

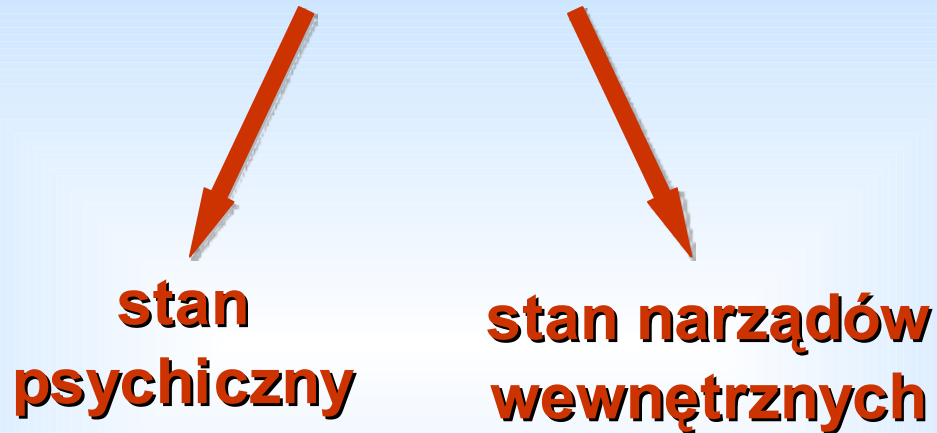


Zasady stosowania i znaczenie terapeutyczne metody Wojty

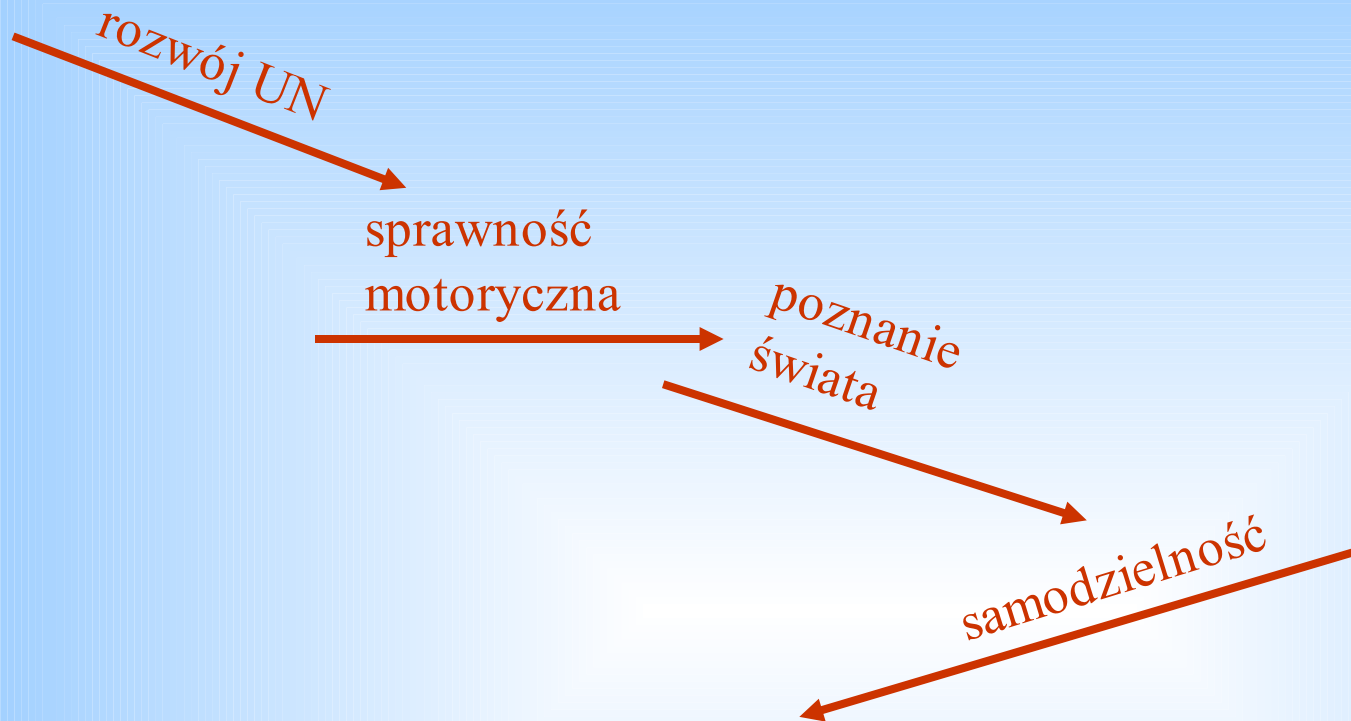
Aneta Ciesielska

*SKN Fizjoterapii
Akademia Medyczna
w Warszawie*

sprawność psychomotoryczna



Zasadniczy fundament jednak dla osiągnięcia doskonałości psychoruchowej stanowi skomplikowany **proces koordynacji nerwowo-mięśniowej**, a głównie **jakość napięcia mięśni i jego rozkład na ciele człowieka**.



**satysfakcjonujące
życie w społeczeństwie**



rozwój układu nerwowego



**sprawność ruchowa –
– zwłaszcza przeciwdziałanie
grawitacji**



**„ruch do przodu”, więc
eksploracja świata**



Te dwie sfery, ruchu i poznania warunkują **pełen rozwój człowieka.**

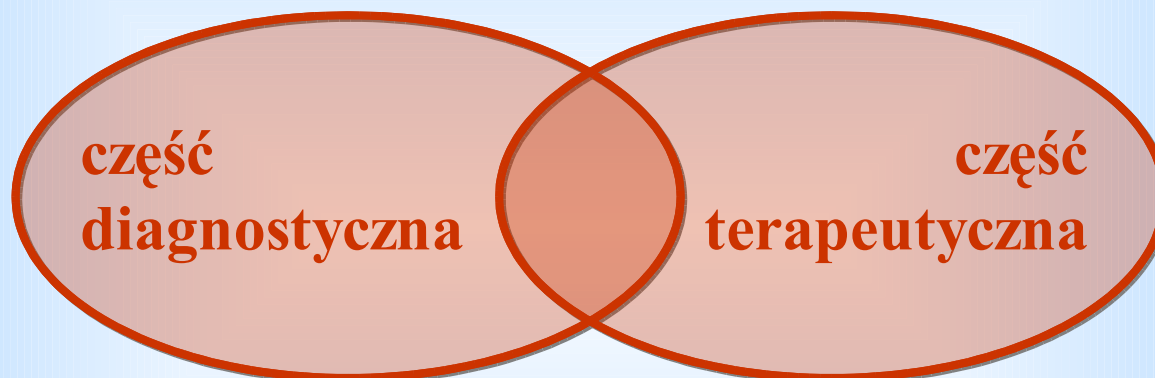
W badaniach podkreśla **znaczenie plastyczności układu nerwowego, jego zdolności kompensacyjnych** występujących w przebiegu całego życia osobniczego.



Vaclav Vojta
(1917-2002)

W zakresie diagnostyki Vaclav Vojta podkreślając znaczenie **sprawności psychomotorycznej** jako funkcji prawidłowej struktury i sprawności układu nerwowego stworzył precyzyjny system obserwacji pacjenta.

metoda Vojty



metoda „diagnostyczna” Wojty

metoda kinezyologiczna pozwala na podstawie obserwacji wzorców ruchowych występujących u niemowlęcia ocenić **stan rozwoju motoryki i postawy** w pierwszym roku życia.

```
graph TD; A[metoda kinezyologiczna] --> B[ontogeneza motoryczna]; A --> C[ontogeneza posturalna];
```

**ontogeneza
motoryczna**

**ontogeneza
posturalna**

ocena reaktywności posturalnej

= ocena wszystkich reakcji potrzebnych do zmiany pozycji ciała w przestrzeni

Umożliwia to **wykrycie zakłóceń w kierowaniu mechanizmami posturalnymi** przez ośrodkowy układ nerwowy, a także ocenę poziomu rozwoju dziecka w danej chwili.

Reaktywność posturalną ocenia się na podstawie reakcji **nagłej zmiany położenia ciała** w przestrzeni (reakcje ułożenia).

badanie reaktywności posturalnej

**= określony sposób uchwycenia ciała niemowlęcia
i odpowiednie wychylenie go w przestrzeni**

reakcja dziecka



prawidłowa

**= zgodna ze
stabilizowanymi
wzorami**



nieprawidłowa

badanie reaktywności posturalnej

reakcja dziecka






























prawidłowa

nieprawidłowa

zaburzenia w procesach budowy lub dojrzewania dróg nerwowych

nieprawidłowości struktur mózgu
(następstwo zmian pourazowych, poniedotlenieniowych, poinfekcyjnych lub uwarunkowań genetycznych)

Zasady stosowania i znaczenie terapeutyczne metody Wojty

	I Kwartał			II Kwartał			III Kwartał			IV Kwartał		
	1 Miesiąc	2 Miesiąc	3 Miesiąc	4 Miesiąc	5 Miesiąc	6 Miesiąc	7 Miesiąc	8 Miesiąc	9 Miesiąc	10 Miesiąc	11 Miesiąc	12 Miesiąc
Próbki tri wojna	1 Stadium zgięciowe			1 Stadium wyprostne			2 Stadium zgięciowe			2 Stadium zgięciowe		
	1 faza - 0-5 tyg. 	2 faza - 7 tyg. - 3 mies. 		3 faza - 4-6 mies. 			4 faza - 7-8 mies. 			4 faza - 9/10-12 mies. 		
Zawieszanie wg Landaua	1 faza - 0-6 tyg. 	2 faza - 7 tyg. - 3 mies. 	3 faza - od 6 mies. w pełni zakończona 									
Zawieszanie pod pachami	1 faza - 0-3 mies. 			2 faza - 4-7 mies. 			3 faza - od 8 mies. 					
Zawieszanie wg Wojty	1 faza - 0-10 tyg. 	1 faza wyprostowana 11-28 tyg. 	2 faza - 4/5-7 mies. 		3 faza prostownicza 7/8-9 mies. 		3 faza - od 5/6-12 mies. 					
Zawieszanie pozorne wg Lolita	1 faza - 0-6 tyg. 	2 faza - 7 tyg. - 3 mies. 	3 faza - 4-8 mies. 			3 faza - od 8/9 mies. 						
Zawieszanie wg Pa perls-stein	1 faza - 0-4 tyg. 	2 faza - 7 tyg. - 2 mies. 	3 faza - 3-6/7 mies. 			3 faza - 7-10 mies. 			4 faza - 9/10-12/14 mies. 			
Zawieszanie pionowe wg Collins	1 faza - 0-5 mies. 						2 faza - od 6/7 mies. 					

badanie reakcji posturalnych uaktywnia

- receptory narządów wewnętrznych – interoceptory,
- mięśni, stawów i aparatu więzadłowego – proprioceptory,
- receptory skóry – eksteroceptory,
- receptory obwodu siatkówki oka – teleceptory,
- receptory układu przedsionkowego,
- twór siatkowaty,
- liczne drogi nerwowe.

Zasady stosowania i znaczenie terapeutyczne metody Vojty

Pojawienie się i zanikanie prymitywnych odruchów i reakcji odruchowych w wieku niemowlęcym (wg Flehmiga: Hb. Kinderheik. Bd. I/1, 125-144. "Stacyjno-motoryczny rozwój niemowlęcia i małego dziecka, Springer", Berlin-Heidelberg-New York, 1971).

	Dni												Miesiące
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Kontrola automatyczna	[filled]												
Odruch polyanis	[filled]												
Odruch siania w zależności od sposobu przyjmowania pokarmu.	[filled]												
Odruch szkania	[filled]												
Chód automatyczny	[filled]												
Reakcja Ebbera	[filled]												
Reakcja Flacings	[filled]												
Odruch Galantu	[filled]												
Odruch Moro 1, 1.2 faz	[filled]												
Odruch chwytne dłoń	[filled]												
Odruch chwytne rękę	[filled]												
Odruch masażera ciała	[filled]												
Odruch „ocelarki”	[filled]												
ATRS	[filled]												
— asymetryczny, symetryczny odruch sygn.	[filled]												
HR — toniczny odruch błęskawki w odłożeniu na brzuch	[filled]												
Toniczny odruch sygn.	[filled]												
Odruchowa reakcja w kierunku na boki	[filled]												
„SF” — reakcja przedniego	[filled]												
Reakcja oddechowa na zmiany ciśnienia głowe kł tubowa podaje wodę powietrze przegrywający do tętna wewnątrz obrót — podciąganie wodzowa funkcji rąk i ciała	[filled]												
Reakcja Larcana	[filled]												
Losowanie głowy z pochłanianie na płaszcz	[filled]												
Odruch równowagi w odłożeniu na brzuch	[filled]												
w położeniu na plecach	[filled]												
w pozycji siedzącej z podparciem z przodu	[filled]												
w pozycji siedzącej z podparciem z boku	[filled]												
w pozycji siedzącej z podparciem z tyłu	[filled]												
Barwa ciemnej powłoki błony śluzowej jamy ustnej	[filled]												
Stanie niestabilne	[filled]												
Stanie stabilne	[filled]												
Kontrola równowagi w pozycji siedzącej (szokowanie)	[filled]												
Chodzenie teoretyczne	[filled]												
Chodzenie z kontrolą równowagi	[filled]												

badanie spontanicznej motoryki

Każdy poziom rozwoju posiada charakterystyczne zachowania dziecka w zakresie:

- orientacji,
- chwytności,
- lokomocji.

Wymagają one odpowiedniego rozwoju motorycznego. Wojata jasno określił kolejne **etapy rozwoju motorycznego opartego na wielokątach**, np. dziecko w 3 m-cu życia podpira się na łokciach tworząc trójkątną płaszczyznę podparcia, w 4, 5 m-cu życia dziecko odrywa jedną rękę od podłoża do chwytu, przechyla się lekko na bok, a kończyna dolna po tej stronie tworzy nowy punkt podparcia na kolanie







badanie rozwojowe

= monachijski test diagnostyczny
funkcji wieku rozwojowego w 1 - 3 r. ż.







Na podstawie tego testu dokonuje się w odstępach miesięcznych oceny:

- **wieku raczkowania,**
- **wieku siedzenia,**
- **wieku chodzenia,**
- wieku chwytania,
- wieku zręczności,
- wieku postrzegania,
- wieku mówienia,
- wieku rozumienia mowy,
- wieku rozwoju społecznego,
- wieku rozwoju samodzielności.








wiek siedzenia (1)

Koniec 5. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">a) Przy próbie trakcyjnej unosi głowę w przedłużeniu kręgosłupab) W pozycji siedzącej trzyma głowę prosto także podczas przechylenia tułowia na bok	
Koniec 4. miesiąca	Podczas próby trakcyjnej (powolne podciąganie do 45°) uniesienie głowy i lekko zgiętych ud	
Koniec 3. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">a) W pozycji siedzącej trzyma głowę prosto przynajmniej przez 1/2 minutyb) Przy podnoszeniu i kołysaniu poziomym głowa nie opada do tyłu	
Koniec 2. miesiąca	W pozycji siedzącej trzyma głowę prosto przynajmniej przez 5 sekund	
Koniec 1. miesiąca	W położeniu na plecach głowa w linii środkowej przynajmniej przez 10 sekund	
Noworodek	<ul style="list-style-type: none">a) Ułożenie głowy na boku bez preferowania żadnej ze stronb) Naprzemienne ruchy kończyn dolnych bez preferowania żadnej ze stronc) Kilkakrotnie unosi głowę w pozycji siedzącej z przodu i utrzymuje ją przez 1 sekundę	





wiek siedzenia (2)

Koniec 11. i 12. miesiąca	Pełna równowaga w siadzie prostym	
Koniec 10. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">[a] Z położenia na plecach siada samo podtrzymując się mebli[b] Siad prosty, siedzi swobodnie z prostymi plecami i luźno wyprostowanymi nogami	
Koniec 9. miesiąca	Siedzi swobodnie przynajmniej przez 1 minutę	
Koniec 8. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">[a] Z położenia na plecach samo podciąga się do góry na podanych mu palcach[b] Siedzi samo przynajmniej przez 5 sekund z podparciem z przodu	
Koniec 7. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">[a] Z położenia na plecach aktywnie obraca się na brzuch[b] W ułożeniu na plecach bawi się swoimi nóżkami (koordynacja ręka stopa)	
Koniec 6. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">[a] Lekko ugina oba ramiona w próbie trakcyjnej[b] Dobra kontrola głowy w pozycji siedzącej podczas przechylenia tułowia we wszystkich kierunkach	








wiek raczkowania (1)

Koniec 6. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">[a] Podparcie na wyprostowanych ramionach i na w pół- lub całkiem otwartych dłoniach[b] Przy uniesieniu boku podłoża ręka i noga po stronie leżącej wyżej odwiedzone (reakcja równowagi)	
Koniec 5. miesiąca	Przerywa podparcie na przedramionach przez oderwanie ramion (od podłoża) przy powtarzających się ruchach wyprostnych uniesionych nóg („pływanie”)	
Koniec 4. miesiąca	Pewne podparcie na przedramionach	
Koniec 3. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">[a] Unosi głowę pod kątem 45°—90°[b] Utrzymuje głowę w górze przez co najmniej 1 minutę[c] Podparcie na obu przedramionach[d] Biodra przeważnie miarowo wyprostowane	
Koniec 2. miesiąca	<ul style="list-style-type: none">[a] Unosi głowę pod kątem przynajmniej 45°[b] Utrzymuje głowę w górze przynajmniej przez 10 sekund	
Koniec 1. miesiąca	Utrzymuje głowę w górze przynajmniej przez 3 sekundy	
Noworodek	<ul style="list-style-type: none">[a] Obraca głowę z położenia środkowego w bok[b] Kończyny w całkowitym ułożeniu zgięciowym[c] Odruchowe ruchy pełzające	






wiek raczkowania (2)

Koniec 12. miesiąca	Pełne raczkowanie	
Koniec 11. miesiąca	Raczkuje na rękach i kolanach z koordynacją skrzyżną	
Koniec 10. miesiąca	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a) Kolysze się oparte na dłoniach i kolanach<input type="checkbox"/> b) Raczkuje w sposób nieskoordynowany<input type="checkbox"/> c) Z położenia na brzuchu podnosi się do siedzenia przez zgięcie bioder i obrót tułowia	
Koniec 9. miesiąca	Pełza jak foka	
Koniec 8. miesiąca	Faza przejściowa, zob. 7. lub 9. miesiąc	
Koniec 7. miesiąca	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a) Utrzymuje rękę nad podłożem przez przynajmniej trzy sekundy<input type="checkbox"/> b) Gotowość ramion „do skoku” (do reakcji podporowej)	

wiek chodzenia (1)

Koniec 6. miesiąca	<p>[a] Prostuje nogi w kolanach i lekko w biodrach, przy czym przejął ciężar ciała przynajmniej na 2 sekundy</p> <p>[E] Niekiedy stawia stopy na całej podszewie</p>	
Koniec 5. miesiąca	Opiera się na czubkach palców	
Koniec 4. miesiąca	Przy dotknięciu podłoża naprzemienne zginanie i prostowanie kończyn w kolanach i stawach skokowych	
Koniec 3. miesiąca	Dotyka podłoża zgiętymi nogami	
Koniec 2. miesiąca	Faza przejściowa: stopniowy zanik reakcji podparcia i chodu automatycznego	
Koniec 1. miesiąca	Jak u noworodka	
Noworodek	<p>[a] Prymitywna reakcja podparcia nóg: wyprost w biodrach i kolanach przy próbie postawienia dziecka</p> <p>[b] Przy przenoszeniu ciężaru ciała — chód automatyczny</p>	

wiek chodzenia (2)

Koniec 12. miesiąca	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a Chodzi wzdłuż mebli<input type="checkbox"/> b Stawia kroki do przodu trzymane za jedną rękę	
Koniec 11. miesiąca	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a Samodzielnie podciąga się na meblach do pozycji stojącej<input type="checkbox"/> b Naprzemienne ruchy kroczące w miejscu i w bok<input type="checkbox"/> c Stawia kroki do przodu trzymane za obie ręce	
Koniec 10. miesiąca	Samodzielnie stoi przytrzymując się	
Koniec 9. miesiąca	Trzymane za ręce stoi przyjmując w pełni ciężar ciała przynajmniej przez pół minuty	
Koniec 8. miesiąca	Faza przejściowa, zob. 7. i 9. miesiąc	
Koniec 7. miesiąca	Sprężynuje (= tańczy), trzymane za tułów, na twardej podłodze	

Aby **wcześnie** zauważyć nieprawidłowości neurologiczne i móc wcześniej zastosować rehabilitację oraz na bieżąco kontrolować postępy rozwoju lub ich brak najkorzystniej jest przeprowadzać diagnostykę wg Wojty u dziecka:

- w okresie noworodkowym – 2-4 tydzień życia,
- na przełomie I i II kwartału życia,
- w trakcie prowadzonego usprawniania co 4-6 tygodni.



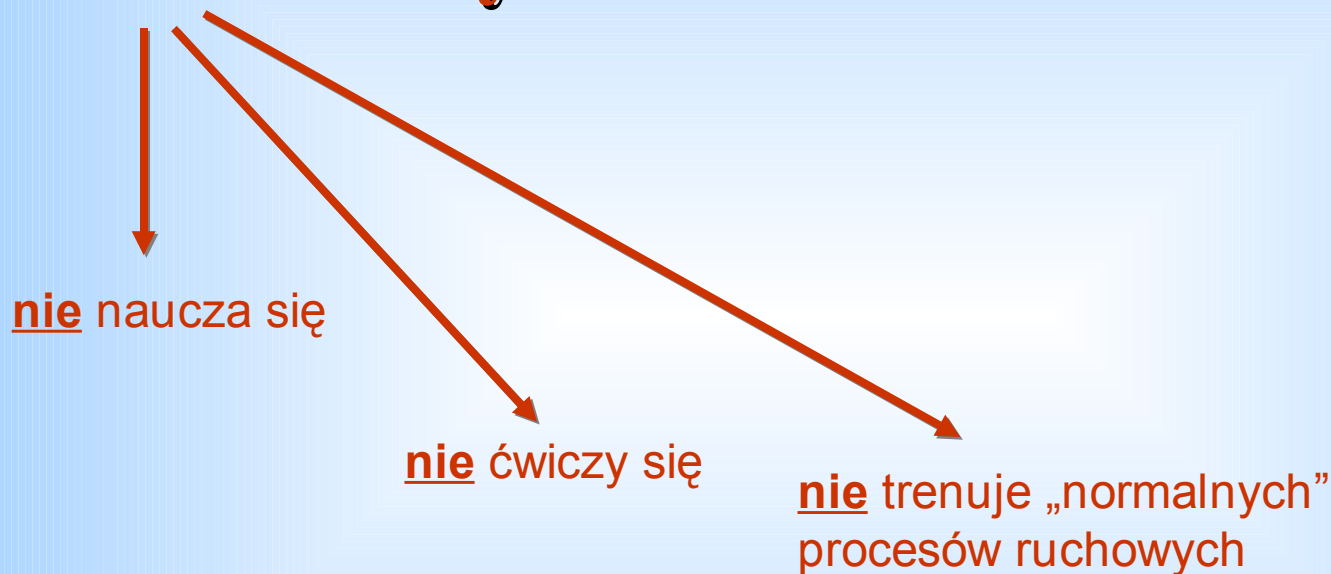
Pojęcie **zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej (ZOKN)** oznacza diagnozę pomocniczą, określającą nieprawidłowości w zachowaniu spontanicznym, a także reakcjach posturalnych i odruchach niemowlęcia tak długo, póki nie utrwalały się jako patologia, od której już nie ma odwrotu.

Rozpoznanie - resumé

Rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego związane jest:

- ze znacznymi nieprawidłowościami napięcia mięśniowego
- utrzymywaniem się przetrwałych, już nieprawidłowych dla wieku odruchów pierwotnych poza czas ich naturalnej (fizjologicznej) i oczekiwanej obecności.
- wszystkie reakcje posturalne wykazują wtedy poważne odchylenia od wzorców.
- opóźnia się rozwój psychoruchowy niemowlęcia. Wyraźne są problemy ze snem, emocjami, często także utrudnione jest karmienie niemowlęcia i opóźnia się rozwój gaworzenia.

metoda Wojty opiera się na wrodzonych wzorcach ruchowych



Metoda Wojty pobudza do aktywności mózg i drzemiące w nim „**wrodzone, zakodowane wzorce ruchowe**”, wymusza przetransportowanie tej aktywności do mięśni tułowia i kończyn w formie skoordynowanych ruchów.

Terapeutyczna metoda Wojty bazuje na tzw. **odruchowej lokomocji**.


Jeśli będziemy wyzwalać ją terapeutycznie umożliwi ona osobom z uszkodzeniami OUN i układu mięśniowo-nerwowego ponowny dostęp, przynajmniej niektórych obszarach, do podstawowych wrodzonych wzorców ruchowych.

Aby osiągnąć cel, terapeuta stosuje u pacjenta precyzyjny uciska na określone części ciała; w pozycjach:


- na brzuchu,
- na plecach
- na boku

Tego rodzaju bodziec wyzwała u człowieka w każdym wieku „na drodze odruchowej” dwa kompleksy ruchowe „**odruchowe pełzanie**” i „**odruchowy obrót**”. Zawierają one wszystkie elementy charakterystyczne dla ludzkiego sposobu przemieszczania się i mogą być aktywowane niezależnie od woli pacjenta.

Oba kompleksy ruchowe zawierają podstawowe elementy niezbędne, aby powstała jakakolwiek lokomocja: **automatyczne sterowanie** równowaga podczas ruchu („sterowanie posturalne”), **mechanizmy podporowo-wyprostne** ciała pokonującego siłę ciężkości oraz **ruch fazowy** w postaci elementów chwytania lub **ruchów kroczenia** kończynami.



Zakłada się, że w wyniku wielokrotnego wyzwalań tych „odruchowych” zachowań ruchowych w obrębie zablokowanej w swojej funkcji włókien nerwowych **zostają otwarte lub na nowo przetworowane** drogi pomiędzy mózgiem, a rdzeniem.



Efektem tego jest nieświadomione **działanie mięśni takie samo, jakie normalnie** jest aktywowane podczas wykonywania spontanicznych czynności. Zwłaszcza dotyczy to mięśni przykręgosłupowych.

Terapia metodą Wojty może być stosowana od dnia narodzin aż do późnej starości – jednakże w każdym wieku wyznacza się jej różne cele:

- **u noworodków**, OUN daje się łatwo formować. Poszczególne drogi nerwowe w mózgu są jedynie zablokowane ale w zasadzie nadal dostępne.

Nie utrwały się jeszcze nieprawidłowe wzorce, naznaczone przez patologie, które powstają w wyniku ciągle powtarzalnych usilnych starań dziecka w zakresie nawiązywania kontaktu, prób unoszenia od podłoża czy przemieszczania się.

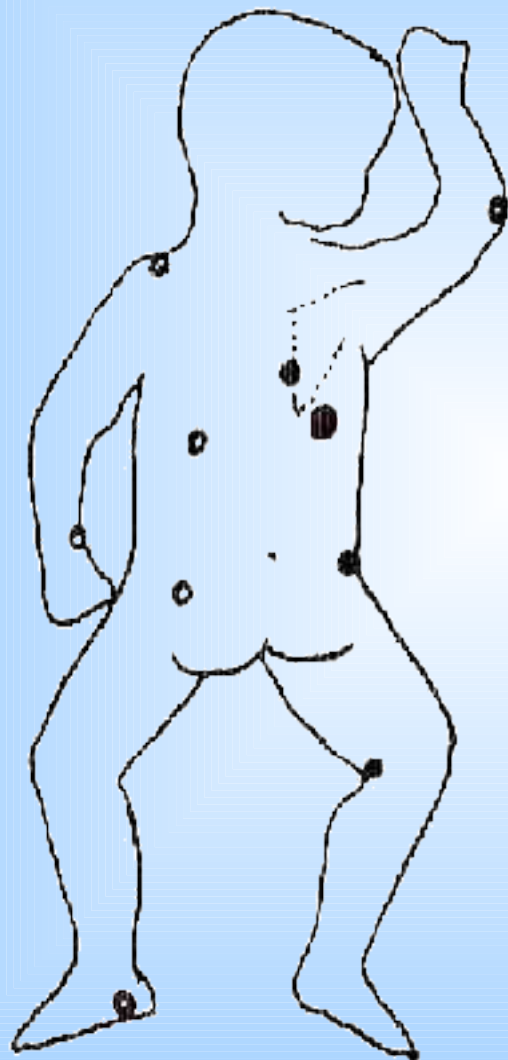
- **u małych dzieci, dzieci szkolnych i młodzieży**, terapia może korzystnie wpłynąć na procesy dorastania i dojrzewania
- **u dorosłych**, ponowne otwarcie dostępu do prawidłowych niegdyś wzorców zachowań ruchowych ma na celu uniknięcie wtórnych objawów tj. ból, ograniczenia funkcjonalne i osłabienie siły

Stymulacja stref wyzwalań w odruchowym pełzaniu.

Zasady stosowania i znaczenie terapeutyczne metody Vojty

Aktywacja bez treningu

Strefa wyzwalań	Kierunek przyłożonej siły
Nadkłykieć przyśrodkowy kość ramienna, ławrowa,	doogonowo przyśrodkowo - grzo etowo w stosunku do tułowia w pozycji pełzania
Przyśrodkowy brzeg łopatki twarzowej	do łokcia kończyny górnej twarzowej, czyli doogłowo, bocznie i brzusznie
Kciuk biodrowy przedni górny twarzowy	dogłowowo, dośrodkowo - dogrzo etowo
Nadkłykieć przyśrodkowy kość udowej twarzowej	do stawu biodrowego, czyli dogłowowo, bocznie i grzo etowo w stosunku do pozycji tułowia
Wyrostek barkowy łopatki potylicznej	doogonowo przyśrodkowo, dogrzebietowo
Wyrostek rylcowaty kości promieniowej potylicznej	do stawu łokciowego - czyli doogłowo, bocznie i dogrzebietowo w stosunku do tułowia w pozycji pełzania
Rozścięgł m. pośladkowego środkowego potylicznego	brzusznie i dośrodkowo, natomiast trzeci wektor jest zmienny: - kiedy kończyna dolna twarzowa jest jeszcze w pozycji wyścielonej, kierunek siły skierowany jest do środka odległości między kolaniem a łokciem strony twarzowej, - kiedy kończyna dolna twarzowa osiągnie pełne zgięcie, wektor biegnie do zgiętego stawu kolanowego, czyli dogłowowo.
Guzowalność boczna kości cielowej potylicznej	do stawu kolanowego, czyli dogłowowo - bocznie i brzusznie w stosunku do pozycji tułowia i linii środkowej ciała
Strefa piersiowa twarzowa	dogłowowo, przyśrodkowo, dogrzebietowo
Strefa tułowiowa potyliczna	dośrodkowo i brzusznie - w kierunku muszki, trzeci wektor jest zmienny - najpierw skierowany lekko doogonowo, w kierunku zgiętego kolana po stronie twarzowej, w momencie prostowania tej kończyny, kieruje się w stronę połowy odległości między kolaniem a łokciem twarzowej strony ciała.



Pozycja aktywująca i strefy wyzwiania globalnego odruchu pełzania

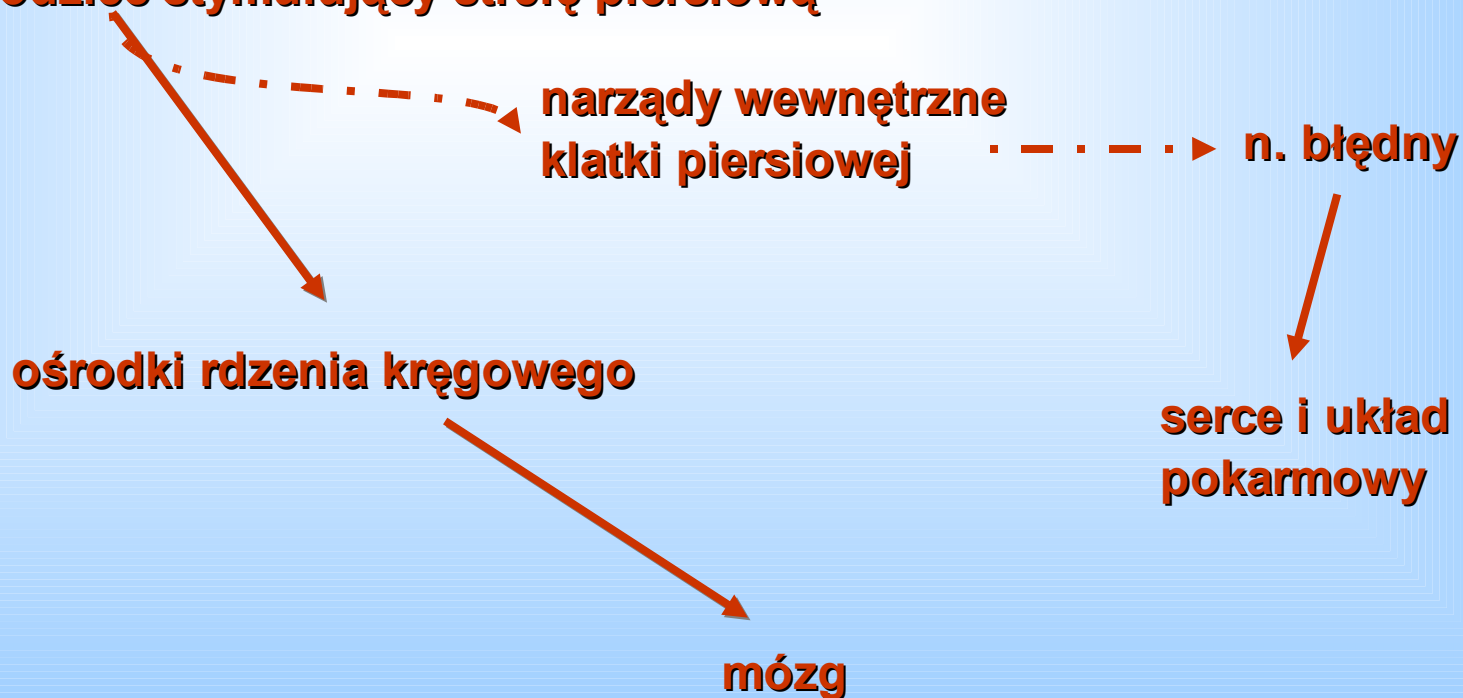
Terapeuta w trakcie wyzwalań każdego z wymienionych wzorców ruchowych stosuje opór wobec przebiegu pojawiających się cząstkowych ruchów.

Kiedy jakaś część ciała zostaje „wyhamowana”, **w okolicznych mięśniach zwiększa się napięcie bez dalszego ich skrócenia (izometria).**

Co się dzieje z mięśniami przy stymulacji-ucisku?

- aby uzyskać efekt ruchowy przypominający pełzanie lub obrót trzeba zastosować bodziec dotykowy, którego zadaniem jest **rozciągnięcie mięśnia i zaraz potem skrócenie całej grupy okolicznych mięśni**, na zasadzie reakcji łańcuchowej.


- **bodziec stymulujący strefę piersiową**



Odruchowe pełzanie

Jest procesem ruchowym, w którym odzwierciedlają się **najistotniejsze cechy lokomocji**:

- sterowanie postawą
- mechanizmy podporowo- wyprostne jako przeciwdziałanie sile ciężkości
- celowe ruchy kroczenia nóg i ramion



Tym samym w odruchowym pełzaniu zawiera się **podstawowy wzorzec ludzkiej lokomocji**. Pozycja wyjściową jest pozycja na brzuchu, głowa obrócona jest na bok i leży na podłożu.

Zasady stosowania i znaczenie terapeutyczne metody Wojty



głównymi celami odruchowego pełzania

- aktywacja mechanizmów podporowo-wyprostnych jak również kroczących ruchów ramion i nóg bezwzględnie koniecznych do realizacji podporu, chwytania, wstawania i chodzenia
- aktywizacja mięśni brzucha, mięśni dna miednicy i mięśni zaangażowanych podczas oddychania, jak również zwieraczy pęcherza i odbytu
- ruchy połykania(ważne za względu na proces żucia)
- ruchy gałek ocznych

uaktywnienie całkowitego wzorca odruchowego pełzania



uaktywnienie całkowitego wzorca odruchowego pełzania





- **ruch** - wzorzec chodu skrzyżowanego (prawa noga i lewe ramię)
- terapeuta przykłada odpowiedni **opór** przeciwko obrotowi głowy pojawiającemu się u pacjenta
- **wzmocnienie aktywności mięśni** –
– niezbędne do pionizacji

Odruchowy obrót

- rozpoczyna się w pozycji na plecach, przechodzi w pozycje na boku i kończy się raczkowaniem
- u zdrowego niemowlęcia w wieku około 6 miesięcy spontanicznie pojawia się pierwsza część tego ruchu
- następną fazę, bez ingerencji z zewnątrz obserwujemy w wieku 8-9 miesiącu życia

- przy zastosowaniu metody Wojty odruchowy obrót można sprowokować już u noworodków
- terapeutycznie stosujemy go w różnych formach z położenia na plecach i w pozycji bocznej



- ułożenie na plecach
- kończyny luźno
- drażnienie strefy międzyżebrowej (7 – 8 żebro)
- opór przyłożony na głowę

Pierwsza faza odruchowego obrotu: aktywacja w ułożeniu na plecach

Widoczne są następujące reakcje:

- prostowanie kręgosłupa
- zgięcie nóg w stawach: biodrowych kolanowych i skokowych
- utrzymywanie ugiętych nóg w górze, aktywnie przeciwko sile ciężkości i poza podstawą podporu, która stanowią plecy
- przygotowanie kończyn górnych do przyszłej funkcji podpierającej
- ruchy gałek ocznych do boku
- pojawienie się ruchów połykania
- pogłębienie oddechu
- skoordynowana i zróżnicowana aktywacja mięśni brzucha



Druga faza odruchowego obrotu: aktywacja w pozycji bocznej


- ułożenie na boku
- ramię i noga leżąca stanowią podparcie dla całego ciała
- efekt końcowy –
– podpór na dłoni
- koniec ruchu –
– obrót przechodzi w czworakowanie

Najważniejsze reakcje odruchowego obrotu:

- przeciwstawne wobec siebie ruchy zginania i prostowania kończyn górnych i dolnych, położonych na podłożu i na górze ciała, wzmacniają funkcje podporową mięśni w obrebie położonego na podłożu barku, dochodząc aż do nogi
- prostowanie kręgosłupa w przebiegu całego odruchowego obrotu
- utrzymywanie głowy na boku i unoszenie jej przeciwko sile ciężenia



Siad skośny pod koniec wyzwalania oddechowego obrotu. Z takiej pozycji dziecko zaczyna raczkować i wstawać



Po zakończonej terapii w mózgu pacjenta i jeszcze przez jakiś czas obecna jest aktywność programowanego wzorca ruchowego.

Powtarzają się te same ćwiczenia wielokrotnie w ciągu dnia, dążymy do tego, aby niemal stale utrzymywała się spontaniczna możliwość dostępu do tych aktywowanych wzorców. Dzięki temu pacjent uzyskuje trwałą poprawę w zakresie postawy, ruchu i percepcji.

Wskazania do terapii metodą Wojty:

- zaburzenia centralnej koordynacji nerwowej (między 3, a 6 miesiącem życia dziecka daje **bardzo duże szanse całkowitego wyleczenia**)
- przepuklina oponowo - rdzeniowa
- przepuklina mózgowo – rdzeniowa

- porażenie nerwów obwodowych i splotów nerwowych
- skolioza wrodzona (osteogenna) i skolioza młodzieńcza
- artrogrypoza wielopostaciowa wrodzona
- mózgowo porażenie dziecięce
- kręcz mięśniopochodny wrodzony i kręcz kostny
- neurogenne dysplazje stawów biodrowych
- choroba Pertesa
- zaniki rdzeniowe mięśni (dystrofie mięśniowe)
- stwardnienie rozsiane (SM)
- wylewy do mózgu u dorosłych
- złamania kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia
- porażenie nerwu twarzowego okołoporodowe

Przeciwwskazania:

- brak tolerancji dziecka do pewnych pozycji ułożeniowych
- stany zapalne np. ropień

- przy łamliwości kości
- niektóre choroby serca i mięśni
- w ciąży

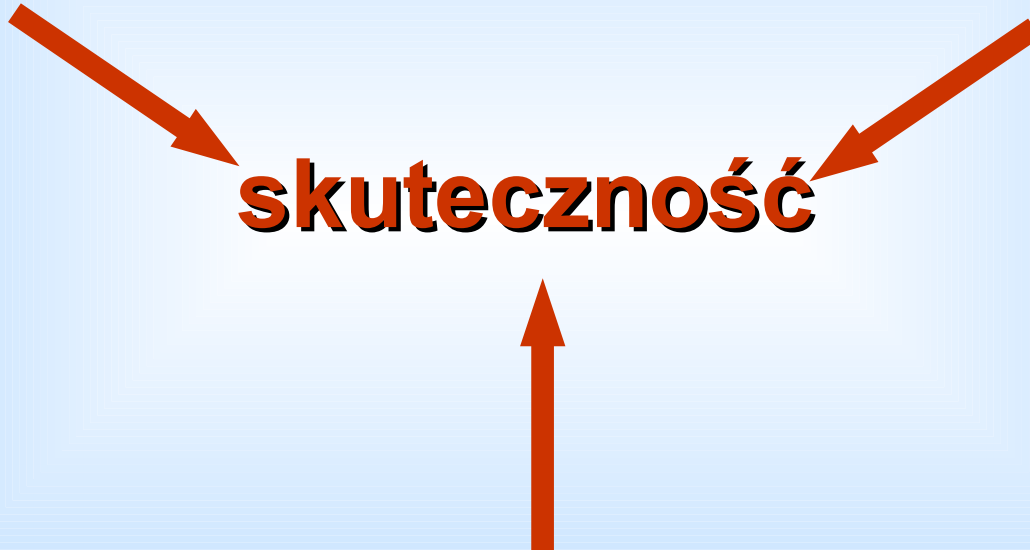
- temperatura powyżej 38 °C

częstość

intensywność

skuteczność

dokładność



Dziecko w terapii metodą Wojty



**Rodzice jako
terapeuci**



Korzyści:

- **Terapia Wojty jest kompleksowa**

Oddziałuje na połączenia nerwowe zlokalizowane w najrozmaitszych obszarach ciała; od tych znajdujących się w mięśniach szkieletowych do zaopatrujących organy wewnętrzne. Od nerwów zaangażowanych w najprostsze formy sterowania w układzie nerwowym aż do ośrodków wyższych funkcji mózgowych

- **Terapia metodą Wojty korzysta z „naturalnych ruchów” człowieka**

Zamiast trenowania czynności dnia codziennego pobudza naturalne, wrodzone zdolności pacjenta.

- **Terapia Wojty została sprawdzona poprzez badania naukowe, gdzie potwierdziła się jej wartość**

- **Terapia Wojty jest odpowiednia dla dzieci**

Nie wymaga od rodziców codziennej obserwacji i kontroli, dziecko przez cały dzień ma możliwość swobodnego poruszania się.

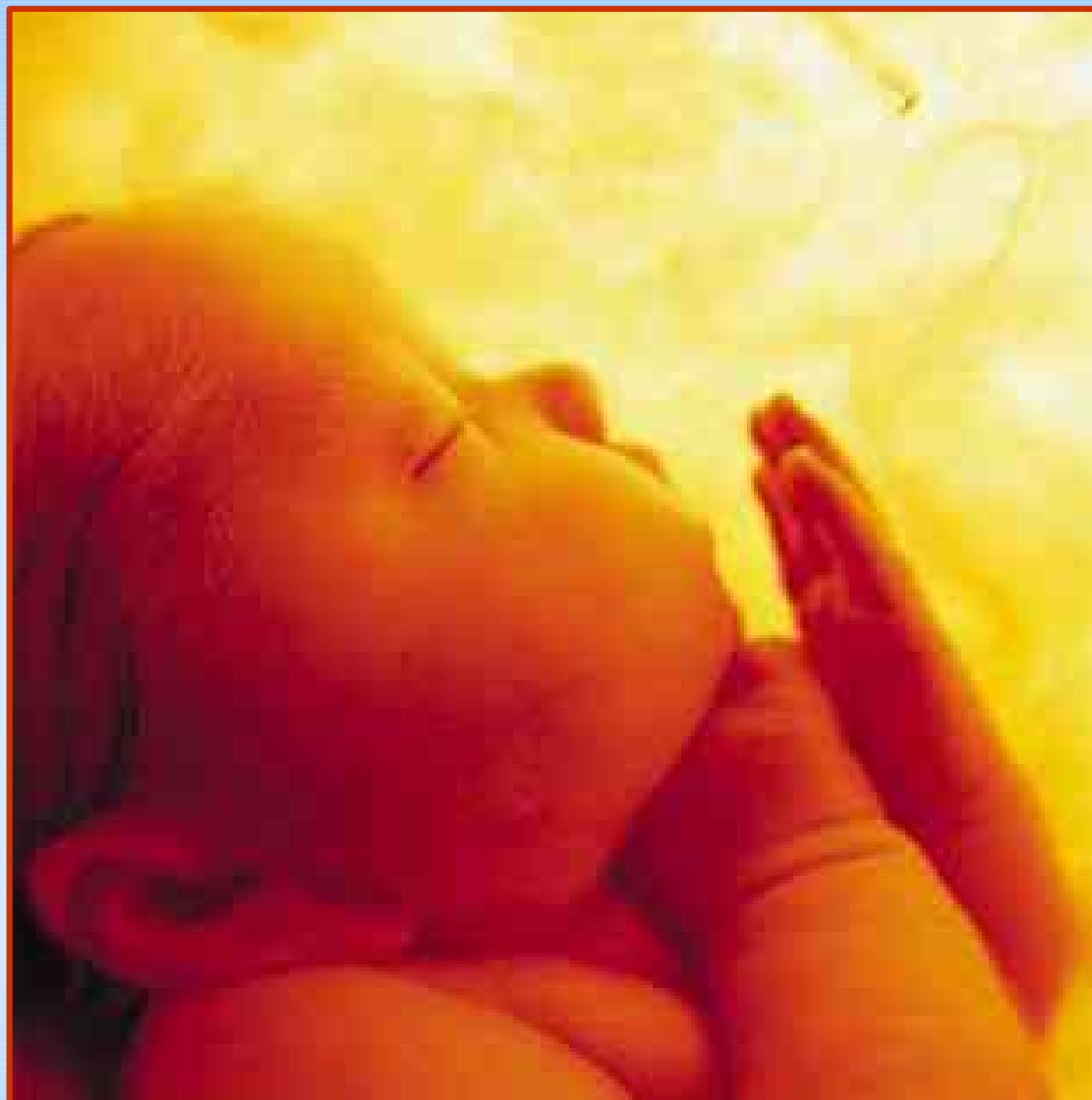
- **Terapia Wojty jako baza dla innych terapii**

- **Terapia ma długotrwałe działanie**

- **Terapia Wojty jest uznawana przez Narodowy Fundusz Zdrowia**

- **Terapia Wojty jest niedroga**

- **Wzmacnia poczucie bezpieczeństwa**



SERDECZNIE DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ!