

Maria Kościółek

Dotyk – przestrzeń spotkania z osobą głęboko upośledzoną umysłowo

Wirginia Satir (2005), amerykańska psychoterapeutka, pionierka terapii rodzin, uważana za jedną z najlepszych terapeutek XX wieku jest autorką niezwykle ważnych słów: „By przeżyć trzeba nam czterech uścisków dziennie. By zachować zdrowie – trzeba ośmiu uścisków dziennie. By się rozwijać trzeba dwunastu uścisków dziennie”.

Kontakt fizyczny z drugim człowiekiem jest bardzo silnym sygnałem i jest najbardziej pierwotnym rodzajem zachowań społecznych, oparty jest na zmysle dotyku, czyli układzie czuciowym człowieka, który jest zmysłem pierwotnym. Zmysł jest zdolnością do odbierania różnego rodzaju bodźców sensorycznych i specyficznego ich odczuwania. „Dotyk uznaje się za matkę zmysłów i pierwotne źródło doświadczenia, które jest początkiem rozwoju człowieka” (Pilecka 2006, s. 75). Pierwsze tygodnie życia zarodkowego to okres kształtowania się receptora czuciowego – skóry. W 8–9 tygodniu doskonalą się jej wrażliwość na bodźce dotykowe, powieka pod wpływem dotknięcia zaciska się, lekki dotyk twarzy dziecka powoduje grymas, dotknięcie dłoni lub stóp powoduje ich zacisk. Pomiędzy 14 a 15 tygodniem życia płodowego cała powierzchnia ciała dziecka staje się wrażliwa, z wyjątkiem czubka i boków głowy, co stanowi ochronę przed bólem i jest przygotowaniem do porodu. W 5 miesiącu życia płodowego dziecko reaguje na zmiany temperatury, ciepłe płyny lub kąpiele powodują zwiększenie ruchliwości i przyspieszenie pracy jego serca. W ostatnim trymestrze dziecko odczuwa ból, na silne, negatywne bodźce odpowiada grymasami twarzy, ruchami obronnymi tułowia i kończyn. W momencie przyścia dziecka na świat zmysł dotyku jest najbardziej rozwiniętym zmysłem (Kornas-Biela 1993).

W. Pilecka (2006), analizując znaczenie dotyku, przedstawia trzy jego koncepcje:

- koncepcję fizyczno-sensoryczną, zorientowaną na aspekt doznań zmysłowych,
- koncepcję psychologiczno-humanistyczną, w której dotyk jest wyrazem i sposobem komunikowania się człowieka z sobą i z innymi ludźmi,
- koncepcję pola, w ujęciu której dotyk, będący źródłem energii może mieć charakter terapeutyczny.

Organem odbierającym bodźce czuciowe jest skóra, która pełni wiele funkcji, przede wszystkim stanowi barierę ochronną dla organizmu, ale także skutecznie chroni przed utratą wody i odgrywa znaczącą rolę w metabolizmie, magazynowaniu tłuszczu oraz termoregulacji i wymianie gazowej, czyli oddychaniu (Giczewska 2005). W skórze znajdują się różne receptory, pod naskórkiem występują wolne zakończenia wypustek neuronów, czyli receptory bólu, które w chwili pobudzenia powodują odczucie bólu, np. oparzenie, przecięcie. Blisko powierzchni skóry leżą receptory wrażliwe na ucisk, są pobudzane nawet przy najłżejszym dotyku. W głębszych warstwach skóry znajdują się receptory reagujące na zmiany temperatury – termoreceptory, które ułatwiają rozeznanie czy przedmiot jest ciepły, czy też zimny. Do odbioru bodźców mechanicznych działających na powierzchni skóry służą mechanoreceptory, są to wyspecjalizowane receptory posiadające elastyczne właściwości, wpływają na identyfikację bodźców nacisku, drgań, wibracji. Poza czuciem powierzchniowym, ściśle związanym ze skórą, występuje czucie głębokie – proprioceptywne powstające w wyniku pobudzenia receptorów w narządzie ruchu. Receptory zlokalizowane w mięśniach, ścięgnach i okalających je tkankach, a także więzadłach oraz torebkach stawowych informują o aktualnym stanie narządu ruchu, ułożeniu kończyn, cechach fizycznych branych do rąk przedmiotów (Sadowski 2005).

Wrażenia dotykowe, jakie zdobywamy, są źródłem doświadczania naszego ciała, dzięki nim tworzy się struktura *Ja-cielesnego* i kształtuje się orientacja w jego schemacie. Dotyk stymuluje wzrost czuciowych komórek nerwowych w ciele zaangażowanych w ruch, właściwą postawę ciała, orientację przestrzenną i percepcję wzrokową. Uaktywnia i poprawia przebieg wielu procesów fizjologicznych (przyrost wagi, odporność organizmu, regulacja procesu trawienia). Percepcja dotykowa jest umiejętnością bazalną w poznawaniu świata i eksploracji otoczenia. Dotyk uspokaja, odpręża, obniża poziom adrenaliny – hormonu stresu, normuje oddech i krążenie krwi. Jest także źródłem stabilności emocjonalnej człowieka, świadczy o miłości, przywiązaniu, akceptacji i dobrych uczuciach ze strony innych ludzi (Piszczek 2006).

Zachowania dotykowe mogą mieć znaczący wpływ na związki interpersonalne. Dotyk może polepszać relacje i komunikację z innymi ludźmi, „cementuje on więzi społeczne i osobiste z ludźmi, którzy mają dla nas specjalne znaczenie” (Hardison s. 148). Dotyk i ekspresja dotykowa, używane właściwie i z wycuciem, mogą nieść z sobą poczucie ciepła i solidarności. Bliskość fizyczna i kontakt dotykowy uwalnia od lęku i daje poczucie bezpieczeństwa. Szczególnego znaczenia nabierają zachowania dotykowe w czasie przeżywania kryzysu, są wtedy sygnałem obecności i dowodem wsparcia. Barbara Kopczyńska (2009, s. 33), lekarz hospicjum w Chorzowie, tak określa rolę dotyku: „Gdy już nic nie można zrobić dla drugiego człowieka, to można go jeszcze dotykać, bo w ludzkich dłoniach jest życiodajna wartość. Bo przecież, jak się okazuje dotykać, to także dawać człowiekowi powód, by żyć”.

Dla dzieci, osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną dotyk jest głównym, a czasami jedynym sposobem poznawania otaczającego świata, we współpracy z innymi układami percepcyjnymi dynamizuje ich rozwój, wzmacnia poczucie własnej sprawczości, a przede wszystkim ułatwia nawiązanie społecznych interakcji. Bliskość fizyczna i kontakt dotykowy zapewniają emocjonalną równowagę,

niwelują lęk i negatywne emocje, a wyzwalają pozytywne stany uczuciowe (Kielin 1999; Pilecka 2006).

Większość metod pracy z podopiecznymi z głębokim upośledzeniem umysłowym, a więc funkcjonującymi najczęściej na poziomie niemowlęcym czy dziecięcym to metody pracy z ich ciałem. Dotyk wykorzystywany jest jako podstawowa forma oddziaływania terapeutycznego w metodach: F. Afolter (1997), w Ruchu rozwijającym W. Sherborne (1997), w programie aktywności Dotyk i komunikacja Ch. Knilla (1997), w ustno-twarzowej terapii regulacyjnej R. Castollo-Moralesa (Masgutowa, Regner 2009) i w wielu innych. Stymulacja sensomotoryczna, która przybiera w pracy z uczniami głęboko upośledzonymi umysłowo postać zajęć edukacyjnych nastawiona jest przede wszystkim na stymulację zmysłu dotyku. Dostarczanie wrażeń dotykowych uwzględnia się także w organizacji środowiska życia osób niepełnosprawnych (Baraniewicz 2000).

Istotnym zagadnieniem jest uwzględnianie w trakcie zajęć pielęgnacyjnych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych poczucia bezpieczeństwa podopiecznych z niepełnosprawnością związanego z przekraczaniem sfer dystansu społecznego. Relacje, w jakich pozostają z sobą ludzie, znajdują odzwierciedlenie w kreowaniu przestrzeni wokół nich, czasami ludzie zajmują dalekie odległości od siebie, a czasami nawiązują bliski kontakt dotykowy. W obszarze bezpośrednio otaczającym ciało człowieka przebiega większość jego kontaktów z innymi, a przyjmowany dystans fizyczny nie jest jednakowy dla wszystkich osób. E.T. Hall (za: Pease 2001) dzieli odległość, na którą podchodzą do siebie partnerzy, tzw. dystans interakcji, na cztery sfery, odzwierciedlające odległość specyficzną dla danego rodzaju kontaktu:

1. Sfera publiczna, to w niej człowiek przyjmuje największy dystans społeczny, w odległości około 2,5 do 3,5 m lub więcej kontaktują się osoby w sytuacjach okazjonalnych, dotyczy ona również kontaktów z nieznanymi. W tej sferze jeden człowiek komunikuje się najczęściej z większą grupą ludzi.
2. Sfera społeczna, która zostaje wyznaczona podczas kontaktów z osobami mało znanymi lub nieznanymi, dotyczy odległości około 1,2 do 3 m od ciała osoby wchodzącej w interakcję.
3. Sfera osobista, mieszcząca się do około 1,2 m od ludzkiego ciała, jest sferą kontaktów zawodowych lub towarzyskich, tutaj dominującym zmysłem interakcyjnym jest wzrok.
4. Sfera intymna, to odległość wokół człowieka mniejsza niż pół metra, którą traktuje się jak własne terytorium, jest rozszerzeniem ludzkiego ciała i w niej komunikują się ludzie głównie za pomocą zmysłu dotyku i powonienia. Sfera intymna jest sferą dostępną wyłącznie dla osób, z którymi łączą jednostkę mocne związki uczuciowe.

Rodzaj i wielkość wszystkich sfer dystansu fizycznego są determinowane kulturowo, a częściowo wpływają na nie także wiek, płeć oraz doświadczenia osób wchodzących w interakcje. Każdy człowiek, także z niepełnosprawnością, indywidualnie wytycza swoje sfery dystansu społecznego, powinny być one uszanowane przez partnera lub partnerów interakcji. Szczególnie to poszanowanie dotyczy przekraczania granic osób niesprawnych ruchowo, zdanych wyłącznie na partnerów w relacjach społecznych. Jak pisze J. Kielin (1999) dzieci, osoby z głębokim upośledzeniem umysłowym mają sferę intymną bardzo zaburzoną, może ona dotyczyć

tylko pewnych części ciała. A większość ich relacji z opiekunami przebiega właśnie w sferze intymnej. Dlatego ta grupa podopiecznych jest narażona na niebezpieczeństwo nieuszanowania przez nauczycieli, terapeutów, rehabilitantów bądź innych specjalistów, ich sfery intymnej (np. w czasie codziennych czynności opiekuńczych). Wrażliwy opiekun winien zauważyć wszelkie oznaki naruszania bezpiecznej granicy sfery intymnej swojego podopiecznego, a w razie konieczności przekroczenia tej granicy stosować tzw. uprzedzanie dotykowe, dające możliwość podopiecznemu przygotowania się na kontakt dotykowy z partnerem. Posługiwanie się dotykiem jako narzędziem pracy wymaga wrażliwości i dyskrecji, bo dotyk może przekazywać ciepło i budować wzajemne zaufanie, ale może być też przejawem automatycznego, bezpodmiotowego wykonywania czynności, a nawet oznaką odrzucenia osoby.

W podejściu profesjonalistów dominuje aspekt terapeutycznego wykorzystania dotyku, i jest to podejście uzasadnione, ale należy pamiętać, że dotyk przede wszystkim oznacza kontakt, a dotknięcie jest jak słowo – słowo, przez które można powiedzieć wszystko co najważniejsze i co właśnie z tego powodu jest niewymowne. Nie tylko gdy pracujemy, realizując określone cele rewalidacyjno-wychowawczo-terapeutyczne, ale przede wszystkim gdy jesteśmy przy podopiecznym głęboko upośledzonym umysłowo, gdy rozmowa z nim nie jest możliwa, gdy uczuć nie można wyrazić spojrzeniem, pozostaje dotyk. Czuły dotyk wyraża miłość, obecność, daje ciepło, energię potrzebną do życia, a przede wszystkim jest komunikatem: nie jesteś sam, jestem, jesteś dla mnie ważny, jestem przy tobie, dobrze, że jesteś. „Dotyk budzi do życia tych, którzy dotyku doświadczają. Kiedy wydaje się, że nie ma już niczego, co można by drugiemu ofiarować, wtedy można jeszcze wyznać miłość. Miłość to dotyk, który staje się słowem, niegasnącą rozmową. Dotyk jest spełnieniem pragnienia odwzajemnionej miłości” (Kurek, Maliszewski 2009, s. 32).

Literatura

- Affolter F., *Spostrzeganie, rzeczywistość, język*, WSiP, Warszawa 1997.
- Baraniewicz M., *Stymulacja w naturalnym środowisku*, [w:] *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, red. M. Orkisz, M. Piszczek, A. Smyczek, J. Szwiec, CMPPP MEN, Warszawa 2000.
- Giczewska A., *Fenomen dotyku, stymulacja systemu taktylnego i jej wpływ na rozwój psychoruchowy dziecka*, aCentrum Aneta Giczewska, Środa Śląska 2005.
- Hardison J., *Polepszanie związków interpersonalnych przez dotyk*, [w:] *Mosty zamiast murów, podręcznik komunikacji interpersonalnej*, red. J. Steward, PWN, Warszawa 2003.
- Kielin J. (red.), *Rozwój daje radość, terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Knill Ch., *Dotyk i komunikacja – program aktywności*, CMPPP MEN, Warszawa 1997.
- Kopczyńska B., *Dobrze, że jesteś...*, [w:] *W trosce o życie duchowe osób niepełnosprawnych*, red. M. Mendyk i zespół, Caritas Diecezji Legnickiej, Legnica 2009.
- Kornas-Biela D., *Wokół początku życia ludzkiego*, Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Warszawa 1993.
- Kurek J., Maliszewski K., *Nie budząc się, otwierał nam oczy*, [w:] *W trosce o życie duchowe osób niepełnosprawnych*, red. M. Mendyk i zespół, Caritas Diecezji Legnickiej, Legnica 2009.

- Masgutowa S., Regner A., *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.
- Pease A., *Mowa ciała. Jak odczytać myśli innych ludzi z ich gestów*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2001.
- Pilecka W., *O roli dotyku w psychospołecznym rozwoju dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Wspomaganie dzieci z genetycznie uwarunkowanymi wadami rozwoju i ich rodzin*, red. A. Twardowski, PTP, Poznań 2006.
- Piszczek M., *Dziecko, którego rozwój emocjonalno-poznawczy nie przekracza pierwszego roku życia. Diagnostyka, zasady terapii i ocena efektów zajęć*, CMPPP MEN, Warszawa 2006.
- Sadowski B., *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*, PWN, Warszawa 2005.
- Satir W., *Rodzina – tu powstaje człowiek*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Sherborne W., *Ruch rozwijający dla dzieci*, PWN, Warszawa 1997.

Touch – the space of a meeting with a person with severe intellectual disability

Abstract

The sense of touch develops and becomes functional as the first one. Skin (the organ of feeling the touch, embrace, pain, warmth and cold) constitutes an important sensory system of our organism. Without its functions, it would be impossible for us to survive, it is particularly important in the first stage of life when other senses are not yet fully developed. This receptor is also important in the functioning of adults as 80% of stimuli from the environment get to human organism through skin. The touch soothes, lowers the level of stress hormone, regulates the breath and blood circulation as well as digestion and metabolism.

The touch is the main, sometimes even the only, means of world exploration for people with severe intellectual disability; in cooperation with other perception systems it dynamises their development, enhances the feeling of one's own abilities and, above all, facilitates social interaction. Physical closeness and tactile contact ensure emotional balance, reduce fear and negative emotions as well as release positive emotional states (J. Kielin 1999; W. Pilecka 2006).

The sense of touch is used in numerous rehabilitation and therapeutic methods in work with people with severe mental retardation. In the process of realization of the therapeutic aims, however, it is necessary to remember that, above all, the touch expresses the presence and it is often the only way to build a relationship with a person with severe mental retardation.