Odruch wycofania

Odruch wycofania — pojawia się w 5. tygodniu życia płodu. Umożliwia wycofanie całego ciała pod wpływem dotyku w okolicach ust. Daje możliwość zmiany położenia ciała. Jest najwcześniejszym przejawem odruchu „paraliżu ze strachu”. W 9. tygodniu zostaje zastąpiony odruchem Moro. Utrzymywanie się tego odruchu po okresie niemowlęcym może być sygnałem zaburzeń neurologicznych i wymaga oceny specjalisty.

Odruchy prymitywne

Odruch Moro

Odruch Moro — jest to "pierwsza pierwotna reakcja na wstrząs", powinien zaniknąć do 3. miesiąca życia. Wywiera wpływ na rozwój emocjonalny dziecka. Jeśli będzie obecny w dorosłym życiu, przewlekła aktywacja układu stresu z dużym wydzielaniem adrenaliny i kortyzolu może prowadzić do osłabienia organizmu, obniżenia odporności i pojawienia się:

- astmy, alergii, kataru siennego, częstych infekcji, bólów głowy, migren, wrzodów żołądka;
- choroby lokomocyjnej i problemów z równowagą i koordynacją (np. w grze piłką);
- niechęci do zmian (słabe znoszenie krytyki);
- nadpobudliwości.

Odruch chwytania dłoni

Odruch chwytania dłoni — wygasa około 3. miesiąca życia. Lekki dotyk dłoni dziecka skutkuje zamknięciem dłoni. Skutki utrzymującego się odruchu:

- niska sprawność manualna ręki — dziecko źle trzyma ołówek podczas pisania;
- trudności z mową (artykulacją) — dziecko rusza ustami podczas rysowania lub pisania.

Asymetryczny odruch toniczny szyi (ATNR)

Asymetryczny odruch toniczny szyi — wygasa około 6. miesiąca życia. Przekręcenie głowy w którąś stronę powoduje wyprost ramienia i nogi (matka może odczuwać ruchy dziecka w ciąży, ok. 18. tygodnia). Odgrywa ważną rolę w czasie porodu (wyprost kończyn) oraz

jest wzmacniany przez proces narodzin. Istnieje podejrzenie, że dzieci urodzone przez cesarskie cięcie mają większe ryzyko opóźnień neurozwojowych z powodu braku naturalnego bodźca porodowego. Symptomy świadczące o obecności odruchu w późniejszym wieku:

- w czasie chodzenia wysuwa się jednocześnie ta sama ręka i noga, zaburzona równowaga;
- trudności w przekładaniu przedmiotów z ręki lewej do prawej i odwrotnie;
- mieszana lateralizacja (tzw. dziecko niezdecydowane, niepewne, której ręki użyć);
- trudności z pisaniem — przekręca głowę, aby spojrzeć na dłoń, którą pisze, wtedy prostuje rękę i upuszcza pisak — spowalnia to proces uczenia się;
- trudności w koncentracji uwagi (ADD).

Odruch poszukiwania piersi

Odruch poszukiwania piersi — wygasa w 3–4. miesiącu życia. Jest najsilniejszy w ciągu kilku godzin po narodzinach, ale słabnie, jeśli dziecko nie otrzyma gratyfikacji. Przetrwałe odruchy oralne powodują:

- uwrażliwienie na dotyk okolic ust;
- częste ślinienie się w wieku szkolnym;
- trudności z prawidłową artykulacją i nadmierne wysklepienie łuku podniebienia (może wymagać leczenia ortodontycznego).

Odruch Galanta

Odruch Galanta — wygasa między 3. a 9. miesiącem życia. Stymulacja obszaru lędźwiowego powoduje nieznaczne ruchy obrotowe bioder. Odgrywa bardzo ważną rolę podczas narodzin — dziecko pomaga mamie w przedostaniu się przez kanał rodny. Jeśli nie wygaśnie, mogą wystąpić:

- moczenie nocne (do 5. roku życia);
- wiercenie się, obracanie (np. przy stymulacji pasa biodrowego przez oparcie krzesła), co może sprzyjać skoliozie, częściej u chłopców;
- u dziewczynek duża gadatliwość;
- zaburzenia koncentracji uwagi (ADD) i pamięci krótkotrwałej;
- obniżenie sprawności fizycznej (np. na zajęciach wychowania fizycznego) — obracanie biodra przy chodzeniu.

Odruch toniczny błędnikowy

Odruch toniczny błędnikowy — wygasa stopniowo od 6. tygodnia aż do około 3. roku życia. Jest bardzo ważny podczas narodzin — wychylenie głowy poza poziom kręgosłupa powoduje wyprost ramion i nóg. Istnienie tego odruchu u dziecka starszego, dodatkowo z pełnym odruchem Moro, może prowadzić do:

- niskiego progu pobudzenia i nadpobudliwości;
- zachowań agresywnych, paniki.

Odruchy przejściowe

Symetryczny odruch toniczny szyi (STNR)

Symetryczny odruch toniczny szyi — wygasa około 9–11. miesiąca życia. Jest to odruch ważny podczas podnoszenia się z podłogi („kołysanie na czworakach”, ruch przód–tył). Zachęca też dziecko do „skupienia wzroku na dalszych przedmiotach”; przywiedzenie głowy (poniżej linii kręgosłupa) powoduje zainteresowanie tym, co jest blisko. Inaczej mówiąc, jest to ćwiczenie wzroku daleko–blisko. Jeśli nie wygaśnie w swoim czasie, nie będzie fazy raczkowania, natomiast może pojawić się „podskakiwanie na pupie” lub „niedźwiedzi chód”. Objawy występowania tego odruchu:

- dzieci bardzo garbią się przy biurku, leżą na ławce;
- oczy bardzo blisko zeszytu;
- siedzą na jednej nodze, stoją pisząc;
- bałaganią przy jedzeniu — rzadko trafiają precyzyjnie łyżką do ust;
- mają trudności w przenoszeniu wzroku zeszyt–tablica;
- są bardzo powolne w zadaniach wymagających kopiowania;
- kiepsko pływają, unikają zajęć w-f.

Odruch Landaua

Odruch Landaua — zaczyna wygasać około 3. roku życia, kiedy dziecko zdobyło już umiejętność bezpiecznego poruszania się na nogach. Powoduje napinanie mięśni prostujących. Jeśli jest nadal obecny, to:

- dziecko biega i skacze na usztywnionych nogach (problemy na zajęciach w-f);
- ruchy ciała są sztywne;
- może wystąpić choroba lokomocyjna;

- duże trudności organizacyjne.

Odruchy posturalne

Odruchy posturalne — pojawiają się od 4. miesiąca życia i powinny być aktywne do końca życia, zastępując odruchy prymitywne.

Odruch amfibii

Odruch amfibii — pozwala na niezależne ruchy rąk i nóg, niezależnie od położenia głowy (w przeciwieństwie do wcześniejszych odruchów). Umożliwia pełzanie i raczkowanie. Brak tego odruchu powoduje:

- trudności w pełzaniu i raczkowaniu;
- zbyt wysoki tonus mięśni (trudności w ćwiczeniach gimnastycznych).

Odruch częściowego odwracania się

Odruch częściowego odwracania się — umożliwia przekręcanie się dziecka z brzucha na plecy (około 6. miesiąca życia) oraz odwrotnie (8–10. miesiąca życia). Później wspomaga zmienianie pozycji oraz nadaje płynność ruchom w czasie biegania, skakania i jazdy na nartach.