METODY PRACY Z OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI INTELEKTUALNIE I FIZYCZNIE W KONTEKŚCIE POZNAWANIA I AFIRMACJI CIELESNOŚCI

Stefan Szary[1], **Jadwiga Knotowicz**[1,2], **Joanna Wojewoda**[1]

[1] *Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii, ul. Grabowa 22, 61-473 Poznań*

[2] *Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, ul. Przyjaźni 1, 62-510 Konin*

STRESZCZENIE

Wstęp. Specyficzną grupę pacjentów tworzą ludzie niepełnosprawni ruchowo oraz intelektualnie. Wśród nich mogą znaleźć się osoby, które mając ograniczoną świadomość własnego ciała lub nawet jej brak, domagają się właściwego, profesjonalnego, indywidualnego podejścia ze strony fizjoterapeuty.

Cel. Wskazanie z jednej strony na potrzebę holistycznego podejścia w medycynie, w tym także w fizjoterapii, z drugiej na możliwość i zasadność zastosowania metody Knillów w praktyce fizjoterapii w przypadku pracy z osobami z ograniczoną świadomością własnego ciała lub jej brakiem. Wyniki badań potwierdzają zasadność zaprezentowanego punktu widzenia.

Materiał i metodyka. Artykuł jest humanistycznym spojrzeniem interdyscyplinarnym. Zawiera wątki psychologiczne, pedagogiczne, filozoficzne, nawiązuje do historii medycyny. Przeprowadzone badania oraz ich wyniki stanowią argument potwierdzający zasadność wykorzystania metody Knillów w fizjoterapii.

Wyniki. Wyniki badań wskazują jak istotne znaczenie mają przeprowadzone aktywności dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i ruchowo. Najwięcej skorzystały dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i zespołem Downa. Najtrudniej pracuje się z dziećmi autystycznymi, na co wskazywały dane statystyczne zawarte w tabelach.

Wnioski. Fizjoterapia jest dziedziną, która obok profesjonalnej wiedzy z własnej dziedziny, domaga się także umiejętności psychologicznych i pedagogicznych. Metoda Knillów wykorzystana przez fizjoterapeutów może przyczynić się do efektywności terapii w pracy z osobami niepełnosprawnymi ruchowo oraz intelektualnie. Warto byłoby wprowadzić jej nauczanie już na poziomie przygotowania edukacyjnego przyszłych fizjoterapeutów.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, świadomość ciała, dialog komunikacyjny, programy Knillów

Wprowadzenie

1. Rozwój jako zadanie

W wykładach metaklinicznych poświęconych m.in. zagadnieniu istoty człowieka Viktor Emil Frankl stwierdził: …„Wydaje się, że w naszym życiu istnieje tylko jedno prawdziwe niebezpieczeństwo: niebezpieczeństwo, że nigdy nie będziemy naprawdę żyli"… [1]. Lecz jak rozumieć należy życie? Pisze Frankl: …„Człowiek (…) nie istnieje po to, by być, ale po to, by się stawać"… [2]. Stawanie się wskazuje na proces, który określa się jako rozwój. Karen Horney pisze, że to …„Dążenie do rozwoju jest człowiekowi wrodzone"… [3]. Życie wskazuje bezpośrednio na dynamikę rozwoju, na proces wielowymiarowego wzrastania, dzięki któremu człowiek może urzeczywistniać siebie. Erich Fromm z kolei stwierdza, że …„cel życia należy ujmować jako rozwinięcie mocy człowieka zgodnie z prawami jego natury"… [4]. W oparciu o „artystyczne" spojrzenie na człowieka, Antoni Kępiński pisze: …„Człowiek jest bez ustanku tworzącym się dziełem sztuki, wspaniałą, niezwykle bogatą i różnorodną konstrukcją, której budowa nigdy się nie kończy; trwa od chwili poczęcia aż do śmierci"… [5]. Świadomość życia odnosi się zatem do takich pojęć jak: dynamika, ruch, rozkwit, rozwój (łać. „evolvere").

Praca z osobami niepełnosprawnymi domaga się indywidualnego podejścia do każdej z nich, pełnego zaangażowania, oraz umiejętnego podejścia psychologicznego i pedagogicznego. Niestety, w praktyce pedagogicznej i psychologicznej najbardziej zgubnymi okazują się być pośpiech oraz schematyzm.

4. Zachowania zakłócające dialog komunikacyjny

Do najtrudniejszych przeszkód do pokonania w pracy z osobami niepełnosprawnymi należą zachowania zakłócające dialog komunikacyjny (ang. „disruptive behavior") między terapeutą a pacjentem; opiekunem a partnerem (terminologia zaproponowana przez Ch. Knilla). Częstą ich przyczyną jest nieświadomość własnego ciała i własnych zachowań. Kontakt zakłócony zostaje przez takie zachowania jak: autoagresja (samouszkodzenia), unikanie kontaktu, brak rozumienia komunikatów, odmowa na jakiekolwiek polecenia, krzyk, pisk, płacz, odpychanie, kopanie, itp. Christopher Knill podaje przykłady konkretnych osób z zachowaniami zakłócającymi dialog komunikacyjny, które zostały poddane terapii „programami Knillów".

Zachowania zakłócające dialog komunikacyjny mogą prowadzić do tego, że pod uwagę bierze się tylko podstawowe potrzeby życiowe tych osób. Nie interpretuje się ich zachowań, jako wołanie o pomoc. Świat potrzeb psychologicznych nie zostaje wzięty pod uwagę. Terapeuci pozostają na bezpiecznym poziomie uznania nieczytelności ich zachowań. W konsekwencji osoby te, potrzebujące zatroskania tak o potrzeby fizyczne, jak i o potrzeby psychiczne, pozostają poza obszarem pełnej terapii. Na problem w tym zakresie opieki w domach pomocy społecznej dla dzieci wskazuje Janina Gut: …„Osoby zajmujące się dzieckiem w zakładzie nie mają czasu na zabawy dotykowe. Są to najczęściej pielęgniarki, które dbają o zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i tylko na specjalne zlecenia terapeuty podejmują się zaspakajania potrzeb psychicznych. Nie ma czasu na baraszkowanie, bawienie się paluszkami dziecka. Brakuje rozmów, z których dziecko dowiedziałby się jak wygląda i jak cieszy swoim istnieniem osoby, z którymi przebywa. Dzieci jest bardzo dużo, a pracowników mało. Kąpanie, ubieranie odbywa się „taśmowo". Przy jedzeniu nie zwraca się uwagi na sposób przyjmowania pokarmu (gryzienie, połykanie – czynności bardzo ważne dla rozwoju rozmowy), ale na to, by każde dziecko coś zjadło. Szybkie tempo zabiegów pielęgnacyjnych jeszcze bardziej wyobcowuje dziecko ze środowiska, różni się bowiem znacznie od tempa jego funkcjonowania"… [14].

Cenionymi metodami postępowania terapeutycznego z osobami z zaburzeniami w rozwoju są programy aktywności Marianny i Christophera Knillów.

5. Terapeutyczne programy postępowania z osobami z zaburzeniami w rozwoju Christophera i Marianny Knillów

Marianna (1947-1986) i Christopher Knill (ur. 1948) są twórcami szczególnego rodzaju programów aktywności, które zostały przez nich opisane w dwóch pracach: „Świadomość ciała, kontakt i komunikacja" (ang. „Activity Programs for Body Awareness, Contact, and Communication", M. i Ch. Knill) oraz „Dotyk i komunikacja" (ang. "Touch and Communications", Ch. Knill). Autorzy nawiązując do osiągnięć psychologii rozwojowej podejmują terapię z osobami, które nie mają kontaktu z najbliższym otoczeniem. Ich terapia z osobami niepełnosprawnymi opiera się na regularnym i wrażliwym stosowaniu dotyku w celu pozytywnego rozwoju kontaktu i komunikacji. Istotnymi czynnikami terapii jest stworzenie właściwych warunków dla tzw. totalnej komunikacji oraz właściwe podejście w relacji opiekun partner. Terminologia ta jest przyjęta świadomie, gdyż – jak wyjaśnia Ch. Knill – … „Określenia takie jak: dorosły i dziecko, terapeuta i pacjent, nauczyciel i dziecko są zbyt ograniczające i narzucają odpowiednie zachowania"… [15]. Nie czując – także w zakresie terminologicznym – ograniczających ram, relacja budowana jest z każdą osobą indywidualnie, w zależności od jej potrzeb. Dlatego też jednym z najważniejszych działań w metodzie Knillów jest właściwe rozpoznanie potrzeb partnera. Dopiero po nim można przejść do określenia celów służących rozwojowi, przy jednoczesnym podejściu holistycznym.

W sumie Knill przedstawia listę konkretnych pytań dotyczących: 1. określenia potrzeb i celu, 2. planowania sesji kontaktu oraz 3. informacji regularnie zapisywanych w notatniku.

Ważnym elementem sesji jest stworzenie właściwej atmosfery. Programy Knillów zawierają odpowiednią muzykę, która stanowi integralną część terapii. Osoba uczestnicząca w terapii powinna czuć wokół siebie bezpieczeństwo i szacunek. Tylko w takim klimacie możliwy jest wzrost wiary w siebie i próba „przełamania barier", „otwarcia się poprzez komunikację".

Podstawowym pozytywnym sygnałem w metodzie Knillów jest dotyk. …„Doświadczenie doty-

ku jest pierwszym wrażeniem, jakiego doznajemy, i ostatnim, które tracimy. Właśnie dlatego pierwsze doświadczenia niemowlęcia dotyczące fizycznego kontaktu maja silny wpływ na jego późniejsze emocjonalne powiązania z otaczającym światem. Jeśli dziecko czuje oparcie i bezpieczeństwo, gdy jest trzymane mocno, lecz delikatnie, blisko innego ciepłego ciała, wówczas ma szansę, aby z ufnością traktować otaczający je świat (nie lękać się go) i odczuwać pewność siebie"… [16]. Kontakt fizyczny jest emocjonalnym potwierdzeniem, akceptacją, afirmacją, punktem wyjścia dla dalszego rozwoju komunikacji. Nie ma prawidłowego rozwoju dziecka bez bliskości, ciepła, przytulenia, pozytywnego kontaktu fizycznego. Przez dotyk człowiek nabiera świadomości własnego ciała i wyobrażenia siebie. Dotyk innego pozwala odkryć własne ciało jako własny „kanał komunikacyjny" [17]. Nie należy przy tym zapominać, że także osoba opiekuna oddziałuje całościowo: istotną rolę pełni głos, sposób mówienia, intonacji, głośność; wyraz twarzy, mimika, kontakt wzrokowy; pozycja ciała, ubiór, a nade wszystko ręce. …„Sposób, w jaki dotykamy, powinien być przekonujący i precyzyjny, a nie mechaniczny lub bezmyślny. Podając dłonie powinniśmy przekazywać pozytywne nastawienie i poczucie bezpieczeństwa, które obniżają u naszego partnera potrzebę obrony i pozwalają mu na większą otwartość. Jeśli jesteśmy zbyt delikatni możemy uzyskać przeciwny efekt, wywołać zmieszanie, a w rezultacie lęk i napięcie"… [18].

Programy Knillów stawiają opiekunom bardzo wysokie wymagania. Stanowią one istotny warunek, od którego zależy efektywność terapii. Do cech niezbędnych należą: cierpliwość, tolerancja, wrażliwość, empatia, szacunek, kreatywność, spokój, opanowanie, pozytywna świadomość prowadzonych działań.

Christopher Knill na podstawie długoletniej praktyki stwierdza, …„Że sesje kontaktu prowadzą do wzrostu wrażliwości interpersonalnej, otwartości i aktywnej komunikacji"… [19]. Co więcej, podkreślić trzeba rozwój samoświadomości nie tylko partnera, ale także opiekuna. W spotkaniu z drugim człowiekiem także ich świat staje się bardziej otwartym i bardziej bogatym.

Cel pracy

Osoby niepełnosprawne intelektualnie wymagają pomocy ze strony środowiska w którym żyją. W środowisku często nie zwraca się uwagi na to, że nie tylko umysł, ale i ciało wymaga wsparcia oraz poznania (samoświadomości). Tymi problemami zajęliśmy się w naszych badaniach.

Materiał i metody

W badaniach uczestniczyło 130 studentów fizjoterapii II semestru Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu oraz 38 studentów pedagogiki IV semestru Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie.

Studenci na zajęciach dydaktycznych i na podstawie wymienionych przypadków obserwowali dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, z zespołem Downa, dzieci autystyczne i dzieci niewidome. Wybrano 70 przypadków, po 20 z pierwszych trzech i 10 dotyczących dzieci niewidomych.

Wyniki

Ze sprawozdań wynika, że praca terapeutyczna z takimi osobami wymaga indywidualnego, kreatywnego podejścia. Metody usprawniania wymagały dużej cierpliwości i umiejętności dotarcia do niepełnosprawnej osoby. Pomocą w identyfikowaniu zmian rozwojowych służyły arkusze obserwacji pomiaru i ewaluacji. Zwracano uwagę na 3 następujące wskaźniki interakcji pomiędzy dzieckiem a terapeutą: uczestnictwo, uważność, zachowania zakłócające.

Przedstawione badania dotyczyły 9 rodzajów aktywności: I – kołysanie; cel: dostarczenie dziecku doświadczenia ciała jako jedności oraz budowania zaufania. II – klaskanie i głaskanie poszczególnych części ciała; cel: rozwój świadomości ciała i zdolności do koordynacji ruchu. III – wiosłowanie; cel: uświadomienie znaczenia równowagi, doświadczenie przemieszczania ciężaru ciała we współdziałaniu z druga osobą, uzyskanie poprawnego napięcia mięśni pleców i bioder. IV – pocieranie stóp; cel: zrozumienie przez dziecko czym są jego własne stopy, uświadomienie pojęcia stopa. V – poruszanie palcami; cel: uczenie świadomości palców, rozwój ich siły i kontroli nad nimi, co warunkuje równowagę i prawidłowe chodzenie. VI – poruszanie nogami; cel: rozwój zdolności do celowego i niezależnego używania obu nóg, rozwój mięśni nóg. VII – leżenie na plecach; cel: zapoznanie dziecka z jego własnymi plecami, uświadomienie pojęcia: plecy. VIII – obracanie się z pleców na bok; cel: ćwiczenie relaksacji i równowagi, po-

znanie pojęcia plecy i bok oraz rozwój ruchów obrotowych kręgosłupa, które są podstawą dobrego chodzenia. IX – obracanie się z pleców na brzuch oraz relaksacja; cel: wprowadzenie świadomości pojęcia brzuch.

W uczestnictwie (Tabela I) starano się ocenić reakcje dziecka na każdą aktywność, posługując się skalą od A do F, gdzie A – oznacza pasywność, B – zainteresowanie, C – rozpoznanie, D – oczekiwanie, E – kooperację, F – Inicjatywę.

W zachowaniach zakłócających (Tabela II) stopień I oznacza zachowania zaburzające aktywność w ograniczonym zakresie; stopień II – zachowania utrudniające wykonanie aktywności; stopień III – zachowania uniemożliwiające wykonanie czynności.

Omówienie

Oryginalne wyniki badań zaprezentowane w tej pracy dotyczące uczestnictwa oraz zachowań zakłócających różnią się u dzieci z MDP, z zespołem Downa, dzieci autystycznych i niewidomych. Poszczególne aktywności w dużej mierze wskazują na to, że poznanie ciała i poszczególnych jego części u osób niepełnosprawnych przebiegało w sposób bardzo indywidualny i stanowiło dla fizjoterapeuty niemałą trudność. Wyżej przedstawione badania dotyczyły aktywności dziecka, stworzenia bezpiecznych ram dla aktywności, zachęcenia do kontaktu fizycznego z dorosłym oraz rozwoju tolerancji na kontakt fizyczny szczególnie u tych dzieci, które mają z tym problemy.

Tabela I. Uczestnictwo dzieci w ćwiczeniach.

UCZESTNICTWO	MPD *20 dzieci*		Z. DOWNA *20 dzieci*		AUTYZM *20 dzieci*		DZ. NIEWIDOME *10 dzieci*	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
AKTYWNOŚĆ I *kołysanie*	F 13	*65*	F 10	*50*	A 5	*25*	A 3	*30*
	E 4	*20*	E 5	*25*	B 5	*25*	B 3	*30*
	D 3	*15*	D 5	*25*	C 10	*50*	C 4	*40*
AKTYWNOŚĆ II *klaskanie i głaskanie*	F 9	*45*	F 7	*35*	A 4	*20*	A 2	*20*
	E 3	*15*	E 9	*45*	B 6	*30*	B 4	*40*
	D 8	*40*	D 4	*20*	C 10	*50*	C 4	*40*
AKTYWNOŚĆ III *wiosłowanie*	F 10	*50*	F 6	*30*	A 7	*35*	A 4	*40*
	E 5	*25*	E 6	*30*	B 6	*30*	B 4	*40*
	D 5	*25*	D 8	*40*	C 7	*35*	C 2	*20*
AKTYWNOŚĆ VIII *obracanie się z pleców na bok*	F 11	*55*	F 7	*35*	A 6	*30*	A 4	*40*
	E 7	*35*	E 8	*40*	B 6	*30*	B 3	*30*
	D 2	*10*	D 5	*25*	C 8	*40*	C 3	*30*

Tabela II. Zachowania zakłócające podczas ćwiczeń.

ZACHOWANIA ZAKŁÓCAJĄCE		MPD *20 dzieci*		Z. DOWNA *20 dzieci*		AUTYZM *20 dzieci*		DZ. NIEWIDOME *10 dzieci*	
	STOPIEŃ	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
AKTYWNOŚĆ I *kołysanie*	I	14	*70*	15	*75*	11	*55*	6	*60*
	II	5	*25*	2	*10*	4	*20*	2	*20*
	III	1	*5*	3	*15*	5	*25*	2	*20*
AKTYWNOŚĆ II *klaskanie i głaskanie*	I	10	*50*	16	*80*	14	*70*	4	*40*
	II	8	*40*	2	*10*	3	*15*	2	*40*
	III	2	*10*	2	*10*	3	*15*	2	*20*
AKTYWNOŚĆ III *wiosłowanie*	I	11	*55*	14	*70*	14	*70*	5	*50*
	II	5	*25*	3	*15*	2	*10*	3	*30*
	III	4	*20*	3	*15*	4	*20*	2	*20*
AKTYWNOŚĆ VIII *obracanie się z pleców na bok*	I	17	*85*	13	*65*	16	*80*	3	*30*
	II	1	*5*	5	*25*	2	*10*	3	*30*
	III	2	*10*	2	*10*	2	*10*	4	*40*

Fizjoterapia jest dziedziną, która obok profesjonalnej wiedzy z własnej dziedziny, domaga się także umiejętności psychologicznych i pedagogicznych. Różnorodne metody, w tym np. programy Knillów, mogą być wykorzystane przez fizjoterapeutów i przyczynić się do zwiększenia efektywności terapii w pracy z osobami niepełnosprawnymi ruchowo oraz intelektualnie, u których występuje ograniczona lub brak świadomości własnego ciała.

Warto wprowadzać poznanie różnych metod z zakresu pedagogiki poznania ciała u osób z niepełnosprawnością intelektualną już na poziomie przygotowania edukacyjnego przyszłych fizjoterapeutów.

Piśmiennictwo

[1] Frankl V.E.: Homo patiens, tł. R. Czernecki i Z. J. Jaroszewski, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1998;272.

[2] Frankl V.E.: Homo patiens, tł. R. Czernecki i Z. J. Jaroszewski, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1998;47.

[3] Horney K.: Nerwica a rozwój człowieka, tł. Z. Doroszowa, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 2006;37.

[4] Fromm E., Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki, tł. R. Saciuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Wrocław, 1996;24.

[5] Kępiński A.: Rytm życia, Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1994;350.

[6] Salamucha A.: Pojęcie rozwoju człowieka w pedagogice, Roczniki Nauk Społecznych KUL, 2, 2000/2000;159-166.

[7] Fromm E.: Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki, tł. R. Saciuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Wrocław, 1996; 192.

[8] Shusterman R.: Somaesthetics and Somatic Style, wykład wygłoszony podczas II Międzynarodowej Konferencji Naukowej: Filozoficzne i kulturowe aspekty cielesności. Ciało niepełnosprawne w perspektywie filozoficzno-kulturowej, zob. przypis powyżej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Wrocław, 1996; 192.

[9] Kępiński A.: Poznanie chorego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1978;72.

[10] Knill Ch.: Dotyk i komunikacja, tł. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 1995;6.

[11] Knill Ch.: Dotyk i komunikacja, tł. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 1995;10.

[12] Gut J.: Programy M. i Ch. Knillów w terapii z dziećmi z zaburzeniami w rozwoju (z doświadczeń terapeuty), w: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej1997;1:82.

[13] Sowa J.: Pedagogika specjalna w zarysie, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów, 1997;19.

[14] J. Gut, Programy M. i Ch. Knillów w terapii z dziećmi z zaburzeniami w rozwoju (z doświadczeń terapeuty), w: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 1997;1:84.

[15] Knill Ch.: Dotyk i komunikacja, tł. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 1995;8.

[16] Knill Ch.: Dotyk i komunikacja, tł. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 1995;10.

[17] Knill Ch.: Dotyk i komunikacja, tł. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 1995;13.

[18] Knill Ch.: Dotyk i komunikacja, tł. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 1995;17-18.

[19] Knill Ch.: Dotyk i komunikacja, tł. M. Piszczek, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, 1995;53.

Autor odpowiedzialny za korespondencję:, Jadwiga Knotowicz, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii ul. Grabowa 22 61-473 Poznań, j.knotowicz@wseit.edu.pl