

Ja cielesne w psychologii rehabilitacji

Stanisław Kowalik*

Katedra Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań

THE BODY SELF IN REHABILITATION PSYCHOLOGY

The paper presents different ways of approaching the concept of body self in psychology. Introducing a classification of the various ways in which the concept can be understood serves to organize empirical evidence which states that permanent injury to the organism leads to changes in the body image, the perception and assessment of the body. By resorting to modern theories of the body self it was indicated that this knowledge can be applicable to the rehabilitation of the disabled as it can improve the rehabilitation process.

WPROWADZENIE

Problem uwidoczniiony w tytule tego opracowania można rozwiązywać na wiele różnych sposobów. Po pierwsze, można skoncentrować się na rozwiązaniu najprostszym, próbując określić, w jaki sposób poprzez oddziaływania rehabilitacyjne następuje odtworzenie pełnej satysfakcji z własnego ciała u osób niepełnosprawnych, czyli takich u których organizm w trwały sposób stał się dysfunkcyjny. Po drugie, można analizować ten problem w sposób bardziej złożony. Uznając, że nabycie niepełnosprawności fizycznej powinno pozostawiać jakieś ślady psychologiczne, można je inwentaryzować a następnie wykorzystywać tę wiedzę w opracowaniu bardziej wszechstronnych, a więc także bardziej skutecznych programów rehabilitacji. Po trzecie wreszcie, można cały problem potraktować jako egzemplifikację bardziej ogólnego zagadnienia: wzajemnych relacji między biologiczną i psychiczną sferą funkcjonowania człowieka. W ten sposób poszerzona zostaje perspektywa rozpatrywania całego zagadnienia. Jednocześnie jednak jego rozwiązanie staje się wyjątkowo trudne.

Wybieram świadomie ostatnią możliwość analizy problemu ja cielesnego osób niepełnosprawnych, rozpatrywanego w kontekście procesu ich rehabilitacji z kilku powodów. Przede wszystkim wydaje się,

że pojęcie ja cielesnego może mieć węzłowe znaczenie dla dalszego rozwoju psychologii rehabilitacji. Ta subdyscyplina psychologii zajmująca się opisem i wyjaśnianiem wpływu trwałych urazów organizmu na funkcjonowanie psychologiczne człowieka oraz skupiona na efektywnym wykorzystaniu zasobów psychologicznych w celu przezwyciężenia negatywnych konsekwencji uszkodzenia ciała, powinna w końcu zmierzyć się z problemem korespondencji zachodzącej między ciałem i umysłem (problem *mind-body*). Unikanie tego problemu naraża psychologię rehabilitacji na zarzut powierzchowności w prowadzonych badaniach. Poza tym, poszerzenie perspektywy teoretycznej w rozpatrywaniu ja cielesnego stwarza szansę na inną od dotychczasowych, nową możliwość badania niepełnosprawności z punktu widzenia psychologii. Być może to nowe podejście badawcze nie okaże się zbyt przydatne dla rehabilitacji, ale nie można pomijać takich prób teoretyzowania w celu sprawdzenia jego wartości heurystycznej. Ostatecznie jedną z największych słabości współczesnej psychologii rehabilitacji jest niewystarczająca siatka pojęć teoretycznych, które umożliwiałyby bardziej pogłębione analizowanie tego specyficznego stanu w jakim znajduje się człowiek. Wreszcie nie można wykluczyć, że skonfrontowanie ze sobą wiedzy o ja cielesnym z niepełnosprawnością, może przyczynić się do jeszcze lepszego rozumienia związku między funkcjonowaniem organizmu i funkcjonowaniem psychologicznym ludzi pełnosprawnych. Nowa wiedza o ja cielesnym jest bardzo potrzebna, gdyż istniejącej ciągle jeszcze daleko do uzyskania precyzji naukowej i pełnego uporządkowania.

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Stanisław Kowalik, Katedra Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych, Akademia Wychowania Fizycznego, ul. Królowej Jadwigi 27/39, 61-871 Poznań.

e-mail: stanislaw.kowalik@wp.pl

Powyższe powody wydają się stanowić wystarczające uzasadnienie dla wyboru trzeciej drogi badawczej. Z takiego wyboru wynikają jednak dwie istotne konsekwencje. Pierwsza z nich polega na tym, że prowadzona analiza musi zasadniczo wykroczyć poza tradycyjne ramy, w jakich prowadzi się badania nad osobami niepełnosprawnymi. Poszerzeniu tych ram zostanie poświęcona pierwsza część niniejszego tekstu. Druga konsekwencja związana jest z podjęciem dużego ryzyka, odnoszącego się do efektów podjętego przedsięwzięcia. Problem *mind-body* nie jest dostatecznie wyklarowany w filozofii i innych naukach (fizjologii, psychologii, biologii, antropologii). Tak więc odwołanie się do wiedzy z tego zakresu może wywołać skutki nieprzewidywalne – pokazać nowe perspektywy badawcze albo jeszcze bardziej zagmatwać naszą wiedzę o niepełnosprawności i rehabilitacji (Murphy, 2001). Ustaleniu tego, jakie konsekwencje mogą wynikać z obranej drogi badawczej zostanie poświęcona druga część tego opracowania.

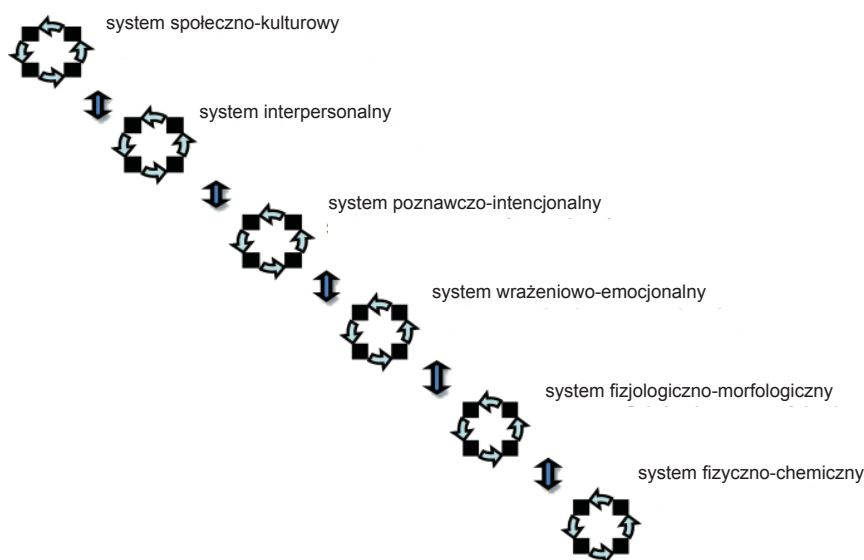
USZKODZENIE ORGANIZMU W ŚWIELE TEORII SYSTEMÓW

Nie wdając się w tym miejscu w analizę wszystkich możliwych propozycji rozwiązania problemu *mind-body* – a jest ich niemało – chciałbym zwrócić uwagę na jedną z nich, upowszechnioną przez teorię systemów (Bahm, 1969). W przeciwieństwie do innych ujęć teoretycznych, gdzie występuje ra-

dykalne przeciwstawienie sobie tego co materialne (organizm), temu co można nazwać rzeczywistością niematerialną (psychika), podejście systemowe wprowadza rozróżnienie wielu rzeczywistości. Nie należy więc traktować człowieka jako całości bio-psychicznej, gdzie o tej całościowości decydują jakieś mechanizmy zapewniające istnienie korespondencji między obu rodzajami bytów. Zgodnie z teorią systemów każdy z nich może być rozłożony na dalsze elementy składowe, a między nimi także muszą zostać spełnione warunki wzajemnego oddziaływania na siebie (Sadowski, 1978). W ten sposób dochodzi do pewnego rodzaju rozmycia problemu, ale jednocześnie zostaje przewyżczona tradycyjna dychotomia w przeciwstawianiu sobie tego co psychiczne, temu co cielesne. Wydaje się, że dzięki uwzględnieniu wielu poziomów rzeczywistości z jakich składa się człowiek, można bardziej precyzyjnie uchwycić działanie mechanizmów oddziaływania na siebie poszczególnych poziomów funkcjonowania człowieka (Henry, 2007).

Graficznie istotę tego podejścia można zilustrować przy pomocy Ryciny 1.

Nie chcę w tym miejscu wdawać się w spory, czy liczba wyróżnionych poziomów funkcjonowania człowieka jest wyczerpująca a także, czy użyte nazewnictwo jest najbardziej trafne. Chciałbym jednak zwrócić uwagę, że na rycinie zostały uwypuklone dwie istotne cechy myślenia systemowego: a) na każdym poziomie dochodzi do wzajemnych oddziaływań między elementami tworzącymi dane piętro



Ryc. 1. Systemowe podejście w rozpatrywaniu poziomów organizacji funkcjonowania człowieka

systemu jakim jest człowiek – od poziomu komórkowego do poziomu interpersonalnego i społeczno-kulturowego, tym samym zachowana jest możliwość utrzymania trwałości i względnej autonomii każdego z podsystemów, b) między poziomami zakładana jest możliwość oddziaływania – dzięki temu człowiek może funkcjonować jako autonomiczna całość (Bertalanffy, 1952).

O ile poznano w miarę dobrze wzajemne powiązania wewnątrz kolejnych subsystemów (zadanie te realizują nauki o człowieku: biochemia, fizjologia, anatomia, neuropsychologia i psychologia oraz socjologia), o tyle nasza wiedza o zasadach korespondencji między subsystemami jest dość ograniczona. Pytania jakie powstają w związku z tą korespondencją można sformułować następująco: czy należy zakładać istnienie pewnych ogólnych mechanizmów, które mają tę właściwość, że synchronizują funkcjonowanie organizmu na wszystkich lub na wielu poziomach (nie ulega wątpliwości, że przynajmniej dwa takie mechanizmy można już teraz uznać za istotne: są nimi ruch i mowa), czy raczej w ramach współoddziaływania między dwoma podsystemami można mówić o specyficznych, odrębnych mechanizmach oddziaływania (jeśli taka ewentualność wchodzi w grę, to niewątpliwie jednym z ważniejszych mógłby być mechanizm związany z ja cielesnym). Mówiąc inaczej, rozpatrywane może być istnienie jednego mechanizmu zapewniającego korespondencję między wszystkimi poziomami albo istnienie wielu specyficznych mechanizmów, które zapewniają korespondencję tylko między poziomami sąsiadującymi ze sobą (Schmalhausen, 1962).

Zgodnie z powyższymi ustaleniami można oczekiwać, że uszkodzenie funkcjonowania człowieka na poziomie jednego z subsystemów powinno dezorganizować funkcjonowanie innych systemów. Przy czym uznanie, że istnieje jeden uniwersalny mechanizm, który zapewnia łączność między wszystkimi subsystemami uzasadnia oczekiwanie, że konsekwencje dezorganizacji jednego z poziomów mogą być dalekosiężne. W sposób niejako lawinowy mogą być one przenoszone na wszystkie inne subsystemy człowieka. Z kolei, jeśli przyjmujemy, że istnieją tylko specyficzne mechanizmy, zapewniające łączność między sąsiadującymi ze sobą subsystemami, wówczas szansa na dezorganizowanie się całości jaką jest człowiek staje się mniejsza. Mówiąc dokładniej, naruszenie normalnego funkcjonowania subsystemów sąsiadujących w stosunku do systemu uszkodzonego może być na tyle mała, że nie wywoła ono negatywnych skutków na bardziej odległych poziomach organizacji człowieka. Oczywiście

nie można wykluczyć, że spójność funkcjonowania całego systemu zapewniona jest przez jednoczesne działanie dwóch rodzajów mechanizmów oddziaływania na siebie poszczególnych subsystemów: uniwersalnego i specyficznych. Tę możliwość pominię jednak w dalszej analizie.

W świetle powyższych ustaleń, w nieco odmiennym od tradycyjnych ujęć jawi się problem niepełnosprawności. Jeśli poprzez to pojęcie będziemy rozumieć trwale uszkodzenie organizmu człowieka, to nie można ograniczać się wyłącznie do rozpatrywania tego defektu na jednym z jego biologicznych subsystemów (w praktyce sprowadzanego zazwyczaj do poziomu morfologicznego). Nie można również ograniczać się w rozpatrywaniu konsekwencji tego uszkodzenia do wymiaru psychologicznego i ewentualnie społecznego. Otóż zgodnie z przedstawionym tutaj systemowym sposobem myślenia o człowieku należy przyjąć, że: a) do uszkodzenia organizmu może dochodzić na różnych poziomach (biochemicznym, fizjologicznym, biomechanicznym, morfologicznym i sensorycznym), b) uszkodzenie organizmu na danym poziomie wywołuje konsekwencje także na wszystkich pozostałych poziomach, oraz c) proces rehabilitacji powinien uwzględniać każdy z wyróżnionych poziomów funkcjonowania człowieka niepełnosprawnego.

Trzeba podkreślić, że nie spotkałem się w fachowej literaturze z takim lub podobnym sposobem rozpatrywania niepełnosprawności. Można więc ten fakt potraktować jako istotne uzasadnienie dla przyjętej tutaj teoretycznej perspektywy analizy niepełnosprawności. Konsekwencje przyjętego punktu widzenia dla badania niepełnosprawności mogą być jednak odmienne w zależności od tego, czy założymy, że korespondencję między poszczególnymi subsystemami zapewnia wyłącznie jeden uniwersalny mechanizm łącznikowy, czy też jest ich wiele, wycinkowo łączących sąsiadujące ze sobą subsystemy. Nie ma bezpośrednich dowodów, na rzecz przyjęcia jednego i wykluczenia drugiego z tych stanowisk. Podobnych dylematów można sformułować więcej. Dotyczą one głównie charakteru dysfunkcji, jakie wynikają z przesunięcia konsekwencji trwałego uszkodzenia jednego z subsystemów organizmu na inne subsystemy. W związku z tym można zadać kilka istotnych pytań: czy wyraźne zmiany zachodzące w subsystemach, które bezpośrednio nie są uszkodzone należy traktować jako formę zabezpieczenia lub obrony przed całkowitą dezorganizacją osoby niepełnosprawnej?, czy chodzi raczej o stworzenie warunków, które ułatwiałyby odzyskanie maksymalnej sprawności uszkodzonemu subsyste-

mowi?, czy konsekwencje uszkodzenia danego systemu, które ujawniają się na poziomie innych subsystemów można traktować jako negatywny efekt dysfunkcyjności człowieka, czy w grę może też wchodzić zabezpieczenie przed degradacją całego systemu poprzez utrzymanie korespondencji między poszczególnymi poziomami organizmu?, czy proces rehabilitacji powinien koncentrować się nie tylko na odzyskiwaniu funkcjonalności uszkodzonych struktur organizmu ale również na osłabianiu lub wzmacnianiu mechanizmów zabezpieczających powiązania między tymi subsystemami? Jak już wspomniałem, nie ma badań empirycznych, które umożliwiłyby udzielenie jednoznacznych odpowiedzi na powyższe pytania. Mimo wszystko warto w tym miejscu odwołać się przynajmniej do kilku badań, które ukazują kierunek udzielania takich odpowiedzi pytania w przyszłości.

Warto rozpocząć tę prezentację od spraw najbardziej prostych. Wyobraźmy sobie, co się dzieje z percepcją naszej twarzy po znieczuleniu, przeprowadzonym przed resekcją zęba. Odczuwamy, że część naszej twarzy zmienia się całkowicie. Wargi stają się jakby większe, język ledwo mieści się w ustach. Odnosimy wrażenie, że nie jesteśmy w stanie wyraźnie mówić, niekiedy samo poruszanie ustami wydaje się nam niemożliwe. A nad tym wszystkim dominuje przekonanie, że stopniowo okolice ust stają się dla nas czymś obcym, nie należą do nas, wyodrębniają się wyraźnie z całości naszego ciała, jako coś niezależnego od naszego Ja. Badania eksperymentalne nad tymi zjawiskami w pełni potwierdziły nasze potoczne doświadczenia (Gandevia i McCloskey, 1977). Wykazano w nich, że pod wpływem znieczulenia różnych części ciała, u większości ludzi pojawia się wrażenie zdecydowanego powiększenia się odpowiednich narządów, może też zmieniać się percepcja ich kształtu oraz położenia w stosunku do reszty ciała. Wykazano także, że pod wpływem kontroli wzroku niektóre z tych zaburzeń gnozyj mogą być usunięte (poza wrażeniem wzrostu objętości). Warto dodać, że w pojedynczych przypadkach badani nie byli w stanie rozpoznać znieczulonych organów jako własnych.

Nawiązując do wcześniej przedstawionego systemowego myślenia o problemie *mind-body* można przyjąć, że uszkodzeniu uległ podsystem fizjologiczny, a konkretnie nastąpiło ograniczenie zdolności do przewodnictwa czuciowych impulsów nerwowych z określonej okolicy ciała. Prawdopodobnie dzięki temu doszło do zaburzenia funkcjonowania neurologicznego schematu ciała. Używając jeszcze raz terminu „prawdopodobnie” można wnioskować, że do

adekwatnego w stosunku do rzeczywistości uświadamiania sobie własnego ciała pożądane jest spełnienie dwóch warunków. Po pierwsze, muszą być zapewnione dwa źródła informacji o stanie własnego organizmu (w tym przypadku ciągle napływające obwodowe informacje proprioceptywne) oraz utrwalone w mózgu, bardziej ogólne informacje o stanie własnego ciała). Pod drugie, oba rodzaje informacji są ciągle ze sobą zestawiane i konfrontowane. Można powiedzieć inaczej, że pod wpływem ciągłego podtrzymywania neurologicznego schematu własnego ciała poprzez napływające informacje obwodowe, istnieje możliwość pojawienia się psychologicznej reprezentacji własnego ciała. Tak więc korespondencja między podsystemem fizjologicznym i psychologicznym nie może być prostą rekonstrukcją stanu funkcjonowania człowieka na jednym poziomie w stan innego poziomu. Tylko szczególny układ funkcjonowania układu nerwowego może spowodować zmiany w sposobie percepcji własnego organizmu.

Dodatkowymi dowodami na złożoność związku między zmianami cielesnymi i ich percepcją mogą być liczne badania nad osobami po amputacji kończyn i po urazach rdzenia kręgowego (Lindsay, 1997; Petit, 2005). Wiele badań przeprowadzono nad czuciem fantomowym, doświadczanym przez ludzi po amputacji kończyn. Wyniki tych badań są dość jednoznaczne. Brak kończyny nie jest równoznaczny ze zniknięciem jej ze świadomości osoby niepełnosprawnej. Faktem jest, że często odczuwamy istnienie amputowanej kończyny w sposób nietypowy (Fisher i Cleveland, 1958). Człowiek po amputacji nogi może doświadczać tzw. czucia teleskopowego (wrażenie, że podudzie zagłębia się w udo pod wpływem ciężaru ciała i wychodzi z uda, gdy ciężar ciała przenoszony jest na drugą, istniejącą nogę), czucie tylko fragmentu nieistniejącej nogi (np. stopy, która nie jest połączona z resztą ciała), zmiany kształtu nogi (np. odwrócenie podudzia o 180 stopni w stawie kolanowym). Przypomina to trochę opisaną wcześniej sytuację ludzi po znieczuleniu miejscowym fragmentu organizmu. Nie ulega jednak wątpliwości, że różnice między morfologicznym stanem organizmu i jego uświadamianiem są znacznie wyraźniejsze u osób z czuciem fantomowym, niż u osób z chwilowym znieczuleniem części ciała.

Równie ciekawe zjawiska percepcyjne zaobserwowano u osób z paraplegią i tetraplegią. Przede wszystkim okazuje się, że posiadanie kończyn pozbawionych czucia i możliwości poruszania nimi, odczuwane jest jako mniejszy brak, niż ich usunięcie. Funkcjonalnie obie sytuacje nie różnią się między sobą, a jednak różnica morfologiczna w istotny

sposób jest odczuwana przez obie kategorie osób niepełnosprawnych. Pewne badania wskazują, że możliwość wzrokowej oceny spójności ciała ma pozytywną wartość dla osoby niepełnosprawnej (Frank i Elliott, 1989). Poza tym z innych badań wynika, że osoby z paraplegią, mimo braku czucia obwodowego, mogą doświadczać wrażeń dotykowych z okolic kończyn dolnych (Davis, 1997). Fakt ten może wskazywać, że przynajmniej w pewnych sytuacjach istnieje możliwość kompensowania dysfunkcji fizjologicznych przez procesy poznawcze. Wykorzystując myślenie systemowe można powiedzieć, że podsystem poznawczy uruchamia mechanizm korespondencji między subsystemem poznawczym i subsystemami percepcyjnym oraz fizjologicznym.

W celu lepszego zrozumienia działania tego mechanizmu można odwołać się do badań eksperymentalnych. V.S. Ramachandran (1994) wykazał, że istnieje możliwość wywołania wrażeń dotykowych odczuwanych na kończynie fantomowej, jeśli pacjenci ustawieni przed lustrem będą przez pewien czas głaskani po nodze istniejącej. Jeszcze bardziej spektakularny wynik uzyskano u osób, którym ukryto ręce pod stołem a do ramion przytwierdzono gumowe protezy kończyn górnych. Pod wpływem 10-minutowego głaskania protez u większości badanych wystąpiły dotykowe wrażenia głasków zlokalizowanych na sztucznych kończynach. Należy dodać, że osoby badane obserwowały czynność głaskania. Warto w tym miejscu przywołać jeszcze jeden eksperyment. Badani przez pewien czas obsługiwali robota, który przypominał wyglądem człowieka. Poruszając z pewnej odległości własnymi rękami mogli wywołać odpowiednie ruchy robota. Badani relacjonowali, że po pewnym czasie odczuwali, że dochodziło do przeniesienia własnego Ja w obręb robota. Wrażenie to było tak silne, że gdy zainscenizowano możliwość uderzenia robota przez opadający ciężarek, badani gwałtownie odchylali własne głowy, mimo tego, że odległość ciężarka od ich ciała była znaczna i z pewnością nie stanowił on zagrożenia (Eole, Sacks i Waterman, 2000).

Przedstawione dane rzucają nowe światło na problem korzystania z protez przez osoby niepełnosprawne. Można powiedzieć, że każdy z przedstawionych eksperymentów wskazuje na możliwość większego lub mniejszego ucieleśnienia używanej protezy. Niezależnie od tego, czy to będzie biała laska dla osób niewidomych, wózek inwalidzki dla osób po amputacji nóg lub sztuczna szczęką, zawsze pojawi się problem włączenia tych nowych urządzeń w neurologiczne schematy ciała i bar-

dzie świadome odczuwanie uzupełnienia własnej cielesności. Chodzi o to, aby poprzez odpowiedni trening czuciowy i ruchowy włączenie to następowało możliwie szybko i uwzględniało wcześniejsze doświadczenia osób niepełnosprawnych z własną cielesnością. Zbyt późne wyposażenie protetyczne może utrudnić proces ucieleśnienia, ze względu na pojawienie się wrażeń nietypowych i nieadekwatnych do istniejącego stanu organizmu. Mówiąc bardziej ogólnie, chodzi o to, aby subsystem umysłowy zaangażować w proces kompensowania dysfunkcji powstałych na poziomie morfologicznym. Jak wynika z przedstawionych danych korespondencja między tymi subsystemami może być utrzymywana poprzez zintensyfikowanie działania innych zmysłów (szczególnie wzroku), dostarczanie nowych bodźców czuciowych oraz poprzez podejmowanie czynności ruchowych angażujących uszkodzoną część organizmu.

Dotąd przedstawiałem przykłady reagowania różnych subsystemów organizacji człowieka na trwałe i stabilne uszkodzenia morfologicznej budowy człowieka. Po pojawieniu się uszkodzenia, subsystem fizjologiczno-morfologiczny dostrajał się do zaistniałej sytuacji i nie następowały w nim już dalsze zmiany. Często jednak istniejąca choroba stopniowo dezorganizuje funkcjonowanie organizmu, doprowadzając do pogłębiającej się niepełnosprawności. Wówczas dynamika oddziaływania na siebie poszczególnych subsystemów nabiera jeszcze bardziej złożonego charakteru w stosunku do zależności opisanych wyżej. Ten fragment analizy także rozpocznę od przedstawienia faktów najprostszych.

H.W. Marsch (1997) w oparciu o wszechstronną analizę odpowiednich wyników badań podaje, że ludzie mają skłonność do oceniania własnej fizyczności na kilku wymiarach. Chodzi głównie o wysokość i wagę ciała, proporcje poszczególnych jego części (somatotyp), stan zdrowia oraz sprawność ruchową. Poziom zadowolenia z ciała uzależniony jest od porównania siebie z innymi osobami tej samej płci i o podobnym wieku. Dodatkowym źródłem informacji w tej sprawie są opinie innych ludzi na nasz temat a także rezultaty podejmowanych działań ruchowych (Fialova, 2001). Dodatkowo wykazano w badaniach, że niska ocena własnego ciała może w zasadniczy sposób wpływać na obniżenie się ogólnej samooceny (Brawley i Rodgers 1993). Przypisywana wartość własnemu ciału jest także głównym motywem skłaniającym ludzi do dbałości o zdrowie i sprawność fizyczną oraz dążenie do poprawy wyglądu ciała (Rejeski i Thompson 1993). Służy

temu przestrzeganie diety, zabiegi kosmetyczne, korzystanie z odpoczynku w celu nieprzeciążania organizmu a przede wszystkim podejmowanie aktywności ruchowej. Ten ostatni czynnik dbania o własne ciało jest ważny ze względu na wielostronne oddziaływanie na wszystkie subsystemy z jakich składa się człowiek. Przykładowo warto w tym miejscu przytoczyć wyniki metaanalizy badań nad wpływem aktywności ruchowej na redukcję stanów lękowych u ludzi. W serii 39 badań eksperymentalnych wykazano poprawę stanu emocjonalnego w 21 przypadkach, brak zmian w 14 przypadkach i pogorszenie w czterech przypadkach badania (Tuson i Sinyor, 1993). Jeszcze wyraźniejsze zależności uzyskano w badaniu wpływu systematycznego uprawiania ćwiczeń ruchowych na ogólne zadowolenie z życia (Marcus i in., 2005). Ogólnie można powiedzieć, że każda forma dbania o własne ciało przynosi korzystne efekty na różnych poziomach funkcjonowania człowieka (od poziomu komórkowego do poziomu społeczno-kulturowego).

Podobnie chociaż z odwrotnym skutkiem działają choroby. Szczególnie choroby przewlekłe wywołują poważne konsekwencje na każdym poziomie funkcjonowania człowieka. Przykładowo cukrzyca, która początkowo wywołuje tylko zmiany na poziomie biochemicznym i fizjologicznym, stopniowo może doprowadzać do uszkodzenia wzroku, deformacji kończyn, obniżenia nastroju, wzrostu senności i ogólnego spadku aktywności życiowej. W efekcie tych procesów osoby chorujące zmieniają swe przekonania na temat własnego ciała: jego wyglądu i sprawności (Goetsch i Wiebe, 1995). Podobne konsekwencje stwierdzono w odniesieniu wielu innych chorób przewlekłych (stwardnienie rozsiane, nadciśnienie, reumatyzm, padaczka, astma i inne – Krueger, 1989). Ważne jest jedno. Wraz z nasilaniem się choroby, zwiększają się zmiany w funkcjonowaniu wszystkich subsystemów człowieka. W ten sposób organizm próbuje zaradzić pojawiającemu się zagrożeniu życia. Nie będę tutaj szczegółowo omawiał wszystkich możliwych form oddziaływania uszkodzonego narządu na inne sfery funkcjonowania człowieka ponieważ są to fakty dość powszechnie znane (Kowalik, 2007; Radley, 1991).

W tym miejscu chciałbym jedynie uwypuklić jeden z tych faktów, który nie jest doceniany w wystarczającym stopniu. Chodzi mi o proces leczenia chorób przewlekłych. Wiele z nich wymaga ciąglego i systematycznego obserwowania postępów choroby, przestrzegania diety i stosowania zabiegów leczniczych. Zmienia to zasadniczo życie człowieka chorego na wszystkich jego poziomach. Przykładowo wykazano, że podawanie sterydów młodzieży

cierpiącej na astmę oskrzelową powstrzymuje ataki duszności, ale to wcale nie prowadzi do wzrostu zadowolenia z własnego ciała (Penn i in., 1971). Co więcej, ciągle uzależnienie stanu zdrowia od środków farmakologicznych dziecka, pogłębia wielkość stresu doświadczanego przez rodziców (Cluroe, 1997). Szczególnie dolegliwe są konsekwencje chemoterapii stosowanej w leczeniu nowotworów. Jedną z konsekwencji tego leczenia może być utrata włosów. W wielu kulturach włosy mają znaczenie symboliczne i oznaczają dla mężczyzn potencję seksualną a dla kobiet płodność i symbol atrakcyjności fizycznej (Smith, 1997). Tak więc ich utrata może łączyć się z poważną traumą emocjonalną i trwałym obniżeniem samooceny (Freedman, 1994). To z kolei wywołuje wycofywanie się z życia społecznego, ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi do niezbędnego minimum, skłonności depresyjne, rezygnację z realizowania zadań, które dotąd były uznawane za ważne w życiu. Obniżona aktywność życiowa wywołana chorobą przewlekłą może prowadzić do trwałych zmian występujących w układzie kostno-szkieletowym, mięśniowym, oddechowym, immunologicznym (Biddle i Mutrie 2008).

Powyższa analiza wykazała, że zaproponowany tutaj systemowy sposób analizy konsekwencji uszkodzenia organizmu jest uzasadniony. Jednak ten sposób myślenia nie jest w stanie wprowadzić niezbędnego ładunku w zgromadzonych faktach, które wskazują na obowiązywanie zasady korespondencji między poszczególnymi subsystemami. Nabycie trwałej niepełnosprawności organizmu może wywoływać bezpośrednio najróżniejsze konsekwencje: zwiększać zagrożenie dla utrzymania życia, utrudniać niezależne funkcjonowanie poprzez obniżenie wydolności i sprawności ruchowej, sprzyjać w traktowaniu siebie jako osoby oszpeconej i zasługującej na pogardę innych, wywoływać odczucie obcości i wyalienowania a w konsekwencji odrzucenia samego siebie (depersonalizacja). Każdy z tych stanów może doprowadzać do kolejnych zmian na następnych poziomach organizacji funkcjonowania człowieka. Wielość i różnorodność ujawniających się konsekwencji bezpośrednich i pośrednich, bliższych i dalszych, sugeruje istnienie wielu specyficznych mechanizmów, zapewniających korespondencję między kolejnymi subsystemami człowieka. Jednak na podstawie tej wiedzy nie jestem w stanie rozstrzygnąć, czy poza wskazanymi mechanizmami, które łączą poszczególne subsystemy, mogą jeszcze działać mechanizmy bardziej uniwersalne, takie które zapewniają koordynację modyfikacji zachodzących na wszystkich poziomach organizacji

funkcjonowania człowieka. Podejmując się przybliżenia w rozwiązaniu tego problemu, skupię się na wykorzystaniu wiedzy teoretycznej związanej z tzw. problemem ja cielesnego. Wydaje się bowiem, że ten rodzaj koncepcji może pomóc w uporządkowaniu zgromadzonych faktów na temat doświadczania własnej cielesności przez osoby niepełnosprawne, a w konsekwencji może też przyczynić się do lepszego rozwiązywania praktycznych problemów dotyczących postępowania rehabilitacyjnego.

JA CIELESNE JAKO MODULATOR ZMIAN ZACHODZĄCYCH W OSOBIE NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Skupiając się na analizie ja cielesnego, muszę pominąć badanie wszystkich możliwych zasad korespondencji między subsystemami, które wyróżniłem jako zasadnicze dla organizacji funkcjonowania człowieka. Mówiąc dokładniej skoncentruję się na rozpatrzeniu roli ja cielesnego w pośredniczeniu między uszkodzeniem organizmu i efektami tego uszkodzenia dla całości funkcjonowania człowieka. I jeszcze jedno zastrzeżenie. W trakcie prowadzonej analizy pominię szczegółowe wyniki badań empirycznych dotyczących ja cielesnego. Zamiast tego będę odwoływał się do teoretycznych ujęć tego zagadnienia. Właśnie w tych koncepcjach uwidoczniają się najwyraźniej próby uchwycenia mechanizmu korespondencji między *body* i *mind*.

Powszechnie przyjmuje się, że dwóch badaczy wprowadziło do nauki problematykę ja cielesnego. W swoich wczesnych pracach, H. Head (1911, podano za Stamenow, 2005) przyjmował hipotetycznie, że w korze mózgowej musi znajdować się neuronalna reprezentacja ciała człowieka, która steruje ruchami ludzkimi. Jest ona pewnego rodzaju ramą lub modelem, pozwalającym na organizowanie działalności ruchowej w taki sposób, aby była ona dostosowana do wyjściowego ułożenia ciała, a także uwzględniała warunki zewnętrzne w jakich to działanie przebiega. Reprezentacja ta najczęściej była nazywana schematem ciała. Zwracano uwagę, że uszkodzenie ciała (np. amputacja kończyny) może dezorganizować aktywność ruchową człowieka nie tylko w ten sposób, że uniemożliwia fizyczne wykonywanie ruchów, ale też dodatkowo następuje utrata odpowiedniości między realnym stanem organizmu i jego neuronalną reprezentacją, co w sumie może prowadzić do trudności w realizacji prostych aktów ruchowych (czucie fantomowe). W podobny sposób wpływa uszkodzenie określonych pól kory mózgowej na ograniczenie aktywności ruchowej, a szczególnie

na wykonywanie ruchów złożonych (wymagających na przykład koordynacji kończyn).

Nieco później P. Schilder (1935) wysunął hipotezę idącą znacznie dalej. Przyjął mianowicie, że reprezentacja ciała nie ma tylko neuronalnego charakteru lecz ma również wymiar psychologiczny – ludzie tworzą świadomy wizerunek własnego ciała. U podstaw tej hipotezy znalazły się nie tylko obserwacje nad osobami ze schorzeniami neurologicznymi ale także badania nad osobami chorymi psychicznie, które traciły poczucie własnej odrębności, dysponowały zniekształconym obrazem własnej osoby (zniekształcenia własnej postaci szczególnie twarzy) lub odczuwały trudności w rozpoznawaniu zmian w wielkości i proporcjach ciała. Schilderowskie pojęcie ja cielesnego, ze względu na połączenie w nim aspektów biologicznych i psychologicznych, było jeszcze mniej jasne od ujęcia zaproponowanego przez Heada. Ogólnie mówiąc ja cielesne było przez niego traktowane jako obraz ciała, który jest tworzony przez ludzki umysł. Pojęciem tym posługiwał się jednak Schilder niekonsekwentnie. Raz sprowadzał je do wyobrażenia ciała (przestrzenny wizerunek siebie) a innym razem do wiedzy o ciele lub świadomości powierzchni i granic własnego ciała a nawet poczucia własnej cielesności (sposób w jaki ciało objawia się nam samym).

Obaj wymienieni badacze, ograniczyli się do opisu zjawisk, które uzasadniały istnienie ja cielesnego. Nie próbowali wyjaśnić pochodzenia i rozwoju tej struktury neurologicznej i psychologicznej, a także pominięli opracowanie całościowej koncepcji oddziaływania na siebie sfery biologicznej i psychologicznej człowieka, która przejawiałaby się w ja cielesnym. Nic więc dziwnego, że zmienność znaczeń nadawanych temu pojęciu, brak systematycznej teorii oraz trudności w prowadzeniu badań nad tymi subiektywnymi zjawiskami, zniechęciły na długie lata badaczy do zajmowania się tymi problemami. Z historycznego obowiązku należy podkreślić, że również Z. Freud poświęcił wiele uwagi rozwojowi ja cielesnego – jego koncepcja rozwoju psychoseksualnego dzieci wypełniona jest rozważaniami na ten temat (porównaj Kowalik, 1999). Wydaje się jednak, że inne bardziej atrakcyjne pomysły psychoanalityczne spowodowały, że poglądy Z. Freuda na temat ja cielesnego nie wzbudziły większego zainteresowania.

Dopiero pod koniec XX wieku sformułowano bardziej wnikliwie teorie ja cielesnego. Autorem jednej z nich M.I. Stamenow (2005). Punktem wyjścia dla jego koncepcji jest uznanie, że neurologiczny schemat ciała i psychologiczny wizerunek ciała to dwa dopełniające się elementy ja cielesnego. Przy

czym aktywizacja schematu w mózgu przyczynia się do uaktualnienia psychologicznego wizerunku. Zarówno schemat jak również wizerunek jest tym lepiej wyodrębniony, im bardziej ukształtowane jest ciało. Ukształtowanie ciała oznacza jego wyćwiczenie, uczynienie z niego instrumentu działań intencjonalnych. Należy podkreślić, że celowo użyte zostaje określenie „uaktualnienie”, gdyż w zasadzie Stamenow zakłada tylko przygodne, chwilowe uzyskiwanie przez człowieka poczucia własnej tożsamości cielesnej. Zwraca uwagę, że działanie schematu ciała jest znacznie bardziej skomplikowane w stosunku do tego, jak to zakładał Head a potem potwierdzał to W. Penfield (1975), propagując ideę lokalizacji w mózgu dwóch homunkulusów (czuciowego i motorycznego).

Otóż, jego zdaniem, schemat ciała jest rozproszony w różnych częściach mózgu, których praca jest skoordynowana ze sobą. Wydaje się, że najistotniejsze są dwie z nich. Jedna jest odpowiedzialna za identyfikowanie innych osób ze względu na ich wygląd, określanie ich pozycji ciała oraz dostrajania własnej pozycji do czynności podejmowanych przez innych (prawa boczna kora potyliczno-ciemieniowa). Druga służy do odwzorowania powierzchni własnego ciała i ma charakter neuromatrycy ciała (lewy płat ciemieniowy). W podobny sposób neguje istnienie Schilderowskiej koncepcji wizerunku ciała. Jego zdaniem, człowiek dysponuje mało wyrazistymi doświadczeniami odnoszącymi się do własnej cielesności (poczuciami). Dopiero pod wpływem fizjologicznych zmian w ciele wywołanych emocjami, dochodzi do koncentracji uwagi na własnej cielesności, co sprzyja powstaniu pełnej i wyodrębnionej struktury tożsamości cielesnej.

Według Stamenowa korespondencja między biologicznym i psychologicznym podsystemem człowieka możliwa jest dzięki tzw. opozycyjnej odmienności obu współdziałających struktur. Wyróżnił on dwa scenariusze tej współpracy. Pierwszy z nich określony został jako scenariusz pionowy/wertykalny. Polega on na przekazywaniu do mózgu sygnałów somatosensorycznych i sensomotorycznych na tyle silnych, że wymuszają one koncentrację uwagi na określonych fragmentach organizmu, co w konsekwencji prowadzi do uświadomienia sobie własnej cielesności (wizerunek ciała). Jeśli człowiek posługuje się już mową, która także jest źródłem stymulacji sensomotorycznej, to te ulotne doświadczenia cielesne przekształcane są w bardziej rozwinięte ja cielesne. Można je traktować jako konceptualizację własnego ja w ramach wizerunku ciała (ucieleśnione ja). Drugi scenariusz nazwany został poziomym/

horyzontalnym. Umożliwia on współpracę między neurologicznym schematem ciała i wizualnym wizerunkiem ciała ludzkiego. Jak pisze Stamenow „Gdy aktywizowany jest sam schemat ciała, to pozostaje on nieświadomy a jego efekt, regulacja czynności odbywa się na poziomie automatycznym. Z kolei, gdy aktywizowana jest wyłącznie wizualna reprezentacja ciała, to inne osoby spostrzegamy jako ożywione ciała, czyli ciała znajdujące się w biologicznym ruchu. Jednak gdy jednocześnie aktywizowane są w sposób skoordynowany oba obszary mózgu, wówczas jesteśmy w stanie odróżnić siebie od innych ludzi” (s. 39). W ten sposób uzyskujemy też możliwość porównania siebie z innymi pod względem cielesnym.

Łatwo można zauważyć, że przedstawiona koncepcja nie jest wyłożona z satysfakcjonującą klarownością. Stamenow ma świadomość tego braku. Wielokrotnie zastrzega się w swych pracach, że jego model korespondencji bio-psychicznej nie jest w stanie wytłumaczyć w pełni jedności funkcjonowania człowieka. Przedstawiony zbiór hipotez na ten temat opiera się na wybiórczych dowodach empirycznych i to czyni je bardziej prawdopodobnymi, ale jeszcze nie wykluczającymi istnienie alternatywnych mechanizmów korespondencji między ciałem i umysłem. Mimo tych braków, Stamenow wskazał na alternatywne kierunki myślenia o problemie *mind-body*. Najważniejszą ideą w tej koncepcji jest niewątpliwie pogląd, że mechanizm wywierania wpływu dwóch sąsiadujących ze sobą podsystemów człowieka działa, gdy ciało i psychika spełniają określone warunki do współdziałania. Ta idea może być ważna dla lepszego zrozumienia rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Zgodnie z wyłożoną koncepcją odpowiednio ukształtowane ciało jest jednocześnie budulcem i swoistą matrycą dla schematu i wizerunku ciała. Zarówno struktura neuronalna jak psychologiczna jest formą rekonstrukcji organizmu. W przypadku osób z wrodzoną niepełnosprawnością, obie rekonstrukcje od początku życia są adekwatne w stosunku do realnego ciała. Sytuacja komplikuje się, gdy do destrukcji morfologicznej lub funkcjonalnej dochodzi w ciągu życia. Można oczekiwać, że wówczas może nastąpić niedopasowanie schematu do wizerunku ciała, co zdecydowanie utrudnia realizację obu scenariuszy. Kompensowanie tych trudności może odbywać się przy szczególnym udziale uwagi. Koncentracja uwagi na własnym ciele może z kolei zawęzić zainteresowanie osoby niepełnosprawnej innymi aspektami jej aktywności życiowej, może zwiększać poziom odczuwanego zmęczenia oraz po-

wodować, że własne ciało spostrzegane jest jako coś obcego.

Ważne są także sugestie odnoszące się do scenariusza horyzontalnego powiązań między ciałem i psychiką. Należy spodziewać się, że szczególne trudności z tworzeniem ja cielesnego mają te osoby u których występują zaburzenia mowy. Dzieci niepełnosprawne w wieku 2–3 lat mogą odkrywać, że budowa i funkcjonowanie ich organizmu odbiega od organizmów innych ludzi i w oparciu o stopniowe odkrywanie tej inności może kształtować się niepożądane wyobrażenie własnej cielesności (ucieleśnienie ja może prowadzić do braku akceptacji własnej osoby). Mówiąc inaczej dziecko w tym wieku może posiadać adekwatny wizerunek swego ciała, ale będzie go odrzucać na poziomie świadomości. Ciekawa sugestia wynika też z drugiego scenariusza zakładanego w koncepcji Samenowa. Chodzi o percepcję osób niepełnosprawnych przez osoby pełnosprawne. Rozpoznawanie osób niepełnosprawnych jako ludzi z uszkodzonymi organizmami (szczególnie takich, gdzie niepełnosprawność jest widoczna) może utrudniać porównywanie siebie z tymi osobami. Problem polega na tym, że nasze wzrokowe ja cielesne odbiega od spostrzeganego ciała osoby niepełnosprawnej. Tym samym odbieramy je jako mało dostępne bo niezrozumiałe dla nas. W tej sytuacji bardziej ryzykowne staje się interpretowanie jej zachowania, generalnie rozpoznajemy ją jako obcą.

W świetle powyższych uwag interpretacyjnych nie można twierdzić, że teoria Samenowa umożliwia charakteryzowanie osób niepełnosprawnych w całkowicie nowy sposób. Podane fakty są od dawna powszechnie znane. Nowością jest jednak to, że dotąd omawiano je w sposób oddzielny. Nie było szansy na zespolenie ich w jeden system teoretycznego myślenia. Chciałbym dodatkowo zauważyć, że przedstawione ujęcie ja cielesnego w odniesieniu do rehabilitacji wyraźnie uwypukla różnice w doświadczanych problemach przez osoby z niepełnosprawnością wrodzoną, nabytą we wczesnym dzieciństwie i w okresie życia dorosłego.

Zupełnie inny punkt widzenia na ja cielesne – w stosunku do wcześniej opisanego – przedstawił J. Paillard (2005). Uwypukla on przede wszystkim rolę ja cielesnego jako stabilizatora wzajemnych relacji człowieka z jego otoczeniem. Píše on: „Jedną z najbardziej interesujących właściwości naszego mózgu jest jego zdolność do przetwarzania ciągle napływających informacji ze świata zewnętrznego i z wnętrza człowieka w zintegrowany i spójny system wiedzy o spostrzeganym świecie rejestrowanym

nieświadomie oraz o przestrzeni własnego ciała” (s. 89). Za pośrednictwem układu nerwowego dochodzi do wydobywania regularności w napływających informacjach z obrębu naszego ciała i przestrzeni środowiska życiowego. Jeśli chodzi o strukturę ciała, to ułatwieniem dla rozpoznawania pewnej regularności funkcjonowania organizmu jest ludzki szkielet. Podobną rolę pełni układ krwionośny, jeśli chodzi o funkcje wypełniane przez organizm. Krew transportuje pożywienie a także polecenia hormonalne dla całego organizmu. Dzięki tym a także pozostałym układom organizmu zapewniona jest jego funkcjonalna integracja. Szczególna rola układu nerwowego sprowadza się do zapewnienia integracji jednostki z jej środowiskiem życiowym.

Do wypełniania tej funkcji niezbędne jest podejmowanie czynności motorycznych. Mają one dwojaki charakter: a) przemieszczają ciało ku określonym celom w przestrzeni (funkcja lokomocyjna realizowana w przestrzeni docelowej), b) umożliwiają eksplorację nieznanymi obiektów i korzystanie z nich (funkcja manipulacyjna realizowana w przestrzeni kształtów). W realizacji pierwszej funkcji niezbędne jest dookreślanie senso-motorycznych pól działania, a w drugim niezbędne jest rejestrowanie stałych konfiguracji właściwości charakteryzujących określone obiekty środowiska. Niezbędne do sprawnego wykonania tych funkcji jest posiadanie odpowiednio senso-motorycznego schematu ciała „prowadzącego bezpośredni dialog ze środowiskiem” oraz konfiguracyjnie zakodowanego wizerunku ciała (reprezentacja ciała wytworzona przez procesy umysłowe). Można więc powiedzieć, że schemat ciała jest w swej istocie ukształtowanym poprzez ruch i doświadczanym percepcyjnie oraz rejestrowanym na poziomie świadomości poczuciem odrębności w stosunku do otoczenia. Z kolei wizerunek ciała jest jego pojęciem, czyli zbiorem skategoryzowanej wiedzy o własnej cielesności. Krótko te dwa aspekty ja cielesnego Paillard określa jako ciało zlokalizowane i ciało zidentyfikowane. Zintegrowana działalność obu aspektów ja umożliwia rozwój samoświadomości cielesnej, czyli poczucia bycia jego właścicielem i odpowiadania za nie (Paillard, 1999).

Wskazana dychotomia ja cielesnego posiada uzasadnienie zarówno w danych neuroanatomicznych a także w opisach funkcjonowania pacjentów u których nastąpiło uszkodzenie bądź nerwów obwodowych bądź ciemieniowych ośrodków kory mózgowej. Nie będę przywoływał w tym miejscu tych dowodów. Natomiast chciałbym podkreślić, że w omawianej koncepcji zbiór wrażeń sensomotorycznych pochodzących z własnego ciała jest podstawowym łącz-

nikiem między otoczeniem fizycznym i psychiką człowieka. W ten sposób Paillard częściowo uchylił kwestię korespondencji między ciałem i umysłem. Z jego punktu widzenia centralny układ nerwowy stał się jedynie ewolucyjnie ukształtowanym narzędziem, które zapewnia przetrwanie i rozwój człowieka w jego środowisku. Mechanizmem zapewniającym tę korespondencję są przede wszystkim wrażenia odbierane z otaczającego świata i własnego ciała.

Tym co należy uwypuklić w przedstawionej koncepcji, jeśli chodzi o możliwość wykorzystania jej w rehabilitacji, to niewątpliwie aktywność własną osób niepełnosprawnych. Różne dysfunkcje organizmu ograniczają ją w zasadniczy sposób, dlatego podstawową rolą rehabilitacji powinno być stwarzanie okazji do samodzielnego podejmowania działania w najszerzej udostępnionym środowisku. Takie traktowanie rehabilitacji odbiega od tradycyjnego jej pojmowania. Przyzwyczajaliśmy się do tego, aby kierować postępowaniem ludzi niepełnosprawnych. W trosce o ich dobro staraliśmy się nadzorować ich życie, ale w ten sposób wymuszamy na nich rezygnację ze samostanowienia o własnym losie. Przykładem takiego podejścia może być sposób prowadzenia ćwiczeń w ramach kinezyterapii – rola pacjentów sprowadzona jest do biernego uczestnictwa w zajęciach. Zgodnie z omawianą koncepcją, ucieleśnienie ja poprzez podmiotowe działania powinno spowodować stopniowe przejmowanie odpowiedzialności za własne ciało przez osoby niepełnosprawne. Na szczęście nowe trendy w rehabilitacji środowiskowej, coraz częściej zwracają uwagę na podmiotowe włączenie się osób niepełnosprawnych w proces własnej rehabilitacji. Drugim przesłaniem wynikającym z teorii Paillarda dla rehabilitacji, jest docenienie wrażeń sensomotorycznych w rozwoju ja cielesnego osoby niepełnosprawnej. Osoby zajmujące się profesjonalnie usprawnianiem ruchowym nie doceniają tego aspektu rehabilitacji. Koncentrują się przede wszystkim na sferze ruchowej, dobierając odpowiednie ćwiczenia pod kątem układu motorycznego. Zgodnie z omawianą teorią dla właściwego odtworzenia ja cielesnego osoby niepełnosprawnej, co najmniej tak samo ważne jest dostarczanie jej odpowiednich bodźców sensorycznych. To one są głównym budulcem w tworzeniu się świadomości ciała zlokalizowanego oraz ciała zidentyfikowanego, czyli pełnej rekonstrukcji ja cielesnego. Wreszcie sprawa trzecia. Powtórna integracja funkcjonalna ciała i umysłu – wcześniej naruszona poprzez uszkodzenie organizmu – może być efektywnie osiągnięta poprzez oddziaływanie na

posiadaną przez osoby niepełnosprawne konfigurację właściwości przypisywanych własnemu ciału. Mówiąc prosto, negatywna ocena ciała i związany z nią brak akceptacji siebie może od początku blokować angażowanie się w rehabilitację. Pomoc psychologiczna może zmienić tę niekorzystną sytuację na poziomie podejmowanej aktywności a potem także poprawy funkcjonowania biologicznego całego organizmu.

Na współczesne koncepcje ja cielesnego można patrzeć nie tylko jak na źródło cennych wskazówek, które pozwalają lepiej zrozumieć osoby niepełnosprawne i umożliwić doskonalenie procesu ich rehabilitacji. Można je także traktować jako źródło nierozwiązanych zagadek, które uwrażliwiają nas na problemy, których nie bylibyśmy świadomi, gdyby takich teorii nie było. Przykładowo G. Butterworth (1998) traktuje ja cielesne jako element ja dialogowego, czyli osobistego angażowania się w bezpośrednią, spontaniczną interakcję społeczną. Jego zdaniem, poprzez kontakty z innymi ludźmi jesteśmy w stanie wyodrębnić siebie jako osobę fizyczną w tzw. niezróżnicowanym ja poczuciowym. Aby mogło do tego dojść niezbędne jest przebywanie ludzi w tym samym środowisku przez dłuższy czas, co zapewnia koordynację w sposobie poznawania i emocjonalnego reagowania na zachodzące zdarzenia. Poza tym istotne jest wzajemne komunikowanie – od form najbardziej prostych (imitacja) poprzez ruchy ekspresyjne do porozumiewania się werbalnego. Ze względu na efekty tych kontaktów: możliwość poznania reakcji partnera na określone zdarzenia, sposób reagowania partnera na nas, uzyskiwane opinie na nasz temat, możemy lepiej wyodrębnić siebie ze świata innych ludzi, poczuć się autorami własnych czynów i lepiej rozumieć siebie ze względu na regularność reakcji na napływające zdarzenia.

Zagadka podstawowa jaka nasuwa się w związku z przedstawionym tokiem rozumowania jest następująca: czy osoby niepełnosprawne z racji uszkodzenia narządu ruchu, wzroku, słuchu, odczuwanych dolegliwości bólowych, słabej kondycji fizycznej – przebywając w tym samym środowisku z osobami pełnosprawnymi – mogą w taki sam sposób koordynować doświadczenia płynące z tego środowiska, jak inne osoby pełnosprawne? Negatywna odpowiedź na to pytanie oznacza, że nie ma równych szans dla osób niepełnosprawnych w wyodrębnianiu ja cielesnego w ramach ja dialogowego. Spojrzenie z tej perspektywy na proces rehabilitacji wymagałoby zasadniczej jego korekty.

A oto inny przykład. Francoise Dolto (podano za Geerardyn i Wallegem, 2005) – psychoterapeutka o orientacji psychoanalitycznej – także lansuje pogląd, że każdy człowiek posługuje się wizerunkiem ciała i schematem ciała. Pojęciom tym nadaje jednak zupełnie inne znaczenia, niż poprzednio omawiani badacze. Dla Dolto schemat ciała jest uniwersalnym, genetycznie przekazywanym, anatomicznym (neuralnym) wzorcem ciała, który jest identyczny u wszystkich przedstawicieli gatunku ludzkiego. Schemat ciała jest ściśle związany z życiem popędowym i ma na celu ułatwienie zaspokojenie tych popędów. W oparciu o ten schemat powstaje struktura psychiczna, nazwana przez Dolto wizerunkiem ciała. Jest to zindywidualizowane doświadczanie własnej cielesności ciała i: „należy je traktować, jakożywioną syntezę naszych emocjonalnych doświadczeń, jako nieświadome, symboliczne wcielenie podmiotu pożądanego, która – wspierana przez schemat ciała – jest kształtowana poprzez komunikację z innymi ludźmi i która umożliwia też komunikację nas z nimi” (s. 305). Początkowo u małych dzieci wizerunek ciała jest uświadamiany. Jednak gdy dziecko odkrywa i rozpoznaje wizualnie własną cielesność, wizerunek traci swój świadomy charakter. Ujawnia się on w twórczości artystycznej, w zabawach i innych zachowania ekspresyjnych. Wizerunek ciała składa się z trzech składników nazwanych częścią podstawową, funkcjonalną i erogenną. Pierwsza część jest wynikiem doświadczania narcystycznej ciągłości w przestrzeni i w czasie. Druga część jest konsekwencją życia wegetatywnego związanego z doświadczaniem jedzenia, oddychania, wydalania, percepcji węchowej i smakowej. Trzecia część utworzona jest na bazie popędu seksualnego. Powstaje ona w oparciu o relacje dziecka z matką (opieka nad ciałem dziecka) i w przyszłości będzie określała relacje z innymi ludźmi (uzyskiwanie z ich strony przyjemności lub przykrości). W całości wizerunek ciała określa nasze generalne pragnienia wobec przyszłości. Powoduje, że przyszłość jawi się nam jako zagrożenie, coś czego należy unikać (postawa dośrodkowa) lub jako coś nieznanego, co trzeba poznać i opanować (postawa odśrodkowa). Generalnie dobrze ukształtowany wizerunek ciała wzbudza chęć do życia i rozwoju. Z kolei jego złe ukształtowanie obniża pragnienie istnienia w przyszłości i blokuje dalszy rozwój człowieka.

Nie ulega wątpliwości, że nabycie niepełnosprawności może być interpretowane jako: a) zaburzenie powstające w ramach schematu ciała (np. u osób z dziecięcym porażeniem mózgowym), gdzie dochodzi do uszkodzenia centralnego układu nerwowe-

go, b) zaburzenie w ramach wizerunku ciała (np. uraz emocjonalny w wyniku poważnego poparzenia skóry) oraz c) rozregulowanie mechanizmów korespondencji między schematem i wizerunkiem ciała (prawdopodobnie ujawniający się we wszystkich poważnych rodzajach niepełnosprawności). Pytanie podstawowe jakie się pojawia w związku z koncepcją Dolto jest następujące: w jaki sposób można przeciwdziałać rozstrojeniu obu struktur ja cielesnego? Dolto sugeruje, że prawidłowo funkcjonujący schemat ciała może towarzyszyć uszkodzonemu wizerunkowi i odwrotnie. W obu sytuacjach nieuszkodzona część ja cielesnego może kompensować braki wynikające z uszkodzenia drugiej części ja. Jednak w świetle istniejącej wiedzy o stanach depresyjnych, których bardzo często doświadczają osoby niepełnosprawne, o pojawiającej się niekiedy skłonności do rezygnacji z życia, a przede wszystkim utraty motywacji i troski o własny rozwój, można wnosić, że to oddziaływanie kompensacyjne jest stosunkowo niewielkie. Jeśli Dolto ma rację, to należałoby szukać z większą intensywnością odpowiedzi na pytanie: co można robić w ramach procesu rehabilitacji, aby lepiej wykorzystywać schemat i wizerunek ciała w budowaniu odśrodkowej postawy u osób niepełnosprawnych, czyli wzmacniać w nich pragnienie istnienia i rozwoju w przyszłości.

Podjmując się analizy wybranych koncepcji ja cielesnego spodziewałem się, że mogą z niej wynikać konkretne postulaty dla doskonalenia procesu rehabilitacji. I to udało się osiągnąć. Niestety każda z przedstawionych koncepcji w odmienny sposób próbowała ukonkretnić mechanizmy korespondencji między ciałem i psychiką i tym samym problemy człowieka niepełnosprawnego jako obiektu i podmiotu rehabilitacji ukazywały się również w odmiennych perspektywach. Nie ulega wątpliwości, że koncepcje te różnią się w eksponowaniu nieco innych mechanizmów oddziaływania wobec sąsiadujących ze sobą subsystemów człowieka. Jednocześnie żadna z nich nie zakłada działania uniwersalnego mechanizmu łączącego wszystkie subsystemy.

Stamenow najbliższy klasycznemu odczytaniu zależności między ciałem i psychiką uwypuklił złożoność obu podsystemów i przyjmuje, że dopiero znalezienie się w określonym stanie każdego z nich stwarza możliwość oddziaływania ich na siebie. Przy czym uznał, że decydującą rolę w tym mechanizmie odgrywa uwaga. Paillard przypisał szczególną rolę impulsom nerwowym/wrażeniom sensomotorycznym. Przejście od tego co materialne do tego co subiektywne zachodzi w tym właśnie punkcie: przekształcenia impulsów w podstawowe jednostki

percepcyjne. Nie do końca jasną ale ważną funkcję w tym przekształceniu odgrywa aktywność ruchowa człowieka. Jeszcze inaczej rozwiązał problem Butterworth. Z ciała uczynił w zasadzie tło i bierny instrument w kształtowaniu się ja cielesnego. Jego zdaniem, opozycyjnym elementem w stosunku do umysłu jest materialne środowisko. Mechanizmem korespondencji uczynił on wzajemne komunikowanie się ludzi odnośnie wspólnego pola percepcyjnego. Wreszcie Dolto, z typową dla psychoanalityków tajemniczością ale też oryginalnością, odsunęła problem *mind-body* w rejony nieświadomości. Biologiczną stronę człowieka zredukowała do statycznych ram, na których organizowane jest doświadczenie człowieka z własnym ciałem. To organizowanie się – mniej lub bardziej korzystne dla dalszego rozwoju – jest w istocie głównym mechanizmem korespondencji między ciałem i umysłem.

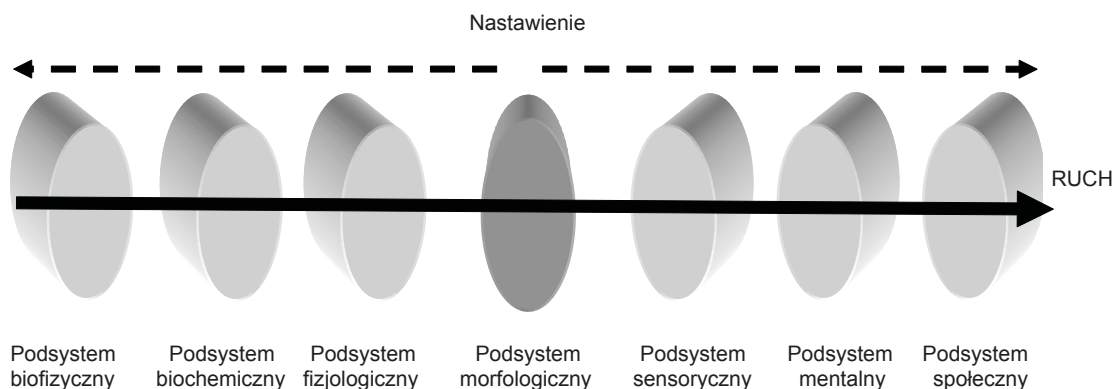
MOŻLIWOŚCI INTERPRETOWANIA REHABILITACJI W RAMACH KONCEPCJI FASONÓW RUCHOWYCH

Ośmielony różnorodnością pomysłów wcześniej przywołanych badaczy ja cielesnego, chciałbym teraz zaprezentować własne ujęcie problemu *mind-body*, różniące się istotnie od wyżej przedstawianych. W swojej propozycji chciałbym rozpatrzyć możliwość istnienia jednej zasady korespondencji między poszczególnymi podsystemami, z jakich składa się człowiek. Tak więc nawiązuję do takiego rozumienia teorii systemów, w którym założona jest jedna uniwersalna zasada łączności i koordy-

nacji działania na wszystkich poziomach funkcjonowania człowieka (Jones, 1999). Chciałbym też zastrzec, że pobudką do przedstawionego kierunku myślenia, jest dążenie do lepszego zrozumienia problemów związanych z rehabilitacją osób niepełnosprawnych. Wtórą sprawą jest odniesienie się do problemu *mind-body*. Poza tym przedstawienie mojej propozycji, którą nazywam koncepcją fasonów ruchowych, będzie dość skrótowe. Chodzi mi wyłącznie o zaprezentowanie pewnej idei teoretycznej w celu poddania jej osądowi osób zajmujących się profesjonalnie udzielaniem pomocy osobom niepełnosprawnym.

Na Rycinie 2 przedstawiam nieco zmieniony w stosunku do ryciny poprzedniej schemat podsystemów tworzących człowieka.

Omówienie powyższego rysunku należy rozpocząć od zwrócenia uwagi na grubą strzałkę, która przebiega przez wszystkie elementy wchodzące w skład człowieka. Strzałka ta oznacza aktywność ruchową. Pobudza ona każdy z wyróżnionych podsystemów, chociaż na każdym poziomie organizacji człowieka pobudzenie to wygląda inaczej. Efektem tego pobudzenia powinna być synchronizacja działania poszczególnych podsystemów. Na rysunku zaznaczony zaciemnioną fakturą podsystem morfologiczny, czyli całość organizmu. Wyróżnienie tego właśnie elementu człowieka oznacza, że jest on w szczególny sposób powiązany z ruchem. Wreszcie dwie przerywane strzałki rozchodzące się w dwóch kierunkach od podsystemu morfologicznego oznaczają efekt aktywności ruchowej: synchronizację wszystkich podsystemów ze sobą. Nazywam ją na-



Ryc. 2. Ruch jako czynnik koordynujący funkcjonowanie podsystemów człowieka

stawieniem. Przejdę teraz do bardziej szczegółowego wyłożenia koncepcji fasonów ruchowych, przedstawiając ją w postaci kolejnych tez.

Teza I

Subsystem morfologiczny, czyli organizm jako całość, podlega przyciąganiu ziemskiemu. Już od urodzenia człowieka takie parametry jak jego ciężar, wzrost i proporcje poszczególnych części ciała decydują o zróżnicowaniu w możliwościach poruszania się. Jednocześnie te możliwości decydują o specyfice doświadczeń pochodzących z własnego ciała. Eleonora Thelen (1989) jako pierwsza zwróciła na to uwagę wykazując eksperymentalnie, że przebieg rozwoju ruchowego dzieci jest procesem bardzo zindywidualizowanym i może być uwarunkowany właściwościami budowy organizmu. Podkreśliła też, że nabieranie masy ciała, zmiana jego proporcji oraz powiększająca się wysokość mogą być podstawowym impulsem dla stopniowego doskonalenia sprawności motorycznej. Człowiek dysponuje tzw. miękkimi wzorcami ruchowymi, które stopniowo adaptowane są do zmian morfologicznych ciała. Bardziej ogólnie można powiedzieć, że ruch człowieka zawsze dopasowuje się do indywidualnych parametrów morfologicznych człowieka. Po osiągnięciu dojrzałości biologicznej charakterystyczny typ tej aktywności utrwała się i staje się indywidualną własnością danej jednostki (Thelen, 2005).

Teza II

Trwały i dopasowany do właściwości organizmu sposób działania ruchowego będę nazywał fasonem ruchowym. Użycie metafory pochodzącej ze świata mody ma swoje uzasadnienie. Fason ruchowy jest tak jak dobrze skrojony ubiór, odpowiednio dobranymi właściwościami ludzkiego ruchu, który przewyższa przyciąganie ziemskie ze względu na posiadane parametry organizmu. Prawdopodobnie można go opisywać ze względu na ich intensywność, przyspieszenie, harmonię, skoordynowanie, zakres, wykorzystywaną przestrzeń ruchową, dominację sfery sensorycznej nad motoryczną lub odwrotnie itd. Z pewnością jednak fasonu ruchowego nie można sprowadzić do typowych cech motorycznych człowieka (szybkość, siła, skoczność, wytrzymałość).

Teza III

Fason ruchowy kształtuje się poprzez ciągłą aktywność ruchową. Istotne znaczenie w tym procesie ma aferentacja zwrotna. Nawiązując do koncepcji N.A. Bernsteina (1967) można powiedzieć, że jeśli akt

ruchowy polega na przejściu ciała ze stanu aktualnego w stan pożądany, to każdy ruch nieefektywny (nie realizujący zadanego celu) będzie eliminowany. Eliminowanie ruchów nieefektywnych oznacza ograniczenie stopni swobody ruchowej, czyli przyczynia się do pełnego wykształcenia fasonu ruchowego. Im dziecko ma więcej szans na własną aktywność motoryczną, tym lepiej może ukształtować własny fason ruchowy. Później, tylko zasadnicze zmiany w budowie morfologicznej mogą wymusić odpowiednią jego zmianę.

Teza IV

Aktywność ruchowa człowieka wpływa na wszystkie jego subsystemy z morfologicznym włącznie. O niektórych możliwościach wpływu była już mowa we wcześniejszych fragmentach tego opracowania. Nie ulega wątpliwości, że w miarę rozwoju fasonu ruchowego wpływ ten powinien być coraz bardziej specyficzny. Osoby dysponujące odmiennymi fasonami ruchowymi powinny różnić się przemianą materii, wydolnością fizjologiczną, wrażliwością proprioceptywną, muskulaturą, stylem komunikacji niewerbalnej, reaktywnością emocjonalną a nawet posiadanym typem doświadczenia i strukturalizacją wiedzy o sobie. Wydaje się, że warto w tym miejscu odwołać się do pogardzanych współcześnie przedstawicieli psychologii konstytucjonalnej. Badania E. Kretschmera (1958) i W.H. Sheldona (1942) nad związkiem między budową ciała a temperamentem, zdolnościami twórczymi, wrażliwością emocjonalną, zainteresowaniami nigdy nie zostały podważone empirycznie. Natomiast zaniegowane zostały założenia teoretyczne tych badań. Przyjęty tutaj punkt widzenia na związek między budową ciała i różnymi właściwościami psychiki człowieka oraz jego funkcjonowania społecznego, traktuję jako alternatywę teoretyczną w wyjaśnianiu wskazanych zależności.

Teza V

O ile w początkowej fazie wpływ środowiska na kształtowanie się fasonów ruchowych ogranicza się do oddziaływania przyciągania ziemskiego, to później należy docenić znaczenie innych właściwości otoczenia. Zwracali na to uwagę Eleonora J. Gibson (2000) oraz J.J. Gibson (1979) nazywając dopasowanie działań ruchowych do trwałych właściwości środowiska afordancją. Można za nimi przyjąć, że specyficzne i trwałe właściwości środowiska życiowego człowieka kształtują wszystkie subsystemy człowieka za pośrednictwem aktywności ruchowej. Co więcej, środowisko można za Gibsonami rozu-

mieć jako zbiór wskazówek, które ułatwiają posługiwanie się fasonami ruchowymi.

Teza VI

Synchronizacja wszystkich subsystemów człowieka sprzyja przygotowaniu ciała na każdym poziomie do działania w określonym kierunku i w określony sposób. Zwiększa stabilność jego funkcjonowania, pozwala na wzajemne kompensowanie utrudnień pojawiających się na poszczególnych poziomach, co skutkuje wzrostem niezawodności całego systemu. Za D. Uznadze można powiedzieć, że ta gotowość do zintegrowanej współpracy w przyszłości różnych subsystemów człowieka jest nastawieniem (Nora-kidze, 1966). Ułatwia ona adaptację człowieka do nowych warunków. Nastawienie można więc traktować jako efekt ewolucji. Psychologiczny wymiar nastawienia będę nazywał ja cielesnym. Zgodnie z dotychczasowym wywodem nie jest to jednak tylko poczucie ciała, jego wizerunek lub pojęcie. Ja cielesne jest przede wszystkim zintegrowanym z pozostałymi podsystemami ciała regulatorem aktywności ruchowej człowieka. Chciałbym podkreślić, że takie rozumienie ja cielesnego trzeba przyjąć, jeśli nie chcemy traktować człowieka jako idealnie zaprogramowanej maszyny. Jako autonomiczny podmiot człowiek ma swobodę wyboru własnej aktywności ruchowej a zapewnia ją właśnie ja cielesne. Optymalne działanie tej struktury psychicznej polega na nastawieniu na określony sposób przetwarzania informacji pochodzących z wnętrza organizmu, z eksteroreceptorów i przekazywanych przez innych ludzi.

I na koniec chciałbym jeszcze raz powrócić do problemu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Kierunek tej analizy narzuca się prawie automatycznie a wniosków rehabilitacyjnych, jakie wynikają z koncepcji fasonów ruchowych jest wiele. Zwrócę w tym miejscu uwagę na niektóre z nich. Przede wszystkim należy uwypuklić znaczenie aktywności ruchowej w rehabilitacji. W szczególności sposób uwidoczniła się ona u osób z uszkodzeniem aparatu ruchu. Jak wynika z przedstawionych założeń, brak normalnej aktywności ruchowej może skutkować stopniową dezintegracją całego systemu jakim jest człowiek. Tylko w przypadkach urodzenia się z uszkodzonym aparatem ruchu, osoby niepełnosprawne nie mają problemu z dezintegracją. Wówczas należy mówić o braku pełnej integracji poszczególnych podsystemów ze względu na ograniczoną aktywność ruchową, która mogłaby doprowadzić do jej osiągnięcia. W obu sytuacjach ruch jest niezbędny do przezwyciężenia konsekwencji

tej niepełnosprawności. Jednak nie chodzi tu tylko o usprawnianie układu ruchowego. W świetle przedstawionej koncepcji chodzi raczej o wykorzystanie ruchu jako mechanizmu zapewniającego wytworzenie lub odtworzenie korespondencji między wszystkimi podsystemami wchodzącymi w skład człowieka. Biorąc pod uwagę realizację takiego celu, należałoby przeprowadzić analizę standardowych programów ćwiczeń ruchowych przeznaczonych dla osób z dziecięcym porażeniem mózgowym, cierpiących na schorzenia reumatyczne, z hemiplegią, ze stwardnieniem rozsianym i po urazach rdzenia kręgowego. Chodzi o to, aby promowane formy aktywności ruchowej w maksymalnie dużym stopniu mogły oddziaływać na wszystkie subsystemy osoby niepełnosprawnej.

Odrębny problem rehabilitacyjny powstaje, gdy dochodzi do amputacji części organizmu (kończyn, piersi, usunięcie nerki itd.). Sytuacje tego typu wywołują zmiany morfologiczne na tyle duże, że może dojść do niezgodności między wagą człowieka i proporcjami ciała a dotychczas wykorzystywanym fasonem ruchowym. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadkach chorób przewlekłych, które prowadzą do gwałtownego zmniejszania się wagi ciała oraz w niektórych chorobach układu hormonalnego, wywołujących gwałtowną nadwagę. Fason ruchowy dostosowany do wcześniejszych parametrów morfologicznych może teraz zawodzić, co skutkuje trudnościami w wykonywaniu płynnych, harmonijnych, skoordynowanych ruchów, czyli ograniczyć ochotę do wykonywania jakichkolwiek czynności lokomocyjnych i manipulacyjnych. W tych przypadkach aktywność ruchowa podejmowana w ramach rehabilitacji także jest nieoceniona. Nie może ona jednak przebiegać w tradycyjny sposób, czyli bez uwzględnienia dotychczasowego fasonu ruchowego oraz dokładnej znajomości wpływu zmian morfologicznych organizmu na postawę ciała, utrzymywanie równowagi statycznej i preferowanych form kompensowania trudności w posługiwaniu się aparatem ruchu. Ogólnie mówiąc, chodzi o bardziej zindywidualizowany dobór aktywności w stosunku do zaistniałych zmian w strukturze ciała osoby niepełnosprawnej.

W oparciu o przedstawioną koncepcję można wysunąć wiele innych postulatów, które mogą przyczynić się do wzrostu oddziaływania rehabilitacyjnego. Warto je chociaż krótko zasygnalizować:

- w początkowej fazie rehabilitacji aktywność ruchowa powinna odbywać się przez czas dłuższy w tych samych warunkach środowiskowych (np. w wodzie, we własnym pokoju) – w dal-

szych fazach rehabilitacji należy dbać o duże urozmaicenie środowiska życiowego;

- w takim samym stopniu jak podkreślamy znaczenie ruchu, należy doceniać i dbać o zwiększanie wrażliwości na wszelkie sygnały pochodzące z własnego organizmu – kształtowanie multimodalnego czucia własnego ciała może istotnie przyspieszyć efekty rehabilitacji;
- niezbędne jest również to, aby osoby profesjonalnie zajmujące się rehabilitacją same miały świadomość własnego fasonu ruchowego, wówczas wczucie się w stan fizyczny osoby niepełnosprawnej będzie lepszy i ograniczone zostaną błędy polegające na narzucaniu własnego fasonu ruchowego osobom z którymi prowadzimy zajęcia;
- przede wszystkim należy wszelkimi sposobami (naturalnymi i wykorzystującymi pewne ćwiczenia z niektórych systemów psychoterapeutycznych) kształtować świadomość ja cielesnego, dzięki temu osoby niepełnosprawne staną się równoprawnymi partnerami wobec specjalistów i jako tacy będą mogli racjonalnie stanowić o przebiegu procesu usprawniania.

Chciałbym zauważyć, że każdy z tych postulatów wynika bezpośrednio z koncepcji fasonów ruchowych, a ich wdrożenie może wpłynąć na zasadniczą modyfikację naszego dotychczasowego podejścia do osób niepełnosprawnych w czasie udzielania im pomocy.

ZAKOŃCZENIE

Nie zawsze wysiłek włożony w wykonanie podjętego zadania jest współmierny do jego efektów. Gdyby tak było, to nie miałbym wątpliwości, że koncepcja fasonów ruchowych może być użyteczna w rehabilitacji. Jeśli jednak okaże się, że moja propozycja jest tropem prowadzącym do nikąd, nie będę tym zdziwiony. Przedstawiony system myślenia w wielu miejscach może budzić wątpliwości. Niektóre tezy nie zostały wyklarowane w sposób wystarczająco precyzyjny. Jednak uchwycenie w jedną całość diametralnie odmiennych podejść do ja cielesnego utrudnia wykonanie klarownej syntezy. Także uzasadnienie empiryczne poszczególnych tez mogłoby być lepsze. Taki jest jednak stan wiedzy o ja cielesnym osób niepełnosprawnych. Poza tym zabrakło w tym opracowaniu wiele odniesień do poszczególnych rodzajów niepełnosprawności (szczególnie zaburzenia narządów zmysłów i zaburzeń psychicznych). Odwołanie

do konkretnych spraw uczyniłoby tę analizę bardziej zrozumiałą dla profesjonalistów.

W sumie jest to praca niedokończona, będąca bardziej zaproszeniem do dalszego myślenia o ja cielesnym osób niepełnosprawnych, niż gotowym wizerunkiem tej struktury psychicznej. Moje wątpliwości kończą się jednak, gdy mam wyrazić swój stosunek do znaczenia ja cielesnego w procesie rehabilitacji. Teraz, po napisaniu tego tekstu jestem jeszcze bardziej przekonany, że bez dalszego gromadzenia wiedzy na ten temat, postęp psychologii rehabilitacji a w konsekwencji także praktyki rehabilitacyjnej będzie ułomny.

LITERATURA

- Bahm, A.J. (1969). Systems theory. Hocus pocus or holistic science? *General Systems*, 14, 175–177.
- Bernstein, N. (1967). *Coordination and regulation of movements*. New York: Pergamon Press.
- Bertalanffy, von L. (1952). *Problems of life*. New York: Wiley.
- Biddle, S.J.H., Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. Abingdon: Routledge.
- Brawley, L.R., Rodgers, W.M. (1993). Social-psychological aspects of fitness promotion. W: P. Seraganian (red.), *Exercise psychology. The influence of physical exercise on psychological processes* (s. 254–298). New York: Wiley.
- Butterworth, G. (1998). An ecological perspective on the self and its development. W: J.L. Bermudez, A. Marcel, N. Eilan (red.), *The body and the self* (s. 87–105). Cambridge: A Bradford Book.
- Cluroe, S. (1997). Altered body image in children. W: M. Salter (red.), *Altered body image. The nurse's role* (s. 90–111). London: Bailliere/Tindall.
- Davies P.S. (1997). Spinal cord injury and changes to body image. W: M. Salter (red.), *Altered body image. The nurse's role* (s. 267–285). London: Bailliere Tindall.
- Fialova, L. (2001). *Body image jako součást sebjepojeti člověka*. Praha: Karolinum.
- Frank, R.G., Elliott, T.R. (1989). Spinal cord injury and health locus of control beliefs. *Paraplegia*, 27, 250–256.
- Freedman T. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17, 334–341.
- Gandevia, S.C., McCloskey, D.I. (1977). Sensations of heaviness. *Brain*, 100, 345–354.
- Geerardyn, F., Walleghe, K. (2005). Françoise Dolto's clinical conception of the unconscious body image and the body schema. W: H. De Preester, V. Knockaert (red.), *Body image and body schema. Interdisciplinary perspectives on the body* (s. 299–310). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Gibson, E.J. (2000). Perceptual learning in development. Some basic concepts. *Ecological Psychology*, 12, 295–302.
- Gibson, J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton, Mifflin.

- Goetsch, V.I., Wiebe D.J. (1995). Diabetes mellitus. Considerations of the influence of stress. W: A.J. Goreczny (red.), *Handbook of health and rehabilitation psychology* (s. 513–534) New York: Plenum Press.
- Henry, M. (2007). *O fenomenologii*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Jones, P.F. (1999). The embodied mind. Contrasting visions. *Mind, Culture, and Activity*, 6, 274–285.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: WAiP.
- Kowalik, S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Kretschmer, E. (1958). *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL.
- Kruger, D.W. (1989). *Body self and psychological self. A developmental and clinical integration of disorders of the self*. New York: Brunner/Mazel.
- Marcus, B.H., Bock, B.C., Pinto, B.M., Napolitano, M.A., Clark, M.M. (2005). Exercise initiation, adoption, and maintenance in adults. Theoretical models and empirical support. W: J.L. van Raalte, B.W. Brewer (red.), *Exploring sport and exercise psychology* (s. 185–208). Washington: APA.
- Marsch, H.W. (1997). The measurement of physical self-concept. A construct validation approach. W: K.R. Fox (red.), *The physical self. From motivation to well-being* (s. 27–58). Champaign: Human Kinetics.
- Murphy, R.F. (2001). *Umlczeno telo*. Praha: Sociologické Nakladatelství.
- Norakidze, W.G. (1966). *Typy charakteru i fiksiruwannaja ustanowka*. Tbilisi: “Miecniereba”.
- Lindsay, M. (1997). A neurological perspective. W: M. Salter (red.), *Altered body image. The nurse’s role* (s. 248–266). London: Bailliere Tindall.
- Paillard, J. (2005). Vectorial versus configural encoding of body space. A neural basis for a distinction between body schema and body image. W: H. De Preester, V. Knockaert (red.), *Body image and body schema. Interdisciplinary perspectives on the body* (s. 89–110). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Paillard, J. (1999). Body schema and body image. A double dissociation in deafferented patients. W: G.N. Gantchev, S. Mori, J. Massion (red.), *Motor control. Today and tomorrow* (s. 197–214). Sophia: Academic Publishing House.
- Penfield, W. (1975). *The mystery of the mind*. Princeton: Princeton University Press.
- Penn, I., Bunch, D., Oleniik, D., Abouna, G. (1971). Psychiatric experience with patients receiving renal and hepatic transplants. *Seminars in Psychiatry*, 3, 133–144.
- Petit, J.L. (2005). A functional neurodynamics for the constitution of the own body. W: H. De Preester, V. Knockaert (red.), *Body image and body schema. Interdisciplinary perspectives on the body* (s. 189–209). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Radley, A. (1994). *The body and social psychology*. New York: Springer-Verlag.
- Ramachandran, V.S. (1994). Phantom limb, neglect syndromes, repressed memories, and Freudian psychology. *International Review Neurobiology*, 37, 291–333.
- Rejeski, W.J., Thompson, A. (1993). Historical and conceptual roots of exercise psychology. W: P. Seragianian (red.), *Exercise psychology. The influence of physical exercise on psychological processes* (s. 3–38). New York: Wiley.
- Sadowski, W. (1978). *Podstawy ogólnej teorii systemów*. Warszawa: PWN.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schmalhausen, I.I. (1962). *Organizm jako całość*. Warszawa: KiW.
- Sheldon, W.H. (1942). *The varieties of temperament. A psychology of constitutional differences*. New York: Harper.
- Smith, J. (1997). Cultural issues associated with altered body image. W: M. Salter (red.), *Altered body image. The nurse’s role* (s. 75–89). London: Bailliere Tindall.
- Stamenow, M.I. (2005). Body schema, body image, and mirror neurons. W: H. De Preester, V. Knockaert (red.), *Body image and body schema. Interdisciplinary perspectives on the body* (s. 21–44). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Thelen, E. (2005). Dynamic systems theory and the complexity of change. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 255–283.
- Thelen E. (1989). Self-organization in developmental processes. Can systems approaches work? W: M. Gunnar, E. Thelen (red.), *Systems in development. Minnesota symposia in child psychology* (s. 77–117). New York: Erlbaum.
- Tuson, K.M., Sinyor, D. (1993). On the affective benefits of acute aerobic exercise. Taking stock after twenty years of research. W: P. Seragianian (red.), *Exercise psychology. The influence of physical exercise on psychological processes* (s. 80–121). New York: Wiley.