do potrzeb oraz wykonywanie szybkich naprzemiennych ruchów. Charakterystyczny jest oczopląs i mowa skandowana. Poziom rozwój intelektualnego tych dzieci jest zazwyczaj prawidłowy.

Postacie mieszane, najliczniejsza grupa w zespole mpdz, uszkodzenie mózgu często dotyczy wielu jego struktur, które ze sobą współdziałają. Niektórzy specjaliści nie wyróżniają tych postaci, gdyż uważają, że pewne nieprawidłowości zawsze dominiują i zdiagnozowanie jednej postaci dokonuje się na podstawie dominującego w danym przypadku objawu klinicznego (Borkowska, 2001; Michałowicz, 2001).

Z badań długofalowych nad poziomem rozwoju intelektualnego u dzieci z mpdz wynika, że w wieku szkolnym ich ilorazy inteligencji charakteryzują się dużą stałością, zaś w wieku pominiemowlecym i przedszkolnym wskazują na dużą zmienność (Chojnacka-Szawłowska, 1986; Mazanek 1993, za: Mazanek, 1998). Dyskutowane są kwestie wczesnej diagnozy poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz warto-

ści diagnostycznej testów wykorzystywanych w badaniach. Ze względu na uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego u wielu z nich występuje niepełnosprawność intelektualna, którą często trudno odróżnić od opóźnienia rozwoju. Niektórzy specjaliści uważają, że ze względu na potrzebę wczesnego opracowania programu usprawniania psychoruchowego niezbędne jest wczesne określenie poziomu rozwoju dziecka. Inni zaś podkreślają trudności w diagnozie związane z doborem właściwych metod badawczych, wynikające ze zróżnicowania postaci mpdz oraz współwystępowania zaburzeń, które są efektem pierwotnych i wtórnych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Zalecana jest ostrożność w postępowaniu się tylko formalnym I.I., choć jeśli dziecko z mpdz jest na tyle sprawne, że można użyć standardowe testy inteligencji, badanie nie wymaga modyfikacji. Jednakże często wskazana jest wnikliwa obserwacja spontanicznego zachowania dziecka i stosowanie zadań nieformalnych. Jak podkreśla Kostrzewski (1993), diagnoza niepełnosprawności intelektualnej nie powinna być diagnozą psychometryczną formułowaną tylko na podstawie I.I., ale diagnozą kliniczną, która korzysta także z innych źródeł informacji, jak np. obserwacja i wywiad. Ważne jest zbadanie poziomu zachowania adaptacyjnego, poznanie tempa uczenia się, rozwoju emocjonalno-motywacyjnego, zdolności komunikowania oraz rozumienia języka (mowa bierna). W zależności od możliwości psychoruchowych dziecka, sprawności analizatorów, ocena poziomu rozwoju poszczególnych funkcji może opierać się na próbach wykonawczych lub werbalnych. Zaleca się co najmniej dwukrotne badanie psychologiczne. Należy wiązać pod uwagę czas rozpoczęcia i trwania procesu usprawniania, ewentualne hospitalizacje, środowisko społeczne i postawy rodziców. Akceptacja dziecka przez rodziców oraz zaangażowanie w terapię zwiększa jej efektywność (Mazanek, 2003).

Zaburzenia psychiczne u dzieci z mpdz występują częściej niż w ogólnej populacji i dotyczą 40–60% przypadków (za: Wolańczyk, 2007). Wśród współwystępujących dysfunkcji wymienia się: zaburzenia hiperkinetyczne, całościowe zaburzenia rozwoju, padaczkę (35%), niepełnosprawność intelektualną różnego stopnia (40–50%), zaburzenia mowy (70%), słuchu (10%), wzroku (60–70%), zaburzenia zachowania (za: Mazanek, 1998; Wolańczyk, 2007). Natomiast u nastolatków z mpdz najczęstszym problemem są zespoły depresyjne oraz zachowania agresywne z wybuchami gniewu (Wolańczyk, 2007). Do momentów kryzysowych w życiu dziecka z mpdz i jego rodziny (wg Baxa) należą: moment zauważenia objawów i postawienia diagnozy, moment rozpoczęcia nauki szkolnej, konieczność odroczenia obowiązku edukacyjnego, skierowanie do szkoły specjalnej, okres dojrzewania oraz próby uzyskania samodzielności przez młodego dorosłego (Wolańczyk, 2007). Wówczas mogą ujawnić się u dziecka zaburzenia psychiczne. U dzieci z mpdz występują również zaburzenia wtórne, które są wynikiem braku doświadczeń sensoryczno-motywacyjnych. Są to: zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia lateralizacji oraz orientacji przestrzennej i schematu ciała (Mazanek, 2003). Ze względu na uszkodzenie funkcji narządu ruchu, które z różnym stopniem nasilenia jest obecne przez całe życie, obserwuje się u dzieci z mpdz problemy z kształtowaniem obrazu siebie i związanej

z nią samooceny. Większość z nich przejawia niski poziom samoakceptacji (Dąbrowska, 2006). W negatywny sposób mogą tu zadziałać czynniki, które są bezpośrednim skutkiem mpdz, czynniki wypływające ze środowiska społecznego i związanych z nim postaw społecznych oraz czynniki, które są odzwierciedleniem postaw dzieci z mpdz wobec własnych ograniczeń fizycznych, psychicznych, społecznych (Siwek, 2002).

Dzieci z mpdz powinny być objęte wieloprofilowym wspomaganie rozwoju, w którym poza usprawnianiem funkcji ruchowych bierze się pod uwagę rozwój poznawczy i emocjonalny dziecka (Borkowska, 2001). Procesie usprawniania nie należy od tylko od stosowania metod, ich intensywności i systematyczności, ale głównie od stopnia uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Wspomaganie rozwoju powinno być wprowadzone zaraz po rozpoznaniu mpdz u dziecka, gdyż zapobiega powstaniu nieprawidłowych wzorców ruchowych i stymuluje jego rozwój. Metody rehabilitacji ruchowej, określane jako neurofizjologiczne, zmierzają do odbudowy prawidłowego, zgodnego z rozwojem ontogenetycznym wzorca ruchowego dziecka (np. ruchy pełzania, pozycji „na czworaka”). Do najczęściej stosowanych metod rehabilitacji ruchowej należą: metoda K. i B. Bobathów, metoda V. Voity, metoda Peto, metoda Domana oraz masaże, hydroterapia, ćwiczenia usprawniające czynności ręki, ćwiczenia mające na celu sprawne wykonywanie ruchów ssania, gryzienia i żucia (Czochońska, 1993). Ćwiczenia muszą być wykonywane codziennie, w sposób systematyczny, często wielokrotnie w ciągu dnia, przez wiele lat. Biorą w nich udział rodzice, którzy po odpowiednim przeszkoleniu stają się terapeutami swoich dzieci.

Wielostronne usprawnianie kinetyczno-terapeutyczne powinno łączyć się z usprawnianiem logopedycznym i psychopedagogicznym (poprawa zaburzonych funkcji, rozwijanie procesów poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych oraz samoobsługi dziecka (Ślenszak, 1993).

W kompleksowej opiece nad dzieckiem z mpdz psycholog, oprócz procesu diagnostycznego (oceny poziomu funkcjonowania i wyjaśnienia sposobu funkcjonowania dziecka i rodziny) oraz pracy terapeutycznej nad optymalizacją funkcjonowania, powinien współpracować z lekarzami różnych specjalności (pediatra, neurolog, ortopeda, chirurg, psychiatra) oraz z pedagogiem i logopedą. Postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym należy objąć wszystkich członków rodziny, a w niektórych przypadkach wskazane jest zastosowanie psychoterapii i pomocy psychologicznej rodzicom.

Leczenie farmakologiczne stosowane jest tylko w przypadku dzieci, u których oprócz mózgowego porażenia dziecięcego występują inne zaburzenia, np. padaczka.

Bibliografia

- Borkowska, M. (2001). *Uwarunkowania rozwoju ruchowego i jego zaburzenia w mózgowym porażeniu dziecięcym*. Warszawa: Wydawnictwo Zaułek.