

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 plastrach 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 wspaniałe 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. Mijamy 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