ROZPRAWY NAUKOWE
Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

2013, 40, 106–109

Wiktor Tylek
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

MOŻLIWOŚCI OBNIŻANIA NAPIĘĆ PSYCHORUCHOWYCH OSÓB UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO ZA POMOCĄ METODY WINTREBERTA

ABSTRACT

Possibilities of reducing psychomotor tensions of mentally disabled people by using Wintrebert's method

The aim of this paper is to examine the varied perspectives of relaxation stages and techniques used with mentally disabled pupils developed by the French neuropsychiatrist. This article presents evaluation of the widespread use of this method among disabled children and describes numerous benefits of its use in the regulation of emotional and neurovegetative disorders, neuromuscular dysfunctions and neurotic syndromes. The extensive use of Wintrebert's method gives almost unlimited possibilities of application in therapy, rehabilitation and education of disabled people; the described method may also be a important component of healthy lifestyle.
Key words: relaxation, techniques of relaxation, psychomotor tensions, disabled people

Proces edukacyjny związany jest z wysiłkiem, który jednostka musi podjąć, aby się rozwijać. Progresja to wartość niebywale ceniona i pożądana, ale w przypadku osób upośledzonych umysłowo rozwój jest niestety często bardzo ograniczony ze względu na różnego rodzaju zaburzenia, m.in. emocjonalne, społeczne i percepcyjne [1, 2]. Przebiegowi uczenia się osoby upośledzonej umysłowo towarzyszy wiele trudności, a i potrzebny czas wydłuża się, co wynika ze stresu psychofizycznego [3]. Stresem psychofizycznym nazywany jest stan podwyższonego napięcia ciała, wypływający z negatywnych oddziaływań fizycznych i psychicznych. Jego rezultat to przesadne angażowanie sił w opanowywanie umiejętności, które może prowadzić do szybkiego męczenia się [4].

Stan zbędnego podwyższonego napięcia ciała przeszkadza osobom upośledzonym umysłowo uczestniczyć w procesie edukacyjnym, a także wpływa na spadek ich komfortu życia [4, 5]. Dlatego niebagatelną rolę spełniają wszystkie sposoby obniżające napięcia organizmu, określane dziś mianem technik relaksacyjnych. W zdecydowanej większości z nich podstawą osiągania stanu relaksacji jest odpowiedni udział świadomości [6, 7].

Warunek ten może stanowić ogromny problem dla osób upośledzonych intelektualnie. Zazwyczaj nie są one świadome własnego ciała i nie potrafią zrozumieć technik relaksacyjnych, a co za tym idzie – nie umieją z nich korzystać. Ponadto praktyka wskazuje, że w związku z labilnością emocjonalną, należącą do przejawów niepełnosprawności intelektualnej, bez żadnych przyczyn pojawia się u nich obniżenie nastroju psychicznego, które utrudnia opanowanie umiejętności [4]. Na pewno nie można oczekiwać wystąpienia u tych osób hipotonii w wyniku oddziaływania reakcji relaksacyjnej. Hipotonia wymaga bowiem zaangażowania świadomości i opiera się na zadaniowości, celowości wykonywania ćwiczeń oraz przyjmowaniu określonych pozycji [5]. U osób z upośledzeniem intelektualnym główny element prowadzący do rozluźnienia, czyli uwaga dowolna (ang. *top-down attention*), która wiąże się z podjęciem aktywności celowej, wolicjonalnej, jest silnie zaburzona, co sprawia, że ruchy tych jednostek są nieskoordynowane, a poczynania nieskanalizowane. Trzeba też zaznaczyć, że według Dodsona zbytnie rozluźnienie powoduje obniżenie motywacji [8].

Przedstawiona sytuacja wskazuje na je-

den z kluczowych problemów procesu dydaktycznego obejmującego osoby z zaburzeniami intelektualnymi występującymi na gruncie upośledzenia umysłowego, a mianowicie jak wyeliminować niepożądane napięcia psychoruchowe, które uniemożliwiają osobie upośledzonej umysłowo osiągnięcie stanu gotowości do udziału w procesie uczenia się i nauczania.

Wnikliwe analizy literatury przedmiotu oraz charakterystyki symptomów upośledzenia umysłowego w zakresach bezpośrednio związanych z uczeniem się prowadzą w kierunku tzw. biernej relaksacji. Bezsprzecznie za taką może być uznana metoda francuskiego lekarza, neuropsychiatry dziecięcego doktora Wintreberta, pomijająca czynnik świadomości. Pozwala ona na podejmowanie prób skutecznej relaksacji osób upośledzonych umysłowo.

Istotą metody Wintreberta, ogólnie rzecz ujmując, jest wprowadzenie ruchów biernych przez terapeutę względem pacjenta leżącego na plecach z nogami wyprostowanymi i rękoma ułożonymi wzdłuż ciała, zwykle z zamkniętymi oczami. Z tego względu może być ona stosowana również w przypadku małych i opóźnionych dzieci, które nie potrafią kontrolować napięcia i mają ograniczone możliwości świadomego wykorzystania czucia głębokiego. Wymienione czynniki nie są warunkiem wykonywania ruchów biernych, w przeciwieństwie do wykonywania ćwiczeń odprężających innymi metodami, dla których stają się obligatoryjne. Technika relaksacji opracowana przez dra Wintreberta realizowana jest na dwóch etapach:

- pierwszym, zwanym „regulacją napięcia poprzez bierne ruchy", który zakłada uzyskanie stanu relaksacji poprzez zanik powołanych oporów mięśniowych;
- drugim, określanym jako „readaptacja ruchów", który stanowi asocjację stanów relaksacji z postawami i czynnościami spotykanymi w życiu codziennym [9].

Przed rozpoczęciem stosowania metody dziecko poddawane relaksacji powinno być świadome istnienia własnego ciała i przyjąć proponowane modyfikacje. Uzmysłowienie to potrzebne jest do wypoziomowania napięcia w środowisku somatycznym oraz wegetatywnym. Relaksowany musi być przede wszystkim wprowadzony w strefę odprężenia, by móc dysponować stanem otwartości, poddawania się i przyjęcia rytmów doznawanych przez siebie za pośrednictwem prowadzącego. Wszystko to może nastąpić, gdy zostanie obniżona struktura czujności, na którą wpływają bodźce docierające z otoczenia oraz stany pobudzenia centralnego determinowane hormonalnie, zwłaszcza układu adrenergicznego. Idealnym procesem, w którym dochodzi do większego lub mniejszego ograniczenia oddziaływania czynników zewnętrznych, jest sen. Relaksacja ma za zadanie doprowadzić do podobnego stanu. Prowadzący stwarza atmosferę ciszy, półmroku, starając się odseparować dziecko od wszelkich czynników, które mogłyby rozpraszać jego uwagę.

Po osiągnięciu wspomnianego celu rozpoczynany jest seans, na który składają się dwa okresy rozdzielone etapem całkowitej nieruchomości. W pierwszym wykonywane są przez terapeutę następujące ruchy bierne względem relaksowanego:

- wyrzucanie ręki – prowadzący podtrzymuje przedramię w okolicach łokcia i wyrzuca rękę w odstępach sekundowych przez minutę;
- podnoszenie i opadanie dłoni – prowadzący przytrzymuje nadgarstek dziecka, podnosząc dłoń do pionu i dokładając nacisk pod jego palcami, a następnie swobodnie puszcza ją, po czym wykonuje 10–20 powtórzeń w odstępach co 2 s;
- ruch rotacyjny dłoni – prowadzący powoduje, aby przedramię osiągnęło pozycję pionową i dłoń ugięta zakreślała łuk od 70–100 stopni w poziomie, w odstępach co 10–20 s;
- ruch przedramienia – prowadzący podtrzymuje łokieć, podczas gdy ramię i przedramię leżą spokojnie; rotacje przedramienia podtrzymuje przez około 3 s i powtarza ją 10–20 razy;
- uginanie i prostowanie ramienia dziecka – prowadzący podnosi ramię podtrzymywane ponad łokieć, a następnie powoduje jego swobodne opadanie w rytmie co 2 sekundy;

– ruch głowy, twarzy i szyi;
– rozluźnienie mięśni ust i żuchwy;
– ruch kończyny dolnej – prowadzący wprowadza go w takim układzie jak ruchy kończyny górnej;
– ruch stopy – prowadzący wykonuje go w formie wykrzywienia z lewego położenia na prawo i odwrotnie, wyrzutu pionowego i opadania stopy spoczywającej na zewnętrznej krawędzi, a następnie przywodzi ją do pionu i puszcza;
– ruch kolana w formie:
  • zginania kolana – prowadzący ugina kolano do poziomu dołu podkolanowego, a następnie, nie spiesząc się, opuszcza je, powtarza czynności co 3 s z przerwą sekundową;
  • opadania bocznego ugiętego kolana – prowadzący wykonuje jeden ruch co 4 s z przerwą co 2 s;
  • ruchu opadania całej kończyny górnej podtrzymywanej za kostkę – prowadzący huśta kolano co sekundę albo dwie z przerwą dwusekundową [9].

Po wymienionych ćwiczeniach następuje etap całkowitej nieruchomości trwający kilka minut, a następnie przechodzi się do ostatniego okresu – powtórnego przyswojenia ruchów. Terapeuta kieruje prośbę do dziecka leżącego wciąż z zamkniętymi oczami, aby podnosiło poszczególne części ciała i bezwładnie opuszczało je w tej kolejności, jaka pojawiła się w pierwszym okresie. Dołączany jest również pakiet postaw, które dziecko przyjmuje, a następnie je odrzuca, by w efekcie uzyskać rozluźnienie. Czynności te mają podwójne zadanie: powrót do postawy stojącej oraz poczucie odprężenia po przybraniu różnych postaw, zachowane podczas poprzednich ruchów.

Efekty stosowania metody przejawiają się nie tylko w tonusie mięśniowym, ale również w układzie neurowegetatywnym, głównie regulacji czujności i uczuć. Rewalidator prowadzi ruchy bierne i jednocześnie przyjmuje rolę odbiorcy reakcji ciała pacjenta, co pozwala na kontrolę oraz modyfikację procesu ćwiczeń odprężających. Metoda dra Wintreberta jest szczególnie przydatna w:

1) dysfunkcjach neuromięśniowych, takich jak: sztywność, skurcze, problemy z pisaniem, niezręczność, brak koordynacji, drżenia, silne synkinezje;
2) zaburzeniach regulacji emocjonalnej i psychoafektywnej, takich jak: nadpobudliwość, niestabilność, lękliwość, a nawet uczucie obniżonej wartości;
3) szczególnych syndromach, w których czynnik toniczny i czynnik emocjonalny są często zaburzone, jak: jąkanie, tiki, moczenie nocne, manifestacje o komponencie psychosomatycznym (astma, ostry nieżyt spazmatyczny);
4) zaburzeniach neurowegetatywnych, takich jak: bóle głowy, bezsenność, tachykardia, spazmy układu trawiennego etc.;
5) syndromach psychotycznych jako uzupełniający element terapeutyczny, ułatwiający usunięcie inhibicji i ponowne nawiązanie kontaktu z otoczeniem;
6) syndromach neurotycznych, w których pomaga zmniejszyć napięcie ujawniające się jako reakcyjne lub endogenne konflikty [9].

Szerokie zastosowanie metody dra Wintreberta daje nieograniczone możliwości na polu przede wszystkim terapii, rehabilitacji i pedagogiki. Może stanowić składnik procesu psychomotorycznego i profilaktycznego, jak również zdrowego stylu życia. W przypadku osób upośledzonych umysłowo metoda ta sprawdza się, ponieważ nie angażuje świadomości. Ponadto oddziaływanie sensomotoryczne rewalidatora wpływa obniżająco na napięcie psychoruchowe [9]. Zmniejsza stres psychoruchowy, a tym samym przełamuje wywodzące się z niego zahamowania. W ostatnim czasie zmodyfikowano omawianą metodę, dołączając do ćwiczeń muzykę. Proponowana melodia musi odpowiadać charakterowi relaksacji, co oznacza, że należy unikać dynamicznych rytmów i głośnych dźwięków. W przypadku dzieci rodzaj muzyki ma szczególnie znaczenie i dlatego dobiera się ją nie tylko do stosowanej metody, ale i do atmosfery pomieszczenia zaprojektowanego przez terapeutę. W dużym stopniu subtelność muzyki wpływa na reakcje osoby poddającej się ćwiczeniom odpręż-

żającym, a zwłaszcza na jej tonus mięśniowy, którego oddziaływanie jest fundamentem omawianej relaksacji [10]. W związku z tym metoda dra Wintreberta wydaje się w pełni godna polecenia w sytuacjach, gdy zachodzi konieczność eliminowania niepożądanego napięcia psychoruchowego, uniemożliwiającego osobie upośledzonej umysłowo osiągnięcie stanu gotowości do udziału w procesie uczenia się i nauczania.

BIBLIOGRAFIA

[1] Winnik J.P. (red.), Adapted Physical Education and Sport, Human Kinetics, Chicago,1995. **[2]** Kirejczyk K., Upośledzenie umysłowe. Pedagogika, PWN, Warszawa 1980. **[3]** Bartoszewicz R., Petryna M., Zmiany napięcia psychomotorycznego u dziecka autystycznego podczas realizacji nowych zadań ruchowych, [w:] Koszczyc T. (red.), Uczenie się i nauczanie w sytuacjach trudnych, AWF, Wrocław 1997. **[4]** Bartoszewicz R., Napięcia psychoruchowe uczniów upośledzonych umysłowo podczas lekcji wychowania fizycznego, [w:] Ślężyński J. (red.), Efekty kształcenia i wychowania w kulturze fizycznej, PTNKF i AWF, Katowice 2001. **[5]** Kulmatycki L., Lekcja relaksacji, AWF, Wrocław 2002. **[6]** Siek S., Autopsychoterapia, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1999. **[7]** Szyszko-Bohusz A., Funkcja ćwiczeń odprężających w nowoczesnym procesie kształcenia, Ossolineum, Wrocław 1979. **[8]** Yerkes R.M., Dodson J.D., The relationship of strenght of stimulus to rapidity of habit formation, *J Comp Neurol Psychol*, 1908, 18, 8–16. **[9]** Wintrebert H., Relaksacja dziecka, NPDN PROTOTO, Wrocław 2012. **[10]** Juźwiak J., Muzykoterapia a rozwój ruchowy dziecka, *Tematy*, 1995, 7–8, 3–5.