

Kinesiotaping w logopedii

historia — możliwości — perspektywy

POD REDAKCJĄ
Diany Saniewskiej



KINESIOTAPING W LOGOPEDII

historia – możliwości – perspektywy

KINESIOTAPING W LOGOPEDII

historia – możliwości – perspektywy

REDAKCJA NAUKOWA

Diana Saniewska

WSPÓŁPRACA

Ireneusz Hałas

Edyta Samojło

© Copyright by Authors
Kraków 2024
ISBN 978-83-67209-83-0

Recenzje:

dr hab. n. hum. Joanna Kuć, prof. UwB
dr hab. n o. k. f. Elżbieta Rutkowska, prof. ABNS im. Jana Pawła II

Redakcja naukowa:
dr Diana Saniewska

Konsultacja fizjoterapeutyczna:
dr n. o. k. f. Ireneusz Hałas, Międzynarodowy Senior Instruktor K-Active Taping

Konsultacja z zakresu zdrowia publicznego:
mgr Edyta Samojło

Redakcja językowa:
Diana Saniewska

Korekta:
Edyta Samojło i zespół

Okładka: Magdalena Sikorska

Zdjęcie na okładce: archiwum prywatne Ireneusza Hałasa

Projekt dofinansowany ze środków budżetu państwa, przyznanych przez Ministra Nauki w ramach Programu „Doskonała nauka II”.



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



**Doskonała
Nauka**

Projekt realizowany był w Zakładzie Stosowanego Językoznawstwa Polonistycznego na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu w Białymstoku przy współpracy z IREHAMED Fizjoterapia i Fizjoprofilaktyka z Lublina.



Wydział Filologiczny
UNIWERSYTET W BIAŁYMSTOKU

i+ IREHAMED

Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner
al. Daszyńskiego 21/13
31-537 Kraków
tel. 12 628 05 12
e-mail: office@libron.pl, www. libron.pl

Spis treści

Diana Saniewska WSTĘP	7
---------------------------------	---

WPROWADZENIE DO KINESIOTAPINGU

Diana Saniewska, Ireneusz Hałas CO TRZEBA WIEDZIEĆ O KINESIOTAPINGU W LOGOPEDII	15
---	----

Diana Saniewska KINESIOTAPING, KINESIO TAPING, KINESIOLOGY TAPING CZY JESZCZE INACZEJ – UPORZĄDKOWANIA TERMINOLOGICZNE (NIE TYLKO LINGWISTYCZNE)	45
---	----

KINESIOTAPING NA TLE WSPÓŁCZESNEJ NAUKI

Katarzyna Kaczorowska-Bray, Stanisław Milewski LOGOPEDIA POLSKA XXI WIEKU – NOWE WYZWANIA I KIERUNKI ROZWOJU	61
--	----

Emilia Mikołajewska, Dariusz Mikołajewski KINESIOTAPING TRAKTU USTNO-TWARZOWEGO – WSPÓLNA PŁASZCZYZNA DZIAŁAŃ FIZJOTERAPII I LOGOPEDII. PODEJŚCIE KLASYCZNE I OBLICZENIOWE	77
---	----

Diana Saniewska, Ireneusz Hałas POSTRZEGANIE KINESIOTAPINGU – PORÓWNAWCZY REKONESANS BADAWCZY	87
---	----

TERAPIE I DOBRE PRAKTYKI

Edyta Samojło, Diana Saniewska WYKORZYSTANIE KINESIOTAPINGU LOGOPEDYCZNEGO W WARUNKACH SZPITALNYCH NA PRZYKŁADZIE UNIwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku	101
--	-----

Patrycja Saniewska-Guzowska O POTRZEBIE I (NIE)MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA KINESIOTAPINGU OROFACJALNEGO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ	111
---	-----

Aleksandra Kaczyńska WYKORZYSTANIE ELEKTROSTYMULACJI TENS/EMS I KINESIOTAPINGU LOGOPEDYCZNEGO W TERAPII DYSFAGII PACJENTKI 16-LETNIEJ Z DIAGNOZĄ MÓZGOWEGO PORAŻENIA DZIECIĘCEGO	121
--	-----

Sylwia Zasada PLASTRY W TERAPII ODDECHOWEJ. METODA ODDECHOWA BUTEJKI	131
--	-----

PODSUMOWANIE

Diana Saniewska, Ireneusz Hałas CZY BAĆ SIĘ PLASTROWANIA	147
NOTY O AUTORACH	153

Diana Saniewska

WSTĘP

Tom niniejszy – opatrzony tytułem *Kinesiotaping w logopedii: historia – możliwości – perspektywy* – jest pokłosiem ogólnopolskiej konferencji naukowej, która odbyła się w maju 2024 roku na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu w Białymstoku¹ jako zwieńczenie zainicjowanego w 2017 roku cyklu naukowo-szkoleniowych seminariów Białostockie Spotkania Młodych Logopedów (BSML). Była to przestrzeń refleksji i wymiany wiedzy między naukowcami, praktykami oraz studentami, doktorantami i słuchaczami studiów logopedycznych z regionu i kraju, otwarta na potrzeby pacjentów oraz ich opiekunów. Szkoleniowy wymiar BSML realizował kurs *Kinesiology Taping – Plastrowanie Dynamiczne – w Logopedii* w wersji podstawowej i rozszerzonej, a następnie jako dwudniowe certyfikowane warsztaty, prowadzone przez dr. Ireneusza Hałasa, Międzynarodowego Senior Instruktora K-Active Taping Association (Kinesiology Taping). Szkolenie to ewoluowało w odpowiedzi na potrzeby, wątpliwości, spostrzeżenia uczestników, a także w wyniku obserwacji naukowców związanych z jego koncepcją – Diany Saniewskiej oraz Ireneusza Hałasa. Ta trwająca od siedmiu lat współpraca – której efektem były współautorskie publikacje (2017, 2018) – opierała się na przekonaniu, że logopedia i fizjoterapia spotkają się w obszarze zaburzeń mowy. Jego emblematem stał się trakt orofacjalny, wymagający w terapii podejścia interdyscyplinarnego oraz takich narzędzi – jednym z nich okazał się kinesiotaping, procedura medyczna numer 93.3812 z listy Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9.

Interdyscyplinarność jest tym, co kinesiotaping (Mosiejczuk i wsp., 2016) – już nie tak jednoznacznie kojarzony z fizjoterapią – dzieli ze współczesną logopedią, która rozwijała się od „teorii komunikacji, poprzez naukę o jej zaburzeniach, skończywszy na ich biologicznych uwarunkowaniach” (Michalik, 2023, s. 17), stając się dziedziną „działalności praktycznej, użytecznej, terapeutycznej, służebnej wobec człowieka potrzebującego pomocy” (tamże, s. 15). Wpisywałaby się więc

¹ Projekt dofinansowany ze środków budżetu państwa, przyznanych przez Ministra Nauki w ramach Programu „Doskonała nauka II”, realizowany w latach 2023–2024.

ona w grupę *sztuk językowych* określonych przez Jana Baudouina de Courtenay jako te, które „polegają na wykorzystaniu rezultatów nauki, tzn. lingwistyki, dla potrzeb życia” (za: Grucza, 2017, s. 301) oraz w tradycje językoznawstwa stosowanego, któremu przymiot interdyscyplinarności przypisuje się od 1967 roku (tamże, s. 332). To ważna notyfikacja, by uzasadnić mariaż kinesiotalingu z Zakładem Stosowanego Językoznawstwa Polonistycznego na UwB, za którym stoi przekonanie – które dzieli z Franciszkiem Gruczą – o tym, że „lingwistyka jest nauką zajmującą się ludźmi” (tamże, s. 281).

Kinesiotaling stosowany przez logopedów – nazywany *kinesiotalingiem logopedycznym* lub *kinesiotalingiem traktu orofacjalnego (ustno-twarzowego)* – nie jest oderwany od swoich medycznych źródeł – anatomii, fizjologii, kinezyologii czy neurologii – „dziedzin – jak wyjaśniał Grucza – zajmujących się tymi akurat właściwościami ludzi, z których wyrastają i na których opierają się ich właściwości językowe” (tamże, s. 400) i które „umożliwiają im aktywne uczestniczenie w aktach komunikacji” (tamże, s. 282).

W 2020 roku w rozdziale monografii o symptomatycznym tytule *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar* Elżbieta Sadowska pisała, że „jeszcze do niedawna w terapii logopedycznej kinesiotaling nie był stosowany. W ostatnich latach można jednak zauważyć zainteresowanie związane z wykorzystaniem kinesiotalingu w logopedii jako metody wspomagającej” (s. 186). Do dziś jest to jedna z nielicznych naukowych publikacji o zastosowaniu tej metody w terapii zaburzeń mowy. Z wcześniejszych wymienić należy teksty Eweliny Radgowskiej (2019), Katarzyny Jastrzębskiej (2018) oraz wspomnianą współautorską pracę Saniewskiej i Hałas z pierwszego tomu BSML (2017). Nie można też nie wspomnieć o artykule Anny Zalewskiej i wsp. wyznaczającym najnowsze kierunki interdyscyplinarności logopedycznej – *Wykorzystanie technik fizjoterapii w leczeniu patogenicznego wpływu stresu na narząd żucia w pracy neurologopedy* (2020).

Zainteresowanie plastrowaniem w logopedii rośnie, co pokazuje przede wszystkim dyskurs internetowy poradni i gabinetów terapeutycznych, w których taping jest coraz powszechniej stosowany przy tak niewielkim zapleczu teoretycznym. Pokazuje to jednak prawidłowość – rozbieżność między efektami tejpowania w codziennej praktyce terapeutycznej a niedostatecznym ich potwierdzeniem w badaniach – którą w fizjoterapii już dekadę temu sygnalizowała Esther de Ru. Wyrokowała ona, że coś jest „przeoczone”, coś umyka między praktyką a nauką. Doprowadziło to ją do retorycznego – i wciąż aktualnego – pytania: „Czy nie nadszedł czas, aby klinicyści i naukowcy połączyli siły?” (de Ru, 2014). Mam nadzieję, że w obszarze kinesiotalingu logopedycznego impas ten uda się przezwyciężyć – czemu przysłuży się ta publikacja będąca skromnym początkiem naukowej refleksji nad plastrowaniem w logopedii – tym bardziej, że wskazówki postępowania z obszaru lingwistyki stosowanej, sformułowane przez Franciszka Gruczę, możemy przenieść na obszar logopedii: jeśli „chce się pozyskać o badanym przedmiocie wiedzę możliwie najmocniej uzasadnioną, czyli wiedzę w najwyższym stopniu naukową, to muszą [badacze] postawić względem niego nie tylko pytania mające

umożliwić jego opis (deskrypcję), eksplikację i poznanie jego historii, lecz także pytania dotyczące jego przyszłości, w tym również pytania mające doprowadzić do uzyskania odpowiedniej wiedzy natury aplikatywnej, czyli wiedzy umożliwiającej planowanie sposobów wpływania na jego rozwój i/lub zachowania; że muszą się o to starać nie z powodów, jak się zwykle zakłada, społecznych, lecz także, a w gruncie rzeczy przede wszystkim z powodów czysto naukowych” (2009, s. 31). Jest to – w moim odczuciu – podsumowanie dążeń do logopedii jako praktyki opartej na dowodach naukowych (EBP, *evidence-based practice*).

Białostocka konferencja KT w logopedii skupiła tych naukowców i szkoleniowców, którzy o kinesiotalingu myślą nie tyle komercyjnie, co rzetelnie poznawczo. Pozwala to sądzić, że sprostali on temu wyzwaniu współczesnej logopedii, którym jest – jak piszą w tomie tym Katarzyna Kaczorowska-Bray i Stanisław Milewski – „podejmowanie rozważnego namysłu i naukowe weryfikowanie »nowych« terapii i narzędzi terapeutycznych”². Pozostają z przekonaniem, że odzwierciedlają to rozdziały składające się na tę monografię.

W jej preliminaryjnej części animatorzy białostockiego kinesiotalingu logopedycznego – **Saniewska i Hałas** – zebrali informacje o podstawach, historii, rozwoju metody opracowanej przez Kenzo Kase w paradygmacie, który dziś określamy jako *medycyna integracyjna* (*Co trzeba wiedzieć o kinesiotalingu w logopedii*). Prezentują także inwentarz obszarów terapii logopedycznej, w których można zastosować elastyczne taśmy, opierając się na faktach naukowych (publikacjach wyekscerpowanych z bazy PubMed), a więc zgodnie ze standardami EBM (*evidence-based medicine*), co pozwala zaproponować i wstępnie scharakteryzować ich koncepcję „logopedii integracyjnej”.

Diana Saniewska (*Kinesiotaling, Kinesio Tping, kinesiology taping czy jeszcze inaczej...*) wyjaśnia też zawiłości terminologiczne – lingwistyczne oraz marketingowe, by sformułować jasne zasady stosowania terminów, które – wbrew uzusowi – nie zawsze mogą być traktowane synonimicznie.

Następna sekcja ukazuje kinesiotaling na tle współczesnej nauki. Z jednej strony **Katarzyna Kaczorowska-Bray i Stanisław Milewski** (*Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*) opisują drogę logopedii do uzyskania samodzielności jako dyscypliny naukowej, którą rozpoczyna redefinicja logopedii, a kończy opracowanie ustawy o zawodzie logopedy mającej sprzyjać pokonywaniu wyzwań i rozwijaniu nowych ścieżek namysłu oraz działań praktycznych. Z drugiej zaś **Emila i Dariusz Mikołajewscy** (*Kinesiotaling traktu ustno-twarzowego – wspólna płaszczyzna działań fizjoterapii i logopedii. Podejście klasyczne i obliczeniowe*) wskazują – nieuchronne – zbliżenie fizjoterapii i logopedii w obszarze terapii ustno-twarzowej dzięki plastrowaniu, przed którym otwierają się kolejne pola ekspansji wyznaczonej przez modele obliczeniowe oraz sztuczną inteligencję.

W kolejnym rozdziale **Saniewska i Hałas** (*Postrzeganie kinesiotalingu – porównawczy rekonesans badawczy*) prezentują pierwsze spostrzeżenia polskich pacjentów

² Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 71.

fizjoterapeutycznych i studentów logopedii o możliwościach i skuteczności stosowania tapingu w kontekście badań przeprowadzonych w środowisku specjalistów ze Stanów Zjednoczonych. Naświetlają tym samym miejsca wymagające głębszych eksploracji, ale też zrewidowane już możliwości.

W ramach omówienia terapii i dobrych praktyk **Edyta Samojło i Diana Saniewska** (*Wykorzystanie tapingu logopedycznego w warunkach szpitalnych na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*) zarysowują zakres wykorzystania plastrowania w klinikach neurologii, otolaryngologii i rehabilitacji, odsłaniając niewykorzystany potencjał tej procedury medycznej. **Patrycja Saniewska-Guzowska** (*O potrzebie i (nie)możliwości zastosowania kinesiotalpingu logopedycznego w warsztatach terapii zajęciowej*) również ukazuje niewykorzystany potencjał oddziaływań logopedycznych w WTZ-ach, gdzie taping mógłby być uzupełnieniem terapii tak obszaru ustno-twarzowego, jaki i poprawy grafomotoryki.

Natomiast **Aleksandra Kaczyńska** (*Wykorzystanie elektrostymulacji TENS/EMS i kinesiotalpingu logopedycznego w terapii dysfagii pacjentki 16-letniej z diagnozą mózgowego porażenia dziecięcego*) opisuje pozytywne wyniki kombinowanego podejścia terapeutycznego, sięgającego po metody fizjoterapeutyczne. Z kolei **Sylwia Zasada** (*Plastry w terapii oddechowej. Metoda oddechowa Butejki*) pokazuje, że plastry do tapingu mogą sprawdzać się w innych autorskich terapiach.

W rekapitulacji **Saniewska i Hałas** na pytanie o to, czy bać się plastrowania, odpowiadają głosami ekspertów i praktyków dzielących się doświadczeniem w mniej formalny sposób³, zwracając uwagę na to, że kinesiotalping z pewnością wymaga dokładniejszego zdefiniowania jego roli w terapii logopedycznej i z całą pewnością – co trzeba z mocą podkreślić – nigdy nie był, nie jest i nie może być traktowany jako substytut „klasycznej” terapii zaburzeń mowy. Należy metodę tę – dobrze tolerowaną przez pacjentów – traktować jako uzupełnienie terapii i przedłużenie jej w warunkach domowych.

Z takim zasobem refleksji, wiedzy i propozycji *Kinesiotalping w logopedii* dołącza do rodziny BSML – *Varia* (2017) i *Med* (2018) (co symbolizuje kolorystyka) – jako pierwsza w kraju naukowa monografia poświęcona temu zagadnieniu. Jej prymarny charakter oddaje grafika na okładce, nawiązująca do aktu stworzenia.

W tym miejscu składam podziękowania: Irkowi Hałasowi – mojemu Mistrzowi – reprezentującemu perspektywę fizjoterapeutyczną oraz najwyższy kunszt praktyka i nauczyciela kinesiotalpingu – jego wkład w powstanie niniejszej publikacji uważam za bezcenny; Edycie Samojło – która reprezentuje spojrzenie profilaktyczne i systemowe, podsyte wiedzą o języku i jego patologiach; Patrycji Saniewskiej-Guzowskiej za nieocenioną pomoc przy organizacji konferencji poprzedzającej przygotowanie publikacji.

Dziękuję Autorom, którzy podjęli trud zainicjowania naukowego namysłu nad kinesiotalpingiem w logopedii w przeświadczeniu, że w językoznawstwie

³ Tak jak czynią to Zbigniew Tarkowski i Olga Jauer-Niworowska w etnografizującym rozdziale *Życie z niepełnosprawnością* otwierającym *Afazjologię* pod redakcją Z. Tarkowskiego (2021).

stosowanym, logopedii i fizjoterapii oraz profilaktyce „nie powinno zabraknąć (...) i takich projektów, które dziś wydają się utopijne czy wręcz fantastyczne” – a za taki wciąż jeszcze uchodzi kinesiotaping na polonistycę. „Uprawianie nauki w moim przekonaniu – które dzielę z Renatą Przybylską przyglądającą się przyszłości lingwistyki – powinno być napędzane także marzeniami i pomysłami klasyfikowanymi czasem jako szalone, bo to one dodają skrzydeł” (2013, s. 30).

Diana Saniewska

Białystok, 20.11.2024 r.

- BSML. Med = *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Med*, red. D. Saniewska, Białystok 2018.
- BSML. Varia = *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Varia*, red. D. Saniewska, Białystok 2017.
- De Ru E., 2014. *Appraisal Correspondence. Review of Kinesio Taping ignored other models and techniques*, „Journal of Physiotherapy”, t. 60 (3), s. 176.
- Grucza F., 2009, *Metanaukowa i metalingwistyczna wizja lingwistyki (stosowanej)*, „Lingwistyka Stosowana”, t. 1, s. 29–40.
- Grucza F., 2017, *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana. Dzieła wybrane. Tom 8. Wydanie jubileuszowe z okazji 80. rocznicy urodzin*, red. S. Grucza, M. Olpińska-Szkiełko, M. Płużyczka, I. Banasiak, M. Łączka, Warszawa.
- Jarzębska K., 2018, *K-taping w logopedii*, <https://forumlogopedy.pl/plik/k-taping-w-logopedii> (12.10.2024 r.).
- Michalik M., 2023, *Logopedia jako nauka sensu largo a logopedia jako nauka sensu stricto. Różnicowa refleksja metalogopedyczna*, w: *Logopedia jako nauka*, t. 1: *Przedmiot i metodologia badań*, red. J. Panasiuk, Warszawa, s. 13–34.
- Mosiejczuk H., Lubińska A., Ptak M., Szylińska A., Kemicer-Chmielewska E., Laszczyńska E., Rotter I., 2016, *Kinesiotaping jako interdyscyplinarna metoda terapeutyczna*, „Pomeranian Journal of Life Sciences”, t. 62 (1), s. 60–66.
- Przybylska R., 2013, *Językoznawstwo praktyczne czy stosowane – jaka przyszłość*, „Polonica”, t. XXXIII, s. 25–31.
- Radgowska E., 2019, *Zastosowanie Kinesiology Tapingu w terapii logopedycznej*, w: *Głos – Język – Komunikacja*, t. 6: *Młodzi mają głos*, red. A. Myszka, K.I. Bieńkowska, Rzeszów, s. 173–183.
- Sadowska E., *Kinesiotaping w terapii logopedycznej – zarys problematyki*, w: *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar*, red. I. Wiecek-Poborczyk, J. Żulewska-Wrzosek, Warszawa 2020, s. 183–189.
- Saniewska D., Hałas I., 2017, *Zastosowanie metody Kinesiology Taping (Plastrowanie Dynamiczne) w logopedii*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Varia*, red. D. Saniewska, Białystok, s. 21–35.

- Saniewska D., Hałas I., 2018, *Postawa ciała w reedukacji orofacjalnej. Współpraca fizjoterapeuty i logopedy*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Med.*, red. D. Saniewska, Białystok, s. 145–153.
- Tarkowski Z., Jauer-Niworowska O., 2021, *Życie z niepełnosprawnością*, w: *Afazjologia. Organiczne zaburzenia mowy*, red. Z. Tarkowski, Warszawa, s. 1–20.
- Zalewska A., Pawłowicz K., Gańczyk M., Roman C., Waszkiewicz N., 2020, *Wykorzystanie technik fizjoterapii w leczeniu patogenicznego wpływu stresu na narząd żucia w pracy neurologopedy*, w: *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, t. 7, red. E. Krajewska-Kułak i wsp., Białystok, s. 340–348.

WPROWADZENIE DO KINESIOTAPINGU

Diana Saniewska

Uniwersytet w Białymstoku

Ireneusz Hałas

IREHAMED Fizjoterapia i Fizjoprofilaktyka, Lublin

CO TRZEBA WIEDZIEĆ O KINESIOTAPINGU W LOGOPEDII¹

Rozdział ten – przygotowany metodą desk-research – poświęcony jest historii i rozwojowi metody terapeutycznej znanej powszechnie jako *kinesiotaping*. Prezentujemy jej podstawowe założenia, ograniczenia, skalę zainteresowania badawczego, w końcu – zarysowujemy *state of the art* w tym obszarze namysłu naukowego. Przedstawiamy też na podstawie rozproszonych materiałów sylwetkę twórcy metody – Kenzo Kase. Ogólną wiedzę o kinesiotapingu w ujęciu medyczno-fizjoterapeutycznym traktujemy jako tło niezbędne do ukazania możliwości zastosowania go jako narzędzia wspierającego terapię logopedyczną. Z kolei konteksty biomedycyny, medycyny komplementarnej, alternatywnej oraz integracyjnej pozwalają nam wprowadzić koncepcję logopedii integracyjnej.

**KENZO KASE²: CZŁOWIEK, LEGENDA,
HISTORIA KINESIO TAPING[®] METHOD**

Twórcą metody Kinesio Taping[®] jest urodzony w 1942 roku Kenzo Kase³, japoński chiropraktyk, znany jako doktor, choć tytuł ten nie przysługuje mu ani zwyczajowo (nie jest lekarzem medycyny), ani akademicko (nie posiada stopnia naukowego

¹ Prolegomena do podjętych w niniejszej pracy rozważań stanowi nasza pierwsza współautorska publikacja, która ukazała się w monografii wydanej po pierwszych Białostockich Spotkaniach Młodych Logopedów – Varia (Saniewska, Hałas, 2017).

² W rozdziale tym wykorzystujemy informacje ze strony Kinesio Tape – Dr. Kenzo Kase: *the Man, the Myth, the Legend* (Kinesio Tape, 2024, online).

³ Z uwagi na orientalne – a nie anglojęzyczne – pochodzenie nazwiska, warto dopowiedzieć, że za preferowaną wymowę należy uznać tę z wypowiedzi samego Kenzo Kase – [kasE⁽⁰⁾].

doktora). Kase posiada tytuł D.C., czyli *Doctor of Chiropractic*, co oznacza, że ukończył edukację na tym poziomie w zakresie chiropraktyki, a więc poza kręgiem medycyny konwencjonalnej, ale w standardach podlegających wewnętrznej kontroli International Federation for Manual/Musculoskeletal Medicine (FIMM, 2013, s. 17).

Wyjaśnijmy w tym miejscu, czym jest chiropraktyka, ponieważ w Polsce bywa ona mylnie kojarzona z kręglarstwem, czyli znanym z medycyny ludowej nastawianiem kręgów, którym parają się osoby nieposiadające rzetelnej wiedzy o anatomii i fizjologii, czemu zresztą zawdzięcza ono niesławę (Saniewska, 2018, s. 232). Tymczasem we właściwy i autorytatywny sposób to, czym jest *chiropraktyka*, wyjaśnia Światowa Organizacja Zdrowia: to jedna z najpopularniejszych form terapii manualnej (WHO, 2005, s. 12–13). Definicja ta pokrywa się z grecką etymologią tego określenia – ‘zrobiony ręcznie’ (gr. *chier* – ‘ręka’, *praksis* – ‘działanie, czynność’; tamże, s. 408).

Chiropraktyka opiera się więc na sile – i nie mamy tu na myśli jedynie fizycznego komponentu – ludzkiego dotyku (Kinesio Tape, 2024, online). Uzdrowiająca moc dotyku znana jest w najstarszych ludowych podejściach terapeutycznych. Kase natomiast z ideą tą zaznajamiał się „u źródeł”, dzięki przekazywanej z pokolenia na pokolenie tradycyjnej medycynie – jego babka była japońską uzdrowicielką, która leczyła ziołami, akupunkturą i moksoterapią, czyli techniką bezpośredniego lub pośredniego spalania bylicy (Deng, Shen, 2013). Prawdopodobnie Kase znał medycynę tradycyjną z autopsji, ponieważ był dzieckiem wątłym, chorowitym, któremu dokuczały alergię, infekcje nerek, zapalenia płuc i gruźlica. Być może właśnie splot okoliczności biograficznych doprowadził go najpierw do tokijskiego Meiji University, a w 1970 roku do National University of Health Sciences (NUHS) w Chicago, gdzie po czterech latach uzyskał dyplom chiropraktyka.

Kiedy na początku lat 70. XX wieku Kase pracował już z pacjentami dotkniętymi artretyzmem, rozpoczął poszukiwania rozwiązania innego niż znane w ówczesnej medycynie plastrowanie statyczne; szukał terapii przynoszącej ulgę, która nie kończy się zaraz po wyjściu z gabinetu. Swoje poszukiwania opierał na przekonaniu, że ból stawów nie wynika bezpośrednio z problemów ze stawami, ale z nieprawidłowej pracy mięśni i powięzi, które je otaczają (Śliwiński, 2014, s. 43). Nawiązał więc współpracę z inżynierami, by opracować plaster (ang. *tape*), który będzie oddziaływać na mięśnie, ale nie będzie ich ograniczać, pozostanie na skórze dłużej niż te już stosowane, nie powodując skutków ubocznych w postaci dolegliwości dermatologicznych, a przy tym pozwoli indywidualnie korygować funkcjonowanie mięśni i powięzi, zarazem narządu ruchu, jak i współpracujących z nim układów – limfatycznego czy krwionośnego. W wyniku długotrwałych testów powstały elastyczne plastry, które imitowały właściwości ludzkiej skóry⁴ – Kinesio Tex[®]. Korzystając z nich, Kase opracowywał szereg technik plastrowania⁵, wspomagających naturalne procesy powrotu do zdrowia oraz redukcji bólu.

⁴ O właściwościach plastrów – zob. dalej s. 18.

⁵ Spis publikacji Kenzo Kase zob. Kinesio Tape (2024, online).

Na początku stosowali je chiropraktycy działający poza paradygmatem biomedycznym, ponieważ podstawy metody opracowanej przez Kase wywodziły się z medycyny dalekowschodniej, opierającej się na teorii meridianów, kanałów, którymi w ciele przepływa energia Qi (Bakuła i wsp., 2005). Jednak oni właśnie – a prym wśród nich wiódł Kase – opiekowali się kadrą japońskich siatkarzy. To ci sportowcy w czasie olimpiady w Seulu w 1988 roku zaprezentowali światu tejpę na swoich ciałach, chociaż uważa się, że w sportowym światku to zawodnicy sumo byli pierwszymi, których tejpował Kase (Kinesio Tape, 2024, online). W Stanach Zjednoczonych plastry do KT upowszechniły się po tym, jak zostały w marcu 1995 roku zaprezentowane na Northwest Athletic Trainers Association Annual Clinical Symposium w Portland; rok później pojawiły się na rynku europejskim (Kinesio Tape, 2024, online). Jednak rozpoznawalność i popularność przyniosły im dopiero Letnie Igrzyska Olimpijskie w Pekinie w 2008 roku i cztery lata później w Londynie. Wówczas w medialny dyskurs wpisały się zdjęcia rywalizującej w siatkówce plażowej Kerri Walsh z plastrami na barku, co wzbudziło nie tylko zaniepokojenie godne wzmianki w „The New York Times” – *A quirky athletic tape gets its olympic moment* (Parker-Pope, 2008, online) – ale też spekulacje w duchu naukowego sceptycyzmu oraz rewidowania marketingowo-komercyjnego zaplecza rzucającego na plastry cień „pseudonauki” (Novella, 2012, online)⁶.

Po opatentowaniu swojej metody i przetransponowaniu teorii meridianów na zgodną z paradygmatem medycyny zachodniej teorię łańcuchów w układzie mięśniowo-powięziowym – co sprzyjało jej rozpowszechnieniu w środowiskach związanych z biomedycyną – Kase rozwijał sieć szkoleniową pod marką Kinesio^{®7} oraz Kinesio Taping[®] Method, a z czasem także Kinesio Medical Taping (KMT[™]) – ukierunkowany na przypadłości kliniczne: ból, urazy, rekonwalescencję pooperacyjną. Po przejściu na emeryturę przekazał zarządzanie firmą córce – Elisie Kase. Zmarł w Tokio 10 sierpnia 2023 roku. W historii fizjoterapii i medycyny zapisał się jako pasjonat i wizjoner potrafiący przekuć ideę pomocy człowiekowi cierpiącemu, która wytyczała jego zawodową drogę, w model biznesowy o międzynarodowym zasięgu.

Kenzo Kase gościł w Polsce w 2005 roku, kiedy prowadził kurs rozwijający po pierwszym szkoleniu, które odbyło się trzy lata wcześniej. W kolejnym roku w niemieckim Frammersbach – które było europejskim ośrodkiem marki Kinesio[®] – certyfikaty Międzynarodowego Instruktora Metody Kinesio Taping uzyskało

⁶ Dodać można, że Kase swoją metodę wykorzystywał w terapii nie tylko ludzi – kiedy w 1987 roku jego pies został pogryziony, to właśnie plastry pomogły mu wrócić do formy już po kilku dniach. Kase uważał, że plastry mogą przysłużyć się też koniom. Obecnie dostępne są podręczniki do pracy ze zwierzętami: *Kinesio Taping[®] Canine for Dog Lovers*, *Kinesio Tape Equine[®] for Horse Lovers*. Legenda głosi, że Kase plastrował także flamingi i ryby oraz gałęzie drzew i owoce (Kinesio Tape, 2024, online).

⁷ Obecnie Kinesio[®] jest grupą organizacji związanych z Kinesio Taping[®] Method: Kinesio University[™], Kinesio Taping[®] Association International (KTAI) and Kinesio[®] Holding Corporation (KHC) (Kinesio Tape, 2024, online).

trzech pierwszych fizjoterapeutów z Polski, między innymi współautor niniejszej pracy (Śliwiński, 2014, s. 43). Oni też prezentowali nową metodę polskim współpracownikom (np. Senderek, Hałas, 2005).

MECHANIZM DZIAŁANIA PŁASTRÓW

Podstawą kinesiotapingu jest fizjologiczna spójnia tkanek – skórnej i nerwowej, które wykształciły się z zewnętrznego listka zarodkowego (ektoblastu). Można powiedzieć, że „skóra i mózg wzajemnie się komunikują, a działanie receptorów dostarcza ciągłej informacji dotyczącej środowiska zewnętrznego (odbieranie bodźców przez skórę) oraz środowiska wewnętrznego (odpowiedź skóry np. w postaci wydzielania potu lub zwiększenia powierzchniowej cyrkulacji krwi)” (Markowski, 2015, s. 18). Kiedy na skórze w odpowiedni sposób zostaje umieszczony plaster KT, proces ten ulega modyfikacji. Zastosowanie właściwej techniki plastrów pozwala więc wpływać na układy pozostające w interferencji ze skórą: mięśniowo-stawowy, krążeniowy, limfatyczny oraz nocycceptywny. Wykazuje zatem działanie sensoryczne: „stymuluje mechanoreceptory i jednocześnie wpływa na przewodnictwo nerwowo-mięśniowe lub nerwowo-powięziowe, co oddziałuje na cały organizm i przyspiesza powrót do homeostazy, ponieważ zostają uruchomione mechanizmy samoleczenia” (tamże, s. 16). Ponadto, wpływając na znajdujące się w tkance skórnej ciała Merkla, taśma stymuluje wytwarzanie met-enkefalin (naturalnych opioidów), czemu zawdzięcza działanie analgetyczne (zob. Michalak, 2014). Dla naukowców i praktyków „Metoda [ta] jest stymulacją procesów samoregulacji w organizmie” (Śliwiński, 2014, s. 43).

Z wypowiedzi Adama Halperna, dyrektora ds. edukacji w Kinesio, wiemy, co przyświecało Kenzo Kase w opracowywaniu terapii plastrami: pacjenci powtarzali mu, że w jego gabinecie zaczynają czuć się dobrze, ale efekt leczniczy mija wkrótce po jego opuszczeniu. Taśma, którą zaprojektował, miała więc „rozciągnąć w czasie te pozytywne odczucia” (cyt. za: Christensen, 2012, online). Takie właściwości plastrów wykorzystywane są do dziś w pracy z różnymi grupami pacjentów w odmiennych celach terapeutycznych.

MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA KINESIOTAPINGU

By zidentyfikować obszary medycznego zastosowania tej metody dokonaliśmy przeglądu zasobów bazy PubMed (2024, online). Wyszukiwanie dla hasła „kinesio taping” – zgodnie z oryginalnym zapisem⁸ – pokazało 727 pozycji bibliograficznych od roku 2004 do 2024. Nie jest naszym celem systematyczna analiza – dlatego

⁸ Taki wybór pozwolił nam zachować odniesienie do źródeł metody, a jednocześnie zróżnicować nasze poszukiwania względem analizy bibliometrycznej zaprezentowanej w rozdz. *Kinesiotaping traktu ustno-twarzowego – wspólna płaszczyzna działań fizjoterapii i logopedii. Podejście klasyczne i obliczeniowe* – zob. s. 78 i nast.

pominęliśmy analizę wyszukiwani dla „kinesiotaping” (1 262) i „kinesiology taping” (290) – ale zakreszenie rozległości zastosowań, dlatego przedstawiamy poglądowe zestawienie z egzemplifikacyjnymi publikacjami, do których dodaliśmy znane nam przykładowe i oznaczone gwiazdką publikacje polskojęzyczne pokazujące, że również rodzimi badacze podejmują namysł nad zastosowaniem tapingu. Przedstawia je tabela 1.

Tabela 1. Obszary zastosowania kinesiotapingu

Obszar oddziaływań	Przykładowe publikacje
– sport	*Pogorzelec, 2012; *Dreżewska, Frączek, Śliwiński, 2016; Kamper, Henschake, 2013; Song, Yang, 2022; *Mikołajewska, 2024
– profilaktyka sportowa	Berezutsky, 2019
– jakość życia	Tantawy i wsp., 2019
– ortopedia	Kolano: Lu i wsp., 2018; biodro: Kiseljak, Medved, 2023; staw skokowy: Karakoyun i wsp., 2024; bark: Koć i wsp., 2024; przewlekły ból krzyża: Pakkir Mohamed, Amer, Nambi, 2023
– interna	*Krajczy i wsp., 2020
– problemy mięśniowo-powięziowe – wspomaganie terapii tkanek miękkich	Alqahtani, Parveen, 2022; *Hałas, 2010
– ginekologia	*Hałas, Kowalczyk-Odeyale, 2010; *Łasinowski, 2013; Toprak i wsp., 2020; Davican i wsp., 2024
– pediatria ⁹	Yasukawa, P. Patel, C. Sisung, 2006; *Hałas, Fuchs, Senderek, 2013; *Mikołajewska, 2013; Ortiz Ramírez, Pérez de la Cruz, 2017; Harvey, 2022
– opieka paliatywna	*Pyszora, Wójcik, Krajnik, 2010
– poprawa wyglądu blizn	pooperacyjnych: Michalska i wsp., 2024; oparzeniowych: Albuquerque i wsp., 2024
– po rozmaitych zabiegach operacyjnych	w obrębie jamy brzusznej: *Szczegieliński i wsp., 2007a; po operacjach kardiologicznych: *Szczegieliński i wsp., 2007b; *Storch-Ucziwek, Zielińska, Hałas, 2011

⁹ Kase jest współautorem książki poświęconej zastosowaniu tapingu w pediatrii – *Kinesio Taping in pediatrics, Fundamentals and whole body taping* (Kenzo, Martin, Yasukawa, 2006).

Obszar oddziaływań	Przykładowe publikacje
– pulmonologia	*Szczegielniak i wsp., 2007; de Campos, Neves, Isoppo, 2023
– onkologia	*Krajczy i wsp., 2020; szczególnie w obrzękach ¹⁰ po operacji nowotworu piersi ¹¹ : *Lipińska i wsp., 2007; *Pyszora, Krajnik, 2010; Kasawara i wsp., 2018; nowotworów głowy i szyi: Cheng i wsp., 2023
– neurologia	Jaraczewska, Long, 2006; *Mikołajewska, 2011, Huang i wsp., 2017; Huang i wsp., 2019; *Krajczy i wsp., 2020; Sun, 2021); Deng i wsp., 2021; Chen i wsp., 2022; Yilmaz, Terzioğlu, 2023; obwodowy paraliż twarzy: Sun i wsp., 2020; porażenie nerwu twarzowego: *Hałas, Kowalczyk-Odeyale, 2016; *Hałas, Senderek, Krupa, 2005
– redukowanie bólu	Cho i wsp., 2018; Shng i wsp., 2019
– kontrola postawy	*Senderek i wsp., 2011; *Senderek i wsp., 2013; głowy: Shih, 2017; objawy osiowe w chorobie Parkinsona: Capecci i wsp., 2014
– stomatologia	komfort pacjenta po operacyjnym usunięciu trzecich zębów trzonowych: Patil, Bhola, 2023; zmniejszenie bólu, obrzęku i szczękociśku po usunięciu zębów zatrzymanych: Wang i wsp., 2021; poprawia efektywność terapii stawów skroniowo-żuchwowych: Coskun, 2016
– chirurgia szczękowa	redukowanie obrzęku po operacjach ortognatycznych: Golkar i wsp., 2023
– rozszczep wargi/i podniebienia	Pool, Farnworth, 1994; Abd El-Ghafour i wsp., 2020; Abd El-Ghafour i wsp., 2022; Vignesh i wsp., 2024

¹⁰ Kase jest też współautorem książki *Kinesio Taping for tymphoedema and chronic swelling* (Kase, Stockheimer, 2004).

¹¹ Warto odnotować, że w polski system opieki zdrowotnej przewiduje w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej w profilaktyce lub leczeniu obrzęku limfatycznego kończyny górnej przed lub po leczeniu nowotworu piersi świadczenie uzupełniające (jeżeli jest uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy) – stosowanie taśm kinesiotapingu ICD-9: 93.3812. – Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r., poz. 265).

– obszar czaszkowo-szczękowo-twarzowy	Cheshmi, 2024
– problemy z połykaniem	Lin, 2016; dysfagia poudarowa: Li i wsp., 2024; Heo, Kim, 2015; dysfagia w przebiegu porażenia mózgowego: Gholami, Poorjavad, Nouri, 2024; ssanie, połykanie u wcześniaków: Lin i wsp., 2016
– dysfonia	Mezzedimi, 2017; u wokalistów: Mezzedimi, 2020; hiperfunkcyjna: Vahid i wsp., 2022
– ślinienie	Walshe, Smith, Pennington, 2012; Lorca i wsp., 2019; Saniasiaya, van der Meer, Toll, 2024; u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną: Mokhlesin, Mirmohammadhani, Tohidast, 2022; ze współistniejącą dysfagią: Pervez, 2022; w porażeniu mózgowym: Yilmaz, 2024; ze współistniejącymi zaburzeniami neurologicznymi: Mikami, Furia, Welker, 2019
– bruksizm i szczękościsk	Keskinruzgar, 2019; z objawami ostrego bólu: Yazici, 2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyszukiwania w bazie PubMed (2024, online)

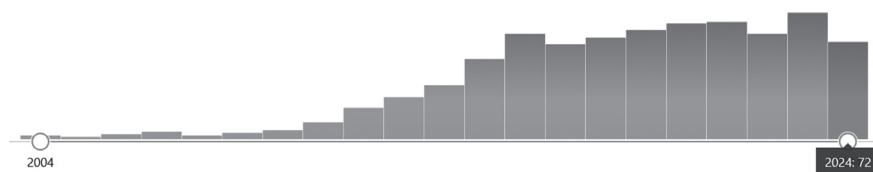
Ponadto wspomnieć należy o rosnącym zainteresowaniu tapingiem w medycynie estetycznej i kosmetologii – szczególnie w obrębie twarzy (Nowak i wsp., 2015; Załoga 2016; Mikołajewska, Mikołajewski, 2020a) i podologii (Mikołajewska, Mikołajewski, 2020b).

Wykserpowane z PubMed publikacje dostarczają zróżnicowanej wiedzy i mają różną wartość pod względem hierarchii badań naukowych (Wallace i wsp., 2022). Najwyżej plasują się metaanalizy i przeglądy systematyczne – automatyczne statystyki PubMed pokazują, że w badanym przez nas materiale znalazło się 47 metaanaliz i 78 przeglądów systematycznych. Na niższym szczeblu wyróżnić trzeba badania kliniczne – tak zakwalifikowanych było najwięcej – 280. Wśród nich najliczniejsze okazały się randomizowane badania kontrolowane – 263, które przeprowadzano w różnych wariantach (*randomized controlled single-blinded study; double-blind, sham-controlled trial, double-blind; double-blinded, cross-over*). Dalej znalazły studia przypadków (*case report*) – 26.

Dane te pokazują, że badania nad tapingiem prowadzone są w rzetelny sposób, na najwyższych szczeblach hierarchii badań naukowych – w porównaniu do innych form studia przypadków, charakteryzujące się niską wiarygodnością, są nieliczną grupą. Spora liczba metaanaliz i przeglądów systematycznych świadczy

z kolei o tym, że publikacji naukowych jest już na tyle dużo, że można ich wyniki syntetyzować. Znakomity przyrost publikacji obrazuje poniższa rycina: widać na niej, że do od stycznia do października 2024 roku odnotowano już 72 prace o tej tematyce, podczas gdy w całym roku 2023, który jest w zestawieniu szczytem publikacyjnym, było ich 94.

Rysunek 1. Roczna liczebność publikacji z hasłem „kinesio taping” (2004–2024)



Źródło: PubMed (2024, online)

Wciąż aktualne wydaje się zatem stwierdzenie, że nie sprawdzono dotychczas w warunkach klinicznych wszystkich możliwości taśm, choć dostrzega się – i w praktyce eksploruje – całe spektrum potencjalnych zastosowań (Markowski, 2015, s. 7). Wnioski wielu badań są natomiast obiecujące – uznają plastrowanie za bezpieczną, nieinwazyjną metodę jeśli nie samodzielnej interwencji terapeutycznej, to pozwalającej uzyskać lepsze wyniki w konwencjonalnej (zwykle stosowanej) terapii.

Zgodnie z aktualną wiedzą anatomiczno-fizjologiczną, techniki plastrowania wpisują się w paradygmat medycyny opartej na faktach (EBM – ang. *evidence-based medicine*) i zostały ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 pod kodem 93.3812 (ICD-9, 2022).

TECHNIKI PLASTROWANIA, KSZTAŁTY PASTRÓW ORAZ ICH WŁAŚCIWOŚCI

W tym miejscu musimy zastrzec, że o tym, czy pacjent odczuje pozytywny efekt naklejenia taśmy, decyduje przede wszystkim poprawne zdiagnozowanie problemu, a następnie dobranie odpowiedniej techniki aplikacyjnej. Cały proces ma charakter sekwencji rozłożonej na kilka etapów, począwszy od diagnozy po aplikację i usunięcie plastra. Dlatego, by posługiwać się tejpami jako narzędziem w terapii, niezbędna jest znajomość anatomii i fizjologii.

W tapingu stosuje się sześć podstawowych **technik oklejania** – mięśniową, więzadłową, powięziową, korekcyjną, limfatyczną, funkcjonalną – pozwalających uzyskać redukcję bólu lub obrzęku, normalizację napięcia mięśni, repozycję czy poprawę propriocepcji. Omawiamy je pokrótce w tabeli 2, zaznaczając, że opisy te nie mają charakteru instruktażowego.

Tabela 2. Charakterystyka i zastosowanie technik kinesiotapingu

Technika oklejania	Zastosowanie i właściwości
TECHNIKA MIĘŚNIOWA	– stosowana m.in. przy wzmożonym napięciu w celu jego normalizacji. Plastry aplikowane są na możliwie maksymalnie rozciągniętym mięśniu wzdłuż jego przebiegu. Przy naklejaniu taśma nie jest naciągana.
TECHNIKA WIĘZADŁOWA	– stosowana w zespołach przeciążeniowych, po urazach więzadeł, po stwierdzeniu obecności punktów spustowych. Jest to rodzaj mechanicznego wspomagania i stabilizowania stawu objętego plastrowaniem; działa przeciwbólowo i odciążająco. Taśma naklejana jest z napięciem 25–100% w zależności od intensywności bólu. Brzegi plastra aplikowane są bez napięcia.
TECHNIKA POWIĘZIOWA	– stosowana przeciwbólowo oraz korekcyjnie, by zoptymalizować funkcjonowanie układu mięśniowo-powięziowo-stawowego. Plastry naklejane są „skokowo” wyłącznie na powierzchniach wypukłych ciała z delikatnym napięciem plastra – pociąganie powoduje przesuwanie się skóry i powięzi powierzchownej. Końcówki plastra pozostają bez napięcia.
TECHNIKA KOREKCYJNA	– stosowana m.in. w celu poprawy korekcji i propriocepcji systemu mięśniowo-powięziowego oraz przeciwbólowo. Napięcie plastra dobiera się w zależności od nasilenia dolegliwości (ostre stany do 25%, przewlekłe 25–50%). By oddziaływać proprioceptywnie możliwe jest rozciągnięcie plastra do 75%.
TECHNIKA LIMFATYCZNA	– stosowana zgodnie z zasadami drenażu limfatycznego do poprawy krążenia krwi i limfy, by zredukować obrzęki i poprawić pracę układu naczyniowego oraz zredukować stan zapalny. Plaster naklejany jest z napięciem 0–10%.
TECHNIKA FUNKCYJNALNA	– stosowana w przypadku klinicznie stwierdzonej hipotonii, by poprawić czynność osłabionych mięśni. Końce plastra przyklejane są przy zbliżonych przyczepach, a następnie plaster jest rozciągany wraz z ruchem wykonywanym przez objęty terapią staw, co powoduje uzyskanie prawie maksymalnego napięcia.

Źródło: opracowanie własne (na podstawie: Saniewska, Hałas, 2017, s. 27–28)

Od techniki, której wybór dyktują wskazania kliniczne, oraz od oczekiwanego efektu terapeutycznego zależny jest sposób nacinania plastra. W kinesiotapingu

wyróżnia się pięć **kształtów plastrów**: I, Y, X, wachlarz/widelec (*fork*), sić (*web*)/*slit I* (Saniewska, Hałas, 2017, s. 29). Ich charakterystykę i zastosowanie systematyzuje tabela 3.

Tabela 3. Charakterystyka i zastosowanie plastrów o różnych kształtach

I	Y	X	Wachlarz / widelec (<i>fork</i>)	Sieć (<i>web</i>) / Slit-I
Aplikacje przeciwbólowe, korekcyjne, funkcjonalne, aplikacje po zabiegach chirurgicznych. Mogą być stosowane zamiennie z Y.	Aplikacje normalizujące napięcie mięśniowe.	Aplikacja stosowana na mięśnie o kilku brzuscach, oddziałujących na dwa stawy.	Aplikacja limfatyczna – to wersja Y z większą liczbą rozcięć (3–6).	Aplikacja stosowana w przypadku stłuczeń oraz miejscowo na obrzęki. Plaster ma dwie bazy, między którymi znajduje się siatka wąskich pasków (4–6).

Źródło: opracowanie własne (na podstawie: Saniewska, Hałas, 2017, s. 29)

Kolejna kwestia wpływająca na efektywność kinesiotapingu to fizyczne właściwości plastra. Jak wspomnieliśmy, były one skrupulatnie weryfikowane przez zespół inżynierski współpracujący z Kase. Oryginalne teipy wykonywane są z wysokiej jakości bawełny o ściśle określonej – zawsze takiej samej – gęstości splotu, dzięki czemu nabierają właściwości podobnych do ludzkiej skóry pod względem ciężaru, grubości i rozciągliwości w zakresie od 130 do 140% wartości spoczynkowej taśm (Śliwiński, 2014, s. 79). Rozciągają się one tylko w jednym kierunku – wzdłuż i mają zdolność powrotu do początkowej długości, co określa się *efektem powrotu taśmy*. Dzięki niemu terapeuta może indywidualizować wykonywaną aplikację.

Teipy zachowują także przepuszczalność powietrza i wody, ponieważ klej nie jest nakładany na całą ich powierzchnię, ale faliście w postaci sinusoidalnych obszarów kleju i bezklejowych (tamże), przypominających linie papilarne, przez co taśma zyskuje dodatkową właściwość imitowania nanodotyku, będącego suplementarnym stymulantem (Markowski, 2015, s. 19). Za przyczepność odpowiada hipoalergiczny klej akrylowy, który aktywuje się w kontakcie z ciepłem ciała, jest odporny na działanie wody i potu, dzięki czemu plaster utrzymuje się na skórze kilka dni, można się w nim kąpać.

Wiadomo, że na rynku dostępne są elastyczne plastry różnych producentów, które traktuje się zamiennie i jako kwestię wyboru¹². Jednak wykorzystanie ich

¹² Dla przykładu: w Stanach Zjednoczonych najczęściej wybierane marki to: KT Tape® (59%), RockTape® (50%), taśma Kinesio® (33%) (Cheatham, Baker, Abdenour, 2021, s. 780).

w praktyce terapeutycznej pokazuje, że różnią się one – można to ocenić dotykowo i wzorkowo – grubością, fakturą, rozciągliwością, co pozwala podejrzewać, że ich efektywność może być różna. Badania nad właściwościami tejpów pięciu różnych marek, w tym KinesioTex®, które przeprowadzili Chuanpis Boonkerd i Weerawat Limroongreungrat (2016), pokazały, że mają one różne właściwości mechaniczne; istotną różnicę zaobserwowano w maksymalnym wydłużeniu, co doprowadziło do wniosku, że terapeuci muszą być świadomi właściwości fizycznych taśmy, z którą pracują, by prawidłowo ją aplikować. W praktyce oznacza to, że z każdą marką tejpów będzie się pracować inaczej.

Z kolei José Manuel Fernández Rodríguez z zespołem (2010), porównawszy te same kolory plastrów różnych marek (Cure Tape™, Sports Tex™, Kinesiotape™, Kinesiology Tape™), stwierdzili istnienie różnic w nie tylko w zakresie wydłużenia, ale też naprężenia czy grubości. Pozwoliło to wnioskować, że nie należy zmieniać marki taśmy w czasie trwania terapii, by uzyskiwać podobne właściwości aplikacji. Świadomość istnienia tych różnic powinna wpłynąć na optymalizowanie protokołów oklejeń. Sugeruje przy tym, że niewłaściwe jest porównywanie badań, w których wykorzystywano różne tejpów, co wyjaśnia w pewien sposób, dlaczego nie zawsze otrzymujemy porównywalne efekty – do kwestii tej jeszcze wrócimy¹³.

Następny dyskusyjny aspekt to kolory plastrów. Przyjmuje się, że nie mają one wpływu na właściwości mechaniczne tejpów, ale te – jak już wiemy – są zmienne. Zagadnienie, które chcemy tu poruszyć, to psychologia koloru. Wyjściowe kolory – było ich pięć: niebieski, różowy, zielony, czarny, beżowy – nie zostały wybrane przypadkowo. Przeciwnie – odzwierciedlają założenia medycyny chińskiej o wpływie kolorów na ustrój, co miało uzupełniać podstawowe, mechaniczne działanie taśmy: podnosić lub obniżać napięcie oklejonych nimi tkanek. Znajduje to potwierdzenie we współczesnej psychologii, która udokumentowała efekt różnicowanej percepcji i reakcji somatycznych w pokojach pomalowanych na niebiesko (uspokojenie) i czerwono (dodanie energii). W odniesieniu do taśm miałyby to wyglądać tak: różowe (kolor pochodny od czerwonego) taśmy powinny być stosowane do stymulowania osłabionych tkanek, by poprawić tonus mięśniowy; taśmy niebieskie natomiast – by rozluźnić napięte tkanki. Z kolei kolory beżowy i czarny traktowane są jako neutralne (Kumbrink, 2012, s. 11). Zasady te nie są jednak powszechnie stosowane, co można łączyć z odseparowaniem plasterowania zachodniego od dalekowschodnich korzeni. Z badań wynika, że amerykańscy specjaliści najchętniej wybierają taśmy czarne (71%) i beżowe (66%) (Cheatham Baker, Abdenour, 2021, s. 780), tyleż neutralne, co nieprzykuwające spojrzenia.

Ponadto paleta kolorów – a obecnie także wzorów – uległa rozszerzeniu wraz ze wzrostem popularności tejpowania. Dodatkowo aspekty psychologiczne należy wiązać jeszcze z indywidualnymi preferencjami pacjentów – niektórzy nie akceptują pewnych kolorów i może to zostać uwzględnione w kinesiotapingu bez wpływu na wynik terapii (Cavaleri i wsp., 2018).

¹³ Zob. rozdz. *Postrzeganie kinesiotapingu – porównawczy rekonesans badawczy*, s. 95.

Mimo że plastrowanie uchodzi za metodę stosunkowo prostą i bezpieczną (Mosiejczuk i wsp., 2016, s. 65), wymaga przestrzegania środków ostrożności i zwracania uwagi na przeciwwskazania (Śliwiński, 2014, s. 82–84), wśród których bezwzględny są: przerwanie ciągłości tkanek, podrażnienia w miejscu planowanego plastrowania, zmiany skórne, wysypka, uczulenie na klej akrylowy (Markowski, 2015, s. 12). Mówi się też o uczuleniu na barwniki. Znane są przypadki niepożądanych reakcji skórnych po aplikacji plastrów, uważa się jednak, że możliwe do uzyskania korzyści terapeutyczne przewyższają ewentualne działania niepożądane¹⁴, tym bardziej, że w momencie ich pojawienia się, pacjent może samodzielnie w każdej chwili usunąć plaster ze skóry. Dodatkowo w pediatrii lub u pacjentów z nadwrażliwością skóry stosowane mogą być plastry delikatne, które mają jeszcze łagodniejszy klej akrylowy oraz cieńszy materiał. Niemniej jednak, międzynarodowe badania obserwacyjne dowodzą, że reakcje skórne odnotowywane są z częstością 9,38%, co sugeruje, że należy zachowywać czujność, szczególnie w grupie pacjentów neurologicznych z deficytami sensorycznymi bądź świadomościowymi (de Ru, Mikołajewska, 2017)¹⁵.

KINESIOTAPING W LOGOPEDII: OBSZARY ZASTOSOWAŃ

Zaprezentowane zestawienie obszarów zastosowania kinesiotapingu pokazuje, że stał się on metodą interdyscyplinarną (Mosiejczuki wsp., 2016). Zobrazowała to tabela 1., w której zacieniowane zostały obszary o potencjalnym znaczeniu w pracy logopedycznej.

Najciemniejsze pola tabeli zawierają wyekscerpowane ze statystyk PubMed rezultaty dla połączonego wyszukiwania „kinesio taping” i „speech therapy” – było to 9 prac.

Na ich podstawie można wyróżnić 4 obszary zweryfikowanego badaniami zastosowania tejpów w terapii mowy – są to: **dysfonia, ślinienie, dysfagia (połykanie, karmienie), narzędzia wykorzystywane w pracy**. Publikacje te pochodzą z lat 2017–2024, co świadczy o tym, że stosowanie tapingu w terapii mowy jest nowym obszarem – w porównaniu do publikacji fizjoterapeutycznych notowanych od 2004 roku. Nie znaczy to, że wcześniej nie wykonywano plastrowania w obrębie twarzy – przeciwnie, ale było ono domeną fizjoterapeutów, co pokazuje dwuczęściowa praca *Istota kinesiotapingu w obszarze czaszkowo-żuchwowym oraz czaszkowo-twarzowym – przegląd piśmiennictwa* (Szarejko i wsp., 2016a, 2016b).

¹⁴ Odnotować jednak trzeba, że wyniki pracy zespołu Mary Ellen Oesterle i wsp. (2023) pokazują, że umieszczone na skórze plastry KT mogą zwiększać narażenie na patogeny gromadzące się w środowisku, a przedłużone noszenie może prowadzić do zmian w normalnej mikrobiocie skóry, potencjalnie przyczyniając się do zwiększonego ryzyka infekcji skóry. Dlatego tak ważne jest przestrzeganie uniwersalnych zasad aplikacji.

¹⁵ Zob. rozdz. *Kinesiotapingu traktu ustno-twarzowego – wspólna płaszczyzna działań fizjoterapii i logopedii. Podejście klasyczne i obliczeniowe*, s. 82–83.

Kolejne pola tabeli wyznaczają możliwe zastosowanie tapingu w terapii wykonywanej przez logopedów w pracy z różnymi grupami: pacjentami stomatologicznymi, po operacjach ortognatycznych, z pacjentami onkologicznymi po usunięciu nowotworów w obrębie głowy i szyi, pacjentami pulmonologicznymi, z pacjentami neurologicznymi po udarach i z porażeniami nerwów twarzowych, a także przy poprawie postawy, ustawienia głowy. Wszystkie wymienione problemy wpływają na realizację mowy i z tego względu znajdują się w zakresie zainteresowań logopedów.

Te najbardziej oczywiste obszary pracy logopedycznej – dysfonia, ślinienie, dysfagia (połykanie, karmienie) – wyróżnione w zagranicznych badaniach pokazują tendencję całościowego spoglądania na potrzeby pacjenta w obszarze ustno-twarzowym w procesie terapii, która wymaga interdyscyplinarnych oddziaływań, co jest zgodne ze stanowiskiem European Speech and Language Therapy Association¹⁶. Warto odnotować, że podejście takie – bliskie nam – bywa przez polskich badaczy radykalnie deprecjonowane jako „logopedia opiekuńcza” (Tarkowski, 2023), w której zapanowała „moda na dysfagię” (tamże, s. 333), spychająca logopedę poniżej poziomu zawodowego pielęgniarstwa (tamże, s. 337).

Szczególną rolę w logopedii mają związki z fizjoterapią, nazywane niekiedy „fizjologopedią”¹⁷. Zwrot od kultury żywego słowa, stanowiącej fundament polskiej terapii mowy, do fizjoterapii już trwa¹⁸. Wynika to przede wszystkim z tego, że na powodzenie terapii logopedycznej wpływ mają anatomiczne i fizjologiczne właściwości organizmu – część z nich można korygować za pomocą plastrów, które pozwala zapanować nad biomechaniką mięśni i stawów tak, by działała na korzyść efektywnego posługiwania się aparatem mowy w sytuacjach jego dysfunkcji (wspomaganie, hamowanie). Może to robić logopeda dobrze zaznajomiony z anatomią obszaru ustno-twarzowego, któremu nieobcy jest paradygmat holistyczny zakładający, że funkcjonalna całość powstaje ze współzależnych części (Stemple, 2005, s. 132). Takie podejście jest dziś praktykowane w terapii głosu (tamże), a także w autorskich propozycjach terapii mowy spopularyzowanych już na Zachodzie (Lee Rode, 2022).

*

W tym duchu wyróżniliśmy pięć obszarów logopedii, w których możliwe jest zastosowanie tapingu, oraz przedstawiliśmy możliwości wykorzystania plastrów¹⁹.

¹⁶ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 65.

¹⁷ Zob. Klara Francuz-Matwiejczyk, *FizjoLogopedia – nowa nauka?* (2021, online). Wcześniej o *fizjologopedii* wspominał Zbigniew Tarkowski w pracy *Nowe specjalizacje w logopedii* (2017, online).

¹⁸ Odzwierciedlają to oferty szkoleniowe dla logopedów – szkolenia, tak stacjonarne, jak i online, obejmują elementy technik fizjoterapeutycznych, osteopatycznych, terapii manualnej, terapii orofacialnej czy proprioceptywnego nerwowo-mięśniowego torowania (PNF).

¹⁹ Podajemy tu już tylko publikacje niewspomniane w tabeli 1.

1) Logopedia przedszkolna, szkolna, poradniana i gabinetowa:

- osłabienie mięśni artykulacyjnych (na przykład u osób z dyslalią wieloraką, mózgowym porażeniem czy z zespołami genetycznymi); usprawnienie osłabionych mięśni, także mimicznych, poprawa napięcia, ogólnie – motoryki w sferze orofacialnej, a także ekspresji twarzy oraz jej estetyki (Kase, 2006, s. 65–77);
- obniżona sprawność, hipotonia mięśnia okrężnego ust (Kase, 2006, s. 66–77);
- umożliwienie zwarcia wargowego, poprawa sensoryki okołowargowej; w konsekwencji czego artykulacja staje się wyraźniejsza, zmniejsza się także niekontrolowany wyciek śliny (saliwacja);
- poprawa estetyki twarzy adenoidalnych – fizjonomia taka charakterystyczna jest przy mózgowym porażeniu czy w zespole Downa, a także przy niektórych wadach zgryzu²⁰ – dzięki plastrom można ją dyskretnie remodelować;
- pseudoprzodożuchwie uwarunkowane nadaktywnością mięśni skrzydłowych bocznych – taping pozwala na wyrównanie dysbalansu mięśniowego; należy zaznaczyć, że u osób z wadami zgryzu trzeba zwrócić uwagę na to, że korygowanie wady na potrzeby terapii logopedycznej ma charakter doraźny, jednak systematyczne plastrowanie działa wspomagająco także na terapię ortodontyczną;
- bruksizm – podwyższone napięcie mięśni twarzy i żuchwy ma obecnie charakter cywilizacyjny, stresowy, powoduje zaburzenia układu stomatognatycznego. Hipertonia żwaczy powoduje wrażenia bólowe w okolicy stawu skroniowo-żuchwowego, a także bóle głowy, szyi. Odciążenie żwaczy (normalizacja napięcia) poprzez aplikację taśm unoszących wierzchnią warstwę skóry obniża kompresję mechanoreceptorów, a więc działa przeciwbólowo, poprawia mechanikę żuchwy, a w konsekwencji wyrazistość mowy;
- dysfunkcje narządu żucia oraz dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych (Ey-Chmielewska, 2009; Ilbeygui, 2018);
- wydłużenie fazy wydechowej; remodelowanie toru oddechowego – z ustnego na nosowy, co u najmłodszych dzieci korzystnie wpływa na rozwój szczęk, jak również pozwala na aktywowanie górnych dróg oddechowych;
- u pacjentów hipotonicznych wsparcie przepony – aplikacja taśmy poprawia jej napięcie;
- odwrażliwienie sensoryczne w plastrowanych okolicach ciała (Hałas, Fuchs, Senderek, 2013).

To oczywiście – ale przypomnijmy – mięśnie twarzy są połączone, niewydolność jednego – np. okrężnego ust – wpływa na pracę pozostałych mięśni artykulacyjnych. Plastrując więc jedno, wpływamy na funkcjonowanie innych, co umożliwia m.in. modyfikowanie międzyczębowego ułożenia języka w czasie mówienia oraz w pozycji spoczynkowej (na przykład u dzieci z zespołem Downa), a także usprawnianie

²⁰ Nie ma danych klinicznych potwierdzających skuteczność plastrowania w przypadku progonii, jednak aplikacje takie są wykonywane i wydaje się, że są czynnościowo uzasadnione.

pionizowania języka. Aplikacje mięśniowe mogą także być stosowane przy seplenieniu bocznym i międzyzębowym. Ponadto na artykulację wpływa pozycja głowy, którą również dzięki tejpom można modyfikować (Senderek i wsp., 2013).

2) Logopedia kliniczna i wczesna interwencja logopedyczna²¹:

- rozszczepy wargi – odtworzenie ciągłości mięśnia okrężnego ust poprzez zbliżenie tkanek szczeliny rozszczepu przed zabiegiem cheiloplastyki. Udowodniono, że aplikacje taśm ułatwiają dalsze postępowanie inwazyjne – aktywując fizjologiczne procesy wzrostowe, powodują zwężenie kąta rozszczepu, co wpływa na wielkość pozabiegowej blizny (Dawjee, Julyan, Krynauf, 2014);
- terapia blizn w obrębie twarzoczaszki (oraz blizn w ogóle) – wykorzystywanie kinesiotapingu w przypadkach blizn przerostowych i profilaktyki ich powstawania uchodzi jeszcze za *novum*, ale przeprowadzone dotychczas badania odnotowują obiecujące wyniki (O'Reilly i wsp., 2021; Ilbeygui, 2018);
- odprowadzanie obrzęków i poprawa przepływu limfy po zabiegach w obszarze twarzoczaszki, m.in. po operacjach ortognatycznych (Lietz-Kijak i wsp., 2018);
- u pacjentów po laryngektomii całkowitej (Duda i wsp., 2013);
- u pacjentów pediatrycznych z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego, by oddziaływać na kontrolę motoryczną głowy oraz tułowia, co wpływa na poprawę napięcia w obrębie twarzoczaszki (Hałas, Fuchs, Senderek, 2013);
- u pacjentów z zespołami genetycznymi – wspomniane już aplikacje na mięsień okrężny powodują domknięcie warg, co ogranicza ślinotok. Dodatkowo poprawie ulega kontrola motoryczna i lateralizacja języka;
- wspomaganie funkcji prymarnych – połykania i żucia, w dysfagiach, problemach z karmieniem, kontrolą śliny.

3) Neurologopedia:

- terapia pacjentów po udarach mózgu, czyli z uszkodzeniem górnego neuronu ruchowego – logopedzi mogą z powodzeniem wykorzystywać techniki powięziowe i korekcyjne w przypadku porażenia mięśni twarzy;
- uszkodzenia nerwów czaszkowych: V (trójdzielnego), VII (twarzowego) i VIII (przedsionkowo-ślimakowego), a także po rekonstrukcji nerwu twarzowego (Hałas, Senderek, 2005). Taping nerwów czaszkowych jest dobrze udokumentowany w literaturze fizjoterapeutycznej (Hałas, Senderek, Krupa, 2005; Szeffler, Głowacka, Patalong-Ogień, 2012; Łasinowski, 2013; Grudzińska 2013). Plastrowanie porażonego nerwu twarzowego powoduje: poprawę symetrii twarzy oraz funkcji mięśni mimicznych, uniesienie kącika ust (wspomaganie uśmiechu), ograniczenie wypływania śliny oraz pokarmu i płynów podczas jedzenia – ma więc wpływ na codzienną jakość życia. Napięta taśma tworzy szkielet, wspomagający pracę

²¹ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 67.

mięśni, przeciwdziałając jednocześnie ich zmęczeniu i rozciągnięciu. Wiadomo, że aplikacja plastra w połączeniu z neuromanipulacjami w obrębie twarzoczaszki oraz ćwiczeniami mięśni mimicznych (dzięki taśmie są one stymulowane przez całą dobę) pozwala uzyskać poprawę artykulacji. Dodatkową korzyścią jest poprawa samopoczucia i stanu emocjonalnego pacjenta, wynikająca z podniesienia estetyki twarzy;

– neuralgia nerwu trójdzielnego, niedowład lub hipotonia mięśnia obniżacza kąta ust czy mięśnia jarzmowego;

– u pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi obserwowana jest często niestabilność żuchwy, zaburzająca engramy, czyli właściwe zorientowanie żuchwy w przestrzeni. Plastrowanie ma tu na celu znormalizowanie napięć mięśniowych, poprawę propriocepcji i ustabilizowanie terapeutycznej pozycji żuchwy w spoczynku (symetryczne plastrowanie obustronne). W efekcie można oczekiwać poprawy wyrazistości mowy. Ustabilizowana żuchwa pozwoli na domykanie ust oraz ograniczy wypływanie śliny;

– w dysfagiach o różnej etiologii, między innymi poudarowej (Heo, Kim, 2015), ale także w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych, jak choroba Parkinsona;

– przy zaburzonej pracy ślinianki podjęzykowej (de Ru i wsp., 2019).

4) Gerontologopedia²²:

– zaburzenia kontroli nerwowo-mięśniowej oraz zaburzenia motoryki narządu mowy, do których u senioralnych pacjentów dochodzi w wyniku bezzębności (Gorzechowski, 2016, s. 34–40). Kinesiotaping w takich przypadkach działa normalizująco na napięcie mięśni twarzy i żuchwy (co ma dodatkowe znaczenie przy retencji całkowitych protez zębowych). Zatem u pacjentów ze schorzeniami typowymi dla wieku starszego – demencją starczą, z zespołami otępiennymi, na przykład z chorobą Alzheimera, z chorobą Parkinsona – plastrowanie w obrębie twarzoczaszki poprawia komfort życia (Szarejko i wsp., 2016a, s. 364).

Pacjentom senioralnym poświęcona jest jedna z ostatnich publikacji Kenzo Kase – *Kinesio Medical Taping for the mature adult* (2021), w której zawarł on wyjaśnienie swojej metody (rozdział 4. *Step-by-step: Kinesio Taping applications explained*) oraz – co istotne – aplikacje do samodzielnego wykonywania (rozdział 5. *Self taping application instructions*). O treści tej książki autor powiedział: „Od dawna zdawałem sobie sprawę, że skóra i tkanka podskórna są powiązane ze zdrowiem i chorobami w ciele człowieka. Niedawno opublikowano prace i badania wspierające tę koncepcję. Patrząc na nie, nie mogłem powstrzymać się od myśli »Ach, tak jak się spodziewałem«” (Kinesio Tape, 2024, online). Refleksja Kase akcentuje – z niemałą satysfakcją – że rozwój jego metody idzie w parze z naukowym namysłem.

²² Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 66.

5) Logopedia artystyczna:

- odciążenie okolicy krtani – osoby doświadczające tremy scenicznej, objawiającej się hipertonią mięśni nadgnykowych i podgnykowych oraz przepony dna jamy ustnej, mogą skorzystać z aplikacji, które powodują rozluźnienie struktur anatomicznych wpływających na wydolność aparatu mowy;
- poprawa jakości głosu, łagodzenie zmęczenia głosowego (Fancello, 2024).

*

Niezależnie od obszaru pracy logopedycznej, wykorzystanie kinesiotapingu jako wspierającego ją narzędzia wymaga – co należy z mocą raz jeszcze podkreślić – wykonywania aplikacji dobrze dobranych i odpowiednio wykonanych. Sięgnięcie po to narzędzie obliguje logopedę do rzetelnego opanowania sztuki władania nim – w myśl zaleceń Kase, który wyjaśniał, że „Kinesio Taping Method obejmuje dwa bardzo ważne elementy: edukację i narzędzie” (Kinesio Tape, 2024, online). Pozwala nam to patrzeć na taping zgodnie z najstarszymi tradycjami rozumienia oddziaływań terapeutycznych, które nie mogą być zrównane z rzemiosłem, ale winny urastać do rangi sztuki (zob. Gryglewski, 2006). Takie zresztą rozumienie KT przekazał sam Kenzo Kase w filozofii swojej metody, kiedy odnotowywał, że ci, którzy posiadają teoretyczne przygotowanie oraz doświadczenie, mogą i powinni poszukiwać indywidualnych rozwiązań terapeutycznych dla swoich pacjentów (Kase, Wallis, Kase, 2003 za: Mikołajewska, 2015, s. 10), ponieważ jego metoda „nigdy nie była (i nigdy nie będzie) jednakowa dla wszystkich pacjentów” (Kinesio Tape, 2024, online).

MIEJSCA POLEMICZNE

Wyróżnione przez nasz obszary pracy logopedycznej nie są zamknięte – da się zauważyć, że przyporządkowane do nich możliwości zastosowania tapingu nie są stałe. Przeciwnie – podobne problemy w obszarze orofacjalnym mogą mieć pacjenci w różnym wieku, w różnych momentach życia. Osoby z dysfunkcjami języka i mowy – przez to, że jako społeczeństwo jesteśmy bardziej inkluzywni i otwarci na neuroróżnorodność – nie muszą być terapeutyzowane w warunkach szpitalnych, ale w poradniach, gabinetach, gdzie znajdują wielowymiarową pomoc. Działania w zakresie (około)medycznym bezsprzecznie wymagają dziś podejścia interdyscyplinarnego. Badacze socjologii zdrowia i choroby – tacy jak Bryan S. Turner (1990) czy David Mechanic (1995) – uznali wręcz budowanie modelu interdyscyplinarnej współpracy za konieczność wynikającą z tego, jak złożone są problemy i potrzeby zdrowotne w ponowoczesności.

Kwestia ta dotyczy również kinesiotapingu, który – z jednej strony – spełnia postulat interdyscyplinarności (Mosiejczuki wsp., 2016) – jego zastosowanie

w terapii logopedycznej jest doskonałym tego przykładem. Z drugiej jednak wciąż implikuje miejsca polemiczne, do których się odniesiemy.

Po pierwsze: problematyczne są nadal określenia metody. Kwestiom nazewniczym – *kinesio taping*, *kinesiotaping* oraz *kinesiologia taping* – poświęcony jest cały kolejny rozdział²³. W tym miejscu zwrócimy uwagę na jeszcze inne określenia, z którymi można się spotkać w piśmiennictwie.

Zacznijmy od tego, że samo plastrowanie nie jest w medycynie czy w fizjoterapii niczym nowym, nie brzmi obco, podobnie zresztą jak znane od starożytności bandażowanie (Śliwiński, 2014, s. 28). Przed wdrożeniem pomysłu Kase stosowane były metody plastrowania mechanicznego (statycznego), to znaczy unieruchamiająco-stabilizującego – do dziś nazywane są one *tapingiem sportowym*, *athletic tapingiem* (czy *białym tapingiem sportowym* – *white athletic taping*) bądź *tapingiem McConnell*²⁴. Wykorzystują one nierozciągliwe plastry – niestety można znaleźć źródła internetowe, które nie odróżniają ich zastosowania od plastrów elastycznych, na działaniu których opiera się kinesiotaping, co zresztą oddaje jego polskie określenie – *plastrowanie dynamiczne*. Są też określenia autorskie – wymieniamy z pewnością tylko część z nich – *taping elastyczny* (*elastic taping*) (Lima-Alvares, 2027), *flexible taping* (Ptak, Konieczny, 2012), *taping funkcjonalny* (Paolucci, 2010), *taping nerwowo-mięśniowy* (*neuromuscular taping*) (Blow, 20024), *taping estetyczny* (Bęben-Giampietro, online), *baeuty-taping* (Stadler, 2021), *taping medyczny* (Pijnappel, 2012)²⁵, *laryngeal taping* (*taping krtaniowy*) (Fancello i wsp., 2024), a także *neuromuscular bandage* (Lorca Larrosa, 2019), *lymph taping* (Sijmonsma, Trompert, van der Veen, 2010), *Aku-Taping* (Hecker, Liebchen, 2019), a także *cross taping* (Kandt, 2017).

Po drugie – i wydaje się, że ma to związek filozofią proponowaną przez Kase oraz z różnorodnością nazewniczą – metoda ta pozostaje w ustawicznej ewolucji, którą usystematyzowała Esther de Ru: od wykorzystania koncepcji „biotensegracji”²⁶ do przyklejania taśm zgodnie z przebiegiem powięzi i mięśni (model powięziowy), przez zaadaptowanie możliwości oddziaływania na mózg i skórę poprzez bodźce sensoryczne i mechaniczne (model skórny) i alternatywne podejścia opierające się na teorii meridianów, Chi²⁷ oraz czakr (model energetyczny), po łączenie z koncepcjami Mulligana, Maitlanda czy McConnell (model kombinowany²⁸) (2014, s. 176).

²³ Zob. rozdz. *Kinesiotaping, Kinesio Taping, kinesiologia taping czy jeszcze inaczej*, s. 45.

²⁴ Bywa on w badaniach porównywany z działaniem kinesiotapingu – zob. np. Kakar, Greenberge, McKeon (2020).

²⁵ Sam Kase też wprowadził wspomniane już określenie umedyczniające – *Kinesio Medical Taping*.

²⁶ Zob. Graham Scarr – *Biotensegracja. Strukturalna podstawa życia* (2017).

²⁷ W medycynie chińskiej organizm wypełnia energia życiowa – Chi, Qi.

²⁸ Zob. np. Marcin Bugajski – *Połączenie terapii punktów spustowych, metody Mulligana i kinesiotapingu w leczeniu zespołu ciasnoty podbarkowej* (2018). Kombinowane podejście w tej pracy przedstawia Aleksandra Kaczyńska – zob. s. 121.

Po trzecie: odniesienie do medycyny tradycyjnej wpływa na status kinesiotapingu w ambiwalentny sposób. Z punktu widzenia zachodniej biomedycyny związek ten podważa wiarygodność tapingu już na wstępie – zauważmy to już na planie określeń: u Kase mamy *filozofię*, a nie teorię. Wielokrotnie – również w tej publikacji – powraca kwestia niewystarczających dowodów naukowych potwierdzających działanie kinesiotapingu albo sprzecznych wyników badań, o których – mamy nadzieję dość wyjaśniająco – była już mowa. Jeśli zaś chodzi o publikacje – biorąc pod uwagę to, że stosowanie tapingu w obszarze orofacjalnym jest wciąż dość nową praktyką, ich powstanie należy uznać za kwestię czasu (podobnie było zresztą w fizjoterapii).

Co istotne – i zapewne rzutujące na niezaprzeczną przecież popularność KT – w świecie Zachodu obserwuje się zwrot w stronę podejść terapeutycznych innych niż biomedycyna. Opracowania WHO pokazują zainteresowanie osteopatią i chiropraktyką, które wpisują się w nurt określany *medycyną tradycyjną* (ang. *traditional medicine*, TM), korelującą z wszechstronnym systemem *medycyny holistycznej i alternatywnej* (ang. *complementary and alternativemedicine*, CAM). W minionym dziesięcioleciu zyskały one znaczną popularność nie tylko w krajach rozwijających się, gdzie często stanowią jedyną możliwość ochrony zdrowia – w Mali w ten sposób leczy się trzy czwarte społeczeństwa (WHO, 2010, s. ix), ale także w krajach rozwiniętych, jak Niemcy czy Kanada – tam nawet pięćdziesięcioprocentowy odsetek populacji korzysta z metod TM/CAM (WHO, 2005, s. ii). Na Zachodzie większość chorych zwraca się w stronę medycyny komplementarnej z powodu frustracji wywołanej leczeniem konwencjonalnym, opierającym się na drogich technologiach, nawet jeśli bywają nieefektywne (Ornish i wsp., 1998). Łagodzącą przeciwwagą okazuje się podejście holistyczne, dające poczucie kontroli nad chorobą (Austin, 1998), przy wykorzystaniu skutecznych, choć „prostych interwencji”, jak zmiana diety czy trening relaksacyjny (Ornish i wsp., 1998). Statystyki ze Stanów Zjednoczonych świadczą niezbicie o tym, że medycyna konwencjonalna już u progu XXI wieku nie mogła ignorować podejścia komplementarnego – wydatki na tę drugą wzrosły w latach 1990–1997 z 13 mld do 38 mld dolarów rocznie, a praktycy medycyny komplementarnej udzielili dwukrotnie więcej konsultacji niż lekarze rodzinni (Eisenberg i wsp., 1998).

W ostatnich latach zainteresowanie to uwidacznia się także w Polsce, czemu sprzyja rosnąca świadomość społeczna w zakresie dbania o zdrowie i profilaktyki – z danych Centrum Badań Opinii Społecznej wynika, że według ponad połowy ankietowanych (55%) w Polsce popularność zyskał *zdrowy styl życia* wiążący się z uznaniem dbania o zdrowie za istotną kwestię (CBOS, 2024, s. 9)²⁹.

Doświadczenie kliniczne pokazuje, że połączenie medycyny komplementarnej i alternatywnej³⁰ z medycyną konwencjonalną często poprawia efekty terapeutycz-

²⁹ Wpływa to również na ofertę usług gabinetów rehabilitacji/fizjoterapii (Saniewska, 2018).

³⁰ WHO definiuje *medycynę tradycyjną* jako „sumę wiedzy, umiejętności i praktyk opartych na teoriach o długiej historii, wierzeniach i doświadczeniach różnych kultur, stosowanych dla utrzymywania zdrowia, a także w celu zapobiegania, diagnozowania, poprawy lub leczenia

ne. Dlatego obecnie proponuje się zastępowanie określeń TM/CAM, naznaczonych w nauce pejoratywnym wydźwiękiem, sformułowaniem neutralnym – *medycyna integracyjna*. Lesley Rees i Andrew Weil – w edytoriale *Integrated medicine: Imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine* otwierającym dwudziesty numer „British Medical Journal” z 2001 roku – zwracają uwagę na to, że określeń tych nie można traktować synonimicznie, raczej drugiemu proponują przypisać szersze znaczenie, ponieważ medycyna integracyjna skupia się na zdrowiu i zdrowieniu, a nie na chorobie i leczeniu. W tym podejściu pacjent jest całością: z ciałem, umysłem i duszą (*spirit*); to całość wymaga diagnozy i terapii, która również obejmuje pełny wymiar życia pacjenta: styl życia, dietę, aktywność fizyczną, jakość snu i odpoczynku oraz relacji interpersonalnych (Rees, Weil, 2001, s. 119). Należy więc *medycynę integracyjną*³¹ rozumieć jako „praktykowanie medycyny w sposób, który selektywnie włącza elementy medycyny komplementarnej i alternatywnej do kompleksowych planów leczenia, obok rygorystycznie ortodoksyjnych metod diagnozy i leczenia” (tamże).

Jest ona praktykowana w tak prestiżowych amerykańskich³² ośrodkach jak Mayo Clinic, gdzie łączy „najlepiej przebadaną medycynę konwencjonalną z najlepiej przebadanymi, opartymi na dowodach terapiami uzupełniającymi, aby zapewnić odpowiednią opiekę każdej osobie” (Mayo Clinic, 2024, online), która doświadcza bólu, fibromialgii, zmęczenia, lęku, choroby nowotworowej, a więc wspiera nie tylko leczenie, ale także dobre samopoczucie, czemu służą metody takie jak: akupunktura, animaloterapia, aromaterapia, ziołoterapia i suplementacja, muzykoterapia, medytacja, tai-chi, joga, trening odporności, masaż terapeutyczny (tamże). Co istotne – nie zastępuje konwencjonalnej opieki medycznej, ale ją uzupełnia, wspomaga i podlega nadzorowi państwowemu (National Center for Complementary and Integrative Health) oraz naukowemu (Academic Consortium for Integrative Medicine & Health).

Wróćmy do Kenzo Kase. Jako wykształcony na Zachodzie chiropraktyk i akupunkturzysta łączył w pracy z pacjentami różne style terapeutyczne – „przez lata stosował podejście, które obecnie nazywa się medycyną integracyjną” (Kinesio Tape,

chorób fizycznych i psychicznych”; natomiast terminy *medycyna komplementarna* i *medycyna alternatywna* bez różnicowania odnosi do „do szerokiego zestawu praktyk opieki zdrowotnej, które nie są częścią tradycji danego kraju ani medycyny konwencjonalnej i nie są w pełni zintegrowane z dominującym systemem opieki zdrowotnej. W niektórych krajach są one używane zamiennie z medycyną tradycyjną” (WHO, 2024, online).

³¹ Termin *medycyna integracyjna* (*integrative medicine*) jest bardziej rozpowszechniony w Stanach Zjednoczonych, podczas gdy w Wielkiej Brytanii funkcjonuje określenie *medycyna zintegrowana* (*integrated medicine*) (Rees, Weil, 2001, s. 119).

³² Nie przypadkiem, ponieważ koncepcja ta jest najbardziej rozpoznawalna w Stanach Zjednoczonych (Rees, Weil, 2001, s. 119).

Nie jest ono też obce w Polsce – zob. Daria Zwinczewska, Igor Zwinczewski, *Medycyna integracyjna – przyszłość polskich szpitali?* (2018, online).

2024, online). Tu też sytuuje się kinesiotalping. Miejsce w paradygmacie medycyny integracyjnej – naszym zdaniem – definitywnie uwiarygadnia stosowanie tejpów.

Rozważania te prowadzą do punktu, w którym wyłonić się może propozycja współpracy logopedy i fizjoterapeuty – ale także innych przedstawicieli zawodów medycznych – w ramach koncepcji, którą określilibyśmy „logopedią integracyjną”. Pod pojęciem tym rozumiemy *praktykowanie logopedii w paradygmacie medycyny integracyjnej (w sposób, który selektywnie włącza elementy medycyny komplementarnej i alternatywnej) do kompleksowych planów terapii, obok konwencjonalnych metod diagnozy i leczenia*.

To autorskie podejście – w tym miejscu dopiero nazwane – wyznaczało kierunek naszej współpracy oraz zarysowuje obszar przyszłych badań – m.in. w odniesieniu do kinesiotalpingu.

WHAT YOU NEED TO KNOW ABOUT KINESIOTAPING IN SPEECH THERAPY

The article is devoted to the history and development of the therapeutic method commonly known as kinesiotalping. We present its basic assumptions, limitations, the scale of research interest, and finally – we outline the state of the art in this area of scientific reflection. We also present, based on scattered materials, the profile of the creator of the method – Kenzo Kase. We treat general knowledge about kinesiotalping in the medical and physiotherapy perspective as a necessary background to show the possibilities of using it as a tool supporting speech therapy. In turn, the contexts of biomedicine, complementary, alternative and integrative medicine allow us to introduce the concept of “integrative speech therapy”.

KEYWORDS: kinesiotalping, kinesiotalping, kinesiotalping, speech therapy, medical discourse

BIBLIOGRAFIA:

- Abd El-Ghafour M., Aboulhassan M.A., El-Beialy A.R., Fayed M.M.S., Eid F.H.K., Emara D., El-Gendi M., 2022, *Does presurgical taping change nose and lip aesthetics in infants with unilateral cleft lip and Ppalate? A randomized controlled trial*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 150 (6), s. 1300e-1313e.
- Abd El-Ghafour M., Aboulhassan M.A., El-Beialy A.R., Fayed M.M.S., Eid F.H.K., El-Gendi M., Emara D., 2020, *Is taping alone an efficient presurgical infant orthopedic approach in infants with unilateral cleft lip and palate? A randomized controlled trial*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”, 57 (12), s 1382-1391.
- Albuquerque A.K.B., de Lima C.F., Lima Ribeiro E., Maia J.N., de Sousa Rezende G., Souza A.S.R., 2024, *Effects of Kinesio tape on vascularity, pliability and height of the hypertrophic scar in burns patients: a randomized pilot clinical trial*, „Journal of Burn Care & Research”. doi: 10.1093/jbcr/irae165.
- Alqahtani A.S., Parveen S., 2023, *Kinesio Taping as a therapeutic tool for masticatory myofascial pain syndrome-an insight view*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, t. 20 (5), s. 38–72.
- Austin J.A., 1998, *Why patients use alternative medicine*, „Journal of the American Medical Association”, nr 279, s. 1548–1553.

- Berezutsky V., 2018, *Possibilities of kinesio taping to present injuries of professional dancers*, „International Journal of Occupational Safety and Ergonomics”, t. 25 (4), s. 638–645.
- Blow D., 2012, *NeuroMuscular Taping: from theory to practice*, Milan.
- Boonkerd C., Limroongreungrat W., 2016, *Elastic therapeutic tape: do they have the same material properties?*, „The Journal of Physical Therapy Science”, t. 28 (4), s. 1303–1306.
- Bugajski M., Gogół M., 2018, *Połączenie terapii punktów spustowych, metody Mulligana i kinesiotalingu w leczeniu zespołu ciasnoty podbarkowej*, „Rehabilitacja w Praktyce Katowice”, nr 6, s. 33–35.
- Capecci M., Serpicelli C., Fiorentini L., Censi G., Ferretti M., Orni C., Renzi R., Provinciali L., Ceravolo M.G., 2014, *Postural rehabilitation and Kinesio taping for axial postural disorders in Parkinson's disease*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, t. 95 (6), s. 1067–1075.
- Cavaleri R., Thapa T., Beckenkamp P.R., Chipchase L.S., 2018, *The influence of kinesiology tape colour on performance and corticomotor activity in healthy adults: a randomised crossover controlled trial*, „BMC Sports Science Medicine and Rehabilitation”, nr 10 (1), s. 17.
- CBOS, 2024, *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków. Komunikat z badań*, nr 89, oprac. M. Feliksiak, M. Omyła-Rudzka, Warszawa.
- Cheatham S.W., Baker R.T., Abdenour T.E., 2021, *Kinesiology tape: a descriptive survey of healthcare professionals in the United States*, „International Journal of Sports Physical Therapy”, nr 16 (3), s. 778–796.
- Chen Z., Li M., Cui H., Wu X., Chen F., Li W., 2022, *Effects of kinesio taping therapy on gait and surface electromyography in stroke patients with hemiplegia*, „Frontiers in Physiology”. doi: 10.3389/fphys.2022.1040278.
- Cheshmi B., Keyhan S.O., Rayegani S.M., Kim S.G., Ozunlu Pekyavas N., Ramezanzade S., 2024, *A literature review of applications of Kinesio Taping® in the craniomaxillofacial region*, „Cranio”, t. 42 (5), s. 499–506.
- Cho Y.T., Hsu W.Y., Lin L.F., Lin Y.N., 2028, *Kinesio taping reduces elbow pain during resisted wrist extension in patients with chronic lateral epicondylitis: a randomized, double-blinded, cross-over study*, „BMC Musculoskeletal Disorders”, t. 19 (1), s. 193.
- Christensen J., 2012, *Kinesio tape: the latest olympic accessory*, <https://edition.cnn.com/2012/08/10/health/olympics-kinesio-tape> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Coskun Benlidayi I., Salimov F., Kurkcu M., Guzel R., 2016, *Kinesio Taping for temporomandibular disorders: single-blind, randomized, controlled trial of effectiveness*, „Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation”, t. 29 (2), s. 373–380.
- Cunha A.B., Lima-Alvarez C.D., Rocha A.C.P., Tudella E., 2018, *Effects of elastic therapeutic taping on motor function in children with motor impairments: a systematic review*, „Disability and Rehabilitation”, t. 40 (14), s. 1609–1617.
- Dayican D.K., Ozdinciler A.R., Aslan B.N., Kuz C.N., Ozcan B.H., Gunes N.B., Molla T., 2024, *Comparative effects of exercises combined with Kinesio Taping and electrotherapy in women with primary dysmenorrhea: a randomized controlled clinical trial*, „Alternative Therapies in Health and Medicine”, t. 30 (5), s. 24–32.
- de Campos L., Neves R., Isoppo K.D.S., 2023, *Effects of Kinesio Taping® on pulmonary function of individuals with COPD: a systematic review and meta-analysis*, „Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care”, t. 57, s. 236–242.
- de Ru E., 2014, *Appraisal Correspondence. Review of Kinesio Taping ignored other models and techniques*, „Journal of Physiotherapy”, t. 60 (3), s. 176.

- de Ru E., Mikołajewska E., 2017, *Skin irritation incidence following kinesiology tape use in patients with neurological disorders: multicenter observation*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, t. 71 (71), s. 7–13.
- Deng H., Shen X., 2013, *The mechanism of moxibustion: ancient theory and modern research*, „Evid Based Complementary and Alternative Medicine”. doi: 10.1155/2013/379291.
- Deng P., Zhao Z., Zhang S., Xiao T., Li Y., 2021, *Effect of kinesio taping on hemiplegic shoulder pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*, „Clinical Rehabilitation”, t. 35 (3), s. 317–331.
- Dreżewska M., Frączek E., Śliwiński Z., 2016, *Ocena wpływu dynamicznego plastrowania na zmianę wybranych cech motorycznych u tancerek hipermobilnych*, „Fizjoterapia Polska”, t. 16 (1), s. 6–22.
- Eisenberg D.M., Davies R.B., Ettner S.L., Appel S., Wilkey S., Van Rompany M. i wsp., 1998, *Trends in alternative medicine use in the United States 1990–1997*, „Journal of the American Medical Association”, nr 280, s. 1569–1575.
- Ey-Chmielewska H., Frączak B., Sobolewska E., Polak-Majcher D., Hamerlak Z., Serewa J., 2009, *Metoda kinesiotapingu i jej zastosowanie w leczeniu zaburzeń narządu żucia – przegląd piśmiennictwa*, „Dental Forum”, nr 1 (37), s. 69–72.
- Fancello V., Natale E., Guerzoni A., Corazzi V., Bianchini C., Ciorba A., Stomeo F., 2024, *Laryngeal taping as a supportive tool to relieve phonasthenia in singers: a preliminary report*, „Journal of Voice”, t. 38 (2), s. 541.e13–541.
- Fernández Rodríguez J.M., Alegre Durán L.M., Vicén J.A., Cobo R.C., Jódar X.A., 2010, *Neuromuscular taping: Do all the different tapes have similar mechanical properties?*, „Apunts Sports Medicine”, v. 45 (166), s. 61–67.
- FIMM = International Federation for Manual/Musculoskeletal Medicine, 2013, *Guidelines on basic training and safety*, https://www.fimm-online.com/file/repository/guidelines_on_basic_training_and_safety_3_1.pdf (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Francuz-Matwiejczyk K., 2021, *FizjoLogopedia – nowa nauka?*, <https://kinesiologo.pl/fizjologopedia-nowa-nauka> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Gholami Z., Poorjavand M., Nouri R., 2024, *A scoping review on the effects of Kinesio Taping on oropharyngeal function related to swallowing and feeding*, „Dysphagia”. doi: 10.1007/s00455-024-10739-6. Online ahead of print.
- Gołąb A., Kulesza-Morawiecka M., Gołąb M., 2017, *Comparative studies of physical properties of kinesiotapes*, „Bio-medical Materials and Engineering”, z. 28 (5), s. 457–462.
- Golkar M., Taheri A., Alam M., Asadi Y., Keyhan S.O., 2023, *The effects of Kinesio tapes on facial swelling following bimaxillary orthognathic surgery in the supraclavicular region*, „Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery”, t. 45 (1), s. 22.
- Grudzińska J.M., 2013, *Porażenie nerwu twarzewego – opis przypadku*, „Kwartalnik Ortopedyczny”, z. 2, s. 249–54.
- Gryglewski R.W., 2006, *Czy medycyna jest sztuką czy nauką? – rozważania w świetle polskiej szkoły filozofii medycyny i poglądów innych lekarzy europejskich czasów przełomu XIX w. do wybuchu II wojny światowej*, „Medycyna Nowożytna”, nr 1–2, s. 7–24.
- Hałas I., Kowalczyk-Odeyale A., 2010, *Zastosowanie metody Kinesiology Tapingu w redukcji bólów kompleksu lędźwiowo krzyżowego u kobiet w czasie ciąży i profilaktyce nawalów mlecznych*, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja”, z. 9 (10), s. 28–34.
- Storch-Uczciwek A., Zielińska M., Hałas I., (2011), *Zastosowanie Kinesiology Tapingu u pacjentów po koronarografii*, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja”, nr 18, s. 45–47.
- Hałas I., 2010, *Kinesiology Taping metoda wspomagająca terapię tkanek miękkich*, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja”, nr 9, s. 22–26.

- Hałas I., Fuchs M., Senderek T., 2013, *Przykłady zastosowania metody Kinesiology Taping u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja”, nr 41, s. 11–15.
- Hałas I., Kowalczyk-Odeyale A., 2016, *Wykorzystanie mobilizacji tkanek miękkich i plasterowania dynamicznego (Kinesiology Taping) w fizjoterapii porażenia nerwu twarzowego. Streszczenie*, w: VIII Międzynarodowe Dni Rehabilitacji, Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji, Rzeszów, s. 65–66.
- Hałas I., Senderek T., Krupa L., 2005, *Wykorzystanie kinesiotalingu w usprawnianiu pacjentki po rekonstrukcji nerwu twarzowego*, „Fizjoterapia Polska”, z. 5 (2), s. 272–276.
- Harvey E.G., 2022, *Kinesio taping to address post-sternotomy scars in pediatric patients: a case report*, „Scars, Burns & Healing”. doi: 10.1177/20595131221095355.
- Hecker H.U., Liebchen K., 2019, *Aku-Taping*, b.m.
- Heo S.Y., Kim K.M., 2015, *Immediate effects of Kinesio Taping on the movement of the hyoid bone and epiglottis during swallowing by stroke patients with dysphagia*, „Journal of Physical Therapy Science”, t. 27, z. 11, s. 3355–3357.
- Huang Y.C., Chang K.H., Liou T.H., Cheng C.W., Lin L.F., Huang S.W., 2017, *Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, t. 49 (3), s. 208–215.
- Huang Y.C., Chen P.C., Tso H.H., Yang Y.C., Ho T.L., Leong C.P., 2019, *Effects of kinesio taping on hemiplegic hand in patients with upper limb post-stroke spasticity: a randomized controlled pilot study*, „European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine”, t. 55 (5), s. 551–557.
- ICD-9 = Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9, <http://www.icd9.pl> (dostęp: 12.05.2022 r.).
- Iosa M., Morelli D., Nanni M.V., Veredice C., Marro T., Medici A., Paolucci S., Mazzà C., 2010, *Functional taping: a promising technique for children with cerebral palsy*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, t. 52 (6), s. 587–589.
- Jaraczewska E., Long C., 2006, *Kinesio taping in stroke: improving functional use of the upper extremity in hemiplegia*, „Topic in Stroke Rehabilitation”, z. 13 (3), s. 31–42.
- Jaraczewska E., Long C., *Kinesio taping in stroke: improving functional use of the upper extremity in hemiplegia*, „Learn about Topics in Stroke Rehabilitation”, t. 13 (3), s. 31–42.
- Jarzębska K., 2016, *K-taping w logopedii*, „Forum Logopedy”, s. 30.
- Kakar R.S., Greenberger H.B., McKeon P.O., 2020, *Efficacy of Kinesio Taping and McConnell Taping techniques in the management of anterior knee pain*, „Journal of Sport Rehabilitation”, t. 29 (1), s. 79–86.
- Kamper S.J., Henschke N., *Kinesio taping for sports injuries*, 2013, „British Journal of Sports Medicine”, t. 47 (17), s. 1128–1129.
- Karakoyun Ö.F., Karakoyun Z.N., Yüce Yörük E.A., Coşkun M.B., Gölcük Y., 2024, *The impact of ankle kinesio taping on pain management in patients with acute ankle sprain*, „Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi”, t. 30 (4), s. 248–253.
- Kasawara K.T., Mapa J.M.R., Ferreira V., Added M.A.N., Shiwa S.R., Carvas N. Jr, Batista P.A., 2018, *Effects of Kinesio Taping on breast cancer-related lymphedema: a meta-analysis in clinical trials*, „Physiotherapy Theory and Practice”, t. 34 (5), s. 337–345.
- Kase K., Martin P., Yasukawa A., 2006, *Kinesiotaping in pediatrics. Fundamentals and whole body taping*, Tokyo.
- Kase K., 2002, *Illustrated Kinesio Taping*, Tokyo.
- Kase K., 2021, *Kinesio Medical Taping for the mature adult*, 2nd Edition, Kinesio, b.m.
- Kase K., 2000, *Illustrated Kinesio Taping*, “Ken’I-Kai Information”, Tokyo.

- Kase K., Hashimoto T., Okane T., 1996, *Kinesio Taping Perfect Manual*, Kinesio Taping Association, b.m.
- Kase K., Martin P., Yasukawa A., 2006, *Kinesiotaping in pediatrics fundamentals and whole body taping*, 1ed, b.m.
- Kase K., Stockheimer K.R., 2004, *Kinesio Taping for lymphoedema and chronic swelling*, b.m.
- Kase K., Wallis J., Kase T., 2013, *Clinical therapeutic applications of the kinesio taping method*, 3rd ed., b.m.
- Kase, K., Wallis, J. and Kase, T., 2003, *Clinical therapeutic applications of the Kinesio Taping® Method*, 2nd Edition, Kinesio Taping Association, Dallas.
- Keskinruzgar A., Kucuk A.O., Yavuz G.Y., Koparal M., Caliskan Z.G., Utkun M., 2019, *Comparison of kinesio taping and occlusal splint in the management of myofascial pain in patients with sleep bruxism*, „Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation”, 32 (1), s. 1–6.
- Kinesio Tape, 2024, <https://kinesiotaping.com> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Kiseljak D., Medved V., 2023, *The Effects of Kinesio Taping® on muscle interplay within the lumbo-pelvic-hip complex: a randomized placebo-controlled trial*, „Sports” (Basel), t. 11 (3), s. 70.
- Koç M., Aydoğmuş H., Dinç F., Bayar K., Oskay D., 2024, *Immediate effects of Kinesio taping and Dynamic Taping on acromiohumeral distance in individuals with symptomatic rotator cuff tendinopathy*, „Journal of Hand Therapy”. doi: 10.1016/j.jht.2023.12.003. Epub ahead of print.
- Kumbrink B., 2012, *K-Taping. An illustrated guide*, Berlin–Heidelberg.
- Łasinowski J., 2013, *Kinesio Taping – przykłady zastosowania u kobiet w ciąży*, „Rehabilitacja Praktyczna”, z. 3, s. 42–3.
- Łasinowski J., 2013, *Kinesio Taping w pourazowym porażeniu nerwu twarzowego*, „Rehabilitacja Praktyczna”, z. 1, s. 38–41.
- Li X., Cai H., Tang K., Li F., 2024, *The efficacy of Kinesio taping in patients with post-stroke dysphagia: a meta-analysis*, „Medicine” (Baltimore), t. 103 (11), s. e37491. doi: 10.1097/MD.00000000000037491.
- Lin C.L., Wu W.T., Chang K.V., Lin H.Y., Chou L.W., 2016, *Application of Kinesio Taping method for newborn swallowing difficulty: a case report and literature review*, „Medicine” (Baltimore), t. 95 (31), s. e4458. doi: 10.1097/MD.00000000000004458.
- Lipińska A., Śliwiński Z., Kiebzak W., Senderek T., Kirenko J., 2007, *Wpływ aplikacji kinesiotapingu na obrzęk limfatyczny kończyny górnej u kobiet po mastektomii*, „Fizjoterapia Polska”, z. 3 (4), s. 258–269.
- Lorca Larrosa M., Ruiz Roca J.A., Ruiz Roca M.I., López-Jornet P., 2019, *Effects of the neuromuscular bandage as rehabilitative treatment of patients with drooling and intellectual disability: an interventional study*, „Journal of Intellectual Disability Research”, t. 63 (6), s. 558–563.
- Lu Z., Li X., Chen R., Guo C., 2018, *Kinesio taping improves pain and function in patients with knee osteoarthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials*, „International Journal of Surgery”, t. 59, s. 27–35..
- Markowski A., 2015, *Kinesiotaping*, wyd. I, Warszawa.
- Mayo Clinic, 2024, *Integrative medicine*, <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/complementary-alternative-medicine/care-at-mayo-clinic/pcc-20393587> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Mechanic D. 1995, *Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine*, „Social Science and Medicine” t. 40, nr 11, s. 1491–1496.
- Mezzedimi C., Livi W., Spinosi M.C., 2017, *Kinesio Taping in dysphonic patients*, „Journal of Voice”, t. 31 (5), s. 589–593.
- Mezzedimi C., Spinosi M., Mannino V., Ferretti F., Al-Balas H., 2020, *Kinesio Taping application in dysphonic singers*, „Journal of Voice”, t. 34 (3), s. 487, e11-487.e20.

- Michalak B., 2014, *Aktywacja endogennego systemu analgetycznego*, w: *Dynamiczne plastrowanie: podręcznik Kinesiology Taping*, red. Z. Śliwiński, M. Krajczy, przy wsp. J. Szczegliński i T. Senderka, Ostrowiec Świętokrzyski, s. 62–66.
- Michalska A., Mierzwa-Molenda M., Bielasik K., Pogorzelska J., Wolder D.P., Swiercz G., 2024, *Optimization of the cosmetic appearance of skin scar after caesarean section – part II physiotherapy practice*, „Ginekologia Polska”, t. 95 (2), s. 156–166.
- Mikami D.L.Y., Furia C.L.B., Welker A.F., 2019, *Addition of Kinesio Taping of the orbicularis oris muscles to speech therapy rapidly improves drooling in children with neurological disorders*, „Developmental Neurorehabilitation”, t. 22 (1), s. 13–18.
- Mikołajewska E., 2013, *Kinesiotaping w pediatrii*, Warszawa.
- Mikołajewska E., 2014, *Kinesiotaping w sporcie*, Warszawa.
- Mikołajewska E., 2015, *Kinesiotaping. Rozwiązania wybranych problemów funkcjonalnych*, Warszawa.
- Mikołajewska E., Mikołajewski D., 2020, *Kinesiotaping w medycynie estetycznej i kosmologii*, Bydgoszcz.
- Mokhlesin M., Mirmohammadkhani M., Tohidast S.A., 2022, *The effect of Kinesio Taping on drooling in children with intellectual disability: a double-blind randomized controlled study*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”. doi: 10.1016/j.ijporl.2021.111017.
- Morris D., Jones D., Ryan H., Ryan C.G., 2013, *The clinical effects of Kinesio® Tex taping: A systematic review*, „Physiotherapy Theory and Practice”, nr 29 (4), s. 259–270.
- Mosiejczuk H., Lubińska A., Ptak M., Szylińska A., Kemicer-Chmielewska E., Laszczyńska M., Rotter I., 2016, *Kinesiotaping jako interdyscyplinarna metoda terapeutyczna*, „Pomeranian Journal of Life Sciences”, nr 62 (1), s. 60–66.
- Novella S., 2012, *Olympic Pseudoscience*, <https://sciencebasedmedicine.org/olympic-pseudoscience> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Nowak P., Wilk T., Niewęglowska-Wilk M., Śpiewak R., 2015, *Zastosowanie plastrowania dynamicznego w redukcji obrzęków i zmarszczek wokół oczu*, w: *Innowacje w fizjoterapii*, t. 1, red. M. Olszówka, R. Karpiński, Lublin, s. 78–88.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz.U. z 2021 r., poz. 265.
- Oesterle M.E., Conner T., Bunch M., Fleming A., Johnson P., Bialonska D., 2023, *Do Kinesio tapes increase the skin exposure to pathogenic bacteria?*, „American Journal of Infection Control”, t. 51 (4), s. 401–405.
- Ornish D., Scherwitz L.W., Billings J.H., Brown S.E., Gould K.L., Merritt T.A. i wsp., 1998, *Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease*, „Journal of the American Medical Association”, nr 280, s. 2001–2007.
- Ortiz Ramirez J., Pérez de la Cruz S., 2017, *Therapeutic effects of kinesio taping in children with cerebral palsy: a systematic review*, „Archivos Argentinos de Pediatría”, t. 115 (6), s. e356–e361.
- Pakkir Mohamed S.H., Al Amer H.S., Nambi G., 2023, *The effectiveness of Kinesio taping and conventional physical therapy in the management of chronic low back pain: a randomized clinical trial*, „Clin Rheumatology”, t. 42 (1), s. 233–244.
- Parker-Pope T., 2008, *A quirky athletic tape gets is olympic moment*, <https://archive.nytimes.com/well.blogs.nytimes.com/2008/08/19/a-quirky-athletic-tape-gets-its-olympic-moment> (dostęp: 12.10.2024 r.).

- Parreira Pdo C., Costa Lda C., Hespanhol L.C. Jr., Lopes A.D., Costa L.O., 2014, *Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: a systematic review*, „Journal of Physiotherapy”, t. 60 (1), s. 31–39.
- Patil S., Rajanikanth K., Bhola N., 2023, *Efficacy of Kinesio taping in post operative sequelae after surgical removal of mandibular third molars: a split mouth randomized control study*, „BMC Oral Health”, t. 23 (1), s. 964.
- Pervez R., Naz S., Babur N., Mumtaz N., 2022, *Effects of Kinesio Taping compared with manipulation therapy on drooling and speech intelligibility in children with oral dysphagia: a pilot study*, „Alternative Therapies in Health and Medicine”, t. 28 (3), s. 48–51.
- Pijnappel H., 2012, *Podręcznik do kinesiopatingu – Taping Medyczny*, współpraca P. Christian, tłum. B. Skalska-Dulińska, b.m.
- Pogorzelec P., 2012, *Zastosowanie metody Kinesio Taping w terapii wybranych schorzeń stawu kolanowego*, „Rehabilitacja Praktyczna”, z. 4, s. 41–45.
- Pogorzelec P., 2012, *Zastosowanie metody Kinesio Taping w terapii wybranych urazów stawu barkowego na przykładzie zawodniczek uprawiających piłkę ręczną*, „Rehabilitacja Praktyczna”, z. 5, s. 36–40.
- Pool R., Farnworth T.K., 1994, *Preoperative lip taping in the cleft lip*, „Annals of Plastic Surgery”, t. 32 (3), s. 243–249.
- Ptak A., Konieczny G., 2012, *Flexible taping – an overview of methods based on the impact of a flexible patch*, „Medical and Biological Sciences”, t. 26, z. 3, s. 27–31.
- PubMed®, 2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=kinesio+taping+> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Pyszora A., Krajnik M., 2010, *Is Kinesio Taping useful for advanced cancer lymphoedema treatment? A case report*, „Advances in Palliative Medicine”, z. 4 (9), s. 141–144.
- Pyszora A., Wójcik A., Krajnik M., 2010, *Are soft tissue therapies and Kinesio Taping useful for symptom management in palliative care? Three case reports*, „Advances in Palliative Medicine”, t. 9 (3), s. 87–92.
- Qi J., Yue H., Liu E., Chen G., Liu Y., Chen J., 2022, *Effects of Kinesio tape on pain and edema following surgical extraction of the third molar: a meta-analysis and systematic review*, „Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation”, t. 35 (5), s. 1097–1107.
- Rees L., Weil A., 2021, *Integrated medicine*, „British Medical Journal”, nr 322 (7279), s. 119–20.
- Saniasiaya J., van der Meer G., Toll E.C., 2024, *Outcome of kinesio taping in drooling children: a systematic review*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”. doi: 10.1016/j.ijporl.2024.112057.
- Saniewska D., 2018, *Strukturalno-semantyczna analiza nazw białostockich gabinetów rehabilitacji/ fizjoterapii, cz. 1: wprowadzenie*, „Białostockie Archiwum Językowe”, nr 18, s. 227–244.
- Saniewska D., 2018, *Choroba i terapia. Świątek medycyny wileńskiej w pamiętnikach pierwszej połowy XIX wieku*, Białystok.
- Saniewska D., Hałas I., 2017, *Zastosowanie metody Kinesiology Taping (Plastrowanie Dynamiczne) w logopedii*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Varia*, red. D. Saniewska, Białystok, s. 21–35.
- Scarr G., 2017, *Biotensegracja. Strukturalna podstawa życia*, tłum. M. Kurkowski, Konarzyce.
- Senderek T., Hałas I., 2005, *Kinesiopatung – nowe możliwości fizjoterapii*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola w Lublinie”, t. 1, s. 89–93.
- Senderek T., Sitarz K., Śliwiński Z., Hałas I., Piechowicz J., 2013, *Wpływ metody Kinesiology Taping na postawę ciała w mechanizmach mięśniowo-powięziowych*, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja”, nr 41, s. 16–19.

- Sheng Y., Duan Z., Qu Q., Chen W., Yu B., 2019, *Kinesio taping in treatment of chronic non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, t. 51 (10), s. 734–740.
- Sheng Y., Kan S., Wen Z., Chen W., Qi Q., Qu Q., Yu B., 2019, *Effect of Kinesio Taping on the walking ability of patients with foot drop after stroke*, „Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine”, doi: 10.1155/2019/2459852.
- Shih H.S., Chen S.S., Cheng S.C., Chang H.W., Wu P.R., Yang J.S., Lee Y.S., Tsou J.Y., 2017, *Effects of Kinesio taping and exercise on forward head posture*, „Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation”, t. 30 (4), s. 725–733.
- Sijmonsma J., Trompert R., van der Veen T., 2010, *Lymph Taping*, Goor.
- Śliwiński Z. (red), 2014, *Dynamiczne plastrowanie: podręcznik Kinesiologii Taping*, przy wsp. J. Szczegielniaka i T. Senderka, Ostrowiec Świętokrzyski.
- Śliwiński Z., 2014, *Historia*, w: *Dynamiczne plastrowanie: podręcznik Kinesiologii Taping*, red. Z. Śliwiński, M. Krajczy, przy wsp. J. Szczegielniaka i T. Senderka, Ostrowiec Świętokrzyski.
- Song W., Yang Y., 2020, *Effect of Kinesio taping on delayed-onset muscle soreness in elite athletes*, „The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness”, t. 62 (5), s. 667–672.
- Sun Z.H., Tian Y.P., Tan Y.F., Tao D., Li W.B., Ding J.L., Ai S.C., 2020, *Effectiveness of Kinesio taping on peripheral facial paralysis: a protocol for systematic review and meta-analysis*, „Medicine” (Baltimore), t. 99 (46), s. e23090.
- Szarejko K.D., Kuć J., Aleksandrowicz K., Gołębiowska M., 2016a, *Istota kinesiotalingu w obszarze czaszkowo-żuchwowym oraz czaszkowo-twarzowym – przegląd piśmiennictwa. Część II*, „Protetyka Stomaologiczna”, r. LXVI, z. 6, s. 437–444.
- Szarejko K.D., Kuć J., Aleksandrowicz K., Gołębiowska M., 2016b, *Istota kinesiotalingu w obszarze czaszkowo-żuchwowym oraz czaszkowo-twarzowym – przegląd piśmiennictwa. Część I*, „Protetyka Stomatologiczna”, r. LXVI, z. 5, s. 359–366.
- Szczegielniak J. i wsp., 2007, *Kinesiotalingu w fizjoterapii po zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej*, „Fizjoterapia Polska”, z. 3 (4), s. 299–307.
- Szczegielniak J. i wsp. 2007., *Zastosowanie Kinesio Taping u pacjentów z zaostrzeniami astmy oskrzelowej*, „Medycyna Sportowa”, z. 6 (23), s. 337–341.
- Szczegielniak J. i wsp., 2007, *The possibilities of using kinesio taping in patients after cardiac surgery*, „Fizjoterapia Polska” 7, t. 7, z. 4, s. 465–471.
- Szczegielniak J., Łuniewski J., Bogacz K., Krajczy M., Śliwiński Z., 2007, *Możliwości zastosowania metody Kinesio Taping u pacjentów po zabiegach kardiokirurgicznych*, „Fizjoterapia Polska”, t. 7 (4), s. 465–471.
- Szeffler J., Głowacka P., Patalong-Ogiewa M., 2012, *Kinesiologii taping jako metoda wspierająca terapię ośrodkowego uszkodzenia nerwu VII*, „Annles Academiae Medicae Silesiensis”, nr 66 (1), s. 72–76.
- Tantawy S.A., Abdelbasset W.K., Nambi G., Kamel D.M., 2019, *Comparative study between the effects of Kinesio Taping and pressure garment on secondary upper extremity lymphedema and quality of life following mastectomy: a randomized controlled trial*, „Integrative Cancer Therapies”. doi: 10.1177/1534735419847276.
- Tarkowski Z., 2017, *Nowe specjalizacje w logopedii*, <https://forumlogopedy.pl/artykul/nowe-specjalizacje-w-logopedii> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Tarkowski Z., 2023, *Logopedia opiekuńcza*, „Logopedia”, t. 52 (1), s. 331–339.
- Thair A., Abid M., Dziedzic A., 2024, *Caregivers' experience with lip taping as a presurgical orthopedic treatment for cleft lip and palate defects*, „Children” (Basel), t. 11 (3), s. 332.
- Toprak Celenay S., Kavalci B., Karakus A., Alkan A., 2020, *Effects of kinesio tape application on pain, anxiety, and menstrual complaints in women with primary dysmenorrhea*:

- a randomized sham-controlled trial*, „Complementary Therapies in Clinical Practice”. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101148.
- Turner B.S., 1990, *The interdisciplinary curriculum: from social medicine to postmodernism*, „Sociology of Health and Illness” t. 12, nr 1, s. 2–23.
- Vahid M., Mansuri B., Farzadi F., Tohidast S.A., Bagheri R., Scherer R.C., 2022, *Immediate effects of combining Kinesio Tape with voice therapy in patients with muscle tension dysphonia*, „Journal of Voice”. doi: 10.1016/j.jvoice.2022.09.006.
- Vignesh R., Singhal R., Namdev R., Kumar A., Dayma C., Rani A., 2024, *Treatment outcomes of lip taping in patients with non-syndromic cleft lip and/or palate: A systematic review and meta-analysis*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”. Epub ahead of print. doi: 10.1177/10556656241249822. PMID: 38711400.
- Wallace S.S., Barak G., Truong G., Parker M.W., 2022, *Hierarchy of evidence within the medical literature*, „Hospital Pediatrics”, t. 12 (8), s. 745–750.
- Walshe M., Smith M., Pennington L., 2012, *Interventions for drooling in children with cerebral palsy*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”. doi: 10.1002/14651858.CD008624.pub3.
- Wang Y., Zhu X., Guo J., Sun J., 2021, *Can Kinesio taping improve discomfort after mandibular third molar surgery? A systematic review and meta-analysis*, „Clinical Oral Investigations”, t. 25 (9), s. 5139–5148.
- WHO, 2005 = World Health Organization, 2005, *Guidelines on basic training and safety in chiropractic*, Geneva.
- WHO, 2010 = World Health Organization, 2010, *Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine. Benchmarks for training in osteopathy*, Geneva.
- WHO, 2024 = World Health Organization, 2024, *Traditional, complementary and integrative medicine*, https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_2 (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Yasukawa A., Patel P., Sisung C., 2006, *Pilot study: investigating the effects of Kinesio Taping in acute pediatric rehabilitation setting*, „American Journal of Occupational Therapy”, t. 60, z. 1, s. 104–110.
- Yazici G., Kafa N., Kolsuz M.E., Volkan-Yazici M., Evli C., Orhan K., 2023, *Evaluation of single session physical therapy methods in bruxism patients using shear wave ultrasonography*, „Cranio”, t. 41 (1), s. 41–47.
- Yilmaz N., Turker D., Aytar A., Yemisci O.U., Aytar A., 2024, *The acute effects of Kinesio Taping on drooling in children with cerebral palsy: a randomized placebo-controlled trial*, „Developmental Neurorehabilitation”, t. 27 (5-6), s. 161–168.
- Zalewska A., Pawłowicz K., Gańczyk M., Roman C., Waszkiewicz N., 2020, *Wykorzystanie technik fizjoterapii w leczeniu patogenicznego wpływu stresu na narząd żucia w pracy neurologopedy*, w: *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*. T. 7, red. E. Krajewska-
- Zwinczewska D., Zwinczewski I., 2018, *Medycyna integracyjna – przyszłość polskich szpitali?*, <https://www.praktycznafizjoterapia.pl/arttykul/medycyna-integracyjna-przyszlosc-polskich-szpitali> (dostęp: 12.10.2024 r.).

Diana Saniewska

Uniwersytet w Białymstoku

KINESIOTAPING, KINESIO TAPING, KINESIOLOGY TAPING CZY JESZCZE INACZEJ – UPORZĄDKOWANIA TERMINOLOGICZNE (NIE TYLKO LINGWISTYCZNE)

W rozdziale tym podjęte zostały refleksje o kwestii, która w monografii powraca wielokrotnie, w różnych miejscach i rozmaitych kontekstach – o nazwach oznaczających naklejanie na skórę elastycznych plastrów. Na postawie analizy dyskursu zaproponowane tu zostały uporządkowania terminologiczne odnoszące się do ustaleń lingwistycznych (o charakterze chrematonimicznym, legilingwistycznym, etymologicznym i pragmatycznym) oraz do historii rozwoju i rozpowszechniania metody opracowanej przez Kenzo Kase w USA i Europie oraz w odniesieniu do podejmowanych w tych obszarach praktyk brandingowych.

TŁO LINGWISTYCZNE

Leksyka jest żywą tkanką języka – najsilniej reaguje na zmiany w rzeczywistości coraz bardziej zróżnicowanej i zróżnicowanie doceniającej. Wypełnia ona lukę nazewniczą dzięki procesom neologizacji i zapożyczania, które leżą u podstaw takich zmian w polszczyźnie najnowszej, które zmieniają jej ilościowy obraz. O sytuacji tej w roku 2008 Kazimierz Ożóg pisał tak: „Można (...) powiedzieć, że stan obecnej polszczyzny w stosunku do tej sprzed kilkunastu lat przypomina stan języka po rewolucji” (s. 60). Szczególnym przykładem lawinowego przyrostu jest słownictwo specjalistyczne, które musi „nadać” za rozwojem nauk szczegółowych. Wyjątkowe miejsce należy tu przypisać słownictwu związanemu z naukami medycznymi oraz pokrewnymi – język medycyny czy język medyczny jest od dawna przedmiotem zainteresowania lingwistów¹. Wiązać to należy z nasilającymi się fenomenami socjo-kulturowymi jak medykalizacja życia codziennego

¹ Zob. np. prace Lucyny Agnieszki Jankowiak (2011a, 2011b, 2014, 2015) czy językoznawczo-lekarskie refleksje Jerzego Bralczyka i Artura Mamcarza (2023).

czy pojawienie się „doktora Google” (zob. Wysocki, 2006; Życińska i wsp., 2006; Staniszewski, Bujnowski, 2008; Gugała i wsp., 2010; Saniewska E., Saniewska N., 2019). Fundamentalne dla tych zjawisko było upowszechnienie dostępu do Internetu stacjonarnego (Drózd-Łuszczuk, 2022, s. 72), pozwalające zaproponować lata 2002/2003 jako cezurę nowopolskiej doby dziejów języka polskiego. Obecnie Internet ma już status podstawowego źródła wiedzy tak ogólnej, jak i (koło)medycznej – dla profesjonalistów oraz pacjentów, przez co stał się też popularnym medium rozpowszechniania w dowolny, niekontrolowany i często nieweryfikowalny sposób nowinek ze świata terapii tak funkcjonujących w paradygmacie biomedycyny, jaki i medycyny tradycyjnej, komplementarnej czy integracyjnej².

TŁO HISTORYCZNE

Data ta – rok 2002 – zbiega się z wydarzeniami zapoczątkowującymi w Polsce historię³ opracowanej przez Kenzo Kase metody polegającej na „oklejaniu ciała elastycznymi taśmami” (Markowski, 2015, s. 7), która niewiele wcześniej zawitała w Europie. Początkowo szkolenia odbywały się w siedzibie powołanego przez Kase Kinesio Taping Association (KTA), ale po roku 2000 zaczęto je prowadzić także w prywatnej klinice fizjoterapeutycznej w niemieckim Frammersbach. Pierwszy w Polsce kurs – jesienią 2002 roku w Pabianicach – poprowadził włoski fizjoterapeuta wyszkolony w Japonii – Cosimo Bruno. Szkolenie rozwijające trzy lata później w Zgorzelcu poprowadził sam Kenzo Kase. W tym też roku w Niemczech wyszkolono dwudziestu jeden Międzynarodowych Instruktorów Metody Kinesio Taping – w tym trzech pierwszych fizjoterapeutów z Polski – byli to: Zbigniew Śliwiński, Tomasz Senderek oraz Ireneusz Hałas (Śliwiński, 2014, s. 43). W ten sposób powstała europejska baza instruktorska, co miało kluczowe znaczenie dla rozwoju metody, a dokładnie – dla swego jej rozłamu.

Kiedy – jak relacjonuje Śliwiński (tamże, s. 43) – KTA⁴ zerwało współpracę handlową z firmą Nitto Denko, japońskim producentem taśm Kinesio Tex®, na bazie których tworzona była metoda Kase, i powierzyło produkcję innej firmie, część europejskich instruktorów zrezygnowała ze współpracy z KTA. Uznali oni, że zasadnicze dla powodzenia plastrowania są parametry taśmy oryginalnie opracowanej przez Nitto Denko. Inaczej więc niż władze KTA, którego filozofię odzwierciedla motto dziś widniejące na stronie internetowej: „First came the method, then came the tool” (Kinesio Tape, 2004, online). Jest to swego rodzaju uzasadnienie możliwości zmiany producenta plastrów bez szkody dla wykonywanych aplikacji – Kase współpracował z inżynierami przy opracowywaniu plastrów, dzięki czemu pewną wiedzę o produkcji mógł „zabrać ze sobą”. Niemniej jednak – wydaje się, że to przekonanie wiodło europejskich adeptów – dowody na działanie plastrów

² Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu w logopedii*, s. 33–34.

³ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu*, s. 17.

⁴ Od 2008 r. Kinesio Taping Association International® (Kinesio Tape, 2024, online).

zebrano, wykorzystując taśmy wyprodukowane przez Nitto Denko, a zdrowy rozsądek podpowiadał, że zmiana jakiegoś parametru produkcji mogła zmienić też właściwości plastrów.

W ten sposób w 2007 roku ze struktur Kinesio Deutschland GmbH wyodrębniło się The K-Active Europe GmbH⁵ i pod marką własną – K-Active® – działa jako wyłączny partner dystrybucyjny Nitto Denko Corp. (K-Active, 20024, online). Od tego momentu plastry produkowane przez japońską firmę zyskały nazwę – poprzednia była własnością marki Kinesio® – Kinesiology Tape z brandem K-Active®, stąd różne warianty zapisu: K-Active Kinesiology Tape, K-Active Tape.

W Niemczech powstała więc nowa organizacja odseparowująca się od KTA – stowarzyszenie o podobnej jednak nazwie Kinesiology Taping (Śliwiński, 2014, s. 43) – która dysponowała nie tylko własną marką plastrów, ale też z czasem własną strukturą organizacyjną i szkoleniową. Dlatego instruktorzy wyszkoleni w ramach Kinesio Taping Method®, którzy przystali do europejskiej organizacji, zostali przeszkoleni we Frammersbach w latach 2006 i 2008 (z Polski: Śliwiński, Senderek, Hałas), by zostać Międzynarodowymi Instruktorami K-Active Taping (Kinesiology Taping), a następnie Międzynarodowymi Senior Instruktorami K-Active Taping (Kinesiology Taping) (tamże).

Warto dodać, że można zauważyć swoistą „europejskość” *kinesiology tapingu* i jego łączliwość z marką – w *Cambridge Dictionary* odnotowana została *kinesiology tape* z nieformalnym określeniem „K-tape” (CD, 2024, online).

To wszystko pozwoliło Śliwińskiemu dokładnie dekadę temu stwierdzić, że „Kinesiology Taping to nazwa, która się w Polsce przyjęła” (2014, s. 43), choć zastrzeżenia w świecie nauki budziło jej anglojęzyczne pochodzenie. Śliwiński – profesor specjalizujący się w fizjoterapii (Ludzie Nauki, 2024, online), którego można by określić prekursorem tapingu w polskiej medycynie – opisał wątpliwości, które zgłaszały rady wydziałów, na których procedowano pierwsze przewody doktorskie związane z plastrowaniem – na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu⁶, Wydziale Wojskowo-Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi⁷, Wydziale Lekarskim z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach⁸ (tamże, s. 44).

⁵ GmbH – niem. *Gesellschaft mit beschränkter Haftung* jest odpowiednikiem polskiej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

⁶ Marek Krajczy – pierwszy polski doktorat poświęcony kinesiologotapingowi: *Wpływ kinesiologotapingu na efekty fizjoterapii u chorych po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej* (2010). W 2020 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie osiągnięcia naukowego pod tytułem *Ocena efektów plastrowania dynamicznego w leczeniu chorych z zespołem zaburzeń pasażu jelitowego* (Ludzie Nauki, 2024, online). W tytułach tych widać konsekwencję w podejściu do wytycznych środowiska naukowego odnośnie do nazewnictwa.

⁷ Marek Wiecheć – *Wpływ aplikacji metody dynamicznego plastrowania (Kinesiology Taping) na wybrane cechy motoryczne u pływaków* (2016).

⁸ Anna Lipińska – *Skuteczność Kinesiology Tapingu w procesie usprawniania pacjentek po mastektomii* (2010).

Akademicy zwracali uwagę na „konieczność zastosowania polskiego odpowiednika nazwy metody” i zalecali, by stosować „termin polsko brzmiący” (tamże). Należy uznać za znamienne dla środowiska medycznego – lekarzy „obdarzonych autorytetem wspieranym (...) [przez] kulturowo wytworzone normy dystrybuujące władzę” (Wierciński, 2016, s. 74) i po Foucaultiańsku także wiedzę – uzurpowanie prawa do decydowania o kwestiach spoza dziedziny własnej ekspertyzy⁹. Negowanie w XXI wieku, w świecie nazywanym globalną wioską, w której uniwersalnym językiem porozumiewania się jest angielski – szczególnie wśród specjalistów i naukowców – nazw anglojęzycznych razi wyjątkowo w odniesieniu do medycyny, o której już w 2008 roku Christopher Baethge, główny redaktor naukowy „Deutsches Ärzteblatt International” pisał, że „tak jak łacina wyłoniła się po renesansie obok regionalnych języków europejskich jako język jednoczący sztuki uzdrawiania, tak samo język angielski obecnie przyjął wiodącą rolę jako język międzynarodowy medycyny. Międzynarodowa komunikacja między klinicystami i naukowcami odbywa się teraz niemal wyłącznie w języku angielskim” (s. 37). Przewrotnie można zauważyć, że polscy naukowcy z tego środowiska proponują wprowadzanie rodzimych odpowiedników nazw metod, a nie proponują zmian łacińskich nazw zabiegów na polskie, choć dawno już łacina jako język medycyny została zdezonizowana zatem – analogicznie – zamiast *cholecystektomia* w tytule doktoratu mógłby się znaleźć *zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego*. Wydaje się, że mogą tu więc mieć znaczenie inne, niejęzykowe kwestie, do których jeszcze wrócę. Ostatecznie polsko brzmiący odpowiednik ukuto jako *plastrowanie dynamiczne*.

W tym miejscu podsumujmy, że to nazwa Kinesiology Taping wpisuje się oficjalnie w rodzimą terminologię specjalistyczną, co poświadcza umieszczenie jej w *Wykazie procedur medycznych...* (Dz.U. z 2021 r., poz. 265) według klasyfikacji ICD-9 pod kodem 93.3812 jako „Plastrowanie dynamiczne /Kinesiology Taping”¹⁰.

To jednak tylko część danych językowych, które konfirmują to, że istnieje w polszczyźnie zauważalna różnica nominacyjna tak w wymiarze formalnym, jak i użytkowym. Krótka kwerenda internetowa wystarczy, by pokazać te rozbieżności.

⁹ Podobne doświadczenia miały autorki prac o wiedzy pacjentów oraz ich opiekunów na temat rdzeniowego zaniku mięśni, który funkcjonuje pod angielskiego pochodzenia skrótem SMA (od ang. *spinal muscular atrophy*). Tu promotorka domagała się wprowadzenia polskiego skrótu – RZM, który w żaden sposób nie korzy się z tą chorobą i który wbrew jej zaleceniom wprowadzony nie został (Saniewska E., Saniewska N., 2019, s. 47).

¹⁰ Nie wiadomo, na ile świadomie zastosowano wielkie litery w zapisie – w pierwszym wyrazie może to być skutek zapisania go jako pierwszego w wersji, ponieważ gdyby zapis miał dotyczyć nazwy własnej oba jej człony powinny się zaczynać od wielkiej litery – tak jak w odpowiedniku anglojęzycznym. Wydaje się jednak, że powinien on być zapisany od małych liter, by nie sugerować łączności z linią szkoleniową K-Active, w innym wypadku oznacza to, że procedurę 93.3812 można wykonywać jedynie po szkoleniu tej marki, czyli ci, którzy ukończyli kursy Kinesio Tapingu wykonywać jej nie mogą... Zob. dalej.

Pomocny pod względem usystematyzowania pisowni nie okazał się podręcznik Śliwińskiego (2014), w którym nazwy związane z plastrowaniem mają zapis – jak się wydaje – dowolny lub niedbały, co mogło wynikać z niefrasobliwej redakcji językowej lub jej braku.

TŁO BRANDINGOWE

W wyszukiwarce Google¹¹ obok siebie pojawiają się: *kinesio taping*, *kinesiotaping*, *kinesiology taping*, a także *plastrowanie dynamiczne*. Określenia te są często traktowane synonimicznie tak przez profesjonalistów, pacjentów, jak i twórców treści SEO, co sprzyja generowaniu ruchu na stornach internetowych przez zastosowanie słów bliskoznacznych, ale nie jest zgodne z faktami, co dla wielu użytkowników – a także specjalistów¹² – nie jest oczywiste¹³. Spróbujmy poczynić pierwsze systematyzacje.

Kinesio Taping jest nazwą metody terapeutycznej opracowanej przez Kezno Kase. Po pierwsze więc jako chrematonim nazwa ta powinna być zapisywana wielkimi literami (np. ... *metoda Kinesio Taping...*, ang. *Kinesio Taping Method*). Po drugie, należy podkreślić, że jest to nazwa zastrzeżona, zatem przysługuje jej oznaczenie ® (*Kinesio Taping® Method*)¹⁴.

Korzystając z rekomendowanej przez Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej bazy międzynarodowych danych Global Brand Database (GBD, 2024, online), można ustalić, że Kinesio Taping jest znakiem towarowym od 2007 roku zastrzeżonym w Światowej Organizacji Własności Intelektualnej (WIPO) przez Kinesio IP LLC, podobnie jak nazwa Kinesio Taping Association. To wyjaśnia, dlaczego europejska organizacja musiała przyjąć inną nazwę oraz inaczej nazwać metodę (choć oczywiście jest, że mają wspólne korzenie).

Od 2009 roku wyłącznym przedstawicielem Kinesio Holding oraz Kinesio Taping Association w Polsce jest Kinesio Polska. Na stronie organizacji można znaleźć niedatowany list Kase, w którymi pisze on:

W obecnych czasach wiele firm próbuje zarobić szybkie pieniądze na reputacji oraz marce Kinesio®, którą stworzyliśmy na rynku medycyny sportowej, rehabilitacji oraz w użytku codziennym.

Przy zalewie wielu form podróbek „kinesiotapingu” chciałbym raz na zawsze wyjaśnić tę sprawę. Te podróbki podszywające się pod nazwę Kinesio® nie są i nigdy nie będą oryginalne. Więc gdy wiele takich firm pokazuje się na rynku jak i z niego znika, przekonuję Was do zaufania marce najbardziej znanej w świecie i w kręgu terapii plastrami elastycznymi – Kinesio®.

Możecie się bronić przed tanimi podróbkami kupując bezpośrednio u nas, bądź u naszych zaprzyjaźnionych dystrybutorów (Kinesio Polska, 2024, online).

¹¹ Narzędzie analityczne StatCounter, zajmujące się badaniem ruchu internetowego, wskazuje tę wyszukiwarke jako najpopularniejszą na świecie i w Polsce (Boniecka, 2024, online).

¹² Jung-Hoon Lee z Dong-Eui University (Korea Południowa) zastanawiał się *Are Kinesio taping and Kinesiology taping the same?* (2017), jednak jego refleksje nie trafiły na forum powszechne.

¹³ Wielu fizjoterapeutów, nawet tych, którzy ukończyli kursy tapingu, nie potrafi wyjaśnić merytorycznie różnicy między tymi określeniami.

¹⁴ Tak czynią Andrzej i Magdalena Markowscy w artykule *Kinesio Taping® (kinesiotaping)* zamieszczonym w renomowanym portalu Medycyna Praktyczna dla Pacjentów (2015).

Ze słów Kase wynika, że istnieje zastrzeżona marka działająca w kręgu „terapii plastrami elastycznymi – Kinesio®”. Nie wiadomo, jak wyglądał zapis w oryginale, ale ujęty w cudzysłów *kinesiotaping* może sugerować dystansowanie się od tak sformułowanej nazwy – co ważne, forma łącznego zapisu nie występuje na stronie internetowej Kinesio Tape. A jednak na polskiej stronie pojawiają się różnorodne graficznie sformułowania: „certyfikowane międzynarodowym patentem Kinesio-tapingu”, „konferencję KinesioTaping”, „twórcy metody kinesiotapingu”. Należy to uznać nie tylko za niedopatrzenia, ale też za niefrasobliwe podejście do prawa własności intelektualnej i budowania marki, której właściciel dbał o respektowanie jej oryginalności¹⁵. Świadczy o tym znak ®, który „widnieje przy nazwach popularnych, dużych marek. Generuje pozytywne skojarzenia, budując wrażenie oryginalności i dobrej jakości” (Sobczak, 2015, online).

Podobnej niefrasobliwości dopuszcza się K-Active, na którego stronie znajduje się wyjaśnienie: „Kinesiology tapes – or, in their short form, kinesio tapes” (K-Active, 20024, online), traktując część *kinesio* jako krótszą formę *kinesiology*.

Niekonsekwencja w zapisach dawno już zwróciła uwagę użytkowników polszczyzny, o czym świadczy chociażby zapytanie, które znalazło się w Poradni Językowej PWN w 2023 roku:

proszę o pomoc w rozstrzygnięciu wątpliwości dotyczących zapisu dwóch terminów – *kinesiotaping* i *kinesiology taping* (techniki rehabilitacji, w których wykorzystuje się naklejane elastyczne taśmy). Rehabilitanci odmieniają te pojęcia, nie wiem jednak, jak należy je zapisać. Czy poprawny jest zapis np. o *kinesiotapingu*, z *kinesiology tapingiem*? Czy powinno się stosować kursywę?
Z góry dziękuję za pomoc.

Kinesiotaping można bez trudu odmieniać (*kinesiotapingu*, *kinesiotapingowi* itd.), natomiast *kinesiology taping* odmieniony tylko w drugim członie razi niekonsekwencją. Tę drugą nazwę lepiej więc zachować w postaci oryginalnej i w razie potrzeby poprzedzać członem nadrzędnym, który pomoże ją wprowadzić w strukturę polskiego zdania, np. „Mowa tu o metodzie znanej jako *kinesiology taping*”. „Można stosować metodę *kinesiology taping*” (kursywa sygnalizuje, że wyróżniony nią zwrot jest obcy i nieprzyswojony) (Bańko, 2013, online).

Opinia językoznawcy – Mirosława Bańki – jest wyraźnie sprzeczna z tym, co rok później napisał specjalista – Śliwiński – o przyjęciu się w polszczyźnie nazwy *kinesiology taping* (2014, s. 43). Wydaje się więc, że zagadnienie to warto rozpatrzyć z punktu widzenia nie tylko środowiskowego i gramatycznego, ale także w odniesieniu do onomastyki i marketingu.

Magdalena Graf w pracy *Onomastyka i prawo – miejsca wspólne* (2021), omawiającej „oddziaływania aktów prawnych na polski system onimiczny” (tamże, s. 280) w zakresie chrematonimii, zwróciła uwagę na relację nazw własnych z „szeroko

¹⁵ Widać to w zapisach nazw na stronie Kinesio Taping® Method: Kinesio University™, Kinesio Taping® Association International (KTAI) and Kinesio® Holding Corporation (Kinesio Tape, 2024, online).

rozumianym dyskursem legilingwistycznym (juryslingwistycznym)” (tamże, s. 281), ale też na to, że „problematyka onimiczna w znikomym stopniu interesuje legilingwistów – zarówno prawników, jak i językoznawców” (tamże, s. 282). W świetle tego, co zostało już napisane, widać, że lingwista z UW udzielił odpowiedzi „tylko” językoznawczej, co nie może dziwić, jeśli weźmie się pod uwagę, że sami fizjoterapeuci często nie znają faktycznej różnicy między przywołanymi określeniami.

Jeśli natomiast skierujemy uwagę ku chrematonimii marketingowej (Gałkowski, 2014, s. 64–65), obejmującej nazwy własne firm czy marek, określanych też „firmonimami właściwymi” (Przybylska, 1996, s. 115; 1992, s. 138), markami czy brandami (Jaros, 2021, s. 106–107), nie umknie nam ich indywidualizujący charakter. Tworzy on „tzw. zdolność odróżniającą” (Sobczak, 2015, online), będącą podstawą zastrzeżenia nazwy znakiem ®. Oznacza to, że nie może ona być opisowa ani jednoznaczna dla danej branży. W przypadku Kinesio nie jest to tak oczywiste, co zobrazują poniższe przykłady sporów prawnych, które opisała Alison Wade w serwisie Runner’s World (2014, online)¹⁶.

W 2014 roku Jeff Zahavich, reprezentujący Kinesio Sport Lab (Nova Scotia, Kanada), otrzymał od prawników Kinesio pismo, w którym żądano zaprzestania używania łudząco podobnej nazwy. Zdaniem Zahavicha „kinesio” jest prefiksem oznaczającym ruch, a także rdzeniem słowa „kinesiology” oznaczającego naukę zajmującą się ruchem człowieka¹⁷, a więc użycie tej części nie może być uznawane za naruszenie znaku towarowego. Przywołuje on obrazowy przykład: jeśli powszechnie fizjoterapeuci (*physiotherapists*) nazywają siebie *fizjo* (*physio*), on jako kinezyjolog (*kinesiologist*) powinien móc nazywać siebie *kinezjo* (*kinesio*). Zgadza się z nim David Westwood kierujący wydziałem kinezyterapii na kanadyjskim Dalhousie University i przywołuje inny przykład: firmy, która używałaby w swojej nazwie części „bio” (*Bio Logic*) i twierdziła, że inne firmy z takim prefiksem w nazwie (*Bio Nova*, *Bio Science*) naruszają jej prawa.

Cassidy Merriam, prawniczka z nowojorskiej kancelarii Ladas & Parry, wyjaśnia na potrzeby artykułu, że dwie firmy mogą mieć jednocześnie prawa do tej samej nazwy, dopóki nie powoduje to, że konsumenci są zdezorientowani, sądząc, że towary/usługi pochodzą z tego samego źródła. Problem z Kinesio wynika z tego, że firma jest właścicielem trzynastu aktywnych znaków towarowych, które zawierają element „kinesio”. Ich rejestracje obejmują szerszy zakres towarów i usług niż tylko „samoprzylepna taśma elastyczna charakteryzująca się wentylacyjnością, używana w celach leczniczych”. Zatem mimo że Kinesio Sport Lab nie zajmuje się produkcją ani sprzedażą elastycznych plastrów terapeutycznych, to jednak fakt, że oferuje usługi w dziedzinie pośrednio z nimi związanej, może osłabić pozycję Kinesio, co jest podstawą roszczeń – wynika z wyводу prawniczki.

Według Connora Litesa, prawnika reprezentującego Kinesio, założyciel firmy, Kenzo Kase, wymyślił termin „kinesio”, gdy zakładał firmę prawie czterdzieści lat

¹⁶ Dalej spór o nazwy w Kanadzie referuję na tej podstawie.

¹⁷ *Kinezyjologia* to «nauka o mięśniach w ruchu» (SJP, 2024, online).

temu. Zatem, w przeciwieństwie do ogólnego terminu „kinesjologia”, do którego Kinesio nie rości sobie żadnych praw, „kinesio” jest zastrzeżonym znakiem towarowym, zarejestrowanym w ponad pięćdziesięciu krajach. W 2010 roku Tomoko Kase, córka Kenzo, powiedziała, że prawnicy firmy nieustannie rozsyłają pisma do podmiotów, które naruszają ich znak towarowy, ponieważ „każdy właściciel marki ma obowiązek chronić tożsamość i opinię publiczną przed dezorientacją”. Kinesio proponuje jednak polubowne rozwiązywanie sporu – rezygnując z pozwów o odszkodowania i proponując współpracę z firmami, które używają nazwy „kinesio” bezprawnie, aby ułatwić im zmianę na nową, odzwierciedlającą ich własną, wyjątkową tożsamość.

Przykładem takiej polubownej transformacji jest również kanadyjska firma KinesioMajo, która pod wpływem Kinesio zmieniła nazwę na Kinesiology with Majo. Ta zmiana chrematonimu odbyła się podobnie jak wcześniej w Europie – znamienne przejście w nazwie metody od *kinesio* do *kinesiology*.

Zatem, mimo że prawo wydaje się być po stronie Kinesio, środowisko naukowe kinezylogów odbiera to jako afront wobec swojej profesji. Przywoływany już Westwood konkluduje: „Jestem zirytowany działaniami firmy Kinesio Tape, ponieważ cenię termin »kinesio« i jego związek z naszą dyscypliną, która opiera się na naukowym, opartym na dowodach podejściu do ruchu człowieka”. Wybrzmiewa z tych słów odczucie, że Kinesio ograbiło w pewien sposób kinezylogię, ale równocześnie zwracają one uwagę na subtelne kwestie wynikające z różnic semantyczno-kulturowych.

Tak w wypowiedzi Westa, jak i w rozproszonych przekonaniach, wybrzmiewa to, że rozdzwięk między japońskimi i europejskimi praktykami tapingu miał także – poza aspektami handlowymi – podłoże merytoryczne. Kontrowersje wynikały z tego, że teoria plastrowania wywodzi się z dalekowschodniej koncepcji meridianów, czyli kanałów energetycznych, przez które płynie energia w ludzkim ciele i które stanowiły podstawę chińskiej medycyny naturalnej (można też online znaleźć propozycje wykonywania plastrowania zgodnie z meridianami). Dopiero z czasem koncepcję linii energetycznych zaadoptowano do zgodnych z zachodnim paradygmatem naukowym teorii mięśniowo-powięziowych (kinezylogia) oraz teorii tensegracji (łańcuchy mięśniowo-powięziowe). Można by więc uznać, że właśnie ten proces przeprofilowania odbija się w zmianie z *kinesio* na *kinesiology*, której dokonało K-Active, ponieważ częśćka -logy (pl. -logia) wskazuje właśnie związek znaczeniowy z nauką (SJP; *Online Etymology Dictionary*, 2024, online), w tym wypadku z teorią naukową w ramach kinezylogii, a więc w ujęciu biomechanicznym. Tak też wyjaśnia to Śliwiński: „metoda jest stymulacją procesów samoregulacji w organizmie, a punktem wyjścia w tej terapii, opartej na prawach kinezylogii, są skóra i mięśnie. Stąd w literaturze i w codziennej praktyce spotykamy także termin Kinesiology Taping” (2014, s. 43¹⁸).

¹⁸ W cytatach z pracy Śliwińskiego zachowano oryginalne zapisy, należy więc zaznaczyć, że zawierają usterki językowe – w tym miejscu chodzi o *kinezylogię*.

Komentarza lingwistycznego wymaga w końcu uwaga Jeffa Zahavicha, który uważa, że „*kinesio* jest prefiksem oznaczającym ruch” (Wade, 2014, online). Anglojęzyczny słownik etymologiczny wyjaśnia, że słowo *kinesiology* współtworzy wywodzący się z greki element *kinēsis*, oznaczający ‘ruch’, pochodzący od *kinein* ‘ruszyć się’ (od praindoeuropejskiego rdzenia **keie* – ‘wprawiać w ruch’) (*Online Etymology Dictionary*, 2024, online). W analizie słowotwórczej środkowe *o* należałoby potraktować jako interfiks (*kinesi-o-logy*), a nie część pierwszego morfemu, ewentualnie jako nagłos cząstki – *ology*, będącej dziś zwyczajową formą morfemu *-logy* w języku angielskim (tamże). Pozwoliłoby to uznać, że Kenzo Kase faktycznie ukuł termin *kinesio* jako połączenie dwóch z trzech elementów tworzących słowo *kinesiology* lub jako kompilację jego dwóch elementów. Kwestie te wymagają jednak bardziej szczegółowej analizy porównawczej.

UPORZĄDKOWANIA PRAGMATYCZNE

Z omówionymi już względami merytorycznymi wiąże się praktyczny aspekt posługiwania się określeniami, które są pochodną uzyskanego wykształcenia, odbytego szkolenia. Podstawowa dyferencjacja *kinesio taping* – *kinesiology taping* wynika z tego, jak metoda była rozwijana na przestrzeni lat w różnych ośrodkach, a epitety są pochodną zastosowania plastrów w różnych dziedzinach (Saniewska, Hałas, 2017, s. 25). Zatem – w przypadku specjalistów – to, jakim określeniem się posługujemy, winno zależeć od tego, pod czyimi auspicjami uzyskaliśmy wykształcenie lub od tego, jakimi taśmami się posługujemy. Pojawia się jednak opcja trzecia – *kinesio-taping*, o który pytano w Poradni Językowej PWN.

Ponownie zajrzymy w tym miejscu do wyszukiwarki Google¹⁹, by uzyskać panoramiczny ogłąd, a także do statystyk bazy PubMed, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Zestawienie statystyk posługiwania się terminami: *kinesio taping*, *kinesiology taping*, *kinesiotaping*, *plastrowanie dynamiczne*

określenie	Google	Google – j. polski	PubMed
<i>kinesio taping</i>	2 850 000	13 600	727
<i>kinesiology taping</i>	472 000	55 200	290
<i>kinesiotaping</i>	2 060 000	281 000	1 262
<i>plastrowanie dynamiczne</i>	15 800	11 400	18

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Google (2024, online), PubMed (20024, online)

¹⁹ Zaawansowane narzędzia wyszukiwania dają możliwość zawężenia wyszukiwania do dokładnego zapisu, a także do wybranego języka wyszukiwania, z zastrzeżeniem jednak, że zapis w cudzośćwie nie uwzględnia odmian.

Zestawienie to pokazuje, że osoby poszukujące informacji w sieci najczęściej posługują się określeniem w zapisie oryginalnym – *kinesio taping*. W dalszej kolejności: *kinesiotaping*, *kinesiologia taping* i *plastrowanie dynamiczne*, które ma właściwie znacznie lokalne, odnosi się jedynie do polszczyzny. W bazie tekstów naukowych pierwsze miejsca są odwrotne – z tytułów prac wynika, że badacze najczęściej posługują się określeniem *kinesiotaping*, najrzadziej – *kinesiologia taping*, *plastrowanie dynamiczne* pojawia się jedynie w pracach polskojęzycznych.

Interesuje nas tu jedynie, jakie ma to znaczenia dla posługiwania się tymi terminami w polszczyźnie. Od razu można zauważyć, że tendencje są odwrotne niż ogólne. W polszczyźnie najczęściej wybierane jest określenie *kinesiotaping*, podczas gdy na świecie *kinesio taping*. Na drugim miejscu u nas pojawia się *kinesiologia taping*, a na świecie *kinesiotaping*. Najrzadziej w kraju posługujemy się terminem nawiązującym do oryginalnej nazwy – *kinesio taping* – podczas gdy na świecie jest on wiodący. *Plastrowanie dynamiczne* pojawia się w obu wyszukiwaniach na końcu.

Wydaje się więc, że dane językowe potwierdzają, że polscy specjaliści od tapingu wybrali europejską ścieżkę przynależności do organizacji i metody, co ostatecznie potwierdza konstatację Śliwińskiego sprzed lat (2014, s. 43). Warto odnotować, że ujawnia się tu sprzeczność z opinią językoznawczą, sygnalizującą, że „zwrot jest obcy i nieprzyswojony” (Bańko, 2013, online). Dalej widać, że nie udało się spopularyzować określenia polsko brzmiącego – można chyba wnioskować, że posługują się nim najczęściej specjaliści, kiedy mówią o konkretnej procedurze medycznej²⁰. Polszczyzna poświadcza też tendencje naukowego nazewnictwa – tytuły prac z bazy PubMed pokazują, że badacze preferują określenie *kinesiotaping*. Jeśli dodamy do tego informację, że *kinesiotaping* dobrze wpisuje się w polską fleksję (Bańko, 2013, online), okaże się, że można mu przypisać status hiperonimu, co istotne – neutralnego, bo niewykazującego bezpośredniego związku z żadną z organizacji szkolących. **Konkluzja ta wpłynęła na to, że w całej pracy posługujemy się zapisem łącznym**, chyba że mowa dosłownie o metodzie opracowanej przez Kenzo Kase.

W piśmiennictwie można też zauważyć – często zresztą wybierane ze względu na ekonomię języka – derywaty od określeń anglojęzycznych, przy czym nie ma znaczenia ich proveniencja, ponieważ chodzi o człon będący nazwą pospolitą – *taping*. Jego polskojęzyczny odpowiednik jest też elementem nazwy ukutej na potrzeby polskich naukowców – *plastrowanie*. Taping i plastrowanie oznaczają czynność oklejania ciała, co wprowadza jeszcze określenie *oklejenia* z synonimicznymi *aplikacjami*. Podobną funkcję, również z zachowaniem neutralności, pełni akronim KT. Inaczej natomiast *K-taping* (*K-Taping*), który asocjuje z marką K-Active.

²⁰ Zob. rozdz. Wykorzystanie kinesiotapingu logopedycznego w warunkach szpitalnych na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, s. 103.

WNIOSKI

By uporządkować wywód, wnioski przedstawiam w postaci wypunktowań o charakterze zaleceń.

1. Zapis od wielkiej litery stosujemy tam, gdzie chodzi o nazwę własną – nazwę metody (np. metoda Kinesio Taping) lub nazwę zastrzeżoną.
2. Od małej litery zapisujemy nazwy pospolite – w znaczeniu powszechnym (kinesio taping, kinesiology taping, kinesiotaping, plastrowanie dynamiczne).
3. Stosowanie kursy w zapisie *kinesio taping*, *kinesiology taping*, *kinesiotaping* nie jest konieczne (poza kontekstem metajęzykowym²¹).
4. Określenia te jako funkcjonujące w polszczyźnie można odmieniać: kinesio tapingu, kinesiology tapingu, kinesiotapingu.
5. *Kinesiotaping* traktujemy jako hiperonim – określenie nadrzędne, nienacechowane brandingowo; a *taping* i *plastrowanie* jako formy skrócone, również nienacechowane (pisane bez kursywy poza kontekstem metajęzykowym).
6. Kiedy mowa o procedurze medycznej – posługujemy się terminami *plastrowanie dynamiczne* lub *kinesiology taping* (pisane bez kursywy poza kontekstem metajęzykowym).
7. W kontekście specjalistycznym dobrze jest używać określenia adekwatnego do odbytego szkolenia/kursu.

Tak syntetycznie ujęte zasady powinny sprzyjać zachowaniu precyzji, poprawności i powtarzalności zapisów dotyczących kinesiotapingu.

KINESIOTAPING, KINESIO TAPING, KINESIOLOGY TAPING OR IN OTHER WORDS – TERMINOLOGICAL ARRANGEMENTS (NOT ONLY LINGUISTIC)

the article reflects on the use of names meaning sticking elastic patches on the skin – kinesio taping, kinesiotaping, kinesiology taping together with other variants of the capital letter notation. Based on the analysis of the discourse, terminological arrangements were proposed, referring to linguistic findings (of a chrematonymic, legilinguistic, etymological and pragmatic nature) and to the history of the development and dissemination of the method developed by Kenzo Kase in the USA and Europe and branding practices undertaken in these regions. This allowed us to recognize *kinesiotaping* in Polish as a hyperonymic and unmarked – neutral term.

KEYWORDS: kinesio taping, kinesiotaping, kinesiology taping, onomastic, etymology, medical discourse

²¹ Poniżej znajdują się użycia metajęzykowe – „nazwy nazw”.

BIBLIOGRAFIA

- Baethge C., 2008, *The languages of medicine*, „Deutsches Ärzteblatt International”, t. 105 (3), s. 37–40.
- Bańko M., 2013, *Kinesiotaping i kinesiology taping*, <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/kinesiotaping-i-kinesiology-taping;14334.html> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Boniecka A., 2024, *Jaka wyszukiwarka internetowa jest najpopularniejsza? Zobacz TOP5 na świecie!*, <https://widoczni.com/blog/najpopularniejsze-wyszukiwarki/h...> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Bralczyk J., Mamcarz A., 2023, *Zdrowy język*, Warszawa.
- CD = Cambridge Dictionary, 2024, *Kinesiology tape*, <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Dróżdż-Łuszczak K., 2022, *Nowa leksyka języka polskiego – jej źródła i tendencje rozwoju (wybrane zagadnienia)*, „Poradnik Językowy”, t. 790 (1), s. 71–88.
- Galkowski A., 2014, *Motywacja w procesie tworzenia chrematonimii marketingowej*, „Poznańskie Spotkania Językoznawcze”, t. 27, s. 63–72.
- GBD = Global Data Base, 2024, <https://www.wipo.int/c> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Graf M., 2021, *Onomastyka i prawo – miejsca wspólne*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego”, t. LXXVII, s. 279–295.
- Gugała B., Boratym-Dubiel L., Chmiel Z., Januszewicz P., 2010, *Internet jako narzędzie wiedzy o zdrowiu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 16 (2), s. 266–275.
- Jankowiak L.A. 2011b, *Synonimia w polskiej terminologii medycznej przełomu XIX i XX wieku. Rekonesans*, „Studia z Filologii Polskiej i Słowiańskiej”, t. 46, s. 233–262.
- Jankowiak L.A., 2014, *Udział medycznych terminów zapożyczonych w XIX-wiecznych synonimach głównych (na materiale chorób ze „Słownika terminologii lekarskiej)*, „Linguistica Copernicana, nr 11, s. 159–167.
- Jankowiak L.A., 2015, *Synonimia w polskiej terminologii medycznej drugiej połowy XIX wieku (na podstawie „Słownika terminologii lekarskiej polskiej” z 1881 roku)*, Warszawa.
- Jankowiak L.S., 2011a, *Polskie słownictwo medyczne w drugiej połowie XIX wieku oraz na przełomie XIX i XX wieku*, „Studia Językoznawcze”, t. 10, s. 97–109.
- Jaros V., 2021, *Ile jest Częstochowy w Częstochowie? Nazewnictwa tożsamość miasta*, „Prace Językoznawcze”, t. XXIII, s. 105–120.
- K-Active, 2024, <https://k-active.com/en/information/about-us> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Kinesio Polska, 2024, <https://www.kinesio.com.pl/pl/i/O-Nas/8> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Kinesio Tape, 2024, <https://www.kinesio.com.pl/pl/i/O-Nas/8> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Lee J.H., 2017, *Are Kinesio taping and Kinesiology taping the same?*, „Physical Therapy in Sport”, t. 28, s. 53–54.
- Ludzie Nauki, 2024, <https://ludzie.nauka.gov.pl/ln> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Markowski A., Markowska M., 2025, *Kinesio Taping® (kinesiotaping)*, <https://www.mp.pl/pacjent/rehabilitacja/kinezyterapia/oddziaływanie-bierne/129369,kinesio-taping-kinesiotaping> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Online Etymology Dictionary, 2024, <https://www.etymonline.com/search?q=kinesiology> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Ożóg K., 2008, *Zmiany we współczesnym języku polskim i ich kulturowe uwarunkowania*, „Język a Kultura”, t. 20, s. 59–79.
- Przybylska R., 1996), *Duch nowych czasów w nazwach firm na Podkarpaciu*, w: *Ziemia krośnińska w kulturze polskiej*, red. H. Kurek, F. Tereszkievicz, Kraków, s. 115–124.

- PubMed, 2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Saniewska D., Hałas I., 2017, *Zastosowanie metody Kinesiology Taping (Plastrowanie Dynamiczne) w logopedii*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Varia*, red. D. Saniewska, Białystok, s. 21–35.
- Saniewska E., Saniewska N., 2019, *Wiedza pacjentów obciążonych rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA) oraz ich opiekunów na temat choroby*, Białystok.
- SJP = Słownik języka polskiego, 2024, <https://sjp.pwn.pl> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Sobczak, A-M., 2015, *Co oznacza R w kółku (*) ? Kto i dlaczego nie może umieścić symbolu "R" przy nazwie firmy?*, zm. 2024, <https://rpms.pl/znak-towarowy-r> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Staniszewski A., Bujnowska-Fedak M., 2008, *Korzystanie z Internetu medycznego i usług z zakresu e-zdrowia w opinii publicznej Polaków w 2007 roku*, „Przewodnik Lekarza”, nr 1, s. 287–289.
- Wade A., 2014, *Director of Kinesio Sport Lab believes he should be able to use the root word for his profession*, <https://www.runnersworld.com/news/a20823124/maker-of-kinesio-tape-threatens-sport-lab-in-name-dispute> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Wierciński H., 2016, *Etnograf w szpitalu. Uwagi na temat kłopotów z biomedycyną*, „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej”, nr 2 (25), s. 71–92.
- Wykaz procedur medycznych według klasyfikacji ICD-9 oraz wykaz jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 opisujących świadczenia gwarantowane w rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych*, w: *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*, Dz.U. z 2021 r., poz. 265.
- Wysocki W., 2006, *Jakość informacji medycznych w Internecie*, „Nowotwory”, t. 56 (6), s. 731–734.
- Życińska K., Krupa R., Osmolińska-Dąbrowska J., Jankowski P.M., Wardynd A., Życiński H., 2006, *Źródła wiedzy pacjenta na temat swojej choroby*, „Family Medicine and Primary Care Review”, t. 8 (3), s. 816–821.

**KINESIOTAPING
NA TLE
WSPÓŁCZESNEJ
NAUKI**

Katarzyna Kaczorowska-Bray

Uniwersytet Gdański

Stanisław Milewski

Uniwersytet Gdański

LOGOPEDIA POLSKA XXI WIEKU – NOWE WYZWANIA I KIERUNKI ROZWOJU

Rozdział ten opisuje polską logopedię, która staje obecnie przed wieloma wyzwaniami, z których najistotniejszym jest uzyskanie samodzielności jako dyscyplina naukowa. Aby taką odrębność pozyskać, należy między innymi redefiniować logopedię, poznać i opisać jej drogę rozwoju, wyodrębnić specjalności i opracować standardy kształcenia, których przestrzeganie stanie się warunkiem prowadzenia studiów na tym kierunku. Bazę pod tego typu działania stworzyć może opracowywany przez przedstawicieli środowisk logopedycznych projekt ustawy o zawodzie logopedy.

POCZĄTKI ROZWOJU REFLEKSJI LOGOPEDYCZNEJ NA ZIEMIACH POLSKICH

W *Przedmowie* do pierwszego tomu nowej serii wydawniczej „Logopedia dla Praktyków” jej redaktorzy naukowi napisali:

Logopedia polska trzeciej dekady XXI wieku ma się nieźle. Jej dobrostan zapewniają z jednej strony prowadzone badania naukowe, szczególnie podstawowe, czyli wzbogacające i porządkujące wiedzę teoretyczną, stosowane, a więc rozwijające w celach praktycznych wyniki badań podstawowych, oraz wdrożeniowe, tworzące techniki realizacji celów praktycznych (Grabias, 2019, s. 291–292), z drugiej strony – z wielkim rozmachem i chyba powodzeniem prowadzony proces dydaktyczny, którego zwieńczeniem są uzyskiwane przez absolwentów studiów licencjackich, magisterskich i podyplomowych kwalifikacje do wykonywania (...) zawodu logopedy (Kaczorowska-Bray, Milewski, Michalik, 2023, s. 8).

Tak pozytywna ocena stanu rozwoju współczesnej polskiej logopedii nie byłaby z pewnością możliwa, gdyby nie imponujący dorobek jej prekursorów: m.in. Jana Łuksza Siostrzyńskiego (1788-1824), Jana Niecisława Ignacego Baudouina

de Courtenay (1845-1929), Władysława Ołtuszewskiego (1855-1922) czy Tytusa Benniego (1877-1935). Początków logopedii należałoby jednak szukać znacznie wcześniej. Agnieszka Hamerlińska-Latecka, traktując logopedię jako naukę podlegającą zmianom ewolucyjnym, wyodrębniła w jej rozwoju trzy etapy:

- a) okres oparty na intuicji (do XVI/XVII w. n.e.),
- b) lata wstępnego profesjonalizmu (XVI/XVII – przełom XIX i XX w.),
- c) okres dojrzałego profesjonalizmu (2015, s. 33).

Większość dorobku naukowego twórców podwalin polskiej logopedii sytuuje się w okresie wstępnego profesjonalizmu¹, logopedia wykształciła się zaś w pełni jako nauka dopiero pod koniec ostatniego okresu (Michalik, Olma, Horyń, 2023a, s. 57).

Jak istotny był wkład polskich badaczy, którzy tworzyli bezpośrednie fundamenty nauki o zaburzeniach mowy w naszym kraju, można pokazać na przykładzie dokonań dra J. Sierstrzyńskiego oraz prof. J. Baudouina de Courtenay.

Pierwszy z nich jest uważany za prekursora polskiej surdologopedii. Jest on autorem fundamentalnej pracy zatytułowanej *Teorya i mechanizm mowy z zastosowaniem do nauki czytania dla wszystkich, a do nauki wymawiania dla głuchoniemych dzieci, z dodanymi oraz uwagami nad sposobem uczenia tychże (...)*² (1820), w której podkreślił potrzebę rozwijania mowy ze względów społecznych, przedstawił metodę całościową nauczania języka oraz metody fonetyczne w nauczaniu artykulacji, zaakcentował potrzebę wykorzystywania resztek słuchu, zalecał jednocześnie uczenie czytania i pisanie, wprowadzając także nowy sposób głoskowania. Jego zdaniem nauczanie mowy powinni inicjować rodzice, a instytucje jak najwcześniej rozpocząć wspomaganie kształtowania umiejętności komunikacyjnych³. Po ponad dwustu latach od sformułowania tych postulatów, ich zasadnicze treści nie straciły aktualności.

J. Baudouin de Courtenay był pierwszym polskim językoznawcą, który zainteresował się mową dziecka i uważał, że jej badanie może być dla lingwistyki niezwykle cenne i pożyteczne. Badania z tego zakresu nazwał „embryologiją językową” (1885, s. 17). Można z pełnym przekonaniem stwierdzić, że jego młodzieńczy artykuł *Einige Beobachtungen an Kindern* z roku 1870⁴ zapoczątkował badania pedolingwistyczne w Polsce. Na szczególną uwagę zasługują przede wszystkim tak zwane dzienniczki mowy, które uczony prowadził dla swoich pięciorga dzieci: Cezarii, Zofii, Świętosława, Eweliny i Marii. W ciągu dziewiętnastu lat (1885–1904) zgromadził on olbrzymi materiał językowy, zawarty w 473 zeszytach (13 336 stron

¹ Wszystkie wyodrębnione przez Agnieszkę Hamerlińską-Latecką okresy zostały szczegółowo scharakteryzowane w serii artykułów autorstwa Mirosława Michalika, Marcelgo Olmy oraz Ewy Horyń (2023a, b; 2024).

² Niestety, praca ta do dzisiaj pozostaje w rękopisie.

³ Szczegółową analizę rękopisu przedstawił Tytus Benni (1917) w pracy *Jana Sierstrzyńskiego „Teorya i mechanizm mowy”* (1820) (zob. także: Kaczmarek, 1969).

⁴ *Einige Beobachtungen an Kindern*, „Beiträge zur Vergleichenden Sprachforschung”, Bd. 6, Berlin 1868–1870, z. 2, s. 215–220.

rękopisu). Tylko część tych obserwacji znana jest szerszemu kręgowi odbiorców (Baudouin de Courtenay, 1974). Baudouin dostrzegał też zmiany językowe zachodzące u danego osobnika wraz z biegiem życia. Twierdził, że rozwój indywidu- alnojęzykowy może być albo rozwojem normalnym od niemowlęstwa do mowy zupełnej dziecka, a następnie rozwojem mowy zupełnej od wieku dziecięcego do najpóźniejszej starości danego osobnika, albo też rozwojem anormalnym, zwy- rodnieniem językowym (1984, s. 404).

Zauważył też, że w kontaktach z małymi dziećmi dorośli posługują się „innym”, „osobliwym” językiem, chociaż sam nie wypowiadał się na temat jego wpływu na przyswajanie języka prymarnego. Jego stanowisko w tej sprawie przedstawiła Ewe- lina Małachowska: „Profesor nie uznawał podawania dzieciom pseudoproszczeń, tzw. *nursery talk* (oczywiście jednak zwyciężały niańki z różnymi *dja, hajta* itd.)” (1965, s. 273)⁵. Swoje niezwykle cenne, także dla współczesnej logopedii, spostrze- żenia na temat fizjologii i patologii w języku przedstawił Profesor na przykładzie „zboczeń językowych” Władka M. w artykule *Z patologii i embryologii języka* (1885), które można uznać za klasyczne studium przypadku z zakresu logopedii. We wstępie do artykułu napisał:

Fizjologija zajmuje się badaniem normalnych procesów organicznych, patologija zaś – badaniem zboczeń i wszelkiego rodzaju nienormalności. W zakresie językoznawstwa opis i objaśnianie zwykłych normalnych zjawisk językowych odpowiada fizjologii, opis zaś i objaśnianie zboczeń językowych – patologii (tamże, s. 14).

W dogłębnym objaśnianiu tych patologii językowych można się dopatrywać pionierskich działań J. Baudouina de Courtenay w ramach rodzącej się właśnie polskiej logopedii⁶.

„Zboczeniami mowy” zajmował się również Władysław Ołtuszewski, który w jednej ze swoich pionierskich prac, *Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach* (1905), zwrócił uwagę między innymi na znaczenie funkcji poznawczych w procesie naby- wania umiejętności komunikacyjnych. Co istotne, podkreślił on dobre rokowania w przypadku terapii nieprawidłowości mowy. Pisał: „Na zasadzie doświadczenia dotychczasowego mniemam, że z wyjątkiem zupełnych idyotów uleczalność zboczeń mowy nie ulega kwestyi” (1905, s. 180). Stworzył także uniwersalną kla- syfikację, w której podzielił zaburzenia mowy na:

1. Zaburzenia ośrodkowe:

– afazje – powstające na tle zaburzeń wszelkiej percepcji: tu mieści się afazja percepcyjna, zaburzenia związane z głuchotą, niedorozwojem umysłowym, „beł- kotanie”;

⁵ Nie jest to zresztą opinia prawdziwa, bo w stosunku do swoich dzieci używał także leksyki, którą posługiwały się niańki, np.: *kupci, pe, spatki, hetam, eę* itp. (zob. Baudouin, 1974, s. 39, 61, 71, 86).

⁶ Więcej na temat wkładu J. Baudouina w rozwój polskiej logopedii znajdzie Czytelnik w pra- cach: M. Chmury-Klekotowej i H. Mierzejewskiej (1975), L. Kaczmarka (1983).

– dyzartrie – powstające na tle zaburzeń motorycznych: zaburzenia związane z porażeniem, jąkanie pochodzenia centralnego, nosowanie na tle porażenia;

2. Zaburzenia obwodowe:

– dyzartrie – zaburzenia związane z rozszczepami, zniekształceniami narządów mowy, inne „bełkotania”.

Podsumowując okres tzw. wstępnego profesjonalizmu – wieków XVI/XVII aż do początku XX – można po części zgodzić się z Jolantą Panasiuk, że: „W Polsce do połowy XX w. postępowanie w przypadku zaburzeń mowy ograniczało się do nieusystematyzowanej działalności praktycznej, a historię logopedii przez lata wyznaczała wyłącznie przestrzeń empirii”⁷, chociaż należy podkreślić, że w wielu ośrodkach akademickich w tym okresie odnotowano znaczący rozwój myśli logopedycznej.

Bez wątpienia jednak początek rozwoju współczesnej logopedii jako nauki należy powiązać z początkiem lat sześćdziesiątych XX w., kiedy w 1960 roku staraniem Komisji Logopedycznej ukazał się w Lublinie pierwszy numer czasopisma „Logopedia. Zagadnienia Kultury Żywego Słowa”, a w 1963 roku w tym samym mieście powstało Polskie Towarzystwo Logopedyczne (PTL). Można uznać, że te wydarzenia przeniosły polską refleksję logopedyczną do współczesności (zob. Michalik, Olma, Horyń, 2024). Historię rozwoju logopedii w poszczególnych ośrodkach akademickich przedstawiają liczne publikacje (zob. np.: Błachnio, 1996; Adamczyk, Smółka, 1997; Milewski, 2006; Szewczyk, 2013; Woźniak, 2016; Porayski-Pomsta, Emiluta-Roza, 2018; Milewski, Kamińska, 2021).

LOGOPEDIA JAKO SAMODZIELNA DYSCYPLINA NAUKOWA

Zgadzając się z pozytywną oceną polskiej logopedii, trudno jednak nie dostrzec, że stoją przed nią niezwykle istotne wyzwania. Bezspornie pierwszym z nich jest uzyskanie odrębności jako dyscypliny bądź wręcz dziedziny nauki – tej samodzielności logopedom nie udało się jeszcze wywalczyć. Dzielać poniekąd przedmiot swoich zainteresowań (mowę i język) z innymi dyscyplinami oraz odnosząc widoczne sukcesy w procesie dydaktycznym (łatwo dostrzegalne dzięki wynikom rekrutacji), logopedia stała się atrakcyjną i posażną „panną na wydaniu”. Za milowy krok na drodze do rozwoju logopedii jako dyscypliny wiedzy i stabilizowania się zawodu logopedy można bez wątpienia uznać otwarcie dziennych studiów logopedycznych początkowo w systemie bolońskim⁸, a po wprowadzeniu takiej możliwości dzięki Rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 26 sierpnia 2022 r. zmieniającemu rozporządzenie w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela także studiów jednolitych pięcioletnich⁹. Istotne jest również

⁷ Zob. J. Panasiuk, *Logopedia dziś – wczoraj – jutro* (2023, online).

⁸ W roku 2007 studia logopedyczne w systemie bolońskim uruchomiono na Uniwersytecie Gdańskim oraz na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

⁹ Od roku akademickiego 2023/24 jednolite studia magisterskie działają na Uniwersytecie Gdańskim i Uniwersytecie KEN w Krakowie.

wyraźne osadzenie logopedii w strukturach uniwersyteckich, czego przykładem może być powołanie w 2019 roku Instytutu Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego¹⁰.

Wyodrębnienie logopedii jako samodzielnej dyscypliny naukowej wymaga także uściślenia samej definicji *logopedii*. Jest ona współcześnie definiowana jako „nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych” (Grabias, 2010/2011, s. 9), a zadania logopedy określane są jako ocena poznawczej, językowej i komunikacyjnej kompetencji (wiedzy) człowieka, a także jego sprawności (umiejętności) w realizowaniu tych kompetencji oraz objaśnienie biologicznych mechanizmów doprowadzających do zaistniałego stanu (Panasiuk, 2023). Definicje proponowane przez europejskie organizacje zrzeszające logopedów podkreślają jednak, że logopedia zajmuje się nie tylko zaburzeniami nadawania i rozumienia mowy, ale także problematyką zaburzeń połykania, rozszerzaną czasami do trudności pokarmowych. Przykładem może być tu ESLA (European Speech and Language Therapy Association), organizacja zrzeszająca 35 stowarzyszeń członkowskich z 32 krajów, reprezentujących ponad 40 000 profesjonalistów. W *Manifesto 2024–2029*, opublikowanym na jej stronie internetowej, czytamy, że logopedzi pracują z osobami w każdym wieku, które zmagają się z problemami mowy, języka, głosu, karmienia i połykania, umożliwiając im rozwój umiejętności komunikacyjnych i wpływając na poprawę jakości ich życia. Dodatkowo, terapeuci zapewniają istotne wsparcie pacjentom z zaburzeniami o podłożu neurologicznym, opóźnieniami rozwojowymi i innymi problemami zdrowotnymi¹¹. Zaburzenia karmienia i połykania, notowane u wielu podopiecznych, należy wyraźnie uznać za sferę oddziaływań logopedycznych.

W redefiniowaniu logopedii należy uwzględnić fakt, że u swego zarania miała ona charakter programowo interdyscyplinarny. Leon Kaczmarek (1991a, s. 5), definiując jej przedmiot, pisał nawet o logopedii jako dyscyplinie samodzielnej, multiinterdyscyplinarnej, będącej składową bloku humanistyczno-biologicznego. W ostatnich latach istotę logopedii poddano weryfikacji, odwołując się do pojęcia *transdyscyplinarności*, czyli zasady badań naukowych, działającej wszędzie tam, gdzie definicja problemów i ich rozwiązań nie jest możliwa wewnątrz danej dziedziny (Michalik, 2015, s. 32-46).

Z całą pewnością starania o samodzielność logopedii jako dyscypliny nauki należy oprzeć na dobrym poznaniu jej historii. Być może należałoby tu podążyć drogą wyznaczoną chociażby przez nauki medyczne. Zdzisław Gajda pisze:

¹⁰ Instytut ten powstał na bazie istniejącej poprzednio Katedry Logopedii UG.

¹¹ „Speech and language therapists work with people of all ages who may struggle with speech, language, voice, feeding and swallowing, enabling them to improve their communication skills and quality of life. Additionally, speech and language therapists provide valuable support to individuals with neurological conditions, developmental delays, injuries or other health issues that affect their ability to communicate effectively” (*About Us – The Organisation*; ESLA (2024, online)).

U początków medycyny był ból i cierpienie. Stanowią one nieodłączny element ludzkiej egzystencji (...) Ale to jeszcze nie medycyna. Medycyna nie zrodziła się z bólu i cierpienia, ale z potrzeby przyniesienia pomocy człowiekowi cierpiącemu z powodu choroby (2021, s. 24).

U początków logopedii bezsprzecznie znalazło się dostrzeżenie, że są osoby, które doświadczają trudności w podstawowej umiejętności będącej cechą ludzkiego gatunku, a mianowicie w językowym komunikowaniu się. I choć pewnie trudno byłoby wyodrębnić na wzór paleopatologii – paleologopedię¹², należałoby jednak więcej uwagi poświęcić historii zaburzeń komunikacji i sposobów radzenia sobie z tego rodzaju problemami.

Warto podkreślić, że polscy logopedzi dysponują już wartościowymi monografiami zawierającymi syntezę aktualnej wiedzy na temat zaburzeń mowy. Z pewnością zaliczyć można do nich opracowania przygotowane przez lubelskie środowisko logopedyczne: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (2012, red. nauk. S. Grabias, M. Kurkowski), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki* (2015, red. nauk. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak). Istotnym wzbogaceniem refleksji logopedycznej są także monografie naukowe wydawane w serii „Logopedia XXI Wieku” pod redakcją prof. UG, dr. hab. Stanisława Milewskiego oraz prof. UG, dr. hab. Ewy Czaplewskiej z Instytutu Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego pod oficjalnym patronatem Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Jak pisze Wydawca: „Każda książka wydawana w tej serii zawiera syntezę omawianego problemu, dostarcza propozycji nowych narzędzi diagnostycznych i pokazuje racjonalne, udokumentowane naukowo drogi terapii”¹³. Dotychczas we wspomnianej serii ukazały się 23 tomy. Znakomitym forum do zaprezentowania najnowszych osiągnięć w zakresie logopedii są prężnie rozwijające się czasopisma: najdłużej ukazująca się lubelska „Logopedia”, „Logopedia Silesiana” czy też „Logopaedica Lodziensia”.

SPECJALNOŚCI LOGOPEDYCZNE

Leon Kaczmarek – twórca polskiej logopedii – mówił o czterech specjalizacjach zawodowych funkcjonujących w jej obrębie:

- *logopedii wychowawczej* rozumianej jako zapobieganie zaburzeniom mowy i głosu przez właściwe kształtowanie mowy u dzieci;
- *surdologopedii* zajmującej się kształtowaniem mowy u głuchych, niedosłyszących i głuchoniewidomych;
- *logopedii korekcyjnej*, której celem jest dążenie do usuwania zaburzeń mowy, głosu i trudności w czytaniu i pisanii;

¹² *Paleopatologia* to nauka, która najczęściej kojarzy się z badaniem zmian chorobowych w pradziejowych populacjach ludzkich.

¹³ Zob. np. Rynek Książki (2017, online).

– *logopedii artystycznej* dbającej o kulturę żywego słowa: potocznego, publicystycznego i artystycznego (1991b, s. 17–18).

Próbę uporządkowania i nakreślenia kierunków rozwoju specjalności w zakresie logopedii podjęło w latach 90. ubiegłego wieku Polskie Kolegium Logopedyczne („porozumienie bez osobowości prawnej”, „był społeczny”)¹⁴. Na posiedzeniu Kolegium w 1991 roku „zapropozowano utworzenie następujących specjalności logopedycznych:

- logopeda – logopeda ogólny,
- logopeda – surdologopeda,
- logopeda – neurologopeda,
- logopeda – balbutologopeda,
- logopeda – oligofrenologopeda,
- logopeda – ortoeplik,
- logopeda – glottodydaktyk” (Kurkowski, 1991, s. 106).

Większość z tych propozycji została bez żadnych problemów zaakceptowana przez środowisko logopedyczne¹⁵, choć stosunkowo rzadko w literaturze przedmiotu pojawia się termin *balbutologopedia/ balbutologopeda*, prawie w ogóle – *logopeda-ortoepik*, *logopeda – glottodydaktyk*.

O bujnym rozkwicie współczesnej logopedii może świadczyć fakt, że w jej obrębie w ostatnich latach pojawiło się wiele nowych specjalności, m.in.: onkologopedia¹⁶, tyflogopedia¹⁷, wczesna interwencja logopedyczna¹⁸,

¹⁴ Było to gremium składające się z przedstawicieli ośrodków akademickich prowadzących kształcenie w zakresie logopedii w Polsce (pracowników naukowych i logopedów praktyków), członków towarzystw naukowych w zakresie logopedii (Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, Sekcji Logopedycznej Towarzystwa Kultury Języka, Polskiego Towarzystwa Neurologopedów) oraz Polskiego Związku Logopedów. W jego skład weszli: prof. Leon Kaczmarek, mgr Danuta Emiluta-Rożyca, prof. Stanisław Grabias, mgr Zdzisław M. Kurkowski, prof. Halina Mierzejewska, mgr Stanisław Milewski, prof. Jan Ożdżyński, dr Maria Przybysz-Piwkowska, prof. Bronisław Rocławski, doc. Janina Wójtowicz, prof. Maria Zarębina. Pierwsze posiedzenie Kolegium odbyło się 29 czerwca 1991 r. w Warszawie.

¹⁵ Specjalizacja z dziedziny neurologopedii i surdologopedii jest prowadzona nawet przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: *Program specjalizacji w dziedzinie neurologopedii*, Warszawa 2023 (online); *Program specjalizacji w dziedzinie surdologopedii*, Warszawa 2023 (online).

¹⁶ „Onkologopedia to specjalność logopedyczna zajmująca się diagnozą i terapią logopedyczną osób (dzieci, młodzieży i dorosłych) z objawami zaburzeń czynności prymarnych i sekundarnych wywołanych chorobą nowotworową i/lub wynikających z konsekwencji jej leczenia oraz obszar badań, dzięki któremu tworzona jest teoria logopedyczna” (Hamerlińska-Latecka, 2015, s. 50; zob. także: Hamerlińska, 2018).

¹⁷ Tyflogopedia zajmuje się terapią logopedyczną pacjentów z uszkodzonym zmysłem wzroku, w tym z niedowidzeniem (osoby słabowidzące) i osób niewidomych, a także ociemniałych (osoby, które utraciły zdolność widzenia w późniejszym okresie życia) (por. Zaorska, 2016, s. 149–162).

¹⁸ „(...) wczesna interwencja logopedyczna to wszelkie oddziaływania logopedy wobec dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością, u których

gerontologopedia¹⁹ i oligofrenologopedia. Proponuje się także wyodrębnienie takich specjalności, jak orofacjologopedia²⁰ czy logopedia paliatywna²¹.

Uwzględniając potrzeby środowiska logopedów, na podstawie analizy używanej w praktyce nomenklatury, w opracowywanym aktualnie projekcie *Ustawy o zawodzie logopedy i samorządzie zawodowym logopedów* (zob. PZL, 2024, online), zaproponowano wyodrębnienie następujących specjalizacji/specjalności:

- gerontologopedia,
- neurologopedia,
- onkologopedia,
- surdologopedia,
- wczesna interwencja logopedyczna,
- logopedia artystyczna i medialna,
- oligofrenologopedia,
- logopedia stomatologiczna²².

Niestety, mimo istniejących potrzeb społecznych, coraz liczniejszej grupy osób szukających pomocy logopedów, większość wskazanych powyżej specjalności nie jest obecnie uwzględniana przez prawodawstwo. I tak w Rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2021 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania wyodrębniono w grupie 2294, obejmującej audiofonologów i logopedów, pozycje następujące:

stwierdza się nieprawidłowości w zakresie warunków prawidłowego kształtowania się mowy i które z tego powodu wymagają wczesnych oddziaływań w zakresie diagnozy i terapii logopedycznej” (Kaczorowska-Bray, Milewski, 2016, s. 19).

¹⁹ „Gerontologopedia – subdyscyplina logopedii, wyjaśniająca procesy komunikowania się słownego ludzi w starszym wieku, starzejących się fizjologicznie lub z towarzyszącymi zjawiskami patologii zdrowotnej (np. afazje, choroby z otępieniem)” (Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018, s. 17).

²⁰ „Przedmiotem zainteresowań orofacjologopedii są zaburzenia realizacji fonemów – w aspekcie diagnozy i terapii logopedycznej – wynikające z anomalii anatomicznych obwodowych narządów mowy, takich jak ankyloglosja, wada zgryzu, makroglosja, mikroglosja, wysokie podniebienie twarde, zaburzenia układu adenoidalnego i/lub zaburzenia czynności prymarnych. Przyczyny wad wymowy odnoszą się zatem do zespołu orofacialnego” (Pluta-Wojciechowska, 2019, s. 147).

²¹ „(...) proponujemy, by logopedię paliatywną traktować jako subdyscyplinę logopedyczną zajmującą się permanentną diagnozą i terapią logopedyczną osób z głębokimi zaburzeniami mowy i czynności prymarnych wywołanych jednostkami chorobowymi nieoddającymi się leczeniu przyczynowemu. Działania logopedy paliatywnego służą poprawie jakości komunikacji chorych i/lub stabilizowania jej rozpadu oraz niwelowaniu niepożądanych objawów komunikacyjnych, poznawczych, warunkujących mówienie oraz emocjonalnych, wynikających z coraz gorszego funkcjonowania układu nerwowego i obwodowego narządu mowy” (Wójcik-Topór, Krajewska, Michalik, 2023, s. 14).

²² Prace nad listą specjalności trwają. Należy przy tym podkreślić, że biorąc pod uwagę rozwój logopedii i szybkość zachodzących zmian (np. w strukturze społeczeństwa) lista ta powinna być otwarta.

- 229401 Audiofonolog
- 229402 Logopeda
- 229403 Neurologopeda
- 229404 Surdologopeda
- 229490 Pozostali audiofonolodzy i logopedzi.

W grupie 2359 *Specjaliści nauczania i wychowania gdzie indziej niesklasyfikowani* wskazano jeszcze nauczyciela logopedę²³. Tak niewielka liczba specjalności nie odpowiada rzeczywistemu stanowi rzeczy oraz utrudnia logopedom możliwości awansu zawodowego, wpływając także ograniczająco na tworzenie nowych form kształcenia.

Lista wyodrębnionych specjalności logopedycznych wymaga z całą pewnością gruntownego namysłu i dużej ostrożności, uwzględnienia stopnia „zakorzenienia” w świadomości praktyków, jak i możliwości kształcenia przyszłych specjalistów. Przykładem specjalności, które mogą się już pochwalić dorobkiem i opracowaną drogą kształcenia, mogą być chociażby gerontologopedia i wczesna interwencja logopedyczna. Konieczność ich wyodrębnienia wynika ze zmian dostrzeganych w strukturze demograficznej, które kształtują rynek potrzeb.

Zasadnicza zmiana to starzenie się społeczeństw, dostrzegane w wielu krajach na świecie, w tym w Polsce, polegające na znacznym wzroście liczebności grupy osób w wieku senioralnym, co znajduje odbicie w określeniach społeczeństw jako *siwiejących* bądź *postemerytalnych*, a nawet w dziennikarskich metaforach „srebrne tsunami”²⁴ czy „srebrne pokolenie”²⁵ (za: Kielar-Turska, 2016, s. 11). Jedną z pierwszych na gruncie polskim publikacji dostrzegających problem zmian w komunikacji zachodzących wraz z wiekiem była pionierska praca Waldemara Tłokińskiego *Mowa u schyłku życia*, opublikowana w 1990 roku. Jednakże starość w perspektywie logopedycznej została przedstawiona dopiero w dwóch publikacjach z 2014 roku: autorów niniejszego rozdziału – *Czy jest potrzebna gerontologopedia* oraz Danuty Pluty-Wojciechowskiej – *Gerontologopedia*. Prace te wskazują konieczność wyodrębnienia nowej dziedziny logopedii, którą jest gerontologopedia, a jej formalne „stworzenie” uzasadniają tym, że stajemy się społeczeństwem ludzi w wieku senioralnym, którzy wymagają odpowiedniego leczenia, wspomagania funkcjonowania oraz różnego rodzaju terapii, w tym terapii logopedycznej. Jak jednak zauważa filozof Bohdan Dziemidok:

²³ Tak niewielka liczba specjalności logopedycznych dziwi tym bardziej, że rozporządzenie zawiera zawody rzadko spotykane, np. 343206 *Rzeźbiarz w owocach i warzywach*.

²⁴ „Srebrnemu tsunami” poświęcone są odrębne konferencje naukowe, zob. np.: IX Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Srebrne tsunami – czy można przygotować się na starość?”, Gdańsk 1.12.2017 r.; organizatorzy: Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego oraz Fundacja Psychologiczna.

²⁵ Radio Gdańsk, *Srebrne pokolenie* (2024, online).

Nasze dzieci (...) nie są przygotowane do tego, że być może ich rodzice będą wymagali stałej opieki z ich strony. Społeczeństwo od wieków jest przygotowywane do stałej opieki nad dziećmi. W społeczeństwie cywilizowanym do opieki nad dziećmi przygotowują lekarze, pedagodzy, psychologowie. Możemy także liczyć na pomoc rodziców, babć, cioć, żłobków, przedszkoli. Do długiej opieki nad starymi chorymi rodzicami nie jest nasze społeczeństwo przygotowane (2014, s. 149).

Pomysł wyodrębnienia gerontologopedii oraz gerontolingwistyki z jednoczesną próbą powołania studiów podyplomowych, kształcących gerontologopedów narodził się równolegle na Uniwersytecie Gdańskim i na Uniwersytecie Śląskim, co – jak zauważa Pluta-Wojciechowska – „cieszy, gdyż pokazuje, że kierunek myślenia jest słuszny i potrzebny. (...) efektem tej sytuacji będzie owocna współpraca i wymiana doświadczeń” (2014a, s. 28). Najnowsze publikacje z tego zakresu zdają się potwierdzać, że problematyka logopedii wieku senioralnego została już na dobre włączona do kręgu zainteresowań polskich logopedów (zob. np.: Czechowska, Krempła, 2015; Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015; Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016; Tłokiński, Olszewski, 2015; Wolańska, 2015; Maciejewska, 2015; Hamerlińska-Latecka, 2015; Siudak, Pawłowska-Jaroń, 2016; Humeniuk, 2017; Gebreselassie, Godlewska, 2017).

W literaturze medycznej często przywołuje się wypowiedź anonimowego lekarza, który stwierdził, iż „człowiek nigdy nie jest tak bliski śmierci, jak w chwili, gdy się rodzi” (Świdarska, Budzyńska-Jewtuch, 2008). Przykładem tego, jak bardzo obawiano się o los najmłodszych, ale też kobiet w ciąży i połogu, może być chociażby stare gaskońskie przysłowie *Kobieta w ciąży jedną nogą do grobu dąży*. Te stwierdzenia wynikały z faktu, że przez znaczną część historii ludzkiego gatunku śmiertelność w obu tych grupach była bardzo wysoka²⁶.

Postęp, jaki w ostatnich latach dokonał się w naukach medycznych, rozwój nowoczesnych metod, umożliwiających wczesną diagnozę i szybkie rozpoczęcie leczenia pozwalają na ratowanie dzieci z ciąż poważnie zagrożonych, które dawniej nie miałyby szans na przeżycie. Poprawa opieki medycznej nad noworodkiem spowodowała obniżenie umieralności niemowląt, jednakże – jak stwierdzają Tomasz Halski i Jakub Taradaj – spowodowała też jednoczesny wzrost liczby dzieci z różnorodnymi zaburzeniami i wadami rozwojowymi²⁷, w przypadku których istnieje duże ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym (2007, s. 51). Dużą część tej grupy stanowią maluchy, u których stwierdzono: wysokie ryzyko ciążowo-porodowe, wcześniactwo z typową dla przedwcześnie urodzonych niedojrzałością ośrodkowego układu nerwowego, urazy okołoporodowe uszkadzające ośrodkowy układ nerwowy, wady genetyczne, mutacje chromosomowe, aberracje chromosomowe, wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (np.

²⁶ Jako przykład można podać dane zebrane w Poznaniu w latach 1856–1865. W tym okresie aż 46,6% dzieci umierało przed ukończeniem piątego roku życia (Żyromski, 2000, s. 176).

²⁷ Nie zanotowano na przykład obniżenia wskaźnika występowania mózgowego porażenia dziecięcego (Gadzinowski, Szymankiewicz, 2006, s. 185).

przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie)²⁸, opóźnione dojrzewanie odruchowe, infekcje w obrębie centralnego układu nerwowego, zaburzenia metaboliczne obciążające układ nerwowy, mikrozaburzenia czynności mózgu o ciężkim przebiegu oraz padaczkę (Cytowska, 2006, s. 20). „Noworodek jako pacjent stał się niewątpliwie jednym z największych i fascynujących wyzwań w medycynie” (Gadzinowski, Szymankiewicz, 2006, s. 8). Należałoby dodać, że twierdzenie to dotyczy również logopedii.

Powodem ukształtowania się wczesnej interwencji logopedycznej jako specjalności była więc konieczność wspierania wzrastającej liczebnie grupy najmłodszych pacjentów – dzieci, których rozwój (w tym mowy i języka, a także umiejętności pokarmowych) musi być poddawany obserwacji od okresu noworodkowego. W przypadku tej grupy często konieczna jest też wczesna diagnoza i jak najszybsze podjęcie procedur terapeutycznych. Przez *wczesną interwencję logopedyczną* należy więc rozumieć wszelkie oddziaływania logopedy wobec dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością, u których stwierdza się nieprawidłowości w zakresie warunków prawidłowego kształtowania się mowy oraz przyjmowania pokarmu. Dorobek naukowy w zakresie tej specjalności można już uznać za obszerny, podobnie jak żywo rozwijające się różne formy kształcenia (od studiów podyplomowych do warsztatów, szkoleń, webinarów).

Należy stwierdzić, że nie tylko gerontologopedia i wczesna interwencja logopedyczna, ale i pozostałe specjalności wskazane w toku prac nad przyszłą ustawą o zawodzie logopedy już zaistniały. Świadczy o tym m.in. liczba publikacji z danego zakresu czy też wysiłki podejmowane w celu utworzenia odpowiednich form szkolenia. Wymagają one usankcjonowania swojego istnienia, co pozwoli na stworzenie właściwych standardów kształcenia i podniesienie rangi zawodu.

NIEPOKOJĄCE ASPEKTY ROZWOJU LOGOPEDII

Trwające już od ponad roku prace, w które zaangażowani są przedstawiciele różnych środowisk (m.in. logopedów pracujących w placówkach oświatowych, służby zdrowia, sektora prywatnego, ośrodków uniwersyteckich, Polskiego Związku Logopedów, Polskiego Towarzystwa Logopedycznego), mają posłużyć uporządkowaniu kwestii, które od dawna poruszały logopedów (np. co jest obszarem działań logopedycznych, czym są świadczenia logopedyczne, jakie formy kształcenia obowiązują tę grupę zawodową), ale przede wszystkim stworzeniu zrębów samorządności logopedów²⁹. Stanie się możliwe opracowanie standardów kształcenia, których przestrzeganie będzie warunkiem prowadzenia studiów kształcących

²⁸ Wojciech Guzikowski podaje, że częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych u noworodków szacuje się na około 3%. Rzeczywisty ich odsetek jest wielokrotnie wyższy, gdyż około 50% płodów z anomaliami ulega poronieniu lub obumarciu w okresie płodowym. Wrodzone wady rozwojowe są jedną z najczęstszych przyczyn śmierci noworodków (2007, s. 7).

²⁹ Zob. PZL, *Kalendarium prac nad ustawą o zawodzie logopedy* (2024, online).

logopedów, kontrolowanie w większym stopniu poziomu merytorycznego szybko zmieniających się, odpowiadających zainteresowaniom terapeutów propozycji szkoleń i warsztatów.

Można oczekiwać, że ustawa ta wpłynie na rozwój i upowszechnianie metod postępowania logopedycznego, wpisujących się w praktykę logopedyczną opartą na dowodach empirycznych. Koncepcja logopedii opartej na dowodach (ang. *evidence-based speech therapy* – EBST) wywodzi się wprost z zasady terapii (praktyki) opartej na dowodach (ang. *evidence-based practice* – EBP), która z kolei ma swe źródło w medycynie opartej na faktach (ang. *evidence-based medicine* – EBM) (Michalik, Horyń i Olma, 2021). Ta ostatnia „polega na integracji wyników najlepszych badań z wiedzą kliniczną i wartościami prezentowanymi przez pacjentów” (Pluta-Wojciechowska, 2019, s. 130). Jak wskazują Anita Domagała i Urszula Mirecka

Istotne jest zatem dążenie do rozwijania i upowszechniania metod postępowania logopedycznego, które wpisują się w koncepcję praktyki opartej na dowodach (ang. *Evidence-Based Practice* – EBP), czyli tworzenia praktyki logopedycznej opartej na dowodach empirycznych. W rozwijaniu zgodnej z EBP postawy profesjonalisty wobec własnej praktyki zawodowej ważną rolę odgrywają zarówno badacze i dydaktycy akademicy, jak i sami logopedzi praktycy – powinnością naukowców jest tworzenie i sprawdzanie w procedurach eksperymentalnych nowych metod (a także doskonalenie metod zastanych), obowiązkiem dydaktyków wskazywanie i nauczanie metod zweryfikowanych naukowo, zadaniem zaś logopedów praktyków jest właściwy ich wybór i odpowiedzialne dostosowanie do pacjenta. Ważne jest, by pamiętać, że istotą podejścia EPB jest integracja doświadczenia klinicznego, dowodów/doniesień naukowych oraz preferencji/wartości pacjenta (2018, s. 15).

Koncepcja logopedii opartej na dowodach znajduje swoje odbicie w *Kodeksie Etycznym Logopedy*, w którym czytamy:

- „Logopeda winien stosować wyłącznie metody diagnozy i terapii naukowo uzasadnione”,
- „Logopeda dąży stale do wzrostu wiedzy w zakresie swojej specjalności i dzieli się wynikami swoich naukowych dociekań”,
- „W edukacji logopedów należy odwoływać się tylko do wiedzy udowodnionej naukowo” (PZL, 2024, online).

Przestrzeganie założeń koncepcji terapii (praktyki) pozwoli na efektywne przeciwdziałanie wielu alarmującym zjawiskom, między innymi budzącemu zaniepokojenie trendowi komercjalizacji usług logopedycznych. Jego wyrazem jest chociażby praktyka pomijania przez niektórych logopedów zadań *stricto* logopedycznych i przejmowanie metod innych specjalistów, np. fizjoterapeutów czy ortodontów, przekraczanie swoich kompetencji. Skutkiem wymienionych zjawisk jest odchodzenie logopedów od logopedii i rozmywanie się granic pomiędzy logopedią a medycyną lub fizjoterapią, a także pojawienie się *logopedów hybrydowych*, czyli takich, których miejsce można określić jako „pomiędzy logopedią a fizjoterapią” (Pluta-Wojciechowska, w druku). Jak zauważają Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk i Tomasz Woźniak: „Wyrazem takiej komercjalizacji są upowszechniane

przez *sprzedawców terapii logopedycznej* sądy o niezawodności *ich* metod terapeutycznych, które w odróżnieniu od innych zapewniają sukces” (2015, s. 9). Dlatego do wyzwań współczesnej logopedii zaliczyć należy podejmowanie rozważnego namysłu i naukowe weryfikowanie „nowych” terapii i narzędzi terapeutycznych.

POLISH SPEECH THERAPY IN THE 21ST CENTURY – NEW CHALLENGES AND DEVELOPMENT DIRECTIONS

Polish speech therapy currently faces many challenges, the most important being the attainment of independence as a scientific discipline. In order to reach such a distinction, it is necessary to redefine speech therapy, to discover and describe its path of development, to distinguish specialisations and work out educational standards, whose adherence will be a condition of conducting studies in this field. A basis for this type of activity may be formed by the draft law on the profession of speech therapist, developed by representatives of the logopaedic community.

KEYWORDS: speech therapy, scientific discipline, speech therapy specialisations, law on the profession of speech therapist

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk B., Smółka E., 1997, *Profesor Leon Kaczmarek jako twórca i redaktor „Logopedii”*, „Logopedia”, nr 24, s. 15–21.
- Baudouin de Courtenay J.N., 1868–1870, *Einige Beobachtungen an Kindern, Beiträge zur Vergleichenden Sprachforschung*, Bd. 6, Berlin, z. 2, s. 215–220.
- Baudouin de Courtenay J.N., 1885, *Z patologii i embryologii języka*, „Prace Filologiczne”, t. I, s. 14–58, 318–344.
- Baudouin de Courtenay J.N., 1974, *Spostrzeżenia nad językiem dziecka* (wybór i opracowanie M. Chmura-Klekotowa), Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Benni T., 1917, *Jana Siestrzyńskiego „Teoria i mechanizm mowy (1820)”*. Odbitka ze sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział Językoznawstwa i Literatury, rok X, zeszyt 6, s. 73–94.
- Błachnio K., 1996, *Poznańska myśl logopedyczna w 33-leciu Polskiego Towarzystwa Logopedycznego*, „Logopedia”, nr 23, s. 33–43.
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2023a, *Program specjalizacji w dziedzinie neurologopedii*, Warszawa, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/11/040-Neurologopedia-program-podstawowy-2023.pdf> (dostęp: 10.07.2024 r.).
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2023b, *Program specjalizacji w dziedzinie surdologopedii*, Warszawa, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2024/03/033-Surdologopedia-program-podstawowy-2024-1.pdf> (dostęp: 10.07.2024 r.).
- Chmura-Klekotowa M., Mierzejewska H., 1975, *Sylwetki naukowe pionierów logopedii i dyscyplin pogranicznych: Jan Baudouin de Courtenay*, „Logopedia. Zagadnienia Kultury Żywego Słowa”, t. 12, s. 96–110.
- Cytowska B., 2006, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, w: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winchura, Kraków, s. 15–26.

- Czechowska O., Krempła, K., 2015, *Głuchota starcza, presbycusis, jako przedmiot zainteresowań gerontologopedii*, w: *Choroby XXI wieku: wybrane zagadnienia*, red. M. Olszówka, K. Maciąg, Lublin, s. 167–178.
- Domagała A., Mirecka U. (red.), 2018, *Metody terapii logopedycznej*. Lublin.
- Dziemidok B., 2014, *Aksjologiczne aspekty starości; czy starość może być piękna, dobra, mądra i szczęśliwa?*, „ΣΟΦΙΑ”, t. 14, s. 143–163.
- ESLA Europe, 2024, <https://eslaeurope.eu/about-us/>, (dostęp: 18.07.2024 r.).
- Gadzinowski J., Szymankiewicz M., 2006, *Podstawy neonatologii. Podręcznik dla studentów*, Poznań.
- Gajda Z., 2021, *Historia medycyny dla każdego*, Warszawa.
- Gebreselassie J., Godlewska D., 2017, *Komunikacja językowa osób starszych*, „Język. Religia. Tożsamość”, t. 1 (15), s. 21–33.
- Grabias S., 2010/2011, *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*, „Logopedia”, t. 39-40, 9–34.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin.
- Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T. (red.), 2015, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin.
- Guzikowski W., 2007, *Badania prenatalne*, w: *Dziecko i jego środowisko. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii*, red. I. Pirogowicz, A. Steciwko, Wrocław, s. 7–13.
- Halski T., Taradaj J., 2007, *Neurodiagnostyka – podstawowym badaniem noworodków*, w: *Dziecko i jego środowisko. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii*, red. I. Pirogowicz, A. Steciwko, Wrocław, s. 51–54.
- Hamerlińska A., 2018, *Onkologopedia w systemie kształcenia logopedów*, „Logopaedica Lodziensis”, nr 2, s. 49–61.
- Hamerlińska-Latecka, A., 2015, *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*, Bydgoszcz.
- Humeniuk E., 2017, *Zaburzenia mowy w wieku podeszłym*, w: *Patologia mowy*, red. Z. Tar-kowski, Gdańsk, s. 103–119.
- Kaczmarek B., 1969, *Sylwetki naukowe pionierów logopedii i dyscyplin pogranicznych: Jan Siostrzyński*, „Logopedia. Zagadnienia Kultury Żywego Słowa”, t. 8/9, s. 142–145.
- Kaczmarek L., 1983, *Jan Baudouin de Courtenay – prekursor nowoczesnej logopedii*, „Logopedia. Zagadnienia Kultury Żywego Słowa”, t. 14/15, s. 5–14.
- Kaczmarek L., 1991a, *Model opieki logopedycznej w Polsce*, Gdańsk.
- Kaczmarek L., 1991b, *O polskiej logopedii*, w: *Przedmiot logopedii*, seria: Komunikacja Językowa i Jej Zaburzenia, t. 1, red. S. Grabias, Lublin, s. 5–25.
- Kaczorowska-Bray K., Milewski S., 2016, *Wstęp*, w: *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 16–24.
- Kaczorowska-Bray K., Milewski S., Michalik M., 2023, *Przedmowa*, w: E. Przebinda, M. Michalik, E. Grzelak, *Komunikacja wspomagająca i alternatywna (AAC) w praktyce logopedycznej i terapeutycznej*, Gdańsk, s. 8–14.
- Kielar-Turska M., 2016, *Starość: jak ją widzi psychologia*, Kraków.
- Kurkowski Z.M., 1991, *Specjalności logopedyczne*, w: *Przedmiot logopedii*, seria: Komunikacja Językowa i Jej Zaburzenia, t. 1, red. S. Grabias, Lublin, s. 106–111.
- Maciejewska A., 2015, *Stabilizowanie normy interakcyjnej u osób w podeszłym wieku*, w: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 1109–1124.
- Małachowska E., 1965, *Prof. J. Baudouin de Courtenay jako badacz rozwoju języka dziecka*, „Prace Filologiczne”, t. XVIII, cz. 4, s. 271–276.

- Michalik M., 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, w: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 32–46.
- Michalik M., Horyń E., Olma M., 2021, *U źródeł polskiej terminologii logopedycznej: podstawy teoretyczne i metodologiczne*, Kraków.
- Michalik M., Olma M., Horyń E., 2023a, *Diachroniczna perspektywa opisu logopedii jako nauki. Część I: Okres oparty na intuicji*, „Eruditio et Ars”, t. 1 (6), s. 55–66.
- Michalik M., Olma M., Horyń E., 2023b, *Diachroniczna perspektywa opisu logopedii jako nauki. Część II: Okres wstępnego profesjonalizmu*, „Eruditio et Ars”, t. 2 (6), s. 61–73.
- Michalik M., Olma M., Horyń E., 2024, *Diachroniczna perspektywa opisu logopedii jako nauki. Część III: Okres dojrzałego profesjonalizmu*, „Eruditio et Ars”, t. 1 (8), s. 101–113.
- Milewski S., 2006, *Dzieje gdańskiej logopedii*, w: *Z dziejów językoznawstwa polonistycznego w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Gdańsku i na Uniwersytecie Gdańskim (1947–2005)*, red. J. Maćkiewicz, E. Rogowska-Cybulska, J. Treder, Gdańsk, s. 43–46.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2014, *Czy jest potrzebna gerontologopedia? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, w: *Nowa logopedia*, t. 5: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik, Kraków, s. 13–26.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2015, *Późna dorosłość jako przedmiot zainteresowania współczesnej logopedii – perspektywy badawcze*, w: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 153–170.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., Kamińska B., 2016, *Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. XXVIII, s. 165–182.
- Milewski S., Kamińska B., 2021, *Czterdzieści lat kształcenia logopedów na Uniwersytecie Gdańskim*, w: *Uniwersytet Gdański – struktury, postacie, wydarzenia*, t. 2, red. D. Bień, Gdańsk, s. 205–230.
- Ołtuszewski W., 1905, *Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach*, Warszawa.
- Panasik J., 2023, *Logopedia dziś – wczoraj – jutro*, <https://logopeda.org.pl/publikacja.php?id=77> (dostęp: 18.07.2024 r.).
- Pluta-Wojciechowska D. (w druku), *Transformacja logopedii czy logopedyczny butik, rabunek i błyskotki? Rekonesans zagadnień*.
- Pluta-Wojciechowska D., 2014, *Gerontologopedia*, „Forum Logopedyczne”, t. 22, s. 9–12.
- Pluta-Wojciechowska D., 2014a, *Gerontologopedia – oryginalna perspektywa refleksji naukowej i kształcenia logopedycznego*, w: *Nowa Logopedia*, t. 5: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik, Kraków, s. 27–39.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019, *Orofacjologopedia*, „Logopedia”, nr 48 (1), s. 137–158.
- Porayski-Pomsta J., Emiluta-Roży D., 2018, *Logopedia warszawska – historia i czasy*, „Studia Pragmalingwistyczne”, t. X, s. 55–84.
- PZL = Polski Związek Logopedów, 2024, *Kalendarium prac nad ustawą o zawodzie logopedy*, 2024, <https://logopeda.org.pl/new.php?id=1451> (dostęp: 15.07.2024 r.).
- Radio Gdańsk, 2024, *Srebrne pokolenie*, <https://radiogdansk.pl/audycje-rg/srebrne-pokolenie>, (dostęp: 15.07.2024 r.);
- Rynek Książki, 2017, <https://rynek-ksiazki.pl/aktualnosci/logopedia-xxi-wieku> (dostęp: 21.08.2024 r.).
- Siudak A., Pawłowska-Jaroń H., 2016, *Neurologiczne problemy osób starszych – emploi logopedy*, w: *Wspieranie rozwoju dzieci i dorosłych*, red. F.A. Marek, U. Strzelczyk-Raduli, K. Błońska, Opole, s. 19–31.
- Szewczyk L., 2013, *Księżda Stanisława Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego)*, „Logopedia Silesiana”, t. II, s. 101–109.

- Świderska M., Budzyńska-Jewtuch, I., 2008, *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania. Ogólne zagadnienia rozwoju biologicznego*, Łódź.
- Tłokiński W., Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2018, *Wstęp*, w: *Gerontologopedia*, red. W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 15–23.
- Tłokiński W., Olszewski H., 2015, *Praktyczna ocena mowy osób w wieku senioralnym: aspekty metodologiczne*, w: *Metodologia badań logopedycznych z perspektyw teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 237–247.
- Wolańska E., 2015, *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego*, „Poradnik Językowy”, nr 5, s. 67–82.
- Woźniak T., 2016, *Edukacja logopedów w UMCS. Historia – teraźniejszość – przyszłość*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio N, Educatio Nova”, t. I, s. 97–107.
- Wójcik-Topór P., Krajewska M., Michalik M., 2023, *Wstęp*, w: *Diagnoza i terapia logopedyczna pacjentów w stanie ciężkim*, red. P. Wójcik-Topór, M. Krajewska M. Michalik, Gdańsk, s. 13–17.
- Zaorska M., 2016, *Tyflologopedia jako subdyscyplina szczegółowa logopedii oraz element jej współczesnej koncepcji strukturalnej*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, nr 22 (1), s. 149–162.
- Żyromski M., 2000, *Dziewiętnastowieczna rodzina polska*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. XII, s. 173–188.

Emilia Mikołajewska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dariusz Mikołajewski

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

KINESIOTAPING TRAKTU USTNO-TWARZOWEGO – WSPÓLNA PŁASZCZYZNA DZIAŁAŃ FIZJOTERAPII I LOGOPEDII. PODEJŚCIE KLASYCZNE I OBLICZENIOWE

Rozdział omawia – na podstawie analizy piśmiennictwa – punkty wspólne wykorzystania kinesiotalingu w fizjoterapii i logopedii w obszarze ich oddziaływań terapeutycznych, którym jest trakt ustno-twarzowy z uwzględnieniem możliwości optymalizowania aplikacji plastrów za pomocą modeli obliczeniowych, w tym opartych na sztucznej inteligencji.

Metoda Kinesio Taping® polega na oklejaniu ciała dedykowanymi plastrami w celach leczniczych. Działanie terapeutyczne plastrów ma swoje źródło w budowie i specyficznych właściwościach plastrów (Kase, Martin, Yasukawa, 2006) oraz w opracowanych przez twórcę metody, Kenzo Kase, technikach aplikacji (Mikołajewska, Mikołajewski, 2020). Dzięki połączeniu wiedzy z zakresu anatomii i fizjologii z wiedzą o poszczególnych technikach: mięśniowej (mechanicznej), powięziowej, funkcjonalnej, limfatycznej, przestrzennej, dla więzadeł i ścięgien (m.in. miejsce przyłożenia początku plastra, kierunek doklejania i stopień naciągu plastrów determinujący siłę zwrotną, jaką generują plastry) możliwe jest osiągnięcie celów terapeutycznych takich jak: zwiększanie aktywności mięśni, zmniejszanie aktywności mięśni, zwiększanie stabilności stawów, zmniejszenie obrzęków, zmniejszenie bólu, przemieszczanie powięzi, przemieszczanie wybranych części ciała, co znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach terapeutycznych.

FIZJOTERAPIA TRAKTU USTNO-TWARZOWEGO

Fizjoterapeuci od lat zajmowali się usprawnianiem mięśni twarzy szczególnie w fizjoterapii neurologicznej np. po uszkodzeniu nerwu trójdzielnego, twarzowego czy innych nerwów czaszkowych. Obecnie rozwija się prężnie fizjoterapia stomatologiczna i narządu żucia, a także fizjoterapia twarzy w kontekście estetycznym¹. W obszarach tych pracuje się z traktem ustno-twarzowym, który może też być – o czym mowa będzie poniżej – obszarem pracy logopedów.

Wśród oddziaływań terapeutycznych fizjoterapii wymienia się zwykle:

- kinezyterapię – terapię ruchem,
- fizykoterapię – terapię z wykorzystaniem naturalnych czynników fizycznych,
- masaż – oddziaływanie na tkanki miękkie za pomocą rąk terapeuty lub narzędzi,
- metody fizjoterapeutyczne lub specjalne – uporządkowane sposoby postępowania, do których możemy zaliczyć m.in. metodę kinesiotalingu.

W Polsce fizjoterapeuci byli pierwszą grupą stosującą kinesiotaling. W miarę upływu lat i nabywania doświadczeń, a także wprowadzania autorskich aplikacji, użytkownikami tej metody stały się też inne grupy zawodowe. Znaleźli się między nimi logopedzi, co wynika z tego, że dzielą oni z fizjoterapeutami obszar pracy terapeutycznej, jakim jest trakt ustno-twarzowy.

LOGOPEDIA TRAKTU USTNO-TWARZOWEGO

Należy pamiętać, że logopedia jako dziedzina, która jest interdyscyplinarna i wśród swoich podstaw zawiera oprócz elementów pedagogicznych, psychologicznych także faktory lecznicze (Gałkowski, Jastrzębowska, red., 2003), może korzystać z metody o działaniu leczniczym, jakie przypisuje się kinesiotalingowi.

Przez lata rozwijały się przede wszystkim aplikacje w obrębie kończyn i tułowia. Z czasem jednak, dzięki tworzeniu przez terapeutów, instruktorów i naukowców nowych sposobów naklejania plastrów na bazie wytycznych Kenzo Kase, powstało wiele aplikacji dotyczących twarzy i szyi. Mogą je wykonywać tak fizjoterapeuci, jak i logopedzi. W kontekście fizjoterapii stomatologicznej i logopedii dostępne są one głównie w materiałach szkoleniowych edukatorów, a te dotyczące kosmologii i medycyny estetycznej twarzy w formie zwartych opracowań (Mikołajewska, Mikołajewski, 2020).

KONCEPCJA I PRZEBIEG BADANIA

Ze względu na to, że celem niniejszej pracy jest próba kompleksowego podejścia do tematu wykorzystania metody kinesiotaling w fizjoterapii traktu ustno-twarzowego i w logopedii z uwzględnieniem podejścia obliczeniowego przez przegląd i analizę obecnych badań oraz wskazanie przyszłych kierunków badań, przygotowany

¹ Zob. rozdz. *Czy bać się plastrowania*, s. 147.

został zestaw danych poddanych analizie bibliometrycznej. Weryfikuje ona obraz badawczy dotyczący stosowania metody kinesiotalpingu oraz jej wykorzystania w fizjoterapii traktu ustno-twarzowego i w logopedii na podstawie analizy publikacji naukowych w tym obszarze. Nasze podejście obejmuje formułowanie pytań badawczych w celu zidentyfikowania zrealizowanych badań w przedmiotowym temacie oraz wpływowych autorów i artykułów, a także wskazanie luk, które mogą mieć wpływ na przyszłe badania. Dzięki konsolidacji danych bibliometrycznych badanie to ma na celu wzbogacenie dyskusji i ustanowienie podstaw dla przyszłych badań.

W opracowaniu wykorzystano bazę danych bibliograficznych PubMed, wybraną ze względu na jej szeroki zasięg i dostępność. Aby skupić się na odpowiedniej literaturze, zastosowaliśmy filtry zawężając zakres do artykułów w języku angielskim. Ponadto przeanalizowaliśmy metryki, takie jak lata publikacji, aby uzyskać ilościowy przegląd. Aby doprecyzować wyszukiwanie, by odpowiadało naszym celom badawczym, użyliśmy zaawansowanych filtrowanych zapytań, uwzględniających różne możliwe sposoby pisowni nazwy przedmiotowej metody: *kinesiology taping*, *kinesiotaping*, *kinesio taping*, ponieważ pod takimi określeniami jest ona identyfikowana. Wybrane publikacje zostały następnie dodatkowo ekspercko doprecyzowane w kontekście traktu ustno-twarzowego

Biorąc pod uwagę interdyscyplinarny zakres i złożoność tematu, najważniejsze wyniki przeglądu zebraliśmy w tabeli podsumowującej.

WYNIKI

Podsumowanie wyników analizy bibliograficznej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Podsumowanie wyników analizy bibliograficznej PubMed

Lata	Fraza wyszukiwana		
	kinesiology taping	kinesiotaping	kinesio taping
2004–2024	294	222	679
2004–2014	54	21	91
2015–2024	240	201	588
	Fraza wyszukiwana po selekcji – w kontekście traktu ustno-twarzowego		
	kinesiology taping	kinesiotaping	kinesio taping
2004–2024	1	13	11
2004–2014	0	0	0
2015–2024	1	13	11

Źródło: opracowanie własne (PubMed, 2024, online)

Publikacje ze słowem kluczowym *kinesiology taping* w ostatnich dwudziestu latach to 294 rekordy, *kinesiotaping* – 222 rekordy, a *kinesio taping* – 679 rekordów. Analiza ta pokazuje mnogość badań, ale także to, że najczęściej opracowań w danym temacie można wyszukać pod hasłem *kinesio taping* pisany rozdzielnie. Przy czym w latach 2015–2024 liczba publikacji była największa. Badania opublikowane w zakresie twarzy niestety stanowią niewielki ułamek opublikowanych prac, co świadczy o dużej luce badawczej oraz konieczności dalszych i szerszych badań w tym zakresie².

Szczegółowy wynik przeglądu – poniżej – zawiera omówienie kluczowych prac.

KINESIOTAPING TRAKTU USTNO-TWARZOWEGO

Żuchwa w odwiedzeniu, ślinienie – przyczyny tego stanu mogą być różne, np. problem z oddechem przez nos, przerośnięte migdałki, alergie. Po ich ustąpieniu może pozostać nawyk pozostawiania otwartej jamy ustnej. Terapia objęłaby więc mięśnie odpowiedzialne za przywiedzenie żuchwy – żwacze, a także mięsień uszczelniający jamę ustną – okrężny ust, a mogłaby ją wspomóc technika wykonywania aplikacji mięśniowych.

Skuteczność wykorzystania kinesiotapingu odnotowano także w problemie rozszczepu warg (Dawjee, Julyan, Krynauw, 2014).

Opisano także pozytywne efekty aplikacji zastosowanych w zakresie trudności ze ssaniem u wcześniaka (Lin i wsp., 2016). Już po tygodniu stosowania plastrów uzyskano poprawę ssania na tyle dużą, że dziecko, które na początku miało śladową akcję ssącą, uzyskało funkcjonalne ssanie pozwalające na powrót do domu bez systemów wspierających karmienie.

Jak wskazują obserwacje kliniczne, kinesiotaping znalazł też zastosowanie w poprawie transportu śliny przy kąciku opadającym u osób z niedowładem mięśni unoszących kącik ust lub obniżonej aktywności innych mięśni mimicznych przy dysfunkcji nerwu twarzowego.

Pozytywne efekty kinesiotapingu badacze odnotowali w terapii problemów z głosem przy zdiagnozowanej dysfagii (Mezzedimi i wsp., 2018). W pracy Ji-Su Park i wsp. (2020) czytamy o pozytywnych i lepszych efektach treningu oporowego dla mięśni gnykowych z wykorzystaniem kinesiotapingu niż w terapii bez wykorzystania oklejeń.

Bardzo dobrze udokumentowany jest wpływ pozytywny kinesiotapingu w przypadku obrzęków i krwaków, w tym obrzęków limfatycznych, w leczeniu raka głowy i szyi (Atar i wsp., 2023).

To wycinek możliwości, jakie daje kinesiotaping w obrębie traktu ustno-twarzowego. Należy pamiętać, że dobra praca tego kompleksu to także właściwe ustawienie głowy (Dowgiert, 2022), w czym także może pomóc kinesiotaping (de Ru, 2013).

Jeśli możliwe jest zwiększanie aktywności mięśni, a popatrzymy na mowę jako konkretną aktywność mięśni, to znajdziemy miejsce na aplikacje kinesiotapingu

² Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu w logopedii*, s. 26.

w treningu wymowy głosek (Mikołajewska, 2017–2024). Przykład może stanowić udział mięśni dźwigacza wargi górnej oraz dźwigacza wargi górnej i skrzydełka nosa podczas wymowy szeregu ciszącego, szeregu szumiącego, [i], [o], [ń]. Dla treningu wymowy tych głosek można wykonać aplikację techniką mięśniową wymienionych mięśni, co pomaga w oczekiwanym ustawieniu wargi górnej.

KINESIOTAPING TRAKTU USTNO-TWARZOWEGO – MODELE OBLICZENIOWE

Kinesiotaping traktu ustno-twarzowego jako metoda stosowana zarówno w logopedii, jak i fizjoterapii jest podatna na łączenie oddziaływań i optymalizację ich poprzez modele obliczeniowe, w tym oparte na sztucznej inteligencji, szczególnie na uczeniu maszynowym (podejściu opartym na danych, samodzielnie wyodrębniającym z nich reguły i wiążącym je w mechanizmy). Modele obliczeniowe związane z kinesiotapingiem mogą pomóc w optymalizacji jego zastosowania poprzez dokładne określenie miejsc aplikacji plastrów oraz przewidywanie efektów terapeutycznych. Sprzyja to obiektywizacji technik kinesiotapingu, ale jednocześnie wymaga pozyskania dokładnych danych (na etapie uczenia sieci neuronowych: dużych ich ilości).

Obszary zastosowań modeli obliczeniowych w kontekście kinesiotapingu traktu ustno-twarzowego to przede wszystkim:

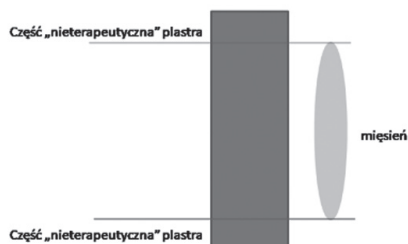
1. Analiza ruchu i powierzchni twarzy:

- skanowanie 3D służące do dokładnego mapowania powierzchni twarzy pacjenta i określenia np. różnic indywidualnych (fizjologicznych, patologicznych),
- modele 3D twarzy do monitorowania zmian w strukturze twarzy w czasie (na skutek powrotu do zdrowia, starzenia, terapii itp.).

2. Modelowanie biomechaniczne mięśni twarzy:

- wykorzystanie modeli 3D do analizy sił i napięć działających na mięśnie twarzy podczas różnych aktywności (mowa, połykanie i inne),
- pomoc w określeniu optymalnych miejsc aplikacji plastrów, aby osiągnąć pożądaną efekt terapeutyczny – obrazują to ryciny 1a i 1b.

Ryc. 1a. Długość plastra wg Kenzo Kase



Ryc. 1b. Długość plastra w przypadku aplikacji małych powierzchni



Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów szkoleniowych *Kinesiotaping w logopedii, fizjoterapii stomatologicznej i medycynie estetycznej twarzy* (Mikołajewska, 2017–2024)

3. Modelowanie wpływu plastrów na przepływ limfy:

- pomoc w pełniejszym zrozumieniu mechanizmów, dzięki którym aplikacja plastrów wpływa na przepływ limfy w obrębie twarzy,
- optymalizacja aplikacji plastrów w celu redukcji obrzęków i poprawy drenażu limfatycznego.

4. Ocena skuteczności terapeutycznej oklejeń:

- systemy drugiej opinii, czyli opracowanie modeli predykcyjnych oceniających przewidywaną skuteczność różnych technik kinesiotapingu w terapii konkretnych zaburzeń ustno-twarzowych (w oparciu o dane historyczne odniesione do stanu zdrowia konkretnego pacjenta),
- samouczenie ww. modeli w oparciu o dane kliniczne i wyniki wcześniejszych badań, uwzględniające specyfikę pacjentów czy preferowane techniki oklejeń oraz inne metody terapeutyczne stosowane jednocześnie z kinesiotapingiem.

5. Integracja z technologiami rzeczywistości rozszerzonej (AR):

- wizualizacja aplikacji plastrów na wirtualnych modelach twarzy pacjentów,
- monitorowanie postępów terapii w czasie rzeczywistym dzięki lepiej widocznym efektom terapii (np. nałożeniu i uwypukleniu różnic przed terapią i po lub na różnych jej etapach).

6. Modele symulacyjne dynamicznych sił mięśniowych:

- modelowanie dynamicznych zmian sił mięśniowych podczas różnych ruchów twarzy (mówienie, jedzenie i inne) oraz analizowanie wpływu plastrów naklejonych w różny sposób na te siły.

7. Wieloskalowe modele obliczeniowe:

- łączenie różnych poziomów analizy (od molekularnego do całego organizmu) w celu zrozumienia pełnego wpływu kinesiotapingu na tkanki twarzy,
- pomoc w kompleksowej ocenie wpływu plastrów na organizm pacjenta (Pereira i wsp., 2023; Hasan i wsp., 2023).

Wykorzystanie algorytmów AI pozwala na szybszą, dokładniejszą i efektywniejszą analizę danych pacjentów i dostosowywanie planów terapeutycznych kinesiotapingu do aktualnego stanu poszczególnych pacjentów. Ponadto AI może pomóc w identyfikacji najskuteczniejszych strategii aplikacji plastrów dla indywidualnych pacjentów i całych grup pacjentów/schorzeń (Robinson i wsp., 2024; Xiao i wsp., 2021).

PRAKTYCZNE KWESTIE STOSOWANIA KINESIOTAPINGU

Do zalet kinesiotapingu zalicza się przede wszystkim to, że plastry działają nieustannie, 24 godziny na dobę. Mogą być stosowane globalnie bardzo długo, jeśli tylko skóra nie ulegnie uszkodzeniom, ale też można jest stosować na krótko podczas sesji terapeutycznej w gabinecie.

Plastry określa się mianem „hipoalergicznym”, a więc mających skład o zmniejszonej alergiczności. Dotyczy to zarówno kleju, jak i użytych barwników. W badaniach z 2011 roku zmian alergicznych odnotowano ponad 13 % (Mikołajewska,

2011), ale już w badaniu z 2017 roku – w którym wzięło udział 160 pacjentów z czterech krajów: Polski, Hiszpanii, Anglii, Holandii – było ich około 9% (de Ru, Mikołajewska, 2017), a obecne obserwacje kliniczne autorów wskazują na znaczący spadek niekorzystnych zmian skórnych podczas stosowania plastrów rekomendowanych przez Kenzo Kase (np. plastry Kinesio z zastrzeżonym znakiem towarowym pod postacią trzech okręgów opisanych na literze K).

Plastry do kinesiotalingu występują w różnych kolorach, co oznacza, że w swoim składzie zawierają różne barwniki. Kolor nie determinuje działania plastrów i ich przeznaczenia terapeutycznego. Jednak niektóre barwniki osobniczo mogą wpływać na skórę alergizująco, co należy brać pod uwagę w pracy terapeutycznej. Kolor beżowy plastrów u osób rasy białej jest najmniej widoczny na skórze, stąd dlatego najczęściej jest używany na twarzy i szyi, w miejscach odsłoniętych czy u osób chcących zachować dyskrecję. Podczas aplikacji plastrów konieczne jest uwzględnianie koloru w kontekście narażenia na ekspozycję słoneczną i związanych z tym praw fizyki (Mikołajewska, Mikołajewski, 2020).

Mimo licznych zalet kinesiotalingu w terapii ustno-twarzowej, nie można zapomnieć o tym, że istnieje kilka ograniczeń, które warto wziąć pod uwagę:

- indywidualne różnice w odpowiedzi pacjentów na terapię,
- trwałość efektów kinesiotalingu,
- reakcje skórne, w tym utrzymywanie standardów aplikacji,
- standaryzacja protokołów terapii i produktów wykorzystywanych w terapii,
- porównywalność specjalistycznych szkoleń i wiedzy oraz doświadczenia terapeutów,
- brak badań dotyczących długoterminowego wpływu kinesiotalingu,
- trudność/niemożliwość samodzielnego stosowania,
- subiektywna ocena efektów terapii.

Bezpieczeństwo terapii zależy przede wszystkim od zapewnienia wysokich standardów przygotowania terapeutów.

Nie można nie wspomnieć i o tym, że dostępna jest ograniczona liczba badań naukowych zgodnych z paradygmatem medycyny opartej na faktach (ang. *evidence-based medicine* – EBM). Badania dotyczące zastosowania kinesiotalingu w obrębie głowy i szyi są już coraz bogatsze, jednak w stosunku do liczby i zakresu badań dotyczących innych części ciała naukowcy wciąż czują niedosyt, co pozwala poczynić pewne uwagi odnośnie do przyszłych badań.

KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ DOTYCZĄCYCH KINESIOTAPINGU TRAKTU USTNO-TWARZOWEGO

Dalsze badania mogą przyczynić się do udoskonalenia technik kinesiotalingu, lepszego zrozumienia jego mechanizmów działania oraz szerszego zastosowania tej metody w praktyce klinicznej, zarówno w logopedii, jak i fizjoterapii. Powinny one objąć:

- studia przypadków, szczególnie nietypowych lub rzadko spotykanych,

- randomizowane badania kontrolne, zarówno u dzieci, dorosłych i osób w podeszłym wieku, jak i porównawcze z innymi metodami terapeutycznymi, w różnych schorzeniach,
- monitorowanie trwałości efektów terapeutycznych kinesiotalingu oraz ocenę, jak często/długo należy aplikować plastry/oklejenia, aby utrzymać pozytywne efekty terapii,
- badania mechanizmów działania, dzięki którym kinesiotaling wpływa na mięśnie, skórę i układ nerwowy w obszarze ustno-twarzowym, a także nad wpływem kinesiotalingu na propriocepcję, przepływ krwi oraz drenaż limfatyczny,
- opracowanie standardowych protokołów i technik aplikacji kinesiotalingu w terapii ustno-twarzowej, ale również badania nad różnymi metodami aplikacji plastrów, ich kierunkiem i napięciem, aby określić najbardziej efektywne sposoby stosowania w różnych schorzeniach i grupach pacjentów,
- badania nad czynnikami, które mogą wpływać na indywidualną skuteczność kinesiotalingu (typ skóry, poziom napięcia mięśniowego, specyficzne problemy zdrowotne pacjenta), a także opracowanie narzędzi obliczeniowych do wspomagania indywidualizacji planów terapeutycznych,
- skuteczność integracji kinesiotalingu z innymi metodami terapeutycznymi,
- wykorzystanie AR i skanowania 3D do precyzyjnego nakładania plastrów (Mikołajewska, Mikołajewski, 2014; Mikołajewska, Mikołajewski, 2011; Prokopowicz i wsp., 2017),
- badania nad nowymi materiałami plastrów, które mogą być skuteczniejsze lub mniej drażniące skórę,
- ocenę, jak kinesiotaling wpływa na jakość życia pacjentów,
- tworzenie i badanie nowych aplikacji traktu ustno-twarzowego i ich skuteczności,
- zwiększanie bezpieczeństwa przez weryfikację nowo powstających aplikacji, które są atrakcyjne wizualnie, ale nie są zgodne z technicznymi wytycznymi Kenzo Kase (2003, 2006, 2010),
- tworzenie nowych aplikacji w kolejnych polach zastosowań, np. w terapii ręki.

Powyższe przeglądy możliwości zastosowania modeli obliczeniowych, modelowania biomechanicznego oraz kierunków dalszych badań potwierdzają, że zarówno trakt ustno-twarzowy, jak i metoda kinesiotalingu mogą być i są wspólnym mianownikiem fizjoterapii i logopedii, co pozwala na rozwój obu dziedzin w zakresie terapii traktu ustno-twarzowego.

KINESIOTAPING OF THE ORAL-FACIAL TRACT – A COMMON GROUND FOR PHYSIOTHERAPY AND SPEECH THERAPY. CLASSICAL AND COMPUTATIONAL APPROACH

The Kinesiotaping method of taping the body with dedicated tapes for therapeutic purposes, developed by Kenzo Kase, is used in the therapy of the oro-facial tract. The orofacial tract represents a common ground in physiotherapy and speech therapy. Current challenges for kinesiotaping include its optimisation through computational models, including those based on

artificial intelligence. The aim of the chapter is to present the joint activities of physiotherapists and speech therapists in kinesiotope therapy of the oral-facial tract.

KEYWORDS: kinesiotope, kinesiology taping, kinesio taping, orofacial tract, facial, speech therapy, physiotherapy, patching, taping

BIBLIOGRAFIA

- Atar S., Atar Y., Uygan U., Karaketir S.G., Kumral T.L., Sari H., Karaketir S., Kuru Ö., 2023, *The efficacy of Kinesio taping on lymphedema following head and neck cancer therapy: a randomized, double blind, sham-controlled trial*, „Physiotherapy Theory and Practice”, t. 39 (9), s. 1832–1846.
- Dawjee S.M., Julyan J.C., Krynauw J.C., 2014, *Lip tape therapy in patients with a cleft lip a report*, „The South African Dental Journal”, t. 69 (2), s. 62, 64–68, 70.
- De Ru E., 2013, *Elastic therapeutic taping in paediatrics*, https://www.researchgate.net/publication/296194094_Elastic_Therapeutic_Taping_in_Paediatrics (dostęp: 29.06.2024 r.).
- De Ru E., Mikołajewska E., 2017, *Skin irritation incidence following Kinesiology Tape use in patients with neurological disorders: international observation*, „Annales Academiae Silesianensis”, t. 71 (71), s. 7–13.
- Dowgiert K., 2022, *Dysfunkcje czaszkowo-żuchwowe. Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja*, Warszawa.
- Galkowski T., Jastrzębowska G., (red.), 2003, *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1: *Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, Opole.
- Hasan F., Mudry A., Joshi A., 2023, *Role of Internet of Things (IoT), Artificial Intelligence and machine learning in musculoskeletal pain: a scoping review*, „Cureus”, t. 15 (4), s. e37352.
- Kase K., Yasukawa A., Martin P., 2006, *Kinesio taping in pediatrics: fundamentals and whole body taping*, Kinesio USA, LLC, b.m.
- Kase K., 2010, *Kinesio illustrated taping manual*, 4th ed., Tokio.
- Kase K., Wallis J., Kase T., 2003, *Clinical therapeutic applications of the kinesio taping method*, Tokyo.
- Kenzo K., Martin P., Yasukawa A., 2006, *Kinesiot Taping in pediatrics*, Kinesio USA, b.m.
- Lin C.L., Wu W.T., Chang K.V., Lin H.Y., Chou L.W., 2016, *Application of Kinesio Taping method for newborn swallowing difficulty: a case report and literature review*, „Medicine” (Baltimore), t. 95 (31), s. e4458.
- Mezzedimi C., Spinosi M., Mannino V., Ferretti F., Al-Balas H., 2020, *Kinesio Taping application in dysphonic singers*, „Journal of Voice”, t. 34 (3), s. 487.e11–487.e20.
- Mikołajewska E., Mikołajewski D., 2011, *Neurorhabilitacja XXI wieku: techniki teleinformatyczne*, Kraków.
- Mikołajewska E., 2011, *Side effects of kinesiotope – own observations*, „Journal of Health Sciences”, t. 1 (4), s. 93–99.
- Mikołajewska E., 2017–2024, *Materiały szkoleniowe kurs „Kinesiotope w logopedii, medycynie estetycznej twarzy i fizjoterapii stomatologicznej”*, b.m.
- Mikołajewska E., Mikołajewski D., 2014, *Integrated IT environment for people with disabilities: a new concept*, „Open Medicine”, t. 9 (1), s. 177–182.
- Mikołajewska E., Mikołajewski D., 2020, *Kinesiotope w medycynie estetycznej i kosmologii*, Bydgoszcz.

- Park J.S., Jung Y.J., Kim H.H., Lee G., 2020, *A novel method using Kinesiology Taping for the activation of suprahyoid muscles in healthy adults: a preliminary research*, „Dysphagia”, t. 35 (4), s. 636–642.
- Pereira B., Cunha B., Viana P., Lopes M., Melo A.S.C., Sousa A.S.P., 2023, *Machine learning app for monitoring physical therapy at home*, „Sensors” (Basel), t. 24 (1), s. 158.
- Prokopowicz P., Mikołajewski D., Mikołajewska E., Kotlarz P., 2017, *Fuzzy system as an assessment tool for analysis of the health-related quality of life for the people after stroke*. *Artificial Intelligence and Soft Computing: 16th International Conference ICAISC Zakopane, Poland*, June 11–15, Proceedings, Part I 16, s. 710–721.
- PubMed, 2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> (dostęp: 29.06.2024 r.).
- Robinson C.L., D’Souza R.S., Yazdi C., Diejomaoh E.M., Schatman M.E., Emerick T., Orhurhu V., 2024, *Reviewing the potential role of artificial intelligence in delivering personalized and interactive pain medicine education for chronic pain patients*, „Journal of Pain Research”, t. 17, s. 923–929.
- Śliwiński Z., Krajczyk M., (red.), 2014, *Dynamiczne plastrowanie*. Ostrowiec Świętokrzyski.
- Xiao X., Fang Y., Xiao X., Xu J., Chen J., 2021, *Machine-learning-aided self-powered assistive physical therapy devices*, „ACS Nano Journal”, t. 15 (12), s. 18633–18646.

Diana Saniewska

Uniwersytet w Białymstoku

Ireneusz Hałas

IREHAMED Fizjoterapia i Fizjoprofilaktyka, Lublin

POSTRZEGANIE KINESIOTAPINGU – PORÓWNAWCZY REKONESANS BADAWCZY

Rozdział ten – na podstawie pilotażowego badania przekrojowego – daje wgląd w postrzeganie kinesiotalpingu przez polskich przedstawicieli środowiska specjalistów logopedów i pacjentów w porównaniu do badania przeprowadzonego wśród amerykańskich specjalistów. Dowodzi ono, że KT jest powszechnie znany i rozpoznawany jako skuteczna, opierająca się na wiedzy naukowej metoda oddziaływań terapeutycznych w różnych obszarach – między innymi w logopedii – wymagająca rzetelnego szkolenia specjalistów oraz merytorycznej edukacji pacjentów, a także ich opiekunów.

W czerwcu 2021 roku Scott W. Cheatham, Russell T. Baker oraz Thomas E. Abdenour opublikowali pracę *Kinesiology Tape: A descriptive survey of healthcare professionals in the United States*¹ opisaną jako pierwsze badanie dokumentujące przekonania zawodowe i praktyki kliniczne dotyczące KT. Stało się ono impulsem do podjęcia refleksji o postrzeganiu tapingu w obszarze orofacjalnym w polskim środowisku logopedów i pacjentów.

PRZEBIEG BADAŃ

By rozpoznać tytułowe zagadnienie, przeprowadziliśmy pilotażowe badanie w swoim środowisku. Jego celem było uchwycenie i opisanie postrzegania możliwości stosowania tapingu w obrębie twarzy. Zgodnie z charakterystyką badań przekrojowych – często wykorzystywanych w badaniach nad usługami zdrowotnymi – przyjęliśmy, że pozyskane dane będą migawką pewnej populacji w określonym

¹ Dalej referujemy na podstawie tej publikacji (Cheatham, Baker, Abdenour, 2021).

momencie – kiedy nie ma jeszcze zwartych publikacji o tapingu logopedycznym. Dane zgromadziliśmy za pomocą dwóch ankiet o różnych tytułach, co wynikało z różnych miejsc ich przeprowadzenia i różnych grup badanych, ale o powtarzających się pytaniach. Ankietę *Postrzeganie kinesiotapingu przez studentów logopedii* przeprowadzono w maju 2024 roku wśród słuchaczy Studiów Podyplomowych Logopedycznych w Białymstoku; uzupełniło ją 31 osób. Ankietę *Postrzeganie kinesiotapingu przez pacjentów gabinetów fizjoterapeutycznych* przeprowadzono w lipcu 2024 roku wśród pacjentów Centrum Fizjoterapii i Fizjoprofilaktyki IREHA w Lublinie; uzupełniło ją 49 osób. Jako uzupełnione poprawnie traktowano te ankiety, w których respondenci właściwie odpowiedzieli na pytanie sprawdzające uwagę.

Wybraliśmy dwie grupy badane, by pozyskać informacje o tym, jak kinesiotaping jest postrzegany przez interesujące nas – w kontekście tematyki monografii – środowiska: osób studiujących logopedię, przyszłych profesjonalistów reprezentujących „nowy” obszar aplikacji KT, oraz pacjentów gabinetów fizjoterapeutycznych, których pracownicy są prymarnymi wykonawcami plastrów.

Zależało nam na tym, by wyniki naszych badań ukazać w szerszym kontekście², dlatego prezentujemy jedynie te odpowiedzi z ankiet, które korespondują z badaniem Cheatham i współpracowników³. Pozwala nam to przyjąć jako tło naszych rozważań przekonania pracowników opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych (członków National Athletic Trainers Association, Academy of Orthopedic Physical Therapy i American Academy of Sports Physical Therapy), jako kolebki stosowania i upowszechniania plastrów na Zachodzie.

Dla jasności prezentacji przyjęliśmy oznaczenia:

A – oryginalne badanie amerykańskie (Cheatham Baker, Abdenour, 2021),

PIL – badanie polskie wśród przyszłych logopedów,

PIP – badanie polskie wśród pacjentów gabinetów fizjoterapeutycznych.

WYNIKI BADAŃ

Większość respondentów omawianych badań to kobiety: A: 53%, PIL: 97%, PIP: 98%. Środowisko amerykańskie reprezentowali przedstawiciele zawodów medycznych – głównie fizjoterapeuci (A, 61%) i certyfikowani trenerzy sportowi (A, 30%), ale też asystenci fizjoterapeuty (A, 4%), chiropraktycy (A, 2%), masażyści (A, 1%) oraz wykonawcy innych zawodów, jak np. terapeuta zajęciowy (A, 2%). Zdecydowana większość z nich pracuje w prywatnych placówkach ambulatoryjnych (A, 42%) oraz w placówkach szpitalnych (A, 18%), a także w uniwersyteckich placówkach

² W badaniu amerykańskim wzięły udział 1083 osoby.

³ Badanie Cheatham, Bakera i Abdenoura (2021) objęło pięć obszarów tematycznych – odnosimy się do dwóch pierwszych – 1) demografia respondentów; 2) spostrzeżenia kliniczne dotyczące KT; 3) zastosowanie kliniczne standardowej i specjalistycznej taśmy do KT; 4) zastosowanie kliniczne nasączonych plastrów do KT oraz analgetyków; 5) edukacja pacjentów w zakresie stosowania KT oraz wskazówki.

medycyny sportowej lub treningu sportowego (A, 12%) bądź w szkole średniej (A, 11%). Do korzystania z kinesiotalpingu w praktyce terapeutycznej skłaniała ich przede wszystkim współpraca z innymi specjalistami (A, 75%), dostępność kursów i konferencji kształcenia ustawicznego (A, 74%), wcześniejsze doświadczenia empiryczne (A, 64%) oraz recenzje naukowe i podręczniki (A, 53%).

W swoim badaniu pytaliśmy o to, **czy każdy może wykonywać aplikacje kinesiotalpingu** – odpowiedzi systematyzuje tabela 1.

Tabela 1. Kto może naklejać plastry do kinesiotalpingu (wielokrotny wybór)

Kompetencje zawodowe potencjalnego wykonawcy oklejeń	PIL	PIP
Rehabilitant/fizjoterapeuta	81%	88%
Lekarz	55%	57%
Logopeda	68%	27%
Terapeuta zajęciowy	39%	18%
Pielęgniarka	26%	27%
Każdy po specjalistycznym kursie	81%	63%
Każdy po obejrzeniu instrukcji w Internecie	7%	8%

Źródło: opracowanie własne

Większość respondentów w obu grupach – w porównywalnych odsetkach – uznała, że aplikacje KT może wykonywać rehabilitant/fizjoterapeuta (PIL 81%; PIP 88%) oraz lekarz (PIL 55%; PIP 57%). Grupa logopedyczna ponad dwa razy częściej wskazywała logopedę (PIL 68%; PIP 27%) oraz częściej niż grupa pacjentka uważała, że oklejenia może wykonywać każdy po specjalistycznym kursie (PIL 81%; PIP 63%). Obie grupy z rezerwą odniosły się do nabycia kompetencji do plastrowania na podstawie instrukcji internetowych (PIL 7%; 8%).

Zgodnie z tym są odpowiedzi na inne pytanie – **czy wykonywanie oklejania plastrami do kinesiotalpingu wymaga ukończenia specjalistycznego szkolenia**. Odpowiedzi twierdzące udzieliło 90% przyszłych logopedów oraz 84% pacjentów.

Następnie zapytaliśmy o to, **z jakimi przypadłościami może pomóc KT** – ich zestawienie zawiera tabela 2.

Tabela 2. W jakich sytuacjach może pomóc kinesiotalping (wielokrotny wybór)

Problem	PIL	PIP
Problemy z oddychaniem	52%	29%
Ślinienie się	61%	14%
Porażenie nerwów twarzowych	61%	82%
Opadający kącik ust po udarze	71%	76%
Bruksizm	45%	59%
Obrzęk twarzy np. po usunięciu ósemek	23%	43%
Obrzęk twarzy np. po operacjach z zakresu chirurgii szczękowej	19%	41%
Blizny pooperacyjne w obrębie twarzy, szyi	10%	47%
Poprawa wymowy	71%	33%
Zmarszczki mimiczne	71%	71%
Ból mięśni, stawów	74%	80%
Uraz mięśni, stawów, więzadeł	45%	80%
Poprawa ustawienia głowy	29%	55%
Rozszczep wargi	13%	6%
Poprawa pionizacji języka	45%	22%
„Worki” pod oczami	19%	24%

Źródło: opracowanie własne

Grupa logopedyczna uznała taping za najbardziej pomocy przy problemach takich jak: ból mięśni, stawów (PIL, 74%), opadający kącik ust po udarze (PIL, 71%), poprawa wymowy (PIL, 71%), ślinienie się (PIL, 61%), porażenia nerwów twarzowych (PIL, 61%), poprawa ustawienia głowy (PIP, 55%), problemy z oddychaniem (PIL, 52%); zaś za najmniej pomocy przy rozszczepie wargi (PIL, 13%) i bliznach pooperacyjnych w obrębie twarzy, szyi (PIL, 10%).

Natomiast grupa pacjencka największych korzyści upatrywała w zastosowaniu tapingu przy porażeniu nerwów twarzowych (PIP, 82%), w urazach mięśni, stawów, więzadeł (PIP, 80%), przy bólu mięśni, stawów (PIP, 80%), opadającym kąciku ust

po udarze (PIP, 76%); najmniejszych zaś – odwrotnie niż logopedzi – przy ślinieniu się (PIP, 14%) i porównywalnie jak logopedzi przy rozszczepie wargi (PIP, 6%).

Obie grupy porównywalne korzyści widziały w aplikacjach związanych z estetyką twarzy – najwyższe przy walce ze zmarszczkami mimicznymi (PIL i PIP po 71%), a także w niwelowaniu „worków” pod oczami (PIL, 19%) (PIP, 24%).

W innym pytaniu weryfikowaliśmy przekonanie o **celu wykonywania kinesiotalpingu** twarzy. W obu grupach dominowało przeświadczenie o prymarnym terapeutycznym przeznaczeniu tapingu w obszarze twarzy – w grupie logopedycznej było ono silniejsze (PIL, 100%, PIP 92%). Dla tej grupy ważniejszy był kosmetyczny cel plastrowania (PIL, 65% i PIP, 57%), podczas gdy istotniejsze dla pacjentów były względy estetyczne (PIP, 76%, PIL, 42%).

Dla grupy amerykańskich specjalistów najważniejszymi efektami terapeutycznymi były: działanie przeciwbólowe (A, 70%), poprawa propriocepcji (A, 69%), poprawa krążenia lokalnego (A, 65%), a także poprawa ruchomości mięśniowo-powięziowej (A, 29%). Miarą skuteczności plastrowania jest najczęściej informacja zwrotna od pacjenta (A, 80%). Co istotne, znaczna część amerykańskich specjalistów zaobserwowała efekt placebo (58%). Koreluje z tym przekonanie, że jednym z częściej wskazywanych fizjologicznych mechanizmów działania KT jest tworzenie efektu placebo (A, 74%). Inne to: stymulacja mechanoreceptorów skóry, zwiększająca propriocepcję (77%), unoszenie skóry, aby poprawić miejscowe krążenie (69%), stymulacja nocycceptorów skóry, działająca przeciwbólowo (60%).

Polscy respondenci poproszeni zostali natomiast o wskazanie podstaw plastrowania – wymienionych w tabeli 3. Najważniejszą z nich jest naukowa wiedza anatomiczna i fizjologiczna, co było bardziej oczywiste dla grupy logopedycznej (PIL, 97%, PIP, 88%).

Tabela 3. Podstawy kinesiotalpingu (wielokrotny wybór)

Podstawy kinesiotalpingu	PIL	PIP
Naukowa wiedza anatomiczna/fizjologiczna	97%	88%
Wiedza pochodząca z medycyny Wschodu	32%	35%
Przekonania należące do medycyny niekonwencjonalnej	19%	20%
Brak naukowych podstaw	–	2%

Źródło: opracowanie własne

Ankietowani z grupy pacjenckiej częściej wskazywali jako fundament KT wiedzę z medycyny Wschodu (PIP, 35%, PIL, 32%) niż przekonania związane z medycyną

niekonwencjonalną (PIP, 20%, PIL, 19%). Znikomy odsetek nie znajdował u podstaw KT wiedzy naukowej.

W naszej próbie badanej 100% ankietowanych deklarowało przekonanie o **skuteczności** tapingu.

Kolejny weryfikowany przez nas aspekt to rozpoznanie **przynależności kinesiotalpingu do określonych dziedzin aktywności związanych ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem** zebranych w tabeli 4.

Tabela 4. Obszary zastosowania kinesiotalpingu (wielokrotny wybór)

Obszary zastosowania kinesiotalpingu	PIL	PIP
Metodą stosowaną w rehabilitacji/fizjoterapii	100%	100%
Metodą stosowaną w medycynie	48%	69%
Metodą stosowaną w logopedii	100%	43%
Metodą stosowaną w kosmetologii	74%	78%
Metodą stosowaną w sporcie	68%	86%
Elementem dbania o siebie	19%	59%

Źródło: opracowanie własne

Dla wszystkich respondentów KT jest metodą stosowaną w rehabilitacji/fizjoterapii. Cała grupa logopedyczna uważa taping za metodę stosowaną w logopedii, zgadza się z tym mniej niż połowa grupy pacjenckiej (PIP, 43%). Według tej grupy plastrowanie stosuje się w sporcie (PIP, 86%), kosmetologii (PIP, 78%), dopiero później w medycynie (PIP, 69%) oraz jako element dbania o siebie (PIP, 59%). Grupa logopedyczna natomiast bardziej kojarzy taping z kosmetologią (PIL, 74%) niż ze sportem (PIL, 68%).

Zdecydowana i porównywalna większość **ankietowanych miała kontakt z kinesiotalpingiem** (PIL, 97%, PIP, 96%) w różnych okolicznościach ujętych w tabeli 5.

Tabela 5. W jakiej sytuacji miałeś do czynienia z kinesiotalpingiem (wielokrotny wybór)

	PIL	PIP
W pracy	–	22%
Na studiach	77%	12%
Jako pacjent miałem/łam wykonywane aplikacje kinesiotalpingu	16%	61%
Jako opiekun/rodzic pacjenta	19%	6%
Widziałem/łam w telewizji, Internecie	29%	41%
Widziałem/łam na żywo osoby z kinesiotalpingiem na ciele	42%	59%

Źródło: opracowanie własne

Grupa studentów logopedii zaznałomiła się z plastrami w czasie studiów (PIL, 77%), grupa pacjenta głównie w roli pacjenta (PIP, 61%) – pierwsza grupa miała w tej sytuacji najmniejsze doświadczenie (PIL, 16%). W obu drugą drogą zaznałomienia z KT był kontakt na żywo z osobami z kinesiotalpingiem na ciele (PIL, 42%, PIP, 59%). Pacjenci częściej niż przyszli logopedzi oglądali plastry w telewizji oraz w Internecie (PIP, 59%, PIL, 42%).

Zapytaliśmy także o to, czy respondenci mieli do **czynienia z kinesiotalpingiem w obrębie twarzy** – zdecydowana większość udzieliła odpowiedzi twierdzącej, przy czym w grupie logopedycznej odsetek ten był nieco większy (PIL, 90%, PIP, 84%).

DYSKUSJA

Wyniki naszego badania w odniesieniu do badania amerykańskiego naświetliły kilka kwestii związanych z tym, jak postrzegany i praktykowany jest taping w Polsce. Od razu widać, że dłuższa tradycja stosowania plastrów KT w Stanach Zjednoczonych najprawdopodobniej odbija się na zakresie specjalistów, którzy wykonują plastrowanie, a z drugiej strony – brak silnych szkolno-akademickich tradycji sportowych w Polsce przekłada się na nieobecność tapingu w tym obszarze działań. Wydaje się więc, że grupą, która mogłaby korzystać z plastrowania, są też wuefści. Z innej jeszcze strony widać, że to zakorzenienie tapingu w sporcie profesjonalnym uwiadałnia się w uznaniu plastrowania za metodę sportową – w naszym badaniu tak widzi go 86% grupy pacjenckiej, podczas gdy jako metodę stosowaną w medycynie tylko 69%.

Kolejną kwestią jest to, że nasi respondenci uważają, że do posługiwania się kinesiotalpiniem potrzebne jest specjalistyczne szkolenie, a Internet jako medium instrukcji traktują nieufnie (PIL, 7%, PIP, 8%). Konstatację tę należy uznać za ważną, szczególnie w grupie przyszłych specjalistów logopedów, którzy mierzyć się dziś muszą nie tylko z komercjalizacją szkoleń⁴, ale też ich wirtualizacją⁵, która może sprzyjać powtarzaniu czy utrwalaniu wiedzy, ale nie nabywaniu nowych umiejętności, wymagających precyzji manualnej, wyczucia palpacyjnego, a tego właśnie – w naszym odczuciu – wymaga kinesiotalping. Interent oczywiście – jak pokazują etnografowie w odniesieniu do sportu – „może odsłonić nowe modalności nauki oraz transformacje przyswajania wiedzy, a także ukazać specyficzne łącznie różnych przestrzeni wytwarzania wiedzy oraz relacji pomiędzy jej odmianami” (Górski, 2021, s. 220). Jednak nie mamy podobnych wniosków odnośnie do nabywania wiedzy terapeutycznej. Kluczowe wydaje się sformułowanie „może”, ale sugeruje też, że potrzebna jest weryfikacja. Koresponduje to z uwagą autorów amerykańskich o tym, że brakuje informacji, jak szkolenie wpływa na stosowanie KT, a co za tym idzie – na wyniki terapii (chodzi o to, jak w praktyce określane jest napięcie taśmy, czas noszenia plastra, jak przekłada się to na wyniki terapeutyczne, a jeszcze dalej – jak odnieść to do różnic indywidualnych: wieku czy aktywności) (Cheatham, Baker, Abdenour, 2021).

Następny z obszarów, na który światło rzuciło nasze badanie, to przypadki, w których można stosować kinesiotalping. Interesowały nas najbardziej te, które spotykane są w praktyce logopedycznej i to one zostały podane w ankiecie, ze świadomością, że wszystkie zostały już zweryfikowane w literaturze⁶. Nie mogą dziwić odpowiedzi grupy pacjenckiej, zakładamy bowiem, że opiera się na doświadczeniu własnym i obserwacji. Permisywnie trzeba natomiast podejść do odpowiedzi grupy przyszłych specjalistów – jako tacy winni dysponować większym rozeznanem w nowych technikach pracy. Dotyczy to szczególnie niedowartościowanego stosowania tapingu u dzieci z rozszczepem wargi (PIL, 13%) – biorąc pod uwagę, że defekt ten wpływa na zdolność przyjmowania pokarmu czy na rozwój mowy, co oznacza, że pacjenci tacy pozostają pod opieką logopedów. Badacze opisali już korzyści z plastrowania rozszczepu wargi – w bazie PubMed (2024, online) można wyszukać 39 prac z oznaczeniem „taping cleft lip”⁷. Pierwsze próby plastrowania przy użyciu „taśmy chirurgicznej”, jako skutecznej i taniej niechirurgicznej metody mobilizacji i przybliżania tkanek miękkich przed zabiegiem operacyjnym, podejmowano już w latach 90. XX wieku (Pool, Farnworth, 1994), uzyskując efekt zwężenia, przebudowania i przybliżenia łuku zębodołowego. Najnowsze prace odnotowują korzyści ze stosowania tapingu przed chelioplastyką. Mohamed Abd El-Ghafour z zespołem (2020) potwierdził, że taping może być traktowany jako

⁴ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 72.

⁵ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu w logopedii*, s. 27.

⁶ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu...*, s. 19–21.

⁷ Zob. przykłady w rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu...*, s. 20.

samodzielne skuteczne narzędzie zmniejszające łuk rozszczepu przed zabiegiem chirurgicznym u niemowląt, co poświadczyły dane kliniczne i statystyczne, a dwa lata później badacz konkludował, że można plastrowanie uznać za skuteczną interwencję w poprawie estetyki ust i nosa przed operacją (2022). Najnowszy przegląd systematyczny i metaanaliza pokazały, że zastosowanie tapingu jest korzystniejsze niż niestosowanie żadnej terapii przedoperacyjnej, choć potrzeba więcej badań (Vignesh i wsp., 2024). Ponadto, Althath Thair i wsp. (2024) opisali pozytywne doświadczenia opiekunów pacjentów, u których zastosowano taping jako element leczenia przedoperacyjnego. Zaznaczają jednak, że konieczna jest edukacja tak rodziców/opiekunów, jak i osób udzielających im bezpośredniego wsparcia. Krótkie omówienie tej literatury pozwala sądzić, że szkolenie logopedyczne – na przykład na poziomie wczesnej interwencji logopedycznej – powinno zawierać informacje o możliwościach zastosowania tapingu u dzieci z rozszczepem wargi. Warto w tym miejscu wspomnieć od razu o innym niedocenionym czy mało znanym w grupie logopedycznej obszarze terapii – o bliznach pooperacyjnych, choćby tych po zabiegu chelioplastyki⁸. Tu kinesiopatynowa interwencja logopedy też jest możliwa.

Mimo tej luki dotyczącej rozszczepów wargi, grupa logopedyczna jest świadoma naukowych podstaw tapingu (PIL, 97%), choć łączy je z wiedzą pochodzącą z medycyny Wschodu (PIL, 32%) i medycyny niekonwencjonalnej (PIL, 19%). Prawdopodobnie do ciekawych wniosków doprowadziłaby bardziej szczegółowa analiza odniesień do tych paradygmatów, poczynwszy od możliwej dyferencjacji medycyny wschodniej (tradycyjnej) i niekonwencjonalnej⁹ w grupie specjalistów i pacjentów.

Porównanie badania amerykańskiego z naszym potwierdza istnienie nieścisłości w przekonaniach respondentów – przypomnijmy, że wszyscy ankietowani z naszego badania uważają taping za skuteczny – a zgłaszanym przez praktyków amerykańskich efektem placebo – wykorzystywanym bardzo często w celach terapeutycznych (A, 58%) oraz niekonkluzywnymi wynikami badań naukowych. Cheatham i wsp. odnotowali, że od 2010 r. opublikowano trzydzieści osiem przeglądów systematycznych z niejednoznacznymi wynikami (2021).

Jeśli chodzi o efekt placebo w tejpowaniu, amerykańscy badacze sugerują, że mimo dostępnych badań nad tym zjawiskiem, potrzebne są kolejne, które zweryfikują go w odniesieniu do różnych populacji (2021, s. 785–786). Nie bez znaczenia są kwestie – które powracają w wielu miejscach tej publikacji – sposobu prowadzenia badań i ich porównywalności – różne właściwości mechaniczne plastrów różnych marek¹⁰ w zasadzie nie pozwalają na bezpośrednie porównywanie badań. Ponadto, na zmienność wyników wpływają także niejednorodne praktyki terapeutyczne – na przykład wykorzystywanie innych aplikacji przy takim samym rozpoznaniu

⁸ Zob. przykłady w rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiopatyngu...*, s. 19.

⁹ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiopatyngu...*, s. 34.

¹⁰ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiopatyngu...*, s. 24–25.

(różna długość, napięcie, kształt). Odnotować jednak trzeba, że rozbieżności te mogą pewien potencjał – inspirują do poszukiwania własnych rozwiązań.

OGRANICZENIA I ZALECENIA DO KOLEJNYCH BADAŃ

Głównym ograniczeniem naszego opracowania jest mała grupa badana, zdecydowaliśmy się jednak na jego przeprowadzenie jako badania pilotażowego, które naświetli aspekty wymagające baczniejszej uwagi i jako takie spełniło swoje zadanie z zastrzeżeniem jednak, że porównywalność do badań amerykańskich nie była pełna z uwagi na rozbieżności w niezależnie przygotowanych kwestionariuszach. Całkowita zbieżność nie jest zresztą w tym momencie możliwa choćby dlatego, że na rynku polskim nie spopularyzowały się plastry nasączone.

Większa próba w kontynuacji tego badania pozwoli uzyskać reprezentatywne dane. Powinny one ponadto objąć szerszą grupę specjalistów pracujących z traktem ustno-twarzowym – fizjoterapeutów i logopedów oraz studentów tych kierunków, z podziałem na tych, którzy ukończyli kurs tapingu i którzy go nie ukończyli, a także ich pacjentów tak z placówek systemu ochrony zdrowia, jak i korzystających z usług komercyjnych. Wydaje się, że percepcje i praktyki stosowania tapingu mogą być w instytucjach publicznych i prywatnych różne, warto je więc zdyferencjować przy pomocy szczegółowego kwestionariusza. Ponadto, za istotne uważamy sprawdzenie tego, jak logopedzi używają plastrów KT w kontekście obszarów z badania amerykańskiego, które tu pominęliśmy – klinicznego stosowania i edukacji¹¹. Interesująco zarysowuje się także perspektywa zweryfikowania doświadczenia osób, które miały wykonane plastrowanie terapeutyczne w obszarze twarzy.

W kolejnych badaniach warto – jak sugerowali Cheatham i wsp. (2021) – przyjąć się niekorzystnym i długoterminowym skutkom stosowania kinesiotalingu w obszarze orofacjalnym.

KONKLUZJE

Zgodnie z naszą wiedzą jest to pierwsze badanie dokumentujące przekonania polskich przedstawicieli środowiska logopedycznego i pacjentów dotyczące kinesiotalingu w porównaniu do badania przeprowadzonego wśród amerykańskich specjalistów. Dowodzi ono, że KT jest powszechnie znany i rozpoznawany jako skuteczna metoda oddziaływań terapeutycznych w różnych obszarach. Ze względu na tematykę opracowania szczególnie istotne jest to, że taping jest identyfikowany jako metoda oddziaływań logopedycznych. Konieczne są jednak dalsze badania, by ustalić, w jaki sposób dane demograficzne respondentów mogą wpływać na percepcję tapingu, a także by scharakteryzować podobieństwa w różnice w stosowaniu plastrowania w obszarze orofacjalnym, wspólnym dla logopedów i fizjoterapeutów.

¹¹ Zob. przypis 3, s. 88.

PERCEPTION OF KINESIOTAPING – A COMPARATIVE RESEARCH RECONNAISSANCE

This is the first pilot cross-sectional study documenting the beliefs of Polish representatives of the speech therapists' and patients' community regarding kinesiotaping compared to a study conducted among American specialists (Cheatham Baker, Abdenour, 2021). It proves that KT is widely known and recognized as an effective method of therapeutic interventions in various areas – including speech therapy. However, further, broader research is necessary to determine how the demographic data of respondents may affect the perception of taping, as well as to characterize the similarities and differences in the use of taping in the orofacial area common to speech therapists and physiotherapists.

KEYWORDS: kinesio taping, kinesiotaping, kinesiology taping, perception, speech therapy, medical discourse

BIBLIOGRAFIA

- Abd El-Ghafour M., Aboulhassan M.A., El-Beialy A.R., Fayed M.M.S., Eid F.H.K., Emara D., El-Gendi M., 2022, *Does presurgical taping change nose and lip aesthetics in infants with unilateral cleft lip and Ppalate? A randomized controlled trial*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, t. 150 (6), s. 1300e–1313e.
- Abd El-Ghafour M., Aboulhassan M.A., El-Beialy A.R., Fayed M.M.S., Eid F.H.K., El-Gendi M., Emara D., 2020, *Is taping alone an efficient presurgical infant orthopedic approach in infants with unilateral cleft lip and palate? A randomized controlled trial*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”, t. 57 (12), s. 1382–1391.
- Cheatham S.W., Baker R.T., Abdenour T.E., 2021, *Kinesiology Tape: a descriptive survey of healthcare professionals in the United States*, „International Journal of Sports Physical Therapy”, t. 16 (3), s. 778–7796. doi: 10.26603/001c.22136. PMID: 34123530; PMCID: PMC8169012.
- Górski K., 2021, „Podpatrzyłem to na YouTube”. *Etnografia nabywania wiedzy poprzez sieć (praktyka nauki brazylijskiego jiu-jitsu)*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Etnograficzne”, t. 9, z. 3, s. 219–242.
- Pool R., Farnworth T.K., 1994, *Preoperative lip taping in the cleft lip*, „Annals of Plastic Surgery”, t. 32 (3), s. 243–249.
- PubMed, 2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=taping+cleft+lip> (dostęp: 24.10.2024 r.).
- Thair A., Abid M., Dziedzic A., 2024, *Caregivers' experience with lip taping as a presurgical orthopedic treatment for cleft lip and palate defects*, „Children" (Basel), t. 11 (3), s. 332.
- Vignesh R., Singhal R., Namdev R., Kumar A., Dayma C., Rani A., 2024, *Treatment outcomes of lip taping in patients with non-syndromic cleft lip and/or palate: a systematic review and meta-analysis*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”. Epub ahead of print. doi: 10.1177/10556656241249822. PMID: 38711400.

TERAPIE I DOBRE PRAKTYKI

Edyta Samojło

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Diana Saniewska

Uniwersytet w Białymstoku

WYKORZYSTANIE KINESIOTAPINGU LOGOPEDYCZNEGO W WARUNKACH SZPITALNYCH NA PRZYKŁADZIE UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Wywiady swobodne oraz analiza dokumentów pozwoliły na pilotażowe przedstawienie w tym rozdziale zakresu wykorzystania kinesiotalingu logopedycznego w warunkach szpitalnych na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w wybranych klinikach: neurologii z oddziałem udarowym, rehabilitacji oraz otolaryngologii. W jednostkach tych taping logopedyczny nie jest wykonywany (co wynika m.in. z niskiego i niemedyceznego statusu logopedy w systemie opieki medycznej), ale plastrowanie traktu ustno-twarzowego u pacjentów neurologicznych wykonują fizjoterapeuci. Pozwala to wskazać obszar orofacjalny jako niewykorzystaną przestrzeń oddziaływań terapeutycznych, które mogą być podejmowane tak przez fizjoterapeutów, jak i logopedów.

„Plastry do kinesiotalingu, nazywane również taśmami kinezyologicznymi – wyjaśnia redakcja *Praktycznej Rehabilitacji*, pierwszego na rynku, praktycznego czasopisma dla fizjoterapeutów i rehabilitantów – w ostatnich latach cieszą się niezwykle popularnością. Kinesiotaling poza oczywistym zastosowaniem w gabinetach fizjoterapeutów, obecny jest również w wielu innych dziedzinach medycyny – neurologii, onkologii, pediatrii, a nawet ginekologii” (PR, 2021, online), przez to że poprawia przepływ krwi oraz limfy, intensyfikuje proces gojenia, redukuje ból, normalizuje pracę mięśni i powięzi, wpływa na regenerację stawów i więzadeł, co tworzy szeroki wachlarz zastosowań. Jednak w tych „innych” dziedzinach medycyny nie jest powszechnie stosowany, choć opiera się na teorii

tensegracji – łańcuchów mięśniowo-powięziowych, która zdążyła już okrzepnąć w paradygmacie biomedycyny ufundowanym na koncepcji EBM¹, i wiele badań potwierdziło jego skuteczność², również w obszarze ustno-twarzowym, będącym polem terapeutycznych oddziaływań tak fizjoterapeutów, którzy prymarnie zajmowali się tapingiem, jak i logopedów³, którzy są „nową” grupą posługującą się tym narzędziem. Zainteresowało nas, czy kinesiotalping jest wykonywany przez logopedów, którzy współtworzą zespoły terapeutyczne w szpitalach.

PRZEBIEG BADAŃ

Ze względu na specyfikę pracy logopedycznej przyjęliśmy, że logopedzi mogą pracować w trzech klinikach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (USK), który wybrałyśmy na miejsce badań ze względu na przynależność do struktur Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, co winno korespondować z wysoką jakością świadczeń oraz innowacyjnością. Tak zresztą brzmi autodeskrypcja na stronie placówki, która opisuje się jako „jeden z największych szpitali w Polsce, a jednocześnie (...) najnowocześniejsza publiczna placówka służby zdrowia w województwie podlaskim” (USK, 2024, online).

Wśród zakwalifikowanych do badania jednostek USK znalazły się: Klinika Neurologii z Oddziałem Udarowym, Klinika Rehabilitacji, Klinika Otolaryngologii. Pisemna zgoda na przeprowadzenie badań w ramach projektu „Kinesiology Taping w Logopedii”, z uwzględnieniem wglądu do dokumentacji medycznej z lat 2019–2023, została udzielona w kwietniu 2024 r. przez Dyrektora USK w Białymstoku.

W ramach badania – które traktujemy jako pilotażowe – przeprowadzono swobodne wywiady z osobami wskazanymi przez kierowników wybranych klinik. Ze względu na RODO nie podajemy danych personalnych, a wykonywaną funkcję. Pozyskane dane przeanalizowano w odniesieniu do wyników analizy dokumentów oraz – wzorem Wiesława Chudzika i Renaty Gliwy, którzy opisywali rolę i miejsce logopedy w szpitalnictwie (2016) – do własnej „praktycznej wiedzy na temat organizacji opieki zdrowotnej w szpitalu wielospecjalistycznym” (2016, s. 36) (jakim jest USK).

WYNIKI BADANIA

I. Klinika Otolaryngologii USK w Białymstoku. Prof. dr hab. n. med. kierujący Kliniką udzielił pisemnej informacji, że „w okresie 2019-2023 nie wykonano zabie-

¹ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu w logopedii*, s. 22.

² Nie przywołujemy ponownie publikacji, wiele z nich znajduje się w wykazie w rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu...*, s. 35–44.

³ Zob. rozdz. *Kinesiotalpingu traktu ustno-twarzowego – wspólna płaszczyzna działań fizjoterapii i logopedii. Podejście klasyczne i obliczeniowe*.

gów plastrowania dynamicznego w obrębie twarzy” (23.04.2024 r.)⁴. Potwierdziły to wywiady przeprowadzone z pracownikami.

II. Klinika Rehabilitacji USK w Białymstoku. Pielęgniarka koordynująca udzieliła pisemnej informacji: „od 2019 do 2023 roku nie wykonano zabiegu plastrowania dynamicznego w obrębie twarzy (93.3812)” (23.04.2024 r.)⁵. Odmiennych informacji udzielili w wywiadach fizjoterapeuci pracujący w Klinice.

III. Klinika Neurologii z Oddziałem Udarowym USK w Białymstoku. Informacji pisemnej udzieliła wyznaczona fizjoterapeutka:

„W latach 2029–2023 zastosowanie techniki kinesiotalping w Klinice Neurologii z Oddziałem Udarowym obejmowało n/w przypadki zastosowania:

1) aplikacje zastosowane na mm. twarzy przy niedowładach nn. obwodowych (VII)
2) aplikacje zastosowane na mm. twarzy przy niedowładach odśrodkowych układu nerwowego w celu:

- ograniczenia opadania powieki
- umożliwienia zwarcia powieki niedotykającej się
- stymulacja mm z zakresu unerwienia n. VII
- przygryzanie policzka
- nadmierne łzawienie lub wysychanie śluzówki oka
- opadanie kąćka ust
- „wyciekanie” płynów z ust pacjenta poudarowego
- „zagryzanie” wewnętrznej strony policzka

3) aplikacje przeciwozrętkowe zastosowane na twarz, kkg, kkd pacjentów po-udarowych

4) stabilizacja stawu barkowego w celu zabezpieczenia pacjenta przed podwichnięciem stawu.

Aplikacje stosowane są przez przeszkolonych fizjoterapeutów z aprobatą lekarzy prowadzących”⁶.

Potwierdzenie uzyskano w czasie wywiadów z innymi pracownikami – w tym z logopedą – pracującymi na oddziale.

DYSKUSJA

Pierwszą z kwestii, na które zwróciły uwagę wyniki badania, jest ograniczenie stosowania kinesiotalpingu do Kliniki Neurologii z Oddziałem Udarowym. Prawdopodobnie uwarunkowane jest to reglamentacją refundacyjną – taping jako procedura medyczna pojawia się w *Wykazie procedur medycznych według klasyfikacji ICD-9 oraz wykazie jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 opisujących świadczenia gwarantowane w rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych będą-*

⁴ Dokument zarchiwizowany przez autorki – do wglądu.

⁵ Dokument zarchiwizowany przez autorki – do wglądu.

⁶ Zachowano oryginalny zapis. Dokument zarchiwizowany przez autorki – do wglądu.

cym załącznikiem do *Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz.U. z 2021 r., poz. 265). Przepisy te decydują, że plastrowanie może być refundowane w ramach rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, a więc kiedy pacjent przebywa na oddziale szpitalnym, ale już nie w warunkach ambulatoryjnych – a tak właśnie funkcjonuje Klinika Rehabilitacji USK, co może wyjaśniać, dlaczego plastrowania się tam nie wykonuje.

Uwagę zwraca to, że plastrowanie w Klinice Neurologii obejmuje obszary o udokumentowanej w badaniach skuteczności – pacjentów z porażeniem nerwu twarzonego⁷ oraz tych po udarach. W bazie PubMed (2024, online) można znaleźć 48 wyników wyszukiwania dla zestawienia „kinesio taping stroke”. Większość prac dotyczy pozytywnych wyników plastrowania w fizjoterapii:

- bóle barku spowodowane niedowładem połowicznym (Huang i wsp., 2017),
- rehabilitacja kończyn dolnych po udarze (Wang i wsp., 2019),
- poprawa zakresu ruchu stawu skokowego, parametrów chodu, terapia opadającej stopy u pacjentów poudarowych (*chronic stroke*) (Bee, Park, 2022),
- poprawienia zdolności utrzymania równowagi (Lee i wsp., 2016),
- funkcje ramienia (sięganie, przesuwanie) (Rojhani-Shirazi, Amirian, Meftahi, 2015).

Wiadomo jednak, że obiecujące są wyniki stosowania tapingu w obszarze ustno-twarzowym przy dysfagiach – taping poprawia funkcję połykania i stan odżywienia u pacjentów z dysfagią w fazie gardłowej (Li i wsp., 2024); „kliniczne zastosowanie KT u pacjentów z dysfagią powinno być rozważane jako podejście terapeutyczne” (Heo, Kim, 2015).

Wnioski z badań nad wykorzystaniem tapingu u pacjentów neurologicznych są optymistyczne: jest to skuteczna alternatywna opcja terapeutyczna (Huang i wsp., 2017), technika uzupełniająca, która empirycznie zapewnia korzyści (Ortiz-Ramirez, Perez-De la Cruz, 2017). Naukowcy zwracają jednak uwagę na to, że potrzebne są kolejne badania (lepsze metodologicznie) (tamże), a w przypadku dysfagii takie, które obejmą większą grupę pacjentów i bardziej zróżnicowane wzorce dysfunkcji, by zebrać dalsze dowody (Heo, Kim, 2015).

Nieoczywista od dawna jest kwestia refundowania. Specjaliści z niezależnego forum dla świadczeniodawców Podstawowy Problem Świadczeniodawcy udzielili następującego uzasadnienia na pytanie o refundację:

Jeśli chodzi o samą procedurę ICD9 na KinesioTaping to jest to kod: 93.3812 – Plastrowanie dynamiczne /Kinesiologia Taping.

W przypadku kontraktu na Fizjoterapię Ambulatoryjną jest to procedura niestety nierefundowana. Ja korzystam z tej procedury w przypadku rehabilitacji dzieci oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej (Forum PPS, 2012, online).

⁷ Odsyłamy do bibliografii w rozdziale *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu*.

Obecność logopedy w zespole oddziału neurologicznego lub/i udarowego wynika z *Deklaracji HelsiŃgorskiej* (2016), która usystematyzowała postępowanie rehabilitacyjne po udarze mózgu, wymagające wielospecjalistycznego podejścia ujętego w standardy postępowania. Przywoływane *Obwieszczenie...* dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r., poz. 265) wskazuje, że logopeda w jej ramach powinien uczestniczyć w rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, edukacji zdrowotnej⁸. Dane z wywiadów pokazały, że w USK pracuje siedem osób z uprawnieniami logopedy, w tym trzy z uprawnieniami logopedy i psychologa, zatrudnione na stanowisku psychologa; pozwala to spełnić minimum ministerialnego przelicznika etatowego.

Biorąc jednak pod uwagę przedmiot logopedii, która obejmuje „wszelkie działania mające na celu umożliwienie pacjentowi komunikacji z otoczeniem poprzez usuwanie zakłóceń czy łagodzenie ich skutków. Służą temu działania diagnostyczne, rehabilitacyjne i profilaktyczne (w ich obszar wpisują się wszelkie czynności mające charakter popularyzatorski czy instruktażowy)” (Jastrzębowska, 2003, s. 301), a także wytyczne European Speech and Language Therapy Association⁹ należy uznać, że „rola logopedy w strukturze szpitala wielospecjalistycznego, a tym samym w służbie zdrowia, wydaje się być znikoma w stosunku do rzeczywistych potrzeb. Ograniczenie stanowi tu szereg ustaw, w których nie przewidziano obecności logopedy w takich jednostkach jak chociażby oddziały położnicze, noworodkowe, otolaryngologiczne itd. Nie uwzględniono także potrzeby kompleksowej rehabilitacji” (Chudzik, Gliwa, 2016, s. 42–43).

Praktyczną konsekwencją tego jest – tu wyznaczmy **drugi z aspektów** nawiązanych przez nasze badanie – nieobecność kinesiotalingu wśród świadczeń realizowanych w klinice otolaryngologii, nawet w wymiarze jedynie fizjoterapeutycznym, choć powstały już rodzime prace o tapingu w tym obszarze medycyny, np. *Wpływ kinesiotalingu na rozluźnienie mięśni około krtaniowych w dysfoniiach hyperfunkcjonalnych*¹⁰ opublikowana w „Polish Journal of Otolaryngology” (Wilhelmsen i wsp., 2019)¹¹.

Trzeci obszar wymagający refleksji to wynikająca z ograniczeń ustawowych, a niezgodna z potrzebami pacjenckimi, nieobecność logopedy na oddziałach położniczych i noworodkowych, gdzie w ramach wczesnej interwencji logopedycznej¹² mógłby wspierać najmłodszych pacjentów, wspólnie z fizjoterapeutą, z którym

⁸ Ze względu na specyfikę szpitala, w którym prowadzone były badania (nie ma tu oddziałów dziecięcych), na marginesie pozostawimy opiekę logopedyczną zapewnianą dzieciom – piszą o niej Wiesław Chudzik i Renata Gliwa (2016, s. 40 – 41).

⁹ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 65.

¹⁰ Pisownia oryginalna.

¹¹ O zastosowaniu tapingu w dysfoniiach zob. rozdz. bibliografii w rozdziale *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalingu...*, s. 35–44.

¹² Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 67.

dzieli – jak wielokrotnie powtarzano w różnych miejscach tej książki – kompetencje prowadzenia terapii ustno-twarzowej. Mamy tu na myśli problemy z przyjmowaniem pokarmu, skróconymi wędzidełkami czy rozszczepem wargi.

Luki w omówionych obszarach łączyć można ze specyfiką rodzimej rehabilitacji, którą Michał Bitniok ujął tak: „w Polsce nie zwraca się uwagi na samego człowieka i jego sytuację, gdy jest ograniczony w swoich możliwościach językowych i komunikacyjnych. Stawia się go na nogi, by był sprawny ruchowo”, czego skutkiem jest „wykluczenie z życia społecznego osób (zwłaszcza dorosłych) dotkniętych chorobami powiązanymi z utratą kompetencji komunikacyjnych” (Bitniok, 2010, s. 19, 17). W parze z tym idzie niedbałość o jakość życia pacjentów – tak poudarowych, jak i pediatrycznych – w wielu obszarach ich życia (zob. np. Rutkowska, Hałas, 2006).

Na potrzebę rozszerzenia wskazań do stosowania tapingu w naszym badaniu zwróciła uwagę fizjoterapeutka z oddziału neurologicznego, która zapisała pod wyszczególnieniem procedur omówionych wyżej: „Szerokie i częste zastosowanie aplikacji kinesiotalping powinno zwrócić uwagę Funduszu Zdrowia na skuteczność tej techniki pracy fizjoterapeutów, gdyż stanowi ona bardzo skuteczne uzupełnienie rehabilitacji neurologicznej stosowanej na Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym”¹³. Rozszerzenie to – w naszym przekonaniu – powinno też objąć aplikacje wykonywane przez logopedów. Wywiady pokazują, że plastrowanie wykonują tylko przeszkoleni fizjoterapeuci, co wynika z tego, że logopedzi pracujący na oddziale nie ukończyli kursów plastrowania.

W tym miejscu przechodzimy do **czwartej** kwestii – szkolenia w zakresie kinesiotalpingu. Kursy plastrowania prowadzone są przez międzynarodowych specjalistów, praktykujących akademików, ale też – niestety – przez fizjoterapeutów i logopedów, którzy po ukończeniu szkolenia, postanowili sami szkolić innych.

Wiąże się to z **piątą** problematyką, która wyraźnie wybrzmiała w naszym badaniu, ale pojawia się też w opracowaniach dotyczących dyskursu medycznego (Saniewska, 2024) oraz w potocznym obrazie. Mowa o hierarchizacji procesu terapeutycznego, która pełnię „władzy” przypisuje lekarzowi. Nasze wywiady pokazały, że za lekarzem jest miejsce dla fizjoterapeuty, a za fizjoterapeutą dla logopedy. Potwierdza to sformułowanie z Kliniki Neurologii, że aplikacje wykonywane są „z aprobatą lekarzy prowadzących”, choć lekarze ci nie mają przygotowania do wykonywania plastrowania. Trudno sobie wyobrazić, że fizjoterapeuta pracujący w szpitalu wykona plastrowanie – nawet najlepiej udokumentowane w literaturze – z pominięciem tej hierarchii czy bez aprobaty. Stąd być może rozbieżność między oficjalną informacją w Klinice Rehabilitacji, a praktykami podejmowanymi przez fizjoterapeutów, którzy w naszych wywiadach zgłaszali, że wykonują kinesiotalping. Możliwe, że wpływ na to ma ambulatoryjny charakter Kliniki – nawet jeśli taka aplikacja zostanie wykonana, zaraz pacjent udaje się do domu, dzięki czemu może być niewidoczna dla przełożonych śmiałków, którzy taping wykonali.

¹³ Zob. przyp. 6, s. 103.

Hierarchizacja prowadzi do pytania o to, czy logopedom – nawet po ukończeniu kursu kinesiotapingu – pozwoli się na plastrowanie pacjentów. Łączy się to z nierozstrzygniętym dylematem – **szóstym** – kompetencji czy ich przekraczania, czy nawet hybrydyzacji zawodu logopedy¹⁴.

Za tym idzie problem – **siódmym** – niski status logopedy w służbie zdrowia. Dobitnie opisał to Zbigniew Tarkowski:

Kiedys ambicją L[ogopedy] było to, aby nie traktowano go/jej jak pielęgniarki. Obecnie sytuacja zmieniła się diametralnie. Status zawodowy i społeczny pielęgniarki jest wyższy niż L. W rankingach społecznych przeprowadzonych przez Centrum Badań Społecznych pielęgniarka uplasowała się na czwartym miejscu, podczas gdy L[ogopeda] nie pojawił na tej liście. Pielęgniarki poszły w kierunku terapii, edukacji i sprawiły, że ich kierunek studiów jest regulowany, co podniosło rangę ich zawodu. Ponadto nie wykonują one czynności opiekuńczych, które traktują jako usługi poniżej swoich kwalifikacji zawodowych (2023, s. 337).

O ile kwestia „czynności opiekuńczych” – odnoszących się do problemów z połykaniem czy karmieniem (u dzieci wymagających wczesnej interwencji logopedycznej czy u dorosłych po udarze) – jest kontrowersyjna, o czym była mowa w innym miejscu¹⁵, należy jednak z przykrością zauważyć, że w wielu szpitalach nawet tradycyjna rola logopedy jest nadal niedoceniana.

Jako **ósmą** komplikację wyłonioną z badania wskazać należy – również nie po raz pierwszy w książce – kwestie nazewnictwa. Informacje pisemne, oficjalne (poświadczone pieczęciami Klinik) zawierają określenie *plastrowanie dynamiczne*, podczas gdy w terminologii praktycznej pojawia się termin *kinesiotaping* (wypowiedź fizjoterapeutki). Należy wyjaśnić, że w *Wykazie procedur...* załączonym do *Obwieszczenia Ministra Zdrowia...* zawierającego spis świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r., poz. 265) wyszczególniona jest pod numerem 93.3812 procedura określona jako *Plastrowanie dynamiczne /Kinesiology Taping/*, co sugeruje, że są to w polskim systemie ochrony zdrowia nazwy formalne, których zwyczajowym odpowiednikiem jest *kinesiotaping*¹⁶.

Inny jeszcze – **dziewiąty** – problem stanowi wydatkowanie środków publicznych w zakresie refundacji – chodzi o wybór plastrów używanych w szpitalach. Widomo, że mają one różne parametry¹⁷, co powinno być brane pod uwagę przy wyborze, szczególnie jeśli taping ma być wykonywany na delikatnej skórze traktu ustno-twarzowego. Zachodzi obawa, że na decyzję o zakupie danych plastrów wpłyną czynniki ekonomiczne (towarzyszy temu pytanie o to, kto decyduje: specjalista czy urzędnik), czego skutkiem będzie oklejanie pacjentów taśmami o niezwykłym pochodzeniu, a dalej idącą konsekwencją skórne reakcje niepożądane

¹⁴ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 72.

¹⁵ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu...*, s. 27.

¹⁶ Szczegółowo problem nazewnictwa przedstawia rozdz. *Kinesiotaping, Kinesio Taping, kinesiology taping czy jeszcze inaczej – uporządkowania terminologiczne (nie tylko lingwistyczne)*.

¹⁷ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu...*, s. 25.

i brak oczekiwanych efektów terapeutycznych. Wpłyne to bez wątpienia na negatywne podejście do plastrowania, podważenie jego wiarygodności jako narzędzia terapeutycznego bądź wspierającego terapię. Dlatego podkreślać należy potrzebę unaukowiania tapingu wykonywanego przez logopedów poprzez publikacje merytoryczne, m.in. studia przypadków, a nie tylko popularne w dyskursie internetowym.

OGRANICZENIA

Badanie, które przeprowadziliśmy, obarczone było kilkoma ograniczeniami. Za najważniejsze należy uznać zawężenie wyboru klinik do tych reprezentujących specjalizacje medyczne tradycyjnie kojarzone z logopedią – neurologia, rehabilitacja, otolaryngologia. Tymczasem, jeśli potraktujemy trakt orofacjalny jako wspólną przestrzeń oddziaływań terapeutycznych logopedów i fizjoterapeutów – jak wynika z koncepcji tej monografii – okaże się, że wsparcie logopedyczne i wraz z nim narzędzie, jakim jest kinesiotaping, może być użyteczne w klinikach: chirurgii szczękowo-twarzowej, plastycznej, neonatologii, intensywnej terapii noworodka, neurochirurgii czy onkologii.

Nasz rekonesans sytuuje się w paradygmacie jakościowym i – na dalszym etapie – wymaga badań statystycznych. Można by je przeprowadzić w klinikach neurologii reprezentujących różne ośrodki, by zweryfikować to, ilu pacjentów podarowych miało wykonane plastrowanie w obszarze ustno-twarzowym, w jakim celu, czy zróżnicować liczbę oklejeń wykonanych z powodu porażenia nerwu twarzowego (ośrodkowych i obwodowych). Pozwoliłoby to określić zapotrzebowanie na wykonywanie takich procedur medycznych przez logopedów. Należy tu odnotować, że nie będzie to możliwe w Klinice Neurologii USK, ponieważ aplikacje KT mimo że oficjalnie wykonywane, nie są ewidencjonowane do rozliczenia z NFZ, co w praktyce oznacza, że informacji o nich nie ma także w historiach chorób.

Musimy też wrócić uwagę na utrudnienie, jakim jest niechęć wobec „obcych” na oddziale, a więc tych, którzy nie reprezentują środowiska lekarskiego. Ich badania traktowane są – jak pokazało nasze doświadczenie – jako niepożądany naddatek pracy dla lekarzy „obdarzonych autorytetem wspieranym przez naukę, prawo oraz kulturowo wytworzone normy dystrybuujące władzę” (Wierciński, 2016, s. 74). „Obcy” nie są mile widziani w przestrzeni szpitala. Takimi obcymi są badacze nie-medycy. Ich pomniejszy status Hubert Wierciński opisał w pracy *Etnograf w szpitalu...* (2016), a współautorka tego rozdziału we fragmencie *Lin gwista w klinice* (2024). Ani etnograf, ani logopeda, logopeda-językoznawca czy profilaktyk nie są więc dla lekarzy partnerami merytorycznymi.

WNIOSKI

Kinesiotaping jest metodą wykorzystywaną w opiece zdrowotnej w sposób ograniczony do pacjentów wymagających rehabilitacji neurologicznej z zastrzeżeniem, że plastrowanie wykonują fizjoterapeuci, choć w obszarze traktu orofacjalnego

mogliby je wykonywać również logopedzi. Ich rola jest jednak niewielka. Wciąż bowiem aktualne są wnioski sprzed ośmiu lat: „Choć w ostatnich latach wzrosła rola logopedy w systemie opieki zdrowotnej i zmienił się jego status – nie jest to tylko specjalista zajmujący się korektą wad wymowy i coraz częściej terapeuta mowy spotykamy jest w specjalistycznych placówkach medycznych – to polska służba zdrowia wciąż w bardzo ograniczonym zakresie korzysta z umiejętności logopedów” (Chudzik, Gliwa, 2016, s. 37). W zakresie kinesiotalingu – jako refundowanej procedury medycznej – możliwe to jest jedynie na oddziale neurologicznym i udarowym USK, co zgadza się z obowiązującymi przepisami, ale jednocześnie pozbawia innych pacjentów dostępu do sprawdzonej metody terapeutycznej.

THE THE USE OF SPEECH THERAPY KINESIOTAPING IN A HOSPITAL SETTING ON THE EXAMPLE OF THE UNIVERSITY CLINICAL HOSPITAL IN BIAŁYSTOK

Free-form interviews and document analysis allowed for a pilot presentation in this chapter of the scope of use of speech therapy kinesiotalping in hospital conditions, using the example of the University Clinical Hospital in Białystok in selected clinics: neurology with a stroke department, rehabilitation and otolaryngology. In these units, speech therapy taping is not performed (which results, among other things, from the low and non-medical status of speech therapists in the medical care system), but taping of the oral-facial tract in neurological patients is performed by physiotherapists. This allows for indicating the orofacial area as a space of therapeutic actions that can be undertaken by both physiotherapists and speech therapists.

KEYWORDS: kinesiotalping, speech therapy, orofacial tract, neurological rehabilitation, medical discourse

BIBLIOGRAFIA

- Bae Y., Park D., 2022, *Immediate effect lower-leg Kinesio Taping on ankle dorsiflexion and gait parameters in chronic stroke with foot drop*, „Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases”, t. 31(5). doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106425.
- Bitniok M., 2010, *Deficyty mowy wynikające z uszkodzeń obszarów mózgowych*, Bielsko-Biała.
- Chudzik W., Gliwa R., 2016, *Rola i miejsce logopedy w szpitalu wielospecjalistycznym*, w: *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, red. I. Jaros, R. Gliwa, Łódź, s. 35–46.
- Deklaracja Helsingborgska 2006 Europejskich Strategii Udarowych*, 2008, „Neurologia i Neurochirurgia Polska, t. 42, supl. 3, s. 276–287.
- Forum PPS = Forum Podstawowy Problem Świadczeniodawcy, <https://forumpps.pl> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Heo S.Y., Kim K.M., *Immediate effects of Kinesio Taping on the movement of the hyoid bone and epiglottis during swallowing by stroke patients with dysphagia*, „Journal of Physical Therapy Science”, t. 27 (11), s. 3355–3357.

- Huang Y.C., Chang K.H., Liou T.H., Cheng C.W., Lin L.F., Huang S.W., 2017, *Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, t. 49 (3), s. 208–215.
- Jastrzębowska G., 2003, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 301–315.
- Lee Y.J., Kim J.Y., Kim S.Y., Kim K.H., 2022, *The effects of trunk kinesio taping on balance ability and gait function in stroke patients*, „Journal of Physical Therapy Science”, t. 28 (8), s. 2385–2388.
- Li X., Cai H., Tang K., Li F., 2024, *The efficacy of Kinesio taping in patients with post-stroke dysphagia: a meta-analysis*, „Medicine” (Baltimore), t. 103 (11), s. e37491. doi: 10.1097/MD.00000000000037491.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz.U. z 2021 r., poz. 265.
- Ortiz-Ramirez J., Perez-De la Cruz S., 2017, *Eficacia de la aplicacion del vendaje neuromuscular en accidentes cerebrovasculares [Efficacy of the application of kinesio tape in patients with stroke]*, „Revue Neurologique”, t. 64 (4), s. 175–179.
- PR = Praktyczna Rehabilitacja, 2021, *Plastry do kinesiotapingu – czym są, kiedy się je stosuje?*, <https://www.praktycznafizjoterapia.pl/artukul/plastry-do-kinesiotapingu-czym-sa-kiedy-sie-je-stosuje> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Rojhani-Shirazi Z., Amirian S., Meftahi N., 2015, *Effects of ankle Kinesio Taping on postural control in stroke patients*, „The Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases”, t. 24 (11), s. 2565–2571.
- Rutkowska E., Hałas I., 2006, *Badanie jakości życia chorych po udarze mózgu – elementem planowania działań w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji*, „Zamojskie Studia i Materiały”, r. VIII, z. 3, s. 75–81.
- Saniewska D., 2024, *Dyskurs o afazji: od medycyny do etnolingwistyki*, Białystok [w procesie wydawniczym].
- Tarkowski Z., 2023, *Logopedia opiekuńcza*, „Logopedia”, t. 52 (1), s. 331–339.
- USK = Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, 2024, <https://uskwb.pl> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Wang M., Pei Z.W., Xiong B.D., Meng X.M., Chen X.L., Liao W.J., 2019, *Use of Kinesio taping in lower-extremity rehabilitation of post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis*, „Complementary Therapies in Clinical Practice”, t. 35, s. 22–32.
- Wierciński H., 2016, *Etnograf w szpitalu. Uwagi na temat kłopotów z biomedycyną*, „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej”, nr 2 (25), s. 71–92.
- Wilhelmsen K., Szkiełkowska A., Zajac-Ratajczak I., 2029, *Wpływ kinesiotapingu na rozluźnienie mięśni około krtaniowych w dysfoniach hyperfunkcjonalnych*, „Polish Journal of Otolaryngology”, t. 73 (2), s. 6–10.

Patrycja Saniewska-Guzowska

Uniwersytet w Białymstoku

O POTRZEBIE I (NIE)MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA KINESIOTAPINGU OROFACJALNEGO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ¹

Rozdział przedstawia uczestników warsztatów terapii zajęciowej jako grupę, w której można stosować kinesiotaping w obszarze orofacjalnym (jako uzupełnienie terapii logopedycznej) oraz w innych obszarach wymagających wsparcia, jak na przykład grafomotoryka (terapia ręki). Dzięki analizie piśmiennictwa, uwaga zostaje ponadto zwrócona na potrzebę kształcenia kompetencji komunikacyjnych oraz promowania dbałości o estetykę obszaru ustno-twarzowego u osób z niepełnosprawnością intelektualną, m.in. z zespołem Downa, jako elementów poprawy wizerunku i jakości życia, a także uzupełniania starań o znalezienie zatrudnienia.

Zacznę od zarysowania pola badawczego, któremu poświęcam refleksje od początku Białostockich Spotkań Młodych Logopedów². Warsztatami terapii zajęciowej (WTZ) – zgodnie z Ustawą z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych – nazywa się „wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówkę, stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia” (art. 10a, ust. 1). Cele te realizowane są poprzez wykorzystanie technik terapii zajęciowej ukierunkowanych na rozwijanie „umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności” i „psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających

¹ W rozdziale wykorzystałam fragmenty niepublikowanej dysertacji *Warsztaty terapii zajęciowej w językowym obrazie świata osób z niepełnosprawnością intelektualną* obronionej na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu w Białymstoku w 2023 r.

² Zob. P. Saniewska: *Językowy obraz logopedy w wypowiedziach osób z niepełnosprawnością intelektualną* (2017); *Problemy logopedyczne uczestników warsztatów terapii zajęciowej* (2018).

uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy” (art. 10a, ust. 2). WTZ-y „są w prawie polskim nie tylko najstarszą instytucjonalną formą rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, ale również najbardziej powszechną” (Kaczyńska-Wasiak, 2009, s. 7).

Statystyki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z roku 2021 pokazały, że mamy w kraju 720 WTZ-ów. Można je spotkać w większości polskich powiatów (żadnego nie utworzono tylko w 18 na 308). Większość z nich znajduje się we wsiach i miasteczkach zamieszkiwanych przez nie więcej niż 20 tys. osób, najmniej natomiast w miastach powyżej 200 tys., co sugeruje, że mają one charakter „prowincjonalny” i kameralny – uczęszcza do nich średnio po 38 osób (Wolińska, 2021, s. 13). Uczestnicy WTZ-ów to grupa 27 852 osób, niezdolnych do podjęcia pracy, z orzeczeniem o znacznym bądź umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zawierającym wskazanie do uczestniczenia w warsztatach. Większość z nich to kobiety (45,5%) oraz osoby wieku 19–40 lat (67,7%). Ponad połowa z nich uczestniczy w warsztatach dłużej niż 8 lat. Do instytucji tych przyjmowane są głównie osoby powyżej 30 roku życia. Zdecydowana większość – 61,2% – uczestników to osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, pozostali – 38,7% – mają orzeczony stopień umiarkowany. Ze względu na rodzaj dysfunkcji, główną grupą – liczącą prawie 61% – są uczestnicy z niepełnosprawnością intelektualną³. Kolejną sporą grupę tworzą osoby z chorobami psychicznymi – to jedna piąta wszystkich uczestników (20%). Dalej wymienić należy osoby z niepełnosprawnością ruchową (5,6%), z epilepsją (2,8%), z niepełnosprawnością narządów mowy, słuchu (1,9%) i wzroku (1,5%) oraz z innymi schorzeniami (7,6%) (tamże, s. 16). Dodać trzeba, że często występuje niepełnosprawność sprzężona (57%; Misztal-Kurek, 2003, s. 30), co nie jest „zaskakujące zważywszy na to, że większość uczestników to osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności” (tamże). Dodatkowo niektórzy uczestnicy zmagają się z chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą, nowotworami), co ujemnie wpływa na ich kondycję fizyczną i psychiczną oraz możliwości pełnego partycypowania w ofercie zajęciowej WTZ-ów.

Z powodu różnego stopnia i zakresu niepełnosprawności 6,8% uczestników WTZ-ów wymaga stosowania metod wsparcia komunikacji – najczęściej wykorzystywane są tu piktogramy oraz systemy PCS i BLISS, a także język migowy, gesty i fonogesty, komputerowy system z syntezą mowy MÓWIk, system komunikacji totalnej MAKATON, symbole graficzne i gesty. Część osób posługuje się „własnym” językiem oraz indywidualnymi rozwiązaniami, jak zeszyty do komunikacji (Wolińska, 2021, s. 17). Z moich badań wynika, że 97% uczestników kiedykolwiek „brało/bierze udział w terapii logopedycznej” (Saniewska P., 2017). Dzieje się to zazwyczaj w okresie szkolnym, a później poza WTZ-ami, chociaż pamiętać trzeba o tym, że uczestnicy spędzają w nich siedem godzin dziennie przez pięć dni w tygodniu – przynajmniej część tego czasu przeznaczana jest na oddziaływania

³ W opisach epidemiologicznych zwraca się uwagę na to, że niepełnosprawność intelektualna obejmuje około 1% populacji ogólnej.

terapeutyczne, głównie jednak o charakterze fizjoterapeutycznym⁴. W kadrze merytorycznej brakuje natomiast logopedów – są oni pracownikami jedynie w 0,2% warsztatów (Wolińska, 2021, s. 24). Logopeda nie jest obowiązkowym członkiem kadry, co jest zastanawiające w kontekście tego, jakie znaczenie przypisuje się obecnie sprawnościom komunikacyjnym. Marzenna Zorska opisuje to tak:

czasy współczesne unaocznily inne, niespotykane w epokach minionych zadania wynikające z rozwoju cywilizacyjnego oraz nowych kryteriów decydujących o powodzeniu w życiu i uzyskiwaniu pozytywnej oceny ze strony innych ludzi. Ich istotą jest ukierunkowanie na osiąganie możliwie najwyższej jakości życia, na ogół w konstelacjach ekonomiczno-konsumpcyjnych. To wszystko powoduje, że współczesny człowiek powinien być wysoce dyspozycyjny, mobilny, sprawny, wykształcony, operującym językiem ojczystym w sposób wysoce poprawny, a nawet górnolotny. Dodatkowo powinien władać kilkoma językami obcymi, być wysportowany, odznaczać się miłą aparycją (2014, s. 200).

Biorąc pod uwagę to, że większość uczestników WTZ-ów jest tych atutów pozbawiona, nieobecność logopedy wzmacnia jeszcze obszary wykluczenia i odzwierciedla chyba przekonanie o nikłych możliwościach komunikacyjnych osób z niepełnosprawnością intelektualną, które nie mogą się rozwijać w tej sferze. Tymczasem Dorota Krzezińska w pracy *Język i dyskurs codzienny osób z niepełnosprawnością intelektualną* (2012) ustaliła, że można wyodrębnić grupę „dorosłych osób z tym rodzajem niepełnosprawności [która] niewątpliwie przejawia określone możliwości komunikacyjne, jakie pozwalają im uczestniczyć w procesie porozumiewania się i współkonstruować dyskurs, którego wyznacznikiem jest obserwowany u nich kod językowy ograniczony” (s. 222). Wydaje się, że do grupy tej zaliczają się właśnie uczestnicy warsztatów, ponieważ już samo przyjęcie do WTZ-ów świadczy o posiadaniu choćby minimalnych możliwości komunikacyjnych, umiejętności nawiązania kontaktu. Rzadko jednak podejmowane są działania celowo ukierunkowane na trening tych umiejętności.

To pominięcie tak ważnego obszaru funkcjonowanie społecznego uważam za zatracony potencjał WTZ-ów, hamujący ich prymarny cel – przygotowanie do podjęcia pracy. Wyłania się tu więc rozbieżność między ustawowym celem istnienia warsztatów, a ich faktycznym prosperowaniem, opierającym się na rozrywkowym wypełnianiu czasu. Takie też wnioski przedstawił raport NIK (2015), który sprawił, że – jak to ujęła Elżbieta Zakrzewska-Manterys (2017, s. 48) – WTZ-y znalazły się „na cenzurowanym” i stały w obliczu konieczności reorganizacji. Wynika to, być może, z niejednoznacznego statusu warsztatów: nie należą do systemu edukacji ani do systemu ochrony zdrowia, ani do systemu pomocy społecznej, choć wydaje się, że w tym segmencie pełnią najistotniejszą funkcję (Wolińska, 2021, s. 81). Ich uczestnikami są tymczasem osoby wymagające zintegrowanego wsparcia we wszystkich tych obszarach.

⁴ Prawie 9% wszystkich pracowników to rehabilitanci (Wolińska, 2021, s. 24).

W moim przekonaniu dzisiejsze funkcjonowanie WTZ-ów nie odzwierciedla reorientacji, która odbywa się już w obszarze nauk i społecznego postrzegania niepełnosprawności, a więc przejścia od modelu medyczno-rehabilitacyjnego do modelu społecznego. W tym modelu *niepełnosprawność* zostaje narzucona jednostce przez normy kulturowe i społeczne, zatem społeczeństwo zobowiązane jest do tworzenia warunków, w których jednostka może się w pełni realizować niezależnie do posiadanych dysfunkcji (Ignagni, 2023). Model ten sprzeciwia się też stereotypom, między innymi stereotypowi osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako niekomunikatywnej, a przez to „dzikiej”. Właśnie w tym modelu powstały ruchy self-adwokatuty, samorzecznictwa (Test i wsp., 2005), które zauważamy też w Polsce (Bakiera, Stelter, 2020). By jednak miały one możliwość zaistnienia publicznego konieczne jest wzmacnianie obszaru możliwości komunikacyjnych – należy szczególnie dbać o zapewnienie komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC) oraz dostępności komunikacyjnej, co podpowiada, że jeśli nie logopedzi, to chociaż trenerzy komunikacji, powinni należeć do podstawowego zespołu kadrowego warsztatów terapii zajęciowej.

To – w moim przekonaniu – pole do wykorzystania w redefinicji oferty warsztatów, które także w tym zakresie powinny przygotowywać uczestników do aktywności językowych w przestrzeni publicznej, ponieważ – przywołam jeszcze raz Zaorską:

We współczesnym świecie szerokie kompetencje społeczne i indywidualne, sprawność we wszystkich możliwych sferach rozwoju są wyjątkowo ważne i znaczące. Szczególnego znaczenia nabierają także kwestie związane z mową artykułowaną (chodzi tu m.in. o poprawność fonetyczną, gramatyczną, leksykalną), kompetencjami komunikacyjnymi, umiejętnością podejmowania, realizacji i zamykania relacji interpersonalnych. Ponadto istniejące korelacje między rozwojem mowy a rozwojem psychicznym, emocjonalnym, społecznym, moralnym, jak również sukcesem edukacyjnym człowieka w okresie kształcenia i kolejno sukcesem rodzinnym, zawodowym, samorealizacją, autonomią osobową wymagają dyskusji na temat mowy w pozycji wyjątkowo uprzywilejowanej (2014, s. 201).

Nie trudno sobie wyobrazić, że osoba niekomunikatywna – nawet sprawna fizycznie – ma niższe szanse na rynku pracy, że kompetencje komunikacyjne wpływają na możliwość zajęcia prestiżowego stanowiska, czemu sprzyja klimat inkluzji. Dla przykładu: niedawno mieszkańcy hiszpańskiej Walencji wybrali czterdziestopięcioletnią Mar Galcerán na swoją parlamentarzystkę – jest ona pierwszą w Europie parlamentarzystką z trisomią 21, czyli z zespołem Downa (Drygas, 2024, online). Taki mandat nazwany został przez cytowanych na całym świecie dziennikarzy z „Guardian” „przykładem prawdziwej inkluzyjności” i „wielkim krokiem naprzód” (za: Bryła, 2024, online).

O zespole Downa trzeba dopowiedzieć, że jest to najlepiej rozpoznana i najczęstsza genetyczna przyczyna niepełnosprawności intelektualnej (Mantry i wsp., 2008) o różnym nasileniu – najczęściej w stopniu lekkim (iloraz inteligencji 50–70) i w stopniu umiarkowanym (iloraz inteligencji 35–50), obciążona powikłaniami i chorobami towarzyszącymi (zob. np. Nadel, 2003).

Szacuje się, że w Polsce żyje ponad 60 tysięcy osób z zespołem Downa, dziś ponad 70% z nich dożywa ponad 50 lat (Stelmach, 2022, online), choć pół wieku temu było to o połowę mniej. Zakrzewska-Manterys zwraca uwagę na to, że

Obecnie jesteśmy świadkami zmiany demograficznej dotyczącej osób niepełnosprawnych intelektualnie, polegającej na tym, że osoby niepełnosprawne intelektualnie żyją nieomal tak samo długo, jak przedstawiciele populacji ogólnej. Tymczasem jeszcze w latach 60. XX w. średnia długość życia osób z zespołem Downa (będącego jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności intelektualnej) wynosiła 18 lat (...). Jest to zmiana przełomowa, ponieważ po raz pierwszy dostrzeżono dorosłość osób intelektualnie niepełnosprawnych (2021, s. 25).

„Bezprecedensowy” – by jeszcze raz przytoczyć „Guardian” – przykład Mar Galcerán pokazuje, że zmiana ta ma szerszy wymiar: osoby z zespołem Downa zaczynają być postrzegane jako te, które mają wiele do zaoferowania społeczeństwu (Kassam, 2024, online), a więc odmiennie od stereotypu „stygmatyzacji” (Stelter, 2010, s. 133).

Stereotyp ten jest niestety utrwalony w odniesieniu do uczestników WTZ-ów. W grupie warsztatowej może być kilka-kilkanaście osób z zespołem Downa. Często dysfunkcjom mowy w trisomii 21 towarzyszy także nadmierna produkcja śliny, stanowiąca problemem nie tylko funkcjonalny, ale też estetyczny, przez co negatywnie wpływa na postrzeganie osoby zmagającej się z tą przypadłością, jako nieporadnej, zależnej od innych czy zaniedbanej (Leśniak, 2022).

Wydaje się więc, że wspieranie kształcenia możliwości komunikacyjnych i dbałość o kwestii estetyki w obszarze orofacjalnym jest właściwą drogą w reorganizowaniu warsztatów. Oczywiście logopedzi – jako grupa pracująca z tym obszarem – mają do dyspozycji wiele narzędzi, a tym, na które chciałabym zwrócić uwagę, jest kinesiotalping.

Najpierw jednak kilka słów o postrzeganiu logopedy w warsztatach. Większość uczestników uważa logopedę za „osobę, która uczy, jak mówić” (70%), są oni zdania, że do zajęć logopedy należą: „nauka poprawnej wymowy” (80%), „ćwiczenie wyraźnej wymowy” (30%), a także „ćwiczenie języka” (13%). Istotnym elementem skojarzeniowym związanym z wykształceniem jest „ukończenie odpowiedniej szkoły”, na co zwraca uwagę 83% ankietowanych (Saniewska P., 2017). Generalnie wygląda na to, że od logopedy oczekuje się raczej zajmowania się aspektem motorycznym mówienia. Kinesiotalping oczywiście wspiera, stymuluje pracę nad wykonawczym aspektem mówienia, a ponadto pracę nad funkcjami: żuciem, połykaniem, problemem nadmiernego ślinienia się oraz nad właściwą postawą. Dysponujemy badaniami, które potwierdzają możliwość i skuteczność wykonywania aplikacji KT w obszarze orofacjalnym u dzieci ze schorzeniami neurologicznymi oraz z zespołem Downa – nic nie stoi na przeszkodzie, by wykonywać je także u dorosłych⁵.

⁵ To, że niewiele jest badań poświęconych osobom dorosłym z niepełnosprawnością intelektualną, wynika z ich „społecznej niewidzialności” – „Ci ludzie żyją w Polsce, ale tak jakby ich

Potencjał kinesiotalingu w tym zakresie przedstawia zestawienie wyników badań w tabeli 1.

W kontekście przywoływanych badań należy wspomnieć o tym, że przegląd systematyczny, który przeprowadziła Jeyasakthy Saniasiaa ze współpracownikami (2024), zwrócił uwagę na niewystarczającą jakość dowodów, by zalecać powszechne stosowanie tapingu przed uzyskaniem wyników z badań o wyższej jakości – jak choćby randomizowane badania kontrolowane z dużą liczbą prób. Podkreślenia wymaga to, że do przeglądu tego zakwalifikowano jedynie dziesięć prac z wynikami dotyczącymi 172 dzieci. Pokazuje to, że uzyskanie wyżej wartości naukowej przeglądu wymaga powstania większej liczby prac poświęconych wykorzystywaniu kinesiotalingu u dzieci z problemem nadmiernego ślinienia, co – można mieć nadzieję – nastąpi z czasem. W tym momencie nie powinno natomiast wpływać na negatywne interpretowanie wyników, co zresztą autorzy zauważyli w konkluzjach.

Tabela 1. Zestawienie wniosków z badań nad skutecznością wykorzystania kinesiotalingu u dzieci z problemem nadmiernej saliwacji

Data	Autorzy	Wnioski
2024	Saniasiaa J. van der Meer G. Toll E.C.	Stosowanie KT jest bezpieczną i skuteczną alternatywą dla dzieci ze ślinotokiem, choć efekt może być tymczasowy.
2022	Mokhlesin M. Mirmohammadkhani M. Tohidast S.A.	Stosowanie KT wraz z oralnym treningiem motorycznym może przynieść większą poprawę w łagodzeniu ślinienia niż wykonywanie tylko treningu, przy czym statystycznego znaczenia nie ma, czy plastry zastosowane zostaną z napięciem czy bez.
2019	Lorca Larrosa M. Ruiz Roca J.A. Ruiz Roca M.I. López-Jornet P.	Zastosowanie kinesiotalingu w okolicy mięśnia nadgnykowego może być skuteczną opcją przeciwdziałania ślinieniu się u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną.
2019	Mikami D.L.Y. Furia C.L.B. Welker A.F.	Dodanie kinesiotalingu mięśnia okrężnego ust w logopedycznej terapii dzieci z zaburzeniami neurologicznymi spowodowało szybką poprawę umiejętności motorycznych jamy ustnej i zmniejszenie ślinienia się.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wskazanych publikacji

nie było” (za: Piotrowski, 2008, online). Dzieci tymczasem, przez obligatoryjną przynależność do systemu edukacji obejmującej oddziaływanie terapeutyczne, w naturalny sposób znajdują się w centrum zainteresowań badaczy.

Warto dodać, że aplikacje poprawiające funkcjonalność obszaru ustno-twarzowego poprzez przeciwdziałanie nadmiernemu ślinieniu mogłyby też wykonywać fizjoterapeuci oraz, co można uznać za pewne novum, terapeuci zajęciowi – tapingiem posługują się oni bowiem w placówkach amerykańskich (Cheatham, Baker, Abdenour, 2021).

Ponadto, w warunkach WTZ-ów można by wprowadzić taping jako wsparcie innych terapii – na przykład w zakresie funkcji ruchowych (Iosa i wsp., 2020) i motoryki małej, która jest problematyczna u osób z zespołem Downa, ale też z porażeniem mózgowym. Zespół Chiary Rigoldi (2015) przedstawił pilotażowe badanie sprawdzające, czy modyfikacje propriocepcji za pomocą aplikacji KT mogą zmieniać mapowanie dróg ruchowych kory ruchowej, a przez to odgrywać rolę w leczeniu dysgrafii i poprawie koordynacji rąk na tle zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego. Choć grupa badana była niewielka, wyniki badania wykazały różnice statystyczne pomiędzy sesjami przed i po zastosowaniu kinesiotapingu, co sugeruje, że badania powinny być kontynuowane w większej skali. Polska propozycja wykorzystania kinesiotapingu w terapii ręki i grafomotoryce została już opracowana w wersji książkowej (Mikołajewska, Mikołajewski, 2020) oraz kursowej (Mikołajewska, 2024, online).

Powyższe rozważania prowadzą do pytania o to, dlaczego kinesiotaping nie jest wykorzystywany w warsztatach terapii zajęciowej. Wyróżnić można tu dwie grupy czynników – wynikające ze sposobu funkcjonowania WTZ-ów z jednej strony, a z drugiej – z sytuacji uczestników.

Tabela 2. Czynniki wpływające na niestosowanie kinesiotapingu w warsztatach terapii zajęciowej

Czynniki po stronie WTZ-ów	Czynniki po stronie uczestników
– brak logopedów i niedowartościowanie ich roli w kadrze – brak logopedów przeszkolonych w zakresie kinesiotapingu – brak fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych przeszkolonych w zakresie kinesiotapingu – skostnienie struktur WTZ-ów – niepowszechność plastrowania w sektorze usług refundowanych²³	– czynniki fizjologiczne – nadwrażliwość np. obszaru orofacjalnego – czynniki rodzinne – niechęć i brak współpracy ze strony rodziny

Źródło: opracowanie własne

Czynniki hamujące ze strony WTZ-ów można uznać za modyfikowalne – szczególnie we wspomnianym na wstępie momencie redefinicji roli i statusu warsztatów.

²³ Zob. rozdz. Wykorzystanie kinesiotapingu logopedycznego w warunkach szpitalnych na przykładzie USK w Białymstoku.

Z kolei do czynników *in minus* po stronie uczestników (nie są one bezwzględnie wykluczające) można dodać te działające *in plus*: naturalną ciekawość, chęć próbowania tego, co nowe, a także medialność plastrów, która pozwoli wykorzystać w ich promowaniu na przykład chęć naśladowania sportowców.

Podsumowując: w warsztatach terapii zajęciowej jest możliwość wykorzystania narzędzia wspierającego terapię, jakim jest kinesiотaping w obszarze ustno-twarzowym, a także innych obszarach wymagających wsparcia, ale wymaga to innowacyjności w myśleniu o zadaniach WTZ-ów, co podpowiada, że nie stanie się to szybko. Warto jednak już teraz pokazywać i promować te możliwości, by zaznaczyć, że placówki te mogą mieć realny wpływ na jakość życia uczestników oraz na podnoszenie ich atrakcyjności na rynku pracy.

ON THE NEED AND (IM)POSSIBILITY OF USING OROFACIAL KINESIOTAPING IN OCCUPATIONAL THERAPY WORKSHOPS

The article presents participants of occupational therapy workshops as a group in which kinesiотaping can be used in the orofacial area (as a supplement to speech therapy) and in other areas requiring support, such as graphomotor skills (hand therapy). Thanks to the analysis of the literature, attention is also drawn to the need to develop communication skills and promote care for the aesthetics of the oral-facial area in people with intellectual disabilities, including Down syndrome, as elements of improving the image and quality of life, as well as complementing efforts to find employment.

KEYWORDS: kinesiотaping, occupational therapy workshops, orofacial area, drooling, speech therapy

BIBLIOGRAFIA

- Bakiera L., Stelter Ź., 2010, *Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie*, w: *Diagnoza potrzeb i modele pomocy*, red. A. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, Warszawa, s. 143–162.
- Bryła E., 2024, *Kobieta z trisomią 21 wybrana do parlamentu. „Chcę być widziana jako osoba, nie moja niepełnosprawność”*, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,158669,30607542,kobieta-z-zespolem-downa-wybrana-do-parlamentu-chce-byc-widziana.html> (dostęp: 12.04.2024 r.).
- Cheatham S.W., Baker R.T., Abdenour T.E., 2021, *Kinesiology tape: A descriptive survey of healthcare professionals in the United States*, „International Journal of Sports Physical Therapy”, t. 16 (3), s. 778–796.
- Drygas D., 2024, *Mar Galcerán pierwszą hiszpańską parlamentarzystką z zespołem Downa. Historyczne osiągnięcie*, <https://kobieta.rp.pl/ludzie/art39712871-mar-galceran-pierwsza-hiszpanska-parlamentarzystka-z-zespolem-downa-historyczne-osiagniecie> (dostęp: 12.04.2024 r.).
- Ignagni E., 2023, *Digital methods for Disability Studies*, <https://pressbooks.library.torontomu.ca/digitaldisabilitystudies/front-matter/about-ecampusontario/html> (dostęp: 13.01.2023 r.).

- Iosa M., Morelli D., Nanni M.V., Veredice C., Marro T., Medici A., Paolucci S., Mazzà C., 2010, *Functional taping: a promising technique for children with cerebral palsy*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, t. 52 (6), s. 587–589.
- Kaczyńska-Wasiak I., 2009, *Warsztaty terapii zajęciowej w polskim i niemieckim systemie prawnym*, „Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych”, nr 6/134, s. 7–15.
- Kassam A., 2024, *Mar Galcerán makes history as Spain's first parliamentarian with Down's syndrome*, <https://www.theguardian.com/world/2024/jan/09/mar-galceran-makes-history-spain-first-parliamentarian-downs-syndrome> (dostęp: 12.04.2024 r.).
- Krzemińska D., 2012, *Język i dyskurs codzienny osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków.
- Leśniak J., 2022, *Jak mnie widzą, tak mnie piszą – o postrzeganiu osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 85 (1), s. 61–71.
- Lorca Larrosa M., Ruiz Roca J.A., Ruiz Roca M.I., López-Jornet P., 2019, *Effects of the neuromuscular bandage as rehabilitative treatment of patients with drooling and intellectual disability: an interventional study*, „Journal of Intellectual Disability Research”, t. 63 (6), s. 558–563.
- Mantry D., Cooper S. A., Smiley E., Morrison J., Allan L., Williamson A., Finlayson J., Jackson A., 2008, *The prevalence and incidence of mental ill – health in adults with Down syndrome*, „Journal of Intellectual Disability Research”, t. 52 (2), s. 141–155.
- Mikami D.L.Y., Furia C.L.B., Welker A.F., 2019, *Addition of Kinesio Taping of the orbicularis oris muscles to speech therapy rapidly improves drooling in children with neurological disorders*, „Developmental Neurorehabilitation”, t. 22 (1), s. 13–18.
- Mikołajewska E., 2024, *Kinesiotaping w terapii ręki i grafomotoryce. Kurs*, <https://www.emiliamikolajewska.com/ktr> (dostęp: 12.09.2024 r.).
- Mikołajewska E., Mikołajewski D., 2020, *Terapia ręki. Podstawy diagnozy i terapii*. M2Concept, Bydgoszcz.
- Misztal-Kurek M., 2003, *Warsztaty Terapii Zajęciowej. Raport z badania*, Warszawa, <https://niepelnosprawni.gov.pl/art,10,warsztaty-terapii-zajeciowej> (dostęp: 12.04.2024 r.).
- Mokhlesin M., Mirmohammadkhani M., Tohidast S.A., 2022, *The effect of Kinesio Taping on drooling in children with intellectual disability: a double-blind randomized controlled study*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, t. 153, s. 111–117.
- Nadel L., 2003, *Down's syndrome: a genetic disorder in bio behavioral perspective*, „Genes, Brain and Behavior”, nr 2, s. 156–166.
- Piotrowski M., 2008, *Czas na ... media*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/33949> (dostęp: 12.04.2024 r.).
- Rigoldi C., Galli M., Celletti C., Blow D., Camerota F., Albertini G., 2015, *Does neuromuscular taping influence hand kinesiology? A pilot study on Down's Syndrome*, „Clinical Therapeutics”, t. 166 (4), s. 257–263.
- Saniasiaya J., van der Meer G., Toll E.C., 2024, *Outcome of kinesio taping in drooling children: a systematic review*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, t. 184 (12), s. 112–157.
- Saniewska P., 2017, *Językowy obraz logopedy w wypowiedziach osób z niepełnosprawnością intelektualną*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Varia*, red. D. Saniewska, Białystok, s. 9–20.
- Saniewska P., 2018, *Problemy logopedyczne uczestników warsztatów terapii zajęciowej*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Med*, red. D. Saniewska, Białystok, s. 9–28.
- Saniewska P., 2023, *Warsztaty terapii zajęciowej w językowym obrazie świata osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Niepublikowana rozprawa doktorska obroniona na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu w Białymstoku.

- Stelmach M., 2022, *Prof. Jolanta Wierzba: Ponad 70 proc. osób z zespołem Downa dożywa 50 i więcej lat*, <https://www.termedia.pl/neurologia/Prof-Jolanta-Wierzba-Ponad-70-proc-osob-z-zespolem-Downa-dozywa-50-i-wiecej-lat,46406.html> (dostęp: 12.04.2024 r.).
- Stelter Ź., 2010, *Młodzi dorośli z niepełnosprawnością intelektualną: kontekst społeczny*, w: *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, red. A.I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, Warszawa, s. 130–142.
- Test D.W., Fowler C.H., Wood W.M., Brewer D.M., Eddy S., 2005, *A conceptual framework of self-advocacy for students with disabilities*, „Remedial and Special Education”, t. 26 (1), s. 43–54.
- Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1991, nr 46, poz. 201.
- Wolińska I., 2021, *Raport z badania warsztatów terapii zajęciowej*, https://wlaczeniespoleczne.pl/uploads/raport/2_raport.pdf (dostęp: 12.04.2024 r.).
- Zakrzewska-Manterys E., 2017, *Ogólnopolskie forum warsztatów terapii zajęciowej – anatomia rodzącego się ruchu społecznego*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, nr 60, s. 47–56.
- Zakrzewska-Manterys E., 2021, *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną na tle innych rodzajów niepełnosprawności*, „Polityka Społeczna”, nr 571 (10), s. 23–28.
- Zaorska M., 2014, *Znaczenie badań nad zaburzeniami mowy – stan, perspektywy, wyzwania*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, nr 17, t. 2, s. 99–209.

Aleksandra Kaczyńska

Oddział Gastrologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii
Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

WYKORZYSTANIE ELEKTROSTYMULACJI TENS/EMS I KINESIOTAPINGU LOGOPEDYCZNEGO W TERAPII DYSFAGII PACJENTKI 16-LETNIEJ Z DIAGNOZĄ MÓZGOWEGO PORAŻENIA DZIECIĘCEGO

Terapia neurologopedyczna pacjentów z dysfagią na tle mózgowego porażenia dziecięcego (MPD) stanowi ogromne wyzwanie terapeutyczne. Złożoność trudności, które prezentują pacjenci, wymaga od terapeutów stałego poszerzania wiedzy i kompetencji w zakresie zarówno metod pracy, jak i dobrych praktyk klinicznych. Motywuje do sięgania także po innowacyjne metody pracy. W ostatnich kilku latach coraz częściej angażuje się metody fizjoterapii. Celem tego rozdziału jest pokazanie połączenia tradycyjnych metod neurologopedycznych z innowacyjnymi metodami stymulacji TENS/EMS i kinesiotalingu u pacjentki z dysfagią na tle MPD.

Kinesiotaling¹ współcześnie stanowi powszechnie stosowaną metodę wspomagającą terapię bólu oraz terapię mięśniowo-powięziowe, ale jest też metodą coraz częściej stosowaną w logopedii, gdzie wykorzystywane są takiej jej właściwości, jak: aktywowanie osłabionych mięśni do pracy, wspieranie postawy ciała, poprawa propriocepcji.

Klasyczne techniki postępowania terapeutycznego w obszarze ustno-twarzowym koncentrowały się często wyłącznie na stymulacjach manualnych (w tym masażu logopedycznym) oraz mechanicznych wibracjach. W ciągu ostatnich kilku lat stosowanie kinesiotalingu stało się powszechniejsze u pacjentów z dysfunkcją mięśni, w tym z zaburzeniami motoryki jamy ustnej. W wyniku poszczególnych typów aplikacji poprzez stymulację mechanoreceptorów w skórze aktywowana jest propriocepcja. Lepsze poczucie ruchu dzięki zmianom w równowadze międy poszczególnymi grupami mięśni ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie

¹ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalingu w logopedii*.

stawów. Taping zapewnia długotrwałe efekty, ponieważ stymulacja występuje przy każdym ruchu fizycznym obejmującym ruch skóry. Ponadto taśma zwiększa spójność środowiska fizjologicznego. Zmienia się również środowisko chemiczne tkanki – hamowana jest ciągła stymulacja chemoreceptorów w skórze (Akaltun i wsp., 2023).

Naukowcy donoszą również, że kinesiotaping ma istotny wpływ na regulację procesów ślinienia. Badania z randomizacją przeprowadzone wśród tureckich pacjentów z dysfagią na tle mózgowego porażenia dziecięcego pokazały, że ślinienie się, osłabiona sprawność języka, trudności z żuciem, kaszel/dławienie się i odruchy wymiotne/wymioty podczas/po karmieniu, uległy znacznej poprawie po sześciu tygodniach pracy w grupie z zastosowaniem kinesiotapingu w porównaniu z grupą kontrolną (Akaltun, Umay, Altindag, Karaahmet, 2023).

W terapii logopedycznej najskuteczniejsze okazało się dodanie kinesiotapingu do tradycyjnych ćwiczeń oralno-motorycznych. Wspomniane badanie pokazało, że połączenie kinesiotapingu z ćwiczeniami motoryki jamy ustnej jest skuteczniejszą metodą terapii zaburzeń saliwacyjnych u dzieci z MPD niż izolowane ćwiczenia motoryki jamy ustnej. Daje to terapeutom nadzieję, że napotkane w tej sferze trudności mogą być pokonywane szybciej i z lepszymi rezultatami, a także daje podstawy empiryczno-naukowe do stosowania tapingu u wszystkich dzieci z zaburzeniami motoryki jamy ustnej.

STYMULACJA ELEKTRYCZNA TENS/EMS

Stymulacja TENS/EMS – jak podają Wojciech Kasprzak i Tadeusz Mika (1996) – to techniki elektroterapii, które wykorzystują prąd pulsacyjny do stymulacji nerwów i mięśni zgodnie z prawem sformułowanym przez Emila du Bois-Reymonda, zgodnie z którym nie sam prąd powoduje stymulację elektryczną, ale jego intensywność, która zmienia się wystarczająco szybko w czasie. W tego typu stymulacji prąd nie wywołuje skurczu mięśni podczas działania. Skurcz występuje tylko wtedy, gdy prąd jest włączany i wyłączany, ale zmiana natężenia musi być wystarczająco szybka. Gdy prąd oddziałuje na tkankę nerwową i mięśniową, ich pobudliwość ulega zmianie, co czyni go szczególnie skutecznym w leczeniu dysfagii.

W niniejszym studium przypadku leczenie dysfagii wspomagano stymulacją elektryczną przy użyciu prądów TENS i EM¹.

Przeznaczone stymulacja elektryczna TENS (ang. *transcutaneous electrical nerve stimulation*) to metoda leczenia wykorzystująca prąd impulsowy o niskiej częstotliwości do stymulacji przewodnictwa nerwowego. Celem tego typu stymulacji – w omawianym przypadku – jest normalizacja czucia w okolicy ustnej i modulacja czucia w okolicy ustno-twarzowej.

¹ Zob. Sonde i wsp. (2000); Sheppard (2013); Kaye, Brandstater (2003); Glanz (1996); Popovic (2003).

Z kolei stymulacja elektryczna EMS (ang. *electrical muscle stimulation* – nerwowo-mięśniowa stymulacja elektryczna) wzmacnia mięśnie oraz stymuluje krążenie krwi i limfy w organizmie. Stymulacja EMS działa na nerwy ruchowe, stymulując mięśnie do skurczu.

W prezentowanym studium przypadku głównym celem stosowania stymulacji prądami TENS i EMS było wzmocnienie skurczu mięśni zaangażowanych w opracowywanie treści pokarmowej podczas ustnej fazy połykania i w pasaż bolusa w części gardłowo-przełykowej. Praktyka kliniczna pokazuje, że stymulacja elektryczna (ES) pozytywnie wpływa na funkcje połykania, szczególnie u pacjentów z różnymi zaburzeniami neurologicznymi. Potwierdzają to badania tureckich naukowców, których celem była ocena skutków terapii wykorzystującej ES na poziomie sensorycznym w połączeniu z konwencjonalną rehabilitacją dysfagii u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym. Ich uczestnicy zostali losowo przydzieleni do grupy eksperymentalnej (Grupa 1, n = 52), która poddana była przerywanej stymulacji galwanicznej obustronnych mięśni żwaczy przez 5 dni w tygodniu przez 4 tygodnie w połączeniu z konwencjonalną rehabilitacją dysfagii, lub do grupy kontrolnej (Grupa 2, n = 50), którzy otrzymali pozorowaną stymulację w ramach konwencjonalnej rehabilitacji dysfagii. W grupie eksperymentalnej uzyskano istotnie większą poprawę w zakresie funkcji połykania, w tym kontroli saliwacyjnej, zakresu i jakości ruchów języka, funkcji żucia, możliwości spożywania większych ilości pokarmu oraz czasu trwania karmienia w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki te sugerują, że ES na poziomie sensorycznym może być użyteczną i bezpieczną metodą wspomagającą terapię dysfagii w populacji pediatrycznej oraz może znacznie przyczyniać się do poprawy jakości funkcji realizowanych w obrębie jamy ustnej i gardła. Konieczne są dalsze badania w celu określenia długoterminowego wpływu ES na dysfagię, zwłaszcza w przypadku różnych zaburzeń neurologicznych, choćby takich jak MPD (Umay, Gurcay, Ozturk, Akyuz, 2019).

STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka 16-letnia z diagnozą mózgowego porażenia dziecięcego² z towarzyszącą dysfagią ustno-gardłową, przyjęta na terapię w grudniu 2022 roku i pozostająca w terapii neurolokoopedycznej prowadzonej przez Aleksandrę Kaczyńską do chwili obecnej.

W wyniku przeprowadzonej diagnozy medycznej oraz neurologopedycznej – przy użyciu *Dysphagia management staging scale* (DMSS) – stwierdzono: dyzartrię spastyczną z dysfagią fazy ustnej, gardłowej i przełykowej z następującymi objawami:

² Według skali *Gros motor funktion classification system* pacjentka znajduje się na III poziomie funkcjonalnym, co oznacza, że potrafi samodzielnie siadać, ale porusza się z pomocą takich narzędzi jak: kule, podpory. Wymaga wsparcia innych osób.

- pobieranie pokarmu – ruchy powolne, ograniczony zakres, brak płynności w ruchu, obserwowane nieefektywne zbieranie pokarmu z łyżki, utrudnione odgryzanie pokarmów stałych, nieefektywne pobieranie płynów;
- utrzymanie pokarmu w jamie ustnej – pokarm często wypływał z jamy ustnej, występował problem z domknięciem warg, zaburzone były procesy regulacji ślinienia, obserwowano zredukowane ruchy lateralne języka na wszystkich konsystencjach według IDDSI (2024, online);
- transport bolusa pokarmowego – zmniejszona możliwość transportu bolusa pokarmowego na dwóch konsystencjach IDDSI: 6 (pokarmy miękkie podawane w niewielkich porcjach) oraz 7 (pokarm stały oraz pokarm stały do żucia);
- żucie – produkt o konsystencji 7 w klasyfikacji IDDSI nie był dostępny, ponieważ pacjentka nie wykazywała żadnych ruchów żucia i ta konsystencja została wykluczona z diety.

Biorąc pod uwagę to, że pacjentka zmagала się z trudnościami, które dotyczyły przede wszystkim zaburzeń czucia okolicy oralnej oraz związanych z tym trudności motorycznych, podjęto dodatkowo diagnozę z wykorzystaniem narzędzia SOWKUT – *Skali Oceny Wrażliwości Kompleksu Ustno-Twarzowego* autorstwa Marty Wiśniewskiej oraz autorki niniejszego rozdziału (2022).

Wyniki pierwszego pomiaru (przed rozpoczęciem terapii) w *Podskali II – Funkcje oralne, anatomia i fizjologia aparatu artykulacyjnego* odnotowano, że pacjentka:

- miała problemy z połykaniem pokarmów stałych, krztusiła się, pobierała nieadekwatne ilości pokarmu i przetrzymywała pokarm w jamie ustnej,
- miała problemy z gryzieniem, żuciem,
- dławiła się/krztusiła podczas spożywania posiłków o konsystencji grudkowatej lub twardej bądź połykała niepogryziony pokarm w całości,
- wypycha/wypływa pokarm z ust, ale tylko o konsystencji stałej,
- nadmiernie się śliniła,
- podczas snu oddychała przez usta, nie domykała warg, prezentowała nieprawidłowe pozycje spoczynkowe żuchwy, warg, języka.

Na podstawie przeprowadzonej obserwacji, diagnozy neurologopedycznej, analizy dokumentacji medycznej oraz pogłębionego wywiadu z rodzicami ustalono plan działań terapeutycznych, który obejmował:

- systematyczną terapię neurologopedyczną opartą o manualną terapię dysfagii,
- trening gryzienia, żucia,
- masaż sensoryczny całego ciała,
- masaż logopedyczny z wykorzystaniem wibratorów logopedycznych,
- elektrostymulację obszaru twarzowego,
- kinesiotaping logopedyczny,
- stymulację temperaturą³,

³ Wykorzystano w terapii zimne spreje w celu pobudzania czuciowego i wsparcia praktyki oraz kinestezji obszaru oralnego.

- pobudzanie okolicy ustno-twarzowej z wykorzystaniem koncepcji Juana Brondo (Concepto CNB, 2024, online);
- wibracyjne elementy metody Castillo Moralesa (2024, online).

W związku z zakresem rozdziału przedstawię bliżej zastosowanie stymulacji TENS/EMS oraz aplikacji KT.

W terapii wdrożono elektrostymulację TENS/EMS z wykorzystaniem aparatu ECOSTIM54. Było to 5 cykli elektrostymulacji prądami TENS/EMS zarówno okolicy twarzy, mm. nadgnykowych, mm. podgnykowych, ale także jamy ustnej: mm. własnych języka, podniebienia twardego i miękkiego. Schemat stymulacji przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Strategie pracy aparatem ECOSTIM54

	Rodzaj prądów	Ułożenie elektrod	Częstotliwość impulsu (Hz)	Szerokość impulsu (ms)	Czas terapii
1 cykl	TENS	– nadgnykowo/podgnykowo – elektroda punktowa: język	10	200	15 min 15 min
2 cykl	TENS + EMS	– nadgnykowo/podgnykowo – elektroda punktowa: język EMS (program 49 ⁵)	50 – trening właściwy 20–150–20	250 200–400	15 min 15 min
3 cykl	TENS + EMS + masaż	– nadgnykowo/podgnykowo – elektroda punktowa: język EMS (program 49) – masaż nadgnykowo/podgnykowo	50 – trening właściwy 20–150–20 program 57 ⁶	250 200–400 program 57	15 min 15 min 12 min
4 cykl	Masaż	– masaż nadgnykowo/podgnykowo	program 57	program 57	12 min
5 cykl	Masaż	– masaż nadgnykowo/podgnykowo	program 57	program 57	12 min

Źródło: opracowanie własne

⁴ Zabiegi prowadzone przez autorkę – neurologopedę na podstawie ukończonego kursu *Electrical Stimulation and sEMG Biofeedback in the Treatment of Dysphagia* (1.06.2021r.) oraz licencji udzielonej przez Novatarg Ecostim.

⁵ Parametry programu 49 na aparacie ECO54 – 150 Hz i 400 ms.

⁶ Parametry programu 57 na aparacie ECO54 – 250 Hz i 250 ms.

Elektrostymulację realizowano w trakcie terapii neurologopedycznej, uwzględniającej holistyczne podejście do terapii dysfagii, dlatego włączono oklejenia taśmami kinesiotape. Poniżej przedstawiam trzy zastosowane aplikacje⁷. Każdorazowo przyklejona taśma pozostawała w okolicy orofacialnej przez 12 godzin.

Aplikacja nr 1

Zdjęcie 1. Aplikacja na poprawę pracy mięśnia okrężnego ust



Źródło: własne

Zdjęcie 1. przedstawia aplikację na poprawę aktywności mięśnia okrężnego ust, uwzględniającą wsparcie jego pracy. W związku z tym aplikacją poprowadzona jest zgodnie ze wskazówkami graficznymi – klejenie następuje od linii pośrodkowej warg do kąćków warg z naciąganiem 40%⁸. W tym przypadku kierunek powrotu taśmy, który jest kierunkiem terapeutycznym, wspomaga domknięcie warg, by zwiększyć ich zaangażowanie podczas treningu jedzenia.

Aplikacja nr 2

Zdjęcie 2. Aplikacja na poprawę bezpieczeństwa i funkcjonalności aktu połykania



Źródło: własne

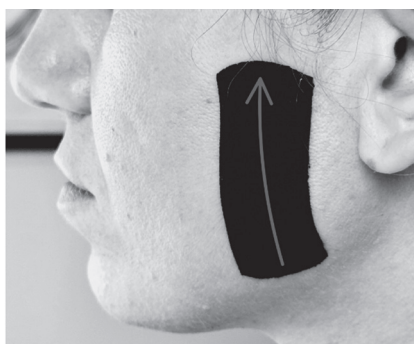
⁷ Opracowane na podstawie Kase, Wallis, Kase (2023) oraz Pijnappel (2012), a także kompetencji własnych na podstawie ukończonego kursu *Curso de Disfunciones del Sistema Cervico-Craneoro-Facial*.

⁸ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalingu w logopedii*, s. 22.

Zdjęcie 2. przedstawia aplikację, która łączy w sobie dwa oklejenia taśmami kinesiotepe. Pierwsza taśma (górna) w swoim kierunku terapeutycznym wspomaga uniesienie kości gnykowej, zabezpieczając drogi oddechowe podczas połykania. W związku z tym klejenie prowadzone jest zgodnie z graficznymi wskazaniem od szczytu żuchwy w linii pośrodkowej aż do kości gnykowej. Naciąg klejenia wynosi około 30%. Druga taśma wspomaga transport pokarmu. Kierunek klejenia: od wcięcia obojczykowego do kości gnykowej w linii pośrodkowej szyi. Naciąg klejenia około 30%.

Aplikacja 3

Zdjęcie 3. Aplikacja na wzmocnienie pracy mięśni żwaczy



Źródło: własne

Zdjęcie 3. ukazuje lewostronną aplikację na przebiegu mięśni żwaczy od łuku jarzmowego do kąta żuchwy z naciąganiem około 50%. Kierunek powrotu taśmy wspomaga pracę mm. żwaczy, a ponadto poprawia pozycję żuchwy, wpływa na usprawnienie gryzienia i żucia.

OCENA EFEKTYWNOŚCI POSTĘPOWANIA

Sześć miesięcy po rozpoczęciu terapii pacjentkę ponownie zbadano wykorzystanymi początkowo narzędziami. Wyniki wykazały poprawę w porównaniu z badaniem początkowym.

W skali DMSS zauważono poprawę w zakresie *kompetencji jedzenia i połykania*:

- pobieranie pokarmu – efektywne zbieranie pokarmu z łyżeczki, wzmocnienie pracy warg, lepsza kontrola oralna;
- utrzymanie pokarmu w jamie ustnej – poprawa pozycji spoczynkowej warg, poprawne domknięcie warg podczas obróbki bolusa pokarmowego; nie zaobserwowano wyciekania treści pokarmowej z jamy ustnej;
- transport bolusa pokarmowego – możliwość transportu bolusa pokarmowego na konsystencjach 6 i 7 z IDDSI;

– żucie – pacjentka zaczęła prezentować ruchy żujące, w związku z czym produkty z grupy 7 IDDSI były stopniowo wdrażane do diety dziecka.

W ocenie SOWKUT poprawa nastąpiła w następujących obszarach *Podskali II – Funkcje oralne, anatomia i fizjologia aparatu artykulacyjnego*:

- sprawniejsze gryzienie i żucie,
- zredukowanie dławienie/krtusiła podczas spożywania posiłków o konsystencji grudkowatej lub stałej,
- poprawa kontroli nabieranej ilości pokarmu do jamy ustnej, większa kontrola oralna,
- regulacja czucia w okolicy oralnej, przyczyniająca się do lepszej kontroli śliny,
- poprawa pozycji spoczynkowej warg, języka i zuchwy,
- skrócenie czasu posiłków.

Pacjentka nadal wykazywała cechy nadwrażliwości w kompleksie ustno-twarzowym, co stanowiło wskazanie do kontynuowania terapii.

PODSUMOWANIE

Terapia dysfagii u pacjentów neurologicznych wymaga szerokiej wiedzy medycznej i znajomości wielu metod terapeutycznych. Tradycyjne wsparcie może okazać się niewystarczające dla szybkiej i skutecznej poprawy aktu połykania. Wdrożenie innowacji w postaci wsparcia klasycznej terapii logopedycznej przez wykorzystanie prądów TENS/EMS wraz z kinesiotalpingiem wpływa na wspomaganie pracy narządów jamy ustnej i mięśni okolicy gardłowo-przełykowej i w ten sposób przekłada się na poprawę przewodnictwa nerwowego i skurczu mięśni podczas jedzenia. Tak zaplanowane postępowanie terapeutyczne okazało się skuteczne w zwiększeniu możliwości funkcjonalnych pacjentki, co odzwierciedla się w jakości jej życia.

Do tej pory wysiłki terapeutów i rodziców w leczeniu dysfagii nie wykorzystywały w pełni połączonych metod, takich jak stymulacja prądem i kinesiotalping. Ich wdrożenie otwiera nowe obszary wsparcia pacjentów z dysfagią, umożliwiając pełniejsze i szybsze osiągnięcie wyników leczenia. Konieczne są jednak dalsze wysiłki badawcze w celu opracowania i wdrożenia standardu opieki z wykorzystaniem stymulacji elektrycznej w leczeniu dysfagii oraz jej kojarzenia z tapingiem.

THE USE OF TENS/EMS ELECTROSTIMULATION AND LOGOPEEDIC KINESIOTAPING IN THERAPY OF DYSPHAGIA IN A 16-YEAR-OLD PATIENT WITH A DIAGNOSIS OF CEREBRAL PALSY

Neurologopedic therapy for patients with dysphagia resulting from Cerebral Palsy poses a significant therapeutic challenge. The complexity of difficulties presented by neurological patients requires continuous expansion of knowledge and practical competencies. This necessitates the adoption of innovative working methods. Combining traditional neurologopedic methods with innovative techniques such as TENS/EMS electrostimulation and speech kinesiotaping in a patient with dysphagia due to Cerebral Palsy has shown very promising therapeutic effects. The 6-month therapy procedure for the patient was based on combining traditional neurologope-

dic therapy methods, such as manual stimulations (including speech massage) and the use of mechanical vibrations, with modern strategies: transcutaneous TENS electrostimulation, EMS muscle contraction stimulation, and support using kinesiotape applications in the area of the orbicularis oris muscle, masseter muscles, suprahyoid, and infrahyoid muscles. Implementing innovations in the form of TENS/EMS electrostimulation combined with speech kinesiotaping proves to be a very effective approach that enhances the functional capabilities of the patient.

KEYWORDS: kinesiotaping, electrostimulation, rehabilitation, speech therapy, dysphagia, therapy, cerebral palsy

BIBLIOGRAFIA:

- Akaltun, M., Umay E., Altindag O., Karaahmet O., 2023, *Effectiveness of kinesiotape and sham kinesiotape application in children with cerebral palsy with dysphagia: a randomized controlled study*, „Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation”, t. 69 (4), s. 434–443.
- Chmielewska J., Jamróz B., 2012, *Badanie videofluoroskopowe – procedura badania z oceną kwestionariuszową*, Warszawa.
- Concepto CNB, 2024, centrobrondo.com/cursos (dostęp: 6.11.2024 r.).
- Glanz M., Klawansky S., Stason W., Berkey C., Chalmers T., 1996, *Functional electrostimulation in poststroke rehabilitation: a meta-analysis of the randomized controlled trials*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, t. 77, s. 549–553.
- IDDSI = *Międzynarodowe standardy konsystencji i tekstur płynów i pokarmów dla pacjentów z dysfagią ustno-gardłową*, <https://iddsi.org>, (dostęp: 6.11.2024 r.).
- Kase K., Wallis J., Kase T., 2003, *Clinical therapeutic applications of the Kinesio Taping*, 2 ed., Dallas.
- Kasprzak W., Mika T., 2013, *Fizykoterapia*, Warszawa.
- Kaye V., Brandstater M., 2023, *Transcutaneous electrical nerve stimulation*, „European Journal of Clinical and Experimental Medicine”, t. 3 (1), https://www.researchgate.net/publication/366594543_Transcutaneous_Electrical_Nerve_Stimulation_TENS_for_the_treatment_of_chronic_LBP (dostęp: 6.11.2024 r.).
- Popovic M.B., Popovic D.B., Sinkjaer T., Stefanovic A., Schwirtlich L., 2003, *Clinical evaluation of functional electrical therapy in acute hemiplegic subjects*, „International Journal of Rehabilitation Research”, t. 40 (5), s. 443–53.
- Sheppard J.J., 2013, *Dysphagia Management Staging Scale (DMSS)*. Sheppard Dysphagia Institute, b.m.
- Sonde L., Kalimo H., Fernaeus S.E., 2000, *Low TENS treatment on post – stroke paretic arm: a three-year follow-up*, „Clinical Rehabilitation”, t. 14 (1), s. 14–19.
- Umay E., Gurcay E., Ozturk E., Akyuz E., 2020, *Is sensory-level electrical stimulation effective in cerebral palsy children with dysphagia? A randomized controlled clinical trial*, „Acta Neurologica Belgica”, t. 120 (5), s. 1097–1105.
- Wiśniewska M., Kaczyńska A., 2022, *Skala oceny wrażliwości kompleksu ustno-twarzowego: 0–3*, Gdańsk.
- Castillo Morales, 2024, www.castillomorales.com.ar/fundacion.php#vision-int-3 (dostęp: 6.11.2024 r.).
- Pijnappel H., Peter C., 2012, *Taping medyczny: podręcznik*, tłum. B. Skalska-Dulińska, b.m.

Sylvia Zasada

Instytut Edukacji Logopedycznej, Lublin

PLASTRY W TERAPII ODDECHOWEJ. METODA ODDECHOWA BUTEJKI

Rozdział omawia zasadność stosowania plastrów (elastycznych lub papierowych) w terapii oddechowej prowadzonej metodą Butejki, odnosząc się do fizjologicznych podstaw oddychania: biochemii i biomechaniki respiracji, a także do jej aspektu psychologicznego. Poczynione tu refleksje oparte zostały na analizie piśmiennictwa, a także na obserwacjach własnych autorki – logopedki jako Międzynarodowego Instruktora Metody Oddechowej Butejki.

*Człowiek współczesny stał się posiadaczem najgorszego
układu oddechowego w całej historii Homo.
W królestwie zwierząt nikt nie oddycha gorzej*

James Nestor, amerykański publicysta

CZYM JEST PROCES ODDYCHANIA

Oddychanie jest jedną z czynności prymarnych, które Danuta Pluta-Wojciechowska definiuje następująco:

czynności prymarne, czyli oddychanie oraz przyjmowanie pokarmów i picia (kształtujące się na bazie motoryki pierwotnej), ale także rozwój (...) innych niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego, takich jak na przykład mimika twarzy, autostymulacja, autobadania, autoeksperymentowanie i autozabawy orofacjalne, odczuwanie doznań płynących z jamy ustnej, konstytuujących wraz z układem nerwowym ruchową bazę mowy w różnym zakresie i wymiarze: w okresie prenatalnym, w okresie postnatalnym (2015, s. 125).

Z opisu tego wynika, że oddychanie jest czynnością wręcz pierwotną: człowiek zaraz po urodzeniu wykonuje pierwszy duży wdech, który powoduje rozwój płuc. Od tego też momentu ośrodki oddechowe układu nerwowego tworzą wzorce

oddychania zewnętrznego¹, dostarczając tym samym organizmowi tlenu niezbędnego do zachodzenia procesów fizjologicznych, których celem jest podtrzymywanie funkcji życiowych człowieka.

BIOCHEMICZNY ASPEKT RESPIRACJI

Biochemia oddychania to wymiana i metabolizm gazów. Obejmuje zużycie tlenu i produkcję dwutlenku węgla. Jak pokazują badania, wymiana gazowa zachodząca podczas oddychania nie polega tylko na pobraniu do płuc tlenu (podczas wdechu) i wyprowadzeniu z organizmu dwutlenku węgla (podczas wydechu). Takie uproszczone rozumienie biochemicznego aspektu oddychania sugerować by mogło – i w przekonaniu społecznym w istocie tak jest – że dwutlenek węgla jest „zły”, a tlen „dobry”². Faktycznie tlen jest niezbędnym składnikiem odżywczym każdej komórki ludzkiego organizmu, ale to „CO₂ decyduje o biodostępności tlenu dla tkanek i komórek” (McKeown, 2022, s. 29). Kiedy stężenie dwutlenku węgla osiągnie określony poziom, z ośrodka oddechowego w pniu mózgu wysyłany jest impuls do mięśni oddechowych, które powodują pobranie powietrza do płuc.

W tym miejscu należy wyjaśnić, dlaczego dwutlenek węgla jest tak istotny. Wyjaśnienie znajduje się w kanonicznej pracy Patricka McKeowna *Zamknij usta. Podręcznik oddychania metodą Butejki* (2016)³. Oto fakty, które przywołuje autor:

1. Tlen jest względnie nierozpuszczalny we krwi.
2. Około 98% tlenu rozprowadza hemoglobina.
3. Poziom dwutlenku węgla w pęcherzykach płucnych/ we krwi ma wpływ na uwolnienie tlenu z hemoglobiny do krwi.
4. Wymagany poziom dwutlenku węgla to 5% (jeżeli nie ma go tyle w organizmie, tlen nie uwalnia się z hemoglobiny do tkanek i narządów).

Tę zależność odkrył w 1904 r. Christian Bohr i od jego nazwiska pochodzi określenie *efekt Bohra* – zachodzi on wtedy, gdy spowalniamy oddech, ponieważ

¹ „W procesie oddychania rozróżnia się tzw. oddychanie wewnętrzne i zewnętrzne: – wewnętrzne oddychanie dotyczy procesów spalania, które dokonują się wewnątrz komórek ustrojowych, – zewnętrzne oddychanie polega na dostarczeniu z atmosfery przez drogi oddechowe tlenu do płuc, a następnie wydaleniu z płuc i dróg oddechowych dwutlenku węgla (choć wymianie podlegają nie tylko te dwa gazy, jak się powszechnie uważa – przypis autorki)” (Pawłowski, 2010, s. 54).

² Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę, że „Dwutlenek węgla (CO₂) jest produktem końcowym utleniania tłuszczów i węglowodanów, które spożywasz. Jest transportowany żyłami do płuc, skąd jego nadmiar jest wydychany. Ciało potrzebuje odpowiedniej ilości dwutlenku węgla we krwi, by móc normalnie funkcjonować i zapewnić prawidłowe dotlenienie mięśni i organów. Jednak jeśli nadmiernie oddychasz, chemoreceptory w mózgu uwrażliwiają się na obecność CO₂, i chcąc pozbyć się jego nadmiaru, stymulują jego wydychanie. Prowadzi to do uruchomienia błędnego koła hiperwentylacji. Dwutlenek węgla stanowi nie tylko uboczny produkt metabolizmu. Jest on także nieodzowny dla całego szeregu istotnych funkcji życiowych i zapobiega wielu chorobom” (McKeown, 2016, s. 23–24).

³ Dalej referuję na tej podstawie.

w organizmie dochodzi do obniżenia pH (odpowiedzialnego za równowagę kwasowo-zasadową w organizmie) i wzrostu poziomu dwutlenku węgla. Proces ten powoduje, że od hemoglobiny odłączane są cząsteczki tlenu i transportowane do tkanek i narządów. W ten sposób organizm dotlenia się, odżywia na poziomie komórkowym.

Nasylenie krwi tlenem u zdrowego człowieka utrzymuje się na poziomie 95–98%. Ciało samo bardzo wydajnie dotlenia krew, co powoduje, że większość wdychanego z zewnątrz tlenu jest niewykorzystana. Czyli, zakładając, że wdychamy 4–6 litrów powietrza na minutę (zdrowa objętość oddechowca), 75% wdychanego tlenu jest za chwilę wydychane. Oszacowano, że nawet podczas zintensyfikowanego wysiłku fizycznego 25% pobieranego tlenu jest wydychane. Paradoks polega na tym, że wdychając więcej, czyli zwiększając objętość oddechowca, nie zwiększymy ilości wdychanego tlenu, jeżeli organizm jest nim nasycony. Doprowadzamy do wręcz odwrotnego zjawiska. Obniżymy poziom CO_2 w płucach, co powoduje ograniczenie transportu tlenu z hemoglobiny do tkanek i narządów, w efekcie czego organizm na poziomie komórkowym może być niedotleniony. Zatem nie chodzi o to, żeby wdychać WIĘCEJ tlenu, ale, żeby UTRZYMAĆ poziom dwutlenku węgla we krwi. Innymi słowy: chodzi o to, żeby w organizmie było więcej tlenu, a nie więcej powietrza, ponieważ w innym przypadku doprowadzamy do hiperwentylacji.

Hiperwentylacja jest nadmiernym oddychaniem, a ściślej: oddychaniem większą ilością powietrza niż potrzebuje organizm człowieka. To hiperwentylacja doprowadza do tego, że do organizmu człowieka wprowadzane jest około 100% tlenu wraz z wdechem, a za chwilę wraz z wydechem wydalone 75%. Oznacza to, że w organizmie zostaje zaledwie 25% tlenu, który ma odżywić wszystkie komórki organizmu, organy i sprawić, aby procesy fizjologiczne zachodziły prawidłowo. Jak łatwo się domyślić, jest to niemożliwe, dlatego, kiedy dotyczy nas hiperwentylacja (jest duże prawdopodobieństwo, że w mniejszym lub większym stopniu doświadczają jej większość Czytelników tego rozdziału), nasze organizmy narażone są na różnego rodzaju problemy zdrowotne, wynikające przede wszystkim z niskiego poziomu dwutlenku węgla w organizmie – hipokapnii. Wśród wielu warto wymienić następujące:

- skurcze serca,
- za wysokie lub zbyt niskie ciśnienie krwi,
- omdlenia z drgawkami,
- astmę,
- chorobę wieńcową,
- nadciśnienie tętnicze,
- padaczkę,
- zawał serca,
- udar mózgu,
- ciągle napięcie,
- drażliwość,

- bezsenność,
- bezpodstawną podejrzliwość,
- strach,
- podwyższony stres,
- napady paniki
- choroby psychiczne.

Wobec tak długiej listy zaburzeń wywołanych hiperwentylacją wynikającą z hipokapnii warto zwrócić uwagę na powszechne czynniki, które ją wywołują. Należą do nich:

- przekonanie, że głębokie oddychanie jest zdrowe,
- stres,
- przejadanie się,
- brak regularnych ćwiczeń,
- nadmiar snu,
- przebywanie w przegrzanych pomieszczeniach,
- skażenie środowiska.

Z kolei do symptomów, które mogą sygnalizować hiperwentylację, zaliczane są:

- oddychanie przez usta,
- głośny oddech w trakcie spoczynku,
- regularne wzdychanie,
- częste pociąganie nosem,
- nierytmiczne oddychanie,
- bezdech,
- duże wdechy podczas rozmów,
- ziewanie z głębokim oddechem,
- oddech klatką piersiową,
- wyraźne, napięte ruchy oddechowe,
- ciężkie oddychanie w nocy,
- wytężone oddychanie (McKeown, 2016, s. 13–14)⁴.

BIOMECHANICZNY ASPEKT RESPIRACJI

Zmiana objętości płuc powoduje ruch powietrza zachodzący podczas wdechu i wydechu. Te z kolei są wywoływane, gdy przepona i ściany klatki piersiowej się poruszają, pod wpływem czego zmienia się ciśnienie w klatce piersiowej. Normalnie, gdy wykonujemy głęboki wdech, przepona powinna się uaktywnić, aby wprowadzić powietrze głęboko – do niskich partii płuc. Natomiast, gdy nasz wdech jest objętościowo duży, ale wykonywany przez usta, powietrze dociera maksymalnie do wysokich partii płuc, które znajdują się w górnej części klatki

⁴ Wymienione tu symptomy obserwuję codziennie u klientów – dzieci, młodzieży i dorosłych – którzy zgłaszają się do mojego gabinetu na: terapię logopedyczną wad wymowy, treningi emisji głosu, terapię miofunkcjonalną oraz treningi oddechowe.

piersiowej. Aby efektywnie wykorzystać możliwości oddechowe przepony, wdechy i wydechy należy wykonywać przez nos.

Przepona oddechowa⁵ jest kluczowym mięśniem oddechowym, ale pełni też inne funkcje. Do najważniejszych należy to, że:

- wspiera: odrzutowanie, wymiotowanie, przełykanie, oddawanie moczu, defekację,
- umożliwia drenaż limfatyczny,
- pomaga w pracy trzewi – zlokalizowanych poniżej przepony,
- aktywność przepony ma znaczenie w utrzymaniu postawy i zmianie pozycji ciała,
- jej aktywność ma wpływ na emocje (jest kontrolowana przez smutek, złość, lęk, niepokój),
- stymuluje nerw błędny,
- bierze udział w chorobie ogólnoustrojowej.

Podczas wdechu przepona się obniża, obniżając ciśnienie w płucach, co powoduje zasysanie do nich powietrza, jednocześnie, wytwarzając dodatnie ciśnienie w jamie brzusznej, zwiększając kontrolę i stabilność postawy. Przepona podtrzymuje przód kręgosłupa i miednicę. A ponieważ istnieje też odwrotna zależność, to prawidłowa postawa może być bodźcem do uzyskania prawidłowego oddechu. Oddychanie angażujące przeponę jest rekomendowane jako najzdrowsze dla organizmu, ponieważ:

- spowalnia oddychanie,
- uspokaja umysł,
- wprowadza powietrze do głębokich partii płuc,
- poprawia wymianę gazową,
- wspiera funkcjonalne oddychanie, przekładające się na motorykę funkcjonalną,
- wytwarza ciśnienie wewnątrzbrzuszne, które stabilizuje kręgosłup, wpływając tym samym na prawidłową postawę ciała (McKeown, 2022, s. 33).

PSYCHOLOGIA ODDYCHANIA

Dlaczego tak wielu ludzi ma trudności z oddychaniem głęboko, pełną piersią? Odpowiedź brzmi: ponieważ oddychanie pobudza uczucia, a tego właśnie ludzie się boją. Boją się poczuć smutek, złość i lęk. Jako dzieci wstrzymywali oddech, żeby przestać płakać; prostowali plecy i usztywniali klatkę piersiową, żeby powstrzymać złość; zaciskali gardło, żeby nie wydostał się z nich krzyk. Skutkiem każdego z tych działań jest ograniczenie i osłabienie oddychania. Teraz jako dorośli, takie osoby ograniczają

⁵ Publikacje medyczne i fizjoterapeutyczne wymieniają osiem przepon, które znajdują się w ludzkim ciele, dlatego istotne jest używanie precyzyjnej nomenklatury. Do ośmiu przepon należą: powięź podeszwowa, przepona kolana (powięź podkolanowa, więzadła krzyżowe i więzadło poprzeczne kolana), przepona miednicy, przepona oddechowa, otwór klatki piersiowej (powięź szyjna przednia, mięśnie podobojczykowe, więzadła żebrowo-krucze i żebrowo-mostkowe), trójkąt podpotyliczny, namiot mózdku, przepona siodła tureckiego.

oddychanie, żeby uczucia nie wydostały się na powierzchnię. Tak oto niezdolność do prawidłowego oddychania przeradza się w największą przeszkodę w odzyskaniu zdrowia emocjonalnego (Lowen, Lowen, 2020, s. 89).

Te słowa amerykańskiego psychiatry i psychoterapeuty Aleksandra Lowena, twórcy bioenergetyki, prezentują jego stanowisko dotyczące emocji z przeszłości, które zostały zapisane w ciele i rzutują na proces oddychania w późniejszych fazach rozwoju człowieka. Lowen, w licznych publikacjach, wielokrotnie podkreślał, że pierwsze, czego powinien nauczyć się klient w gabinecie psychoterapeuty, to oddychanie i wibracje ciała. To jedno z podstawowych założeń bioenergetyki – popularnego dziś nurtu psychoterapii stworzonej przez Lowena.

Z perspektywy logopedycznej jest to istotna koncepcja, ponieważ, w swoich rozważaniach Lowen zwracał uwagę na to, że oddychanie wiąże się z głosem, co potwierdzają ustalenia fizjologiczno-anatomiczne. Warunkiem koniecznym do wydania dźwięku, fonacji jest przepływ powietrza przez krtań. Im dłuższy dźwięk wydajemy, tym oddech powinien być pełniejszy, mniej ograniczony. Lowen pisał o tym, że wiele osób ma kłopot z wydawaniem głośnego dźwięku. Psychiatra twierdził, że przyczyną oporu mogą być przekonania wyniesione z domu, że „dzieci i ryby głosu nie mają” oraz stłamszenie w sobie potrzeby płaczu i krzyku⁶, gdyż te zachowania spotkały się z dezaprobatą ich rodziców lub innych opiekunów, bliskich osób. Tłumienie takich dźwięków prowadzi do poważnego ściśnięcia gardła, co z kolei znacząco ogranicza oddychanie. Dlatego też uczestnicy terapii bioenergetycznej czy warsztatów lowenowskich często są zapraszani do ćwiczeń polegających na wydawaniu okrzyków lub ciągłych dźwięków podczas wykonywania ćwiczeń lub po prostu podczas oddychania⁷. Czysty dźwięk, który rezonuje w ciele, wywołuje wibrację analogiczną do tej, która zostaje wzbudzona w mięśniach (zob. Lowen, 2022, s. 36–37). Ponadto, Lowen podkreślał, że „Przy pracy bioenergetycznej obowiązują dwa dalsze zalecenia. Nie wstrzymuj oddechu. Pozwól sobie oddychać. Nie chcemy, żebyś zmuszał się do oddychania, ale ważne jest, żebyś uświadomił sobie, kiedy się od tego powstrzymujesz. Jeśli poczujesz, że wstrzymujesz oddech, westchnij głęboko” (tamże, s. 37).

Badacze dowiedli, że dzięki prawidłowemu – naturalnemu – oddychaniu presja życia codziennego staje się łagodniejsza. Stwierdzili to, analizując kontemplacyjne praktyki oddechowe, zależności pomiędzy oddechem a reakcją pierwotną „walcz albo uciekaj”, wpływ oddechu na procesy poznawcze oraz oddziaływanie interakcji społecznych na układ oddechowy, a także na samopoczucie fizyczne i psychiczne

⁶ Już Leon Kaczmarek w latach 60. ubiegłego wieku w swojej publikacji popularno-naukowej *Nasze dziecko uczy się mowy* (1966) pisał, że pierwszym dźwiękiem, który jest istotny również z punktu widzenia dalszej ontogenezy mowy, jest pierwszy krzyk wydawany przez noworodka tuż po urodzeniu. A jak wiemy tuż przed pierwszym krzykiem pojawia się pierwszy oddech – o tym wyżej.

⁷ Ćwiczenia wykonywane podczas sesji terapii lowenowskich są ćwiczeniami fizycznymi ogólnorozwojowymi, które każdy uczestnik wykonuje w poczuciu komfortu własnego. Zatem są to ćwiczenia dostępne dla szerokiego grona odbiorców.

człowieka. Z badań wyłania się jednoznaczny wniosek, że oddech ma znaczący wpływ na stan psychiczny człowieka, ale też psychiczne samopoczucie wpływa na sposób oddychania (McKeown, 2022, s. 33–34).

METODA ODDECHOWA BUTEJKI (MOB)

Powyższe rozważania na temat procesu respiracji pokazują, że sposób, w jaki oddycha człowiek, wymaga szczególnej troski, gdyż oddychanie jest konstytutywne dla innych procesów fizjologicznych, emocjonalnych i intelektualnych, a także dla procesu głosotwórczego – ilustruje to poniższa piramida.

Ryc. 1. Piramida oddechowa – autorska koncepcja



Źródło: S. Zasada, *Piramida oddechowa* (online)

Jedną z metod, która przychodzi z pomocą w skontaktowaniu się z naturalnym oddechem oraz w poprawie jakości oddychania, a tym samym wydolności organizmu i komfortu życia, jest Metoda Oddechowa Butejki⁸.

Jest to metoda opracowana przez Konstantyna Butejkę, rosyjskiego lekarza, który pracował z astmatykami. W przebiegu swojej pracy zawodowej zdecydował się na dość kontrowersyjną tezę: „Głośne i głębokie oddychanie astmatyka zawsze było uważane za efekt choroby. Nikt nie mógł nawet podejrzewać, że »głęboki oddech«⁹ jest przyczyną astmy oskrzelowej, a zwiększona głębokość oddechu

⁸ Zob. The Butteyko Method (2024, online).

⁹ Tu „głęboki” należy rozumieć jako „wysiłkowy”, „wytężony”, „całym ciałem”, ale nie wprowadzany do niskich partii płuc. Jest to ważne rozróżnienie z uwagi na fakt, że obecnie uczy się oddechu Metodą Oddechową Butejki, który ma być: S (*slow*) – powolny, L (*light*) – delikatny i D (*deep*) – głęboki, czyli wprowadzany do niskich partii płuc podczas wdechu

może prowokować pojawienie się objawów choroby” (McKeown, 2016, s. 3). Diagnostując osoby chore na astmę, Butejko wysnuł wniosek, że są to ludzie, którzy najprawdopodobniej przez nieprawidłowy sposób oddychania, a głównie przez hiperwentylację, dorowadzili u siebie do astmy. Podobne obserwacje dotyczyły chorób takich jak: nadciśnienie tętnicze, migreny, inne choroby układu oddechowego. Butejko już jako student zaobserwował, że istnieje zależność pomiędzy stanami chorobowymi, a częstością oddychania pacjentów. Im stan pacjenta był poważniejszy, tym ciężiej oddychał.

Choroba, z którą zmagał się sam Butejko i jego determinacja, aby przeżyć więcej niż kilka miesięcy – jak rokowali leczący go specjaliści – skłoniły młodego lekarza do własnych eksperymentów, by poprawić stan zdrowia. Gdy skutki nadciśnienia tętniczego mocno pogorszyły stan jego zdrowia, zaczął obserwować swój sposób oddychania, co ostatecznie doprowadziło do powstania metody Butejki – informacje o tym można znaleźć w najpowszechniejszym dziś źródle wiedzy, jakim jest *Wikipedia*, w której czytamy:

Butejko wpadł wówczas na pomysł, że być może to nie choroba jest przyczyną problemów z oddychaniem, ale to ciężki oddech i hiperwentylacja wywołują chorobę, więc możliwa jest poprawa stanu zdrowia poprzez świadomą i celową kontrolę oddechu. Interesował się również jogą i znał techniki oddechowe praktykowane w tej sztuce. Zaczął ją wykorzystywać, aby spłycić swój własny oddech. W ciągu kilkunastu minut poczuł, że jego symptomy chorobowe takie jak ból głowy, ból w okolicy serca, bóle nerek i mięśni zniknęły. W ten oto sposób sam wyleczył się z nadciśnienia i stworzył podwaliny metody Butejki (online).

Na przestrzeni lat opublikowano wiele badań potwierdzających korzystny wpływ stosowania metody Butejki na zmniejszanie i kontrolowanie objawów astmy – literatura zebrana została na stronie *The Butteyko Method* (2024, online).

Z czasem okazało się, że w terapii ukierunkowanej na redukcję oddechu pomocne są akcesoria takie jak: pas Butejki, stymulatory do nozdrzy, plastry *MyoTape*¹⁰.

PLASTER W METODZIE ODDECHOWEJ BUTEJKI

Z uwagi na tematykę monografii, skupimy się na plastrze *MyoTape*, jego zamiennikach, sposobie działania i zasadności stosowania.

Plaster został zaprojektowany przez Patricka McKeowna, założyciela *Butteyko Clinic International*, który przez lata zmagał się z astmą i zaburzeniami snu¹¹.

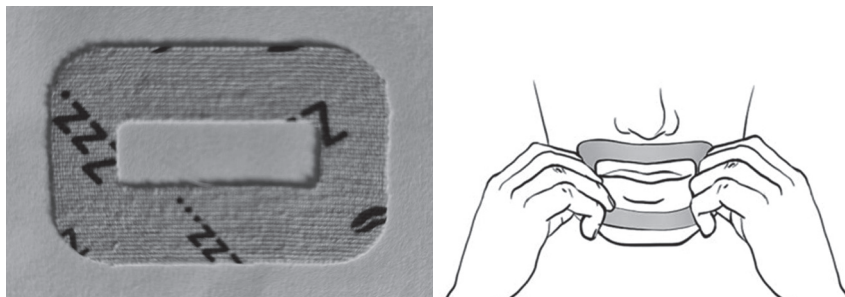
i wyprowadzany stamtąd podczas wydechu, a cały proces oddychania ma zachodzić przez nos i musi w nim uczestniczyć przepona.

¹⁰ Zob. *MyoTape* (2024, online).

¹¹ Warto wspomnieć, że *Butteyko Institute* przeprowadził ankietę wśród 11 000 osób, które uczyły się tam metody Butejki. Wyniki pokazały, że po szkoleniu oddechowym ponad 95% osób z bezdechem sennym odczuło poprawę snu; około 80% mogło zaprzestać używania aparatu

W poszukiwaniu remedium na swoje przypadłości, McKeown udał się do Moskwy, gdzie uczył się u dra Butejki i w 2022 roku otrzymał od niego akredytację, na mocy której rozpowszechnia jego metodę na całym świecie¹².

Ryc. 2, 3. Plaster MyoTape oraz sposób jego aplikacji



Źródło: MyoTape (2024, online)

Plaster umieszcza się wokół warg i jego zadaniem jest wywołanie impulsu do zamknięcia ust, jeśli się one otworzą. Z moich obserwacji wynika¹³, że plaster dzięki elastycznemu napięciu pozwala klientowi na uświadomienie sobie, że w danym momencie otwiera usta, a to sprawia, że w tej samej chwili klient jest w stanie świadomie nie dopuścić do otwarcia warg. To bardzo istotne informacje z perspektywy kontrowersji, które powstały wokół „zaklejania ust” traktowanego jako moda rozpowszechniana w mediach społecznościowych, gdzie przedstawia się czynność tę bez teoretycznych podstaw, podczas gdy są one doskonale znane certyfikowanym instruktorom (zob. Tatara, 2022) oraz wykorzystywane w profesjonalnym sporcie, na przykład przez Ięgę Świątek (Osipiuk-Sienkiewicz, 2023).

Jednym z pytań zawartych we wstępnym kwestionariuszu diagnostycznym, którym posługuje się instruktor MOB, jest to dotyczące oddychania przez usta we śnie. Często klienci nie wiedzą, czy ich usta są zamknięte, czy otwarte w czasie snu. Zadając pytania pomocnicze, można z dużą dozą pewności stwierdzić, że klient śpi z otwartymi ustami, kiedy po przebudzeniu czuje suchość w jamie ustnej¹⁴, ale także, gdy rano czuje wyschnięte usta. Warto zaznaczyć, że u osób oddychających przez usta częściej niż u osób oddychających przez nos występują choroby dziąseł, nieprzyjemny zapach z ust i próchnica zębów (McKeown, 2022,

CPAP lub aparatów ustnych; u większości osób zmniejszyły się objawy takie jak: chrapanie, bóle głowy, zespół niespokojnych nóg czy niski poziom koncentracji (Birch, 2012).

¹² Zob. Butejko Clinic International (2024, online).

¹³ Autorka artykułu odbyła kurs instruktorski Metody Oddechowej Butejki w maju 2020 r. prowadzony przez Patricka McKeowna z tłumaczeniem Anny Ryczek; praktykowanie pracy metodą oddechową Butejki oraz zdanie egzaminu spowodowało, że autorka została wpisana na listę międzynarodowych instruktorów Butejko Clinic International.

¹⁴ Niekiedy klienci zgłaszają suchość odczuwalną w jamie ustnej i gardłowej.

s. 188). Dlatego, znając stan zdrowia jamy ustnej klienta i wiedząc o przypadłości suchych ust lub suchości w jamie ustnej czy nawet gardłowej, można zasugerować, aby na noc przyklejał sobie wokół ust plaster MyoTape. Jest to doskonały sposób na wyeliminowanie zaburzeń oddychania podczas snu oraz na mobilizowanie organizmu do oddychania nosem przez cały czas.

Doświadczenie z kursu instruktorskiego MOB przekonało mnie, że oddychanie przez usta podczas snu jest powszechniejsze, niż się wydaje. Miałam okazję przekonać się o tym na drodze autopsji, kiedy jako uczestniczka kursu wraz z materiałami merytorycznymi otrzymałam rolkę taśmy papierowej – do samej taśmy jeszcze wrócę – i zostałam poproszona, żeby na noc zaklejać sobie nią usta przez cały czas trwania kursu (5 dni, 4 noce). Najciekawsze odkrycia przyniosła pierwsza noc. Jak większość uczestników byłam przekonana, że śpię z zamkniętymi ustami – okazało się to niezgodne z prawdą. Teraz to empiryczne doznanie instruktora jest doskonałym przykładem, który zachęca wielu klientów do podjęcia wyzwania eksperymentu z plastrem. Część bowiem klientów obawia się, że przyklejenie czegokolwiek wokół ust, czy na usta spowoduje, że się... uduszą. Gdy klient ma obawy, zachęcany jest do tego, aby używać plastra przez 15–20 minut w ciągu dnia w trakcie czynności, które nie wymagają, aby rozmawiał. W przypadku dzieci, czasem rodzice decydują się na wspólne zabawy z plastrem – mając naklejony plaster, razem z dzieckiem grają w gry, oglądają bajki, kolorują.

Przy stosowaniu plastra należy zwrócić uwagę na to, że jeżeli klient ma silny nawyk oddychania przez usta podczas snu, plaster może się odklejać w nocy. Zwykle jednak po kilku próbach otwarcia organizm przypomina sobie naturalną umiejętność oddychania i wtedy usta pozostają zamknięte, a plaster utrzymuje się na nich przez całą noc (McKeown, 2022, s. 188).

Niepokój klientów budzi również przyklejanie plastra, gdy nos nie jest całkowicie drożny. W takiej sytuacji zaleca się wykonywanie ćwiczeń na udrożnienie nozdrzy i uprzedza klienta, że częściowo zatkany nos w połączeniu z przyklejonym na usta plastrem nie spowodują zablokowania dopływu powietrza. Dzieje się tak, ponieważ oddychanie przez nos rozszerza nozdrza.

Dodatkowo, jeżeli klient ma problem z przytykaniem nosa nocą, zaleca się mu stymulatory nozdrzy, które są łatwo dostępne w sklepach internetowych lub w aptekach. Stymulatory stosuje się najczęściej, aby udrożnić nosową część dróg oddechowych zwłaszcza u osób chrapających. Jednak w procesie terapii oddechowej, dzięki wykonywaniu ćwiczeń oddechowych, stosowaniu plastrów, dąży się do całkowitego odetkania nosa i stopniowego odstawienia stymulatorów (tamże). Co najistotniejsze, badania pokazują, że 83,5% badanych, którzy nawykowo oddychają przez usta, podczas próby zastosowania plastra na usta do oceny trudności oddychania przez nos, było w stanie komfortowo oddychać przez nos z zaklejonymi ustami (McKeown, 2022, s.188).

Należy jednak zaznaczyć, że Metoda Oddechowa Butejki nie jest odpowiednia dla dzieci poniżej 5. roku życia i u nich też nie powinno stosować się plastrów. Przeciwwskazaniem do przyklejania plastrów są również: odczuwanie mdłości,

spożywanie alkoholu, bóle brzucha, przy których istnieje ryzyko wymiotów (tamże, s. 189).

Szczegółowy opis wskazań i przeciwwskazań do stosowania plastra oraz dokładne instrukcje, jak go przyklejać i odklejać, a także przykładowe ćwiczenia odetkania nosa znajdują się na stronie internetowej, która prowadzi dystrybucję plastrów MyoTape – www.butejko.pl.

Przeczytamy tam, że „MYOTAPE został stworzony w celu bezpiecznego przywrócenia nosowego toru oddychania, dzięki czemu: zapobiega chrapaniu przez usta, poprawia jakość snu, zwiększa skupienie i redukuje stres, zmniejsza objawy astmy i kataru siennego, poprawia zdrowie zębów, poprawia wydolność oddechową” (Myotape, 2024, online) – a więc pomaga poradzić sobie z wieloma objawami, powodowanymi przez oddychanie przez usta prowadzące do hipokapnii, która znalazła się w centrum zainteresowania doktora Butejki.

Wspomniałam już o tym, że plaster ma „elastyczne napięcie”, co wynika z tego – jak wyjaśnia przywoływana storna internetowa – że został wykonany z elastycznej taśmy kineziologicznej, na którą naniesiono produkowany w Japonii hipoalergiczny klej akrylowy. Nakleja się go po rozciągnięciu do 20–30% długości. Ma więc właściwości podobne do plastrów stosowanych w kinesiotalpingu, a sposób aplikacji odpowiada technice mięśniowej stosowanej w tej metodzie¹⁵. Strukturą również przypina tejpę, co pokazuje rycina 2. Można uznać, że plastry do KT po odpowiednim wycięciu mogą zastępować MyoTape.

Inne alternatywy to: taśma papierowa Micropore™ lub paski Lip-Seal Strips. Wszystkie produkty są łatwo dostępne w Internecie, a taśmę papierową można zakupić w aptece. W swojej praktyce też stosuję „zwykły” apteczny plaster włókninowy o szerokości 2,5 cm.

WNIOSKI

Elastyczne plastry mogą być skutecznym wsparciem w terapii oddechowej i pomóc wrócić do naturalnego oddechu, co jest nadrzędnym celem treningów oddechowych, niezależnie od aprobowanych bądź nie metod, technik czy koncepcji. Warto w tym kontekście pamiętać, że

Noworodki oddychają przez nos. Usta mają zamknięte, zresztą i tak nie potrafią przez nie oddychać. Dzieje się tak, dlatego że u ssaków nagłośnia i podniebienie miękkie stykają się ze sobą, blokując tym samym połączenie jamy ustnej z tchawicą. Dzięki temu dziecko jest w stanie jednocześnie oddychać i ssać względnie połykać, co jest istotnym warunkiem procesu karmienia. Zatem przychodzimy na świat jako osoby oddychające przez nos. Oddech noworodka jest spokojny i miękki. Oddycha cicho, ledwo słyszalnie, w rytmie dokładnie przystosowanym do jego potrzeb.

¹⁵ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu w logopedii*, s. 22.

Ta mała istota z każdym oddechem wdycha i wydycha dokładnie taką ilość powietrza, jaka jest jej potrzebna do zapewnienia optymalnego metabolizmu. Z każdym wdechem jej brzuszek wypina się lekko w przód, dolne żebra rozchodzą się delikatnie na boki, zaś przy wydechu wypuszcza powietrze przy całkowitym rozluźnieniu – żadnego wstrzymywania, żadnego oporu, tylko delikatne przypływ i odpływ. Oddychaniem zajmuje się sama przepona (Skuban, 2022, s. 48 – 49).

Przywołana literatura oraz własne obserwacje klientów, których na co dzień spotykam w gabinecie, pozwalają sądzić, że zastosowanie plastrów zgodnie z Metodą Oddechową Butejki jest zasadne. Jeżeli uznamy, że plaster (niezależnie od tego, czy jest to wycięta taśma do kinesiotapingu, MyoTape, taśma włókninowa lub paski Lip-Seal Strips) jest rekwizytem, który służy wsparciu terapii, a jego zadaniem jest uświadomienie klientowi, że w danym momencie otwiera usta i spowodowanie, aby tak się nie działo, z powodzeniem możemy wykorzystywać go również w terapii logopedycznej. W tym miejscu ważne jest podkreślenie, że plaster nie służy jako narzędzie usprawniające mięśnie, ale skutecznie może spełnić rolę „sygnalizatora”, kiedy usta będą chciały nawykowo same się otworzyć. W takim celu stosują go również sportowcy¹⁶, ale to temat wykraczający poza ten rozdział.

PATCHES IN RESPIRATORY THERAPY. BUTEYKO BREATHING METHOD

The article presents the validity of using patches in respiratory therapy. The author refers to the physiological basis of breathing: biochemistry and biomechanics of respiration, as well as its psychological aspect. The text is based on the theory of the Buteyko Breathing Method, as well as on the author's own observations as an international instructor of the Buteyko Breathing Method. Patches used in respiratory therapy do not fall within the scope of taping, but they are an effective method supporting the return to the natural way of breathing at rest – through the nose.

KEYWORDS: Buteyko Breathing Method, breathing therapy, speech therapy, plasters in speech therapy, taping

BIBLIOGRAFIA:

Birch M., 2012, *Sleep apnoea and breathing retraining To what extent is the Buteyko Institute Method of breathing retraining effective for sleep apnoea? A survey of Buteyko Institute practitioners' experiences with clients suffering from sleep apnoea*, https://buteyko.info/wp-content/uploads/2017/12/Sleep_Apnoea_and_Breathing_Retraining_Report_May_2012.pdf (dostęp: 24.06.2024 r.).

Buteyko Clinic International, 2024, <https://buteykoclinic.com/pages/about-us> (dostęp: 24.06.2024 r.).

¹⁶ Niedawno Internet obiegło zdjęcie Igi Świątek, na którym tenisistka podczas treningu ma naklejony na usta plaster. Sportowcy, postępując w ten sposób, kontrolują tor oddechowy, aby zwiększyć wydolność organizmu – zob. Osipiuk-Sienkiewicz (2023).

- Kaczmarek L., *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin 1966.
- Lowen A., *Głos ciała. Rola ciała w psychoterapii*, tłum. P. Luboński, Warszawa 2020.
- Lowen A., Lowen L., *Droga do pełni życia. Podręcznik ćwiczeń bioenergetycznych*, tłum. P. Luboński, Warszawa 2022.
- McKeown P., *Terapeutyczny oddech*, tłum. A. Ryczek, J. Lipko, Warszawa 2022.
- McKeown P., *Zamknij usta. Podręcznik oddychania Metodą Butejki*, tłum. A. Ryczek, Warszawa 2016.
- Myotape, 2024, <https://myotape.com> (dostęp: 24.06.2024 r.).
- Osipiuk-Sienkiewicz S., 2023, *Dlaczego Iga Świątek zakleja usta plastrem?*, <https://sofizjo.pl/dlaczego-iga-swiatek-zakleja-usta-plastrem/> (dostęp: 24.06.2024 r.).
- Pawłowski Z., *Podstawy foniatrii dla osób duchownych, aktorów, nauczycieli i prawników*, Warszawa 2010.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Skuban R., *Oddychanie Metodą Butejki*, Białystok 2022.
- Tatara M., 2022, *Zaklejają usta taśmą, by oddychać przez nos. Widzą korzyści, a lekarz alarmuje. „Jeden z najniebezpieczniejszych trendów”*, <https://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci,zaklejaja-usta-tasma--by-oddychac-przez-nos--widza-korzysci--a-lekarz-alarmuje,artykul,26585933.html> (dostęp: 24.06.2024 r.).
- The Butteyko Method, 2024, <https://www.thebuteykomethod.com> (dostęp: 24.06.2024 r.).
- Wikipedia, *Konstantyn Butejko*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Konstantyn_Butejko (dostęp: 24.06.2024 r.).
- Zasada S., 2020, *Piramida oddechowa*, <https://instytutlogopedyczny.pl/blog/304-artykul-piramida-oddechowa.html> (dostęp: 24.06.2024 r.).

PODSUMOWANIE

Diana Saniewska, Ireneusz Hałas

CZY BAĆ SIĘ PLASTROWANIA

Odpowiedzi na tytułowe pytanie udzielamy w dwugłosie specjalistów – fizjoterapeuty i logopedy – dzielących pasję do nauki, która nie jest oderwana od rzeczywistości społecznej. To też unikalny zapis doświadczeń dra Hałasa – praktyka, który od początku współtworzy polskie praktyki kinesiotalpingowe, a także dr Saniewskiej – naukowca, który przekuwa doświadczenie w dyskurs nauki.

Diana Saniewska: Zaczniemy od początku – co stoi za tym, że Ireneusz Hałas został jednym z trzech pierwszych międzynarodowych instruktorów kinesiotalpingu?

Ireneusz Hałas: Moja przygoda z kinesiotalpingiem rozpoczęła się w 2003 roku, kiedy zacząłem pracować z moją pacjentką Panią Hanią Warszawską po operacji guza kąta mostowo-mózdkowego, podczas której nastąpiło porażenie nerwu twarzowego (zgodziła się, żebym opowiadał tę historię, ponieważ była znacząca i dla niej, i dla mnie, a także dla wielu innych pacjentów, którzy trafili pod moją opiekę, jak również pod opiekę terapeutów, którzy poznali historię Pani Hani).

W jej przypadku operacja oraz późniejsza próba reinerwacji z gałązki nerwu podjęzykowego nie przyniosła dobrego efektu, ale przykre konsekwencje. Pacjentka nie została skierowana do okulisty, co spowodowało trwałe uszkodzenie rogówki i konieczność zaszywania powiek. Wtedy nie było strategii pracy z pacjentami z porażeniem nerwu twarzowego oprócz galwanizacji, elektrostymulacji i masażu oraz ćwiczeń. Podszedłem więc do tematu ambicjonalnie, ale też ze zwykłą ludzką życzliwością. Zacząłem szukać różnych sposobów, żeby pomóc tam, gdzie to było jeszcze możliwe, a więc w łagodzeniu innych zaburzeń neurologicznych, a także w kwestii równie ważnej dla jakości życia – a często pomijanej – w poprawie estetyki wyglądu twarzy.

D.S.: Mówisz o czymś fenomenalnym z punktu widzenia pacjenta – o tym, że jakość życia pacjenta nie sprowadza się jedynie do wymiaru fizycznego, bo równorzędny z nim jest wymiar psychiczny – dziś myślę, że jesteśmy tego świadomi bardziej niż dwadzieścia lat temu, ale nadal w systemie opieki zdrowotnej jest to aspekt pomijany, drugorzędny, a nawet traktowany jako fanaberia. Tymczasem w modelu medycyny integracyjnej dobrostan psychiczny jest – mam

wrażenie – dowartościowywany, ponieważ psyche i sama są jednością, wzajemnie na siebie wpływają. Myślę, że ten aspekt integracyjności w sporej mierze decyduje o tym, że kinesiotalping jest tak dobrze przyjmowany przez pacjentów na całym świecie – od tych, którzy leczą się w systemie biomedycznym po tych, którzy całe życie korzystali jedynie z medycyny tradycyjnej. Co działo się dalej w terapii pani Hani?

I.H.: W swoich poszukiwaniach trafiłem w końcu na Siegfrieda Breitenbacha, który sprowadzał plastry Nitto Denko do kinesiotalpingu i organizował szkolenia z tego zakresu w Niemczech. Syn mojej pacjentki w tym czasie sprowadził mi kilka plastrów Kinesio Tex z USA, gdzie były już powszechne, zacząłem sprawdzać możliwości ich stosowania – powiem to z dumą – z wielkim powodzeniem oraz ku ogromnemu zadowoleniu pacjentki. Uzyskaliśmy bowiem symetrię twarzy, która wówczas po operacjach takich jak ta, którą przeszła pani Hania, była nieosiągalna.

D.S.: To był moment, w którym zdecydowałaś, że chcesz o tych plasterach wiedzieć jak najwięcej?

I.H.: Ten niebywały sukces skłonił mnie, by wraz z Tomaszem Senderkiem pojechać do Niemiec, spotkać się z Sigfriedem Breitenbachem i rozpocząć przygodę z kinesiotalpingiem. Od 2004 zaczęliśmy współpracę K-Active i szkolenie, a niebawem dołączył do nas prof. Zbigniew Śliwiński, który zbierał też równoległe doświadczenia z zakresu tapingu w innych krajach podczas konferencji i sympozjów. Złożyły się one na książkę pod jego redakcją – *Dynamiczne plastrowanie podręcznik Kinesiology Taping*. Ogromną zasługą profesora jest znalezienie dla tapingu miejsca w wachlarzu terapii powszechnie dostępnych polskim pacjentom. Przyczyniło się do tego to, że jako praktyk i akademik miał możliwość prowadzenia badań nad wykorzystaniem elastycznych plastrów oraz prezentowania i publikowania ich wyników w kraju i za granicą. Dołączyły do tego także promowane przez niego na różnych uczelniach medycznych prace doktorskie.

W końcu dzięki staraniom profesora kinesiologia taping jako plastrowanie dynamiczne został wpisany do procedur medycznych ICD-9 pod kodem 93.3812. Dla promowania metody w środowisku medycznym i dla pacjentów ma to do dziś ogromne znaczenie.

D.S.: Czas pokazał jednak, że z kinesiotalpingiem było tak, jak z innymi autor-skimi metodami w fizjoterapii.

I.H. Jako pierwsi w Polsce zaczęliśmy intensywnie uczyć się kinesiotalpingu i w 2006 roku uzyskaliśmy tytuły instruktorskie. Spotykaliśmy się na szkoleniach z instruktorami z Japonii oraz z samym Kenzo Kase, którego prof. Śliwiński zaprosił do Zgorzelca. Niedługo sami zaczęliśmy szkolić, a ze względów biznesowo-formalnych szkolenia te odbywały się pod auspicjami K-Active i pod nazwą Kinesiology Taping. To my uczyliśmy wielu dzisiejszych szkoleniowców, którzy z czasem sami zaczęli uczyć. Dziś sieć szkoleń mamy już zdywersyfikowaną i mniej sformalizowaną.

D.S.: Jesteś więc jednym z nielicznych, którzy szkolili się u mistrza – jaki był Kenzo Kase?

I.H.: Dr Kenso Kase był bardzo mocno autentyczny w propagowaniu metody, była w nim pasja i wiedza – to mieszanka o niesamowitym oddziaływaniu na tych, którzy chcą się uczyć. Więcej czasu spędzał z nim dr Tomasz Senderek, ponieważ tłumaczył z angielskiego jego szkolenia. Na podstawie swoich doświadczeń mogę powiedzieć, że dr Kase był osobą potrafiącą połączyć elementy medycyny Wschodu i Zachodu w biznesowym modelu, który jednak nie przesłaniał nigdy pacjenta. Bardzo ciekawie dzielił się swoim doświadczeniem. Za bezcenne uważam to, że miałem okazję uczyć się od twórcy metody.

D.S.: A kiedy według ciebie pojawił się pomysł na wykorzystanie KT w logopedii?

I.H.: Myślę, że wiele lat temu okolica twarzy była pomijana jeśli chodzi o wykorzystanie kinesiotalingu, który stosowano w zasadzie jedynie w porażeniu nerwu twarzowego, ale i to uważane było za nietypowe rozwiązanie, co oczywiście nie sprzyjało jego popularyzacji. Aplikacje też nie zawsze wykonywane były precyzyjnie, zgodnie ze sztuką, czego konsekwencją były niewielkie efekty terapeutyczne. Wynikało to poniekąd z tego, że fizjoterapeuci za mało tego typu aplikacji wykonywali, co łączy się z tym, że pacjenci nie wiedzieli, że taka opcja terapeutyczna jest. Niemniej jednak pierwsze przymiarki do plastrowania twarzy były – właśnie w ramach fizjoterapii. Jednak twarz znajdowała się także w obszarze zainteresowań logopedii, która zaczęła oddalać się od wzorca terapii przed lustrem w stronę pracy z ciałem.

Wiele lat temu, kiedy poznałem ciebie jako pasjonatkę nauki, oczywiście stało się, że plastrowanie trzeba ukierunkować – łącząc doświadczenie fizjoterapeuty i logopedy – tak, by wspomóc warsztat terapeutyczny logopedy w sferze traktu orofacialnego, ale też wspomagania przeponowego toru oddechowego czy poprawy ustawienia głowy. I myślę, że to wspaniale wypracowaliśmy. Dlatego dziękuję ci, Diano, za inspirację.

D.S.: To była też dla mnie fascynująca intelektualnie przygoda, która wpisuje się zresztą w to, jak myślę o nauce jako przestrzeni spotkania, interakcji i poszukiwań, coraz częściej interdyscyplinarnych. Mam jednak świadomość, że takie przekroczenia wymagają czasu, by przekonać do siebie naukowców – inność bywa niepokojąca. W tym kontekście powiedz, jak reagowali pierwsi pacjenci, którym oklejałeś twarz? Jak reagują teraz?

I.H.: Kiedyś to było oczywiście coś nowego. Pacjentki mimo początkowej nieufności reagowały z entuzjazmem, kiedy widziały, że twarz staje się bardziej symetryczna. To pozwalało w pewien sposób zrównoważyć skutki zachorowania.

Teraz więcej niż przypadków klinicznych wymagających interwencji w obrębie twarzy mamy osób zainteresowanych efektem estetycznym – taping w wersji *beauty* wspomaga kolejne dyscypliny: medycynę estetyczną, medycynę anti-aging oraz kosmologię. Bywa to traktowane jako dodatek do innych terapii w gabinecie, ale też – chyba nawet częściej – jest samodzielną usługą określaną jako *face modeling* lub *plastrowanie korekcyjne twarzy*. Pacjentki otrzymują też instruktarz, wskazówki, jak samodzielnie kontynuować modelowanie twarzy w domu, by przeciwdziałać zmarszczkom. Plastry są jednak tylko częścią takich działań – ogromne znaczenie

tutaj mają dieta i nawodnienie (warto wyjaśniać, że plaster lepiej przylega, a zatem lepiej „pracuje” na skórze nawodnionej, a przez to efektywniej spełnia funkcję stymulowania powięzi powierzchownej), a także aktywność ruchowa. W kulturze *wellbeing* to wydaje się oczywiste, ale warto to sobie uzmysławiać.

D.S.: Przypominam sobie, że Kase w jednym z wywiadów opowiadał, że razem z żoną plastrują na noc zewnętrzne okolice oka, by niwelować kurze łapki. Odebrałam to jako bardzo sympatyczne i bardzo autentyczne. Kto właściwie może plastrować?

I.H.: Do oceny pacjenta w zakresie funkcjonalnym jest uprawniony fizjoterapeuta, ponieważ wykonuje zawód medyczny. Plastrowanie dynamiczne (kinesiology taping) – jak wspomnieliśmy – jest procedurą medyczną (93.3812). Dlatego po przeszkoleniu w określonym zakresie uważam, że logopedzi/neurologopedzi mogą plastrować „zawodowo”, by wspomagać prowadzoną przez siebie terapię, ale nie ją zastępować. W ich rękach jest to narzędzie, które ma pomóc w pracy z pacjentami. Byłoby to pewnie bardziej oczywiste, gdyby zawód logopedy był zawodem medycznym. Doświadczenie podpowiada, że w obszarze orofacjalnym warto pracować w zespole fizjoterapeutyczno-logopedycznym. Nie widzę też przeszkód, by aplikacje KT wykonywali przeszkoleni w zakresie adekwatnym do swoich kompetencji przedstawiciele zawodów, które określilibyśmy jako okołomedyczne – terapeuci zajęciowi, terapeuci ręki, ergoterapeuci, może terapeuci pedagogiczni.

D.S.: Co jest potrzebne, żeby plastrowanie było skuteczne?

I.H.: Uważam, że podstawy anatomiczne (mięśnie, nerwy oraz ich funkcje) to podstawa odpowiedniego dobrania techniki aplikacji do danej dysfunkcji. Dlatego szkolenie uważam za obowiązkowe, żeby wiedzieć, jak używać wysokiej jakości plastra i wyćwiczyć pewne nawyki w kontrolowanych warunkach. Co za tym idzie, im to szkolenie jest dłuższe, tym lepiej dla kursanta.

D.S.: To wydaje mi się kluczowe, ponieważ zakres anatomii i fizjologii w kształceniu logopedycznym jest w moim odczuciu dość wąski. Stąd może tak duże zainteresowanie tą tematyką w ofercie szkoleń typu anatomia dla logopedów.

Wspomniałeś o wysokiej jakości plastrach – to też warto podkreślić, ponieważ wybór plastrów różnych marek – nie zawsze dermatologicznie testowanych – mamy dziś ogromny. I one oczywiście urzekają kolorami czy wzorami. Odnoszę jednak wrażenie, że właśnie jakość plastra jest tym, co często decyduje, że nie zawsze uzyskujemy oczekiwane czy porównywalne wyniki tapingu, a niekiedy też zraża pacjentów czy ich opiekunów do stosowania plastrów, jeśli doświadczają przykrych dolegliwości skórnych.

Jak zintensyfikować działanie kinesiotapingu?

I.H.: Bardzo dobrym wsparciem jest terapia orofacjalna i masaże tkanek głębszych w obrębie górnego kwadrantu ciała. Jak wiemy, wiele zaburzeń logopedycznych czy stomatognostycznych wynikać też może z wady postawy i nieprawidłowych napięć w ciele. Dlatego warto szkolić się i w tym zakresie, by pomagać pacjentom poprawiać funkcje w zakresie traktu orofacjalnego albo rozpoznać problem i skierować do innego specjalisty.

D.S.: Jakie błędy najczęściej zauważasz u kursantów? Czego najtrudniej się w plastrowaniu nauczyć?

I.H.: Wszyscy uczymy się na błędach. Oby było ich jak najmniej, ale zwykle przynajmniej na początku nie da się ich uniknąć. Bezwzględnie: jeśli widzimy, że coś nie wyszło, trzeba zdjąć plaster i nakleić poprawnie. W pracy z pacjentami – tak fizjoterapeutycznymi, jak i logopedycznymi – nie można sobie pozwalać na oszczędzanie plastrów ani na oszczędzanie na plastrach, o czym była mowa w innym miejscu. Nie można zapomnieć, że skóra twarzy i szyi jest delikatniejsza, co znaczy, że reakcje alergiczne mogą występować częściej.

Najważniejszą przestrogą dla początkujących jest zwracanie uwagi na odpowiednie rozciągnięcie plastra lub brak rozciągnięcia w zależności od wskazań, jak również na to, że końce plastra zawsze pozostają bez napięcia. Kolejna kwestia to obserwacja efektów *in vivo*, a nie mechaniczne, bezrefleksyjne odtwarzanie wskazówek z kursu. Bywa, że czasem powinniśmy zmniejszyć częstotliwość plastrowania, żeby pacjent funkcjonował bez plastra. Jest to – przypominam – narzędzie, którego trzeba używać z namysłem i wyczuciem, czemu sprzyja oczywiście nabywanie doświadczenia.

D.S.: Dostrzegasz niebezpieczeństwa w powszechnym stosowaniu kinesiotapingu na podstawie dostępnych online instrukcji? Każdy dziś może plastrować siebie, ale też innych, nawet pacjentów.

I.H.: Nie unikniemy komercjalizacji pewnych systemów pracy z pacjentami/klientami np. w kosmetologii, sporcie, fitnessie... Wiadomo, że jeśli chodzi o finanse, są one silnym wabikiem i wiele osób się skusi na łatwe pozyskanie chwytyliwych – aktualnych czy modnych – sposobów pracy. Najważniejsze wydaje mi się zachowanie równowagi między tym, by nie szkodzić i tym, by oferować aktualne, sprawdzone, zgodnie z EMB i EBP metody.

D.S.: Sporo mówi się dziś o holistycznym podejściu do pacjenta, a z drugiej strony pojawia się obarczona zarzutami koncepcja logopedii hybrydowej. Jak to się przekłada na wyniki terapii?

I.H.: Zauważamy, że personel medyczny coraz częściej pozostaje w zakresie swoich dziedzin (lekarze, fizjoterapeuci, logopedzi, itp.), co oczywiście da się wyjaśnić ich szczegółowością i zakresem specjalistycznej, tworzącej je wiedzy, ale też konsekwencjami odpowiedzialności zawodowej. Gdzieś w tym wszystkim brakuje jednak całościowego (holistycznego) spojrzenia na pacjenta, który jest wielowymiarowym człowiekiem, a nie wyizolowaną jednostką chorobową. Holizm wymaga – w moim przekonaniu – poza rzetelną wiedzą, doświadczenia oraz intuicji – dopiero to wszystko razem daje szerokie spojrzenie na problem i świadomość kompetencji, czyli rozpoznania, w którym momencie pacjenta należy skierować do specjalisty, który może wie więcej, patrzy inaczej, proponuje inną opcję terapeutyczną. Trzeba pacjenta wiedzieć jako całość w zakresie metabolicznym, funkcjonalnym, społecznym i psychologicznym, co nie znaczy, że trzeba go samodzielnie prowadzić.

Nie wchodzimy w kompetencje innych specjalistów, ale edukujemy w odniesieniu do diety eliminacyjno-rotacyjnej oraz kontrolowania poziomu witamin

i elektrolitów, wykonywania okresowych badań kontrolnych, wprowadzania nawyku aktywności fizycznej i redukcji dostępu do promieniowania elektromagnetycznego. Organizm, żeby był zdrowy i żeby terapia i była efektywna, potrzebuje wielu czynników, w tym dobrego odżywienia i nawodnienia. Jest to wiedza ogólna – dostępna na różnych poziomach od popularnonaukowego po naukowy – dlatego wszyscy możemy z niej korzystać w ramach swoich kompetencji zawodowych.

D.S.: Gdzie jest dla ciebie granica kompetencji fizjoterapeuty/logopedy pracującego holistycznie i lekarza jako dominującej instancji w procesie terapeutycznym?

I.H.: Wiemy o tym, że pełną kontrolę nad procesem leczenia posiada lekarz prowadzący. Praca zespołowa (zakładamy, że jest to idealny wzorzec do naśladowania w zakresie pomocy pacjentowi) wymaga dzielenia się doświadczeniem w każdej specjalizacji, aby osiągnąć jak najlepszy efekt terapeutyczny u danego pacjenta. Życie oczywiście weryfikuje pewne rzeczy. Ambitni terapeuci chcą jak najlepiej wykonywać swoją pracę i pomagać w szeroki spektrum problemów, ponieważ często jedno wynika z drugiego. Wymaga to szkoleń w różnych dziedzinach, żeby się nieustannie rozwijać, ale też umieć zatrzymać się przed problemem, który nas przerasta. Można ująć to i tak, że trzeba wiedzieć, kiedy zrezygnować z zysków dla dobra pacjenta.

D.S.: To bardzo istotne kwestie: etyka wykonywania zawodu, szacunek wobec wiedzy kolegów „po fachu” – ale nie bezkrytyczny, tylko refleksyjny – i pokora wobec pacjenta. Uważam je za drogowskazy w każdej pracy terapeutycznej – także tej wykorzystującej kinesiotaping.

Podsumujmy. Zgadza się, że mamy dziś podstawy, by nie bać się plastrowania – ani w praktyce, ani w nauce. Miejmy przy tym świadomość, by nie sięgać po narzędzie, którego „nie czujemy”, nie rozumiemy – co oczywiście można zweryfikować w praktyce czy na kursie – a takim narzędziem dla niektórych mogą być plastry.

Białystok–Lublin
maj–listopad 2024

NOTY O AUTORACH

IRENEUSZ HAŁAS, dr n. o k. f. – specjalista fizjoterapii, Międzynarodowy Senior Instruktor K-Active Taping (Kinesiology Taping). Pracę zawodową zaczynał w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie. Współtworzył w tym czasie pierwszy na Lubelszczyźnie oddział rehabilitacji neurologicznej, gdzie usprawniano pacjentów według metod neurofizjologicznych (NDT Bobath) oraz reedukacji nerwowo-mięśniowej (PNF). W latach 2005–2015 współtworzył i kierował Ośrodkiem Rehabilitacji Leczniczej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Lublinie, gdzie wprowadził indywidualną pracę z pacjentem z wykorzystaniem terapii mięśniowo-powięziowej, której skuteczność potwierdził w swojej pracy doktorskiej. Nieprzerwanie od 1997 r. prowadzi prywatną praktykę fizjoterapeutyczną – obecnie IREHAMED Fizjoterapia i Fizjoprofilaktyka. Nieustannie podnosi kwalifikacje, uczestnicząc w szkoleniach międzynarodowych, uzyskując uprawnienia do wykorzystywania metod fizjoterapeutycznych w pracy z pacjentami oraz kwalifikacje do prowadzenia szkoleń. Autor kilkudziesięciu prac naukowych dotyczących zastosowania nowoczesnych metod w zakresie terapii tkanek miękkich (m.in. kinesiotalingu) oraz jakości życia u pacjentów po udarze mózgu. Zaangażowany w pracę społeczną, współpracuje aktywnie ze stowarzyszeniami działającymi dla chorych na stwardnienie rozsiane oraz z chorobą Parkinsona. Od 2005 roku współorganizował cykliczną konferencję naukową Jesienne Dni Fizjoterapii. Angażuje się w organizację i aktywnie uczestniczy w konferencjach naukowych w Polsce i za granicą; od początku związany z Białostockimi Spotkaniami Młodych Logopedów, podczas których referuje i prowadzi szkolenia z kinesiotalingu.
ORCID: 0000-0001-6634-7486 | **E-MAIL:** PTIREHA@GMAIL.COM

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY, dr hab. – profesor Uniwersytetu Gdańskiego i adiunkt Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, pracuje w Instytucie Logopedii UG oraz Katedrze Języka Polskiego i Logopedii UWM. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół problematyki diagnozy i terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną, neurologopedycznych aspektów zaburzeń języka i komunikacji u osób dorosłych po uszkodzeniach mózgu oraz z chorobami otępiennymi, zaburzeń rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami neurologicznymi, w tym uszkodzeniami narządu wzroku, wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju

małego dziecka. Przyczyniła się do popularyzacji nowej subdyscypliny – gerontologopedii, poruszając tę tematykę w wielu swoich publikacjach. Aktywnie pracuje na rzecz środowiska akademickiego, pełniąc funkcję wiceprzewodniczącej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego oraz Oddziału Pomorskiego PTL. Jest członkiem Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy Polskiej Akademii Nauk, a także kilku komitetów redakcyjnych i rad recenzentkich polskich czasopism logopedycznych oraz językoznawczych. Pełni funkcję kierownika Podyplomowych Studiów Neurologopedycznych Uniwersytetu Gdańskiego.

ORCID: 0000-0003-4510-9002 | **E-MAIL:** KATARZYNA.BRAY@UG.EDU.PL

ALEKSANDRA KACZYŃSKA, mgr – neurologopeda, pedagog specjalny, surdopedagog, terapeutka ręki, starszy asystent na Oddziale Gastrologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, diagnostka i terapeutka w zakresie neurologopedii podczas intensywnych turnusów terapeutycznych Centrum Terapeutycznego „Uniquecenter” Warszawa. Terapeutka metod: NDT-Bobath Basic i NDT-Bobath Baby, RCM – by Marianella Pernuzzi (Cordoba, Argentina), CNB – Juan Brondo (Cordoba, Argentina). Odbyla staż w Clinica y Maternidad del Sol na Oddziale Patologii Noworodka (Cordoba, Argentina).

ORCID: 0000-0001-6377-1345 | **E-MAIL:** AKACZYNSKALOGO@GMAIL.COM

DARIUSZ MIKOŁAJEWSKI, dr, prof. UKW – dr inż. dr n. med i n. o zdr. Kierownik Katedry Systemów Inteligentnych i Teleinformatyki na Wydziale Informatyki Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Autor i współautor 12 książek oraz ponad 300 artykułów i rozdziałów w monografiach, 50 wystąpień konferencyjnych, kierownik lub wykonawca w 32 grantach i projektach innowacyjnych oraz 22 tematach badawczych, zdobywca ponad 70 nagród indywidualnych i zespołowych (w tym na Brussel Innova, Concours Lepine, INPEX, iENA, Archimedes, INTARG i innych), współautor 2 patentów i 10 zgłoszeń patentowych. Posiada trzydziestoletnie doświadczenie praktyczne w obszarze planowania, budowy i eksploatacji systemów teleinformatycznych w resorcie Obrony Narodowej oraz w przemyśle. Recenzent i członek komitetów redakcyjnych ponad 20 czasopism naukowych, uczestnik i członek komitetów organizacyjnych ponad 50 konferencji oraz uczestnik ponad 70 eventów promujących naukę. Ekspert/recenzent NCBR, FNP, PARP, OPI PIB, DARR, Polsko-Amerykańskiej Komisji Fulbrighta i Latvian Council of Science. Współpracuje z Laboratorium Neurokognitywnym w Interdyscyplinarnym Centrum Nowoczesnych Technologii UMK w Toruniu, Katedrą Fizjoterapii CM UMK w Bydgoszczy oraz międzynarodową grupą badawczą InterRDoCTor, uczelniami lubelskimi: UMCS, UMLub i KUL oraz Uniwersytetem Śląskim.

ORCID: 0000-0003-4157-2796 | **E-MAIL:** DMIKOŁAJ@UKW.EDU.PL

EMILIA MIKOŁAJEWSKA, dr hab., prof. UMK – zawodowo i naukowo związana z Katedrą Fizjoterapii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu oraz z Laboratorium Neurokognitywnym w Interdyscyplinarnym Cen-

trum Nowoczesnych Technologii UMK w Toruniu, a także z międzynarodowymi grupami badawczymi InterDoCToR i IQ Healthcare. Posiada tytuł zawodowy specjalisty fizjoterapii oraz logopedy. Zajmuje się m.in. traktem ustno-twarzowym w kontekście fizjoterapii stomatologicznej, logopedii oraz kosmetyologii, a także nowoczesnymi technologiami. Praktyk, wykładowca, naukowiec. Autorka i współautorka 23 książek, około 400 artykułów. Członek Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Członek Rady Collegium Medicum, Senator Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Ekspert, recenzent: NCBR, PFRON, Polsko-Amerykańskiej Komisji Fulbrighta, członek komitetów redakcyjnych czasopism naukowych, uczestnik konferencji oraz eventów promujących naukę, laureatka ponad 20 nagród.

ORCID: 0000-0002-2769-3068 | **E-MAIL:** EMILIAM@CM.UMK.PL

STANISŁAW MILEWSKI, dr hab., prof. UG – od 1984 roku związany zawodowo z Uniwersytetem Gdańskim. Krąg jego zainteresowań naukowych dotyczy patologii mowy (przede wszystkim zaburzeń artykulacyjnych), fonetyczno-fonologicznych aspektów rozwoju języka dziecka, lingwistycznych podstaw nauki czytania i pisania, socjolingwistycznych i logopedycznych aspektów komunikowania się osób dorosłych z małymi dziećmi (ang. *child-directed speech*). Jednym z jego największych osiągnięć naukowych jest projekt wydawniczy „Logopedia XXI Wieku”, który obejmuje stworzenie serii monografii naukowych z zakresu najistotniejszych problemów współczesnej logopedii. Jego celem było systematyzowanie wiedzy logopedycznej oraz wskazywanie najnowszych kierunków badań, także w dyscyplinach naukowych wspierających logopedię, które przyczyniają się do lepszego zrozumienia mechanizmów odpowiedzialnych za powstawanie zaburzeń w komunikacji. Dotychczas w ramach wspomnianej serii wydawniczej ukazały się 23 tomy. W ostatnich latach pracował nad koncepcją utworzenia i rozwoju gerontologopedii.

ORCID: 0000-0001-6650-2861 | **E-MAIL:** STANISLAW.MILEWSKI@UG.EDU.PL

EDYTA SAMOJŁO, mgr – absolwentka zdrowia publicznego na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku oraz Studiów Podyplomowych Logopedycznych na Uniwersytecie w Białymstoku. Pracuje w Sekcji Jakości i Warunków Realizacji Umów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku; jest sekretarzem Zespołu ds. Etyki USK oraz Zespołu ds. Badania Satysfakcji Pacjenta i Pracownika. Naukowo zainteresowana socjologią medycyny, choroby i zdrowia. Współautorka monografii *Wiedza pacjentów obciążonych rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA) oraz ich opiekunów na temat choroby* (2019). Od początku związana z Białostockimi Spotkaniami Młodych Logopedów jako referentka i współorganizatorka.

ORCID: 0009-0004-4716-9935 | **E-MAIL:** EDYTA.SAMOJLO@USKWB.PL

DIANA SANIEWSKA, dr – literaturoznawczyni (2015), językoznawczyni (2023), logopedka (2016), badaczka dyskursu medycznego. Adeptka podstawowego (2017) i rozwijającego (2018) szkolenia *Kinesiology Taping – Plastrowanie Dynamiczne – w logopedii* dra Ireneusza Hałasa. Autorka monografii *Choroba i terapia. Świątek*

medycyny wileńskiej w pamiętnikach I połowy XIX wieku (2018) oraz *Dyskurs o afazji: od medycyny do etnolingwistyki* (2024), a także kilkudziesięciu artykułów naukowych; współorganizatorka konferencji i redaktorka cykli pokonferencyjnych *Emocje/Literatura* oraz Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Jako wykładowczyni związana z Wydziałem Filologicznym na Uniwersytecie w Białymstoku: Zakładem Stosowanego Językoznawstwa Polonistycznego oraz Studiami Podyplomowymi Logopedycznymi. Uczy gramatyki opisowej i kultury języka polskiego. Fascynuje ją wszystko, co ludzkie.

ORCID: 0000-0003-4279-0787 | **E-MAIL:** D.SANIEWSKA@UWB.EDU.PL

PATRYCJA SANIEWSKA-GUZOWSKA, dr – przez wiele lat pracowała jako instruktorka terapii zajęciowej w WTZ-ach, obecnie zajmuje się wsparciem studentów ze szczególnymi potrzebami na Uniwersytecie w Białymstoku. Działa charytatywnie w Fundacji Mali Wojownicy. Autorka monografii *Metroseksualizm. Obraz w języku i kulturze* (2017) oraz językoznawczej rozprawy doktorskiej *Warsztaty terapii zajęciowej w językowym obrazie świata osób z niepełnosprawnościami intelektualną* (2023), a także wielu artykułów naukowych. Współorganizatorka cyklu interdyscyplinarnych konferencji *Emocje/Literatura* oraz Białostockich Spotkań Młodych Logopedów.

ORCID: 0000-0003-2796-5825 | **E-MAIL:** P.SANIEWSKA@UWB.EDU.PL

SYLWIA ZASADA, mgr – specjalistka emisji i rehabilitacji głosu, logopedka, terapeutka oddechu, międzynarodowa instruktorka Metody Oddechowej Butejki, terapeutka miofunkcjonalna i Manualnej Terapii Krtani (LMT) wg protokołu J. Liebermana, trenerka autoprezentacji. Miłośniczka języka polskiego w pełnej krasie. Autorka szkoleń: „Wellbreathing. Oddech to podstawa”, „Co w głosie piszczy”, „Oddech dochodzi do głosu” oraz cyklu szkoleń i e-booków „ABC początkującego logopedy” (rotacyzm, seplenienie, mowa bezdźwięczna, kappacyzm, lambdacyzm, tetacyzm). Autorka publikacji naukowych z obszaru językoznawstwa oraz rozwoju mowy. Stworzyła Instytut Edukacji Logopedycznej w Lublinie, który od kilkunastu lat szkoli logopedów w Polsce i na świecie, oferując im wysokiej jakości warsztaty i szkolenia prowadzone przez najwyższej klasy specjalistów. Założyła również Pracownię Głosu i Oddechu – przestrzeń, która służy ludziom do poznawania potencjału własnych głosów i mocy oddechów (również w social mediach – Facebook, You Toubé). Pasjonatka pracy z ciałem, także w nurcie Analizy Bioenergetycznej A. Lowena – elementy metody wykorzystuje w pracy terapeutycznej z głosem i oddechem. Obecnie jest również studentką szkoły psychoterapii w nurcie Analizy Bioenergetycznej Aleksandra Lowena. Współpracuje z uczelniami jako wykładowca oraz prowadzi warsztaty zamknięte dla firm.

E-MAIL: BIURO@SYLWIAZASADA.EDU.PL

Tom niniejszy jest pokłosiem ogólnopolskiej konferencji naukowej, która odbyła się w maju 2024 roku na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu w Białymstoku jako zwieńczenie zainicjowanego w 2017 roku cyklu seminariów Białostockie Spotkania Młodych Logopedów (BSML). Ich rudymmentem było przekonanie, że logopedia i fizjoterapia spotkają się w obszarze zaburzeń mowy, którego emblematem stał się trakt orofacjalny, wymagający w terapii podejścia interdyscyplinarnego oraz takich narzędzi – jednym z nich okazał się kinesiotaling, procedura medyczna numer 93.3812 w klasyfikacji ICD-9, wpisująca się w paradygmaty EBM i EBP. Mamy nadzieję, że ta pierwsza w kraju – wedle naszej wiedzy – monografia poświęcona zagadnieniom kinesiotalingu w logopedii zapoczątkuje naukową refleksję nad plastrowaniem jako narzędziem wspierającym terapię mowy.

Diana Saniewska

Ireneusz Hałas

ISBN 978-83-67209-83-0



9 788367 209830