

# Mobilna Rekreacja Muzyczna - MRM

MRM jest to uporządkowany zbiór ćwiczeń ruchowych, rytmicznych, perkusyjnych, oddechowych, wyobraźni plastycznej, poetyckiej i działań relaksacyjnych stymulowanych różnorodną muzyką. Ćwiczenia nawiązują do rytmów biologicznych człowieka (wolny spokojny oddech, miarowa akcja serca) i codziennych zachowań (ziewanie, przeciąganie się klaskanie w dłonie, oklepywanie ud, krok marszowy).

Ćwiczenia te wytestowane były w działaniach terapeutycznych (w Centralnym Szpitalu Kolejowym, Centrum Zdrowia Dziecka, Domu dla Dzieci Specjalnej Troski w Warszawie - Międzylesiu, Przychodni Odwykowej w Warszawie ul. Pawińskiego i podczas Warsztatów Edukacyjnych w latach 1980 - 1995). Najbardziej uniwersalne ćwiczenia wykorzystano w działaniach profilaktycznych w grupach przedszkolnych, szkolnych (podstawowa, średnia) podczas zajęć lekcyjnych, pozalekcyjnych, w Klubach Młodzieżowych, Osiedlowych, Uniwersytetach III wieku i podczas zajęć rekreacyjnych.

Dobrowolny charakter zajęć sprawia, że pacjent traktuje wizytę w gabinecie muzykoterapii jako formę zabawy muzycznej, „odlot” lub bajkę. W odróżnieniu od programów edukacyjnych, MRM nie jest „sztywnie” zaprogramowana. Akceptacja i aktywność pacjenta, jego umiejętności i pojemność edukacyjna są wyznacznikiem tempa realizacji celów edukacyjno terapeutycznych.

Pacjent nie jest oceniany. Podkreślamy jego nawet minimalny sukces. Działania grupowe indywidualizujemy. Pozwala na to niewielka ilość uczestników (grupy 5 – 12 osobowe). Wczesne ustalenie „kontraktu” umożliwia „demokratyczne” prowadzenie zajęć nawet w grupach pacjentów nadpobudliwych.

## Kryteria uczestniczenia w zajęciach muzykoterapii (MT)

Na zajęcia MT pacjenci kierowani są przez psychologów, pedagogów, i lekarzy danego oddziału z informacjami o stanie zdrowia, problemach emocjonalnych i zachowaniu. Uwagi te ułatwiają ukierunkowanie i intensyfikację w terapii.

Przed zajęciami wyjaśniamy (kadrze i uczestnikom), że na spotkania mogą przychodzić pacjenci mało zdolni muzycznie, nie śpiewający i nie grający na instrumentach muzycznych. Demonstrujemy, że reakcje na bodźce muzyczne możemy wyrazić gestem, mimiką, naturalnymi ruchami perkusyjnymi (klaskanie, tupanie, oklepywanie, mruczenie, nucenie etc.). Chorych niezainteresowanych zachęcamy do jednorazowego uczestnictwa dając im możliwość natychmiastowego opuszczenia zajęć i wyrażenia braku akceptacji. W uczestnictwie w zajęciach nie jest również przeszkodą niesprawność ruchowa. Aktywność chorego, jego zainteresowanie potwierdza wówczas nawet nieznaczny ruch głową, powieką, tułowiem lub zmieniony wyraz twarzy. U pacjentów w stanie ciężkim (przy zachowanej sprawności oddechowej i ustabilizowanym ciśnieniu tętniczym) czasem tylko wodzenie wzrokiem jest jedyną formą uczestnictwa podczas terapii indywidualnej.

## Etapy Mobilnej Rekreacji Muzycznej

- 0 - Zebranie informacji o pacjencie
- I - URUCHOMIENIE
- II - ZRYTMIZOWANIE
- III - ODREAGOWANIE
- IV - UWRAŻLIWIENIE
- V - RELAKSACJA
- VI - AKTYWIZACJA ŁAGODNA
- VII - AKTYWIZACJA DYNAMICZNA
- VIII - ROZMOWA

### URUCHOMIENIE

Po zapoznaniu się z kompleksową informacją na temat pacjenta uruchamiamy grupę akceptując początkową postawę ciała każdego uczestnika zajęć (siedząca zamknięta, leżąca, stojąca). Pierwszym ćwiczeniem uruchamiającym i integrującym grupę jest oddech. Składa się z fazy wdechu przez nos przy zamkniętych ustach (ok. 3 sek.); fazy wydechu (usta otwarte) ok. 4 sek.

Spokojna muzyka (odtwarzana lub improwizowana) ułatwia i pogłębia oddychanie. Podczas kolejnych zajęć oddech modyfikujemy i fabularyzujemy (naśladowanie pływania, skoczka

narciarskiego, gałązek na wietrze itp.). Kontynuacją uruchomienia są małe ruchy dłoni, krążenie barkami i bardzo ostrożnie głową. W celu powiększenia terytorium ruchu zachęcamy do miękkiego poruszania kończynami górnymi „gałązki”, „fale”. Zwracamy uwagę na ograniczenia ruchowe. Muzyka oceniana jako relaksacyjna (R) ułatwia i uprzyjemnia wykonanie ruchu.

## ZRYTMIZOWANIE

Zaczynamy od ćwiczeń stóp. Imitujemy marsz w pozycji siedzącej lub leżącej. Ten sposób poruszania się jest namiastką ruchu. Wzbogacamy go fotografiami leśnej drogi, ścieżki wśród łąk czy nadmorskiej plaży. Muzyka marszowa w tempie 60 – 120 MM (sekundy na minutę) odtwarzana lub improwizowana, stymuluje ruch w różnych tempach, dostosowanych do możliwości chorego. Po kilku lub kilkunastu krokach wykonujemy fabularyzowany oddech, ułatwiony muzyką relaksacyjną (R). Doskonalimy sprawność dłoni, które mogą być naturalnym instrumentem perkusyjnym.

Klaszczemy

1. palce - palce (piano) – naśladując deszczyk, „myszki”,
2. palce - środek dłoni (forte) – wspieramy rytm marszowy,
3. palce – muszelki – muszelki (forte) – oklepujemy uda, łydki z boku. Jest to rodzaj masażu ważny dla pacjentów unieruchomionych.

Pokazujemy różnorodne układy perkusyjne (rytm poloneza, mazurka, kujawiaka, zbójnickiego, walca, oberka, country, rock, techno). Wprowadzamy atmosferę muzycznej zabawy. Współmuzykujemy ze znanymi zespołami, których utwory mamy nagrane na taśmach i płytach. Ćwiczenie to powtarzamy w następnym etapie wykorzystując I.C.O. W pozycji siedzącej lub stojącej koordynujemy ruchy rąk i nóg („stopy idą, dłonie klaszczą”) w rytm muzyki marszowej w tempie wolnym (ok. 60 MM) i umiarkowanym (ok. 90 MM).

Wykorzystujemy aktualne i dawne modne przeboje. Do ruchu dodajemy rytmicznie wypowiedane samogłoski, sylaby, słowa, krótkie zdania, wyliczanki. Powtarzamy rytmiczne motywy w metrum 4/4, ćwiczenie „Echo”. Rytmicznie mruczymy, nucimy. Śpiewamy piosenki marszowe.

## ODREAGOWANIE

W grupach o zmniejszonej aktywności psychoruchowej, ale w dobrym stanie ogólnym, eskalujemy ćwiczenia (przyspieszamy tempo, ruch, akcentujemy rytmicznie, dodajemy ekspresyjną wokalizę – a nawet krzyk). Przykładowo naśladujemy przyspieszający, a potem zwalniający stukot pociągu, imitujemy doping sportowy. Współmuzykujemy ze znanymi zespołami lub improwizujemy rytmicznie na I.C.O. z pomocą fletu, harmonijki ustnej lub instrumentów klawiszowych (na których gra prowadzący zajęcia). Przy oznakach zmęczenia zwalniamy tempo i dynamikę ćwiczeń. Powtarzamy ćwiczenia koordynujące, w umiarkowanym tempie z wyliczankami lub spokojnymi piosenkami.

## UWRAŻLIWIENIE

Następuje po fazie ekspresji wokalnoruchowej uczestników. W pozycji siedzącej lub leżącej przy muzyce poważnej lub elektronicznej naśladujemy ustami dźwięki natury (świergot ptaków, szum wiatru). Muzykujemy z pomocą przedmiotów zaadaptowanych (długopisy, kartki papieru, pudełka) lub I.C.O. Wygrywamy emocje („ptasi bal” – radość, „burza piaskowa” – smutek, „akcja serca” – powaga, „burza z piorunami” – złość). Patrząc na obrazki naśladujemy atmosferę starego lasu, szum wodospadu lub morza. Łączymy muzykowanie z nuceniem i śpiewaniem polskich piosenek ludowych.

Obserwujemy kreatywność uczestników, proponujemy zamianę instrumentów, wymyślamy nowe ćwiczenia. „Malujemy” dźwiękiem, „rysujemy” muzykę. Jest to element wychowania muzyczno-plastycznego. Przebieg zależy od akceptacji pacjenta i pomysłowości prowadzącego. Podczas takiej zabawy dziecko poznaje swoje ciało, jego reakcje na dotyk powierzchniowy i głęboki. Uświadamiamy odbiorcy jego reakcje na delikatne bodźce dźwiękowe, plastyczne i dotykowe. Tempo ćwiczeń zwalniamy, przygotowując pacjenta do relaksu.

## RELAKS

Poprzedzamy symetrycznymi ćwiczeniami izometrycznymi i kilkoma spokojnymi głębokimi

oddechami. Nieznaczne zmęczenie fizyczne ułatwia uzyskanie odprężenia. Włączamy akceptowaną muzykę R (poważną, rozrywkową, elektroniczną, country, jazz etc.).

Każdy uczestnik przyjmuje wygodną dla siebie pozycję ciała (leżąca, na wznak, na boku). W trakcie przekazywania sugestii odpoczynku (nad morzem, polanka w sosnowym lesie, na kwiecistej łące) małym pacjentom pokazujemy odpowiednie fotografie. Demonstrujemy znaczenie słowa cisza. Podczas relaksu nie stawiamy uczestnikom żadnych zadań. Czas trwania odpoczynku wyznacza zachowanie grupy. Przy pierwszych objawach nieakceptacji skracamy czas ekspozycji muzyki i sugestii słownej. Stopniowo, łagodnie uruchamiamy grupę.

## **AKTYWIZACJA ŁAGODNA**

Pionizację ciała zaczynamy od pogłębienia oddechu, poruszania palcami, przeciągania się i wykonania symetrycznych ćwiczeń izometrycznych. Wolno siadamy. Rozciągamy się ponownie, krążenie ramionami, naśladowanie ruszającego się „lasu”. Prosimy o zaklaskanie w dłonie (jest to niewerbalna wypowiedź na temat oceny relaksu). Pytamy o skojarzenia lub wspomnienia pojawiające się podczas odpoczynku. Prosimy o ocenę tej formy relaksu. Uczestnicy wyklaskują swój rytm, wyznaczamy wspólny mianownik tempa i integrujemy grupę wspierając klaskanie i poruszanie się dźwiękiem fletu lub harmonijki. Przy zainteresowaniu wspólnym muzykowaniem znów wykorzystujemy I.C.O. W okresie tym wyrównują się umiejętności uczestników. Indywidualne wyrazy uznania wyrażone przez terapeutę zwiększają poczucie sukcesu szczególnie u tych pacjentów, którzy na początku zajęć zaniżali swoje umiejętności lub ujawniali podwyższony poziom lęku.

## **AKTYWIZACJA DYNAMICZNA**

W sprawnych aktywnych grupach terapeutycznych i grupach profilaktycznych eskalujemy działania zabawowe. Pacjenci demonstrują swe zdolności improwizatorskie, muzyczne, parateatralne i taneczne. Nakłaniamy do ujawniania innych zdolności twórczych. \_

## **ROZMOWA**

Jest to ostatni etap MRM podczas którego pacjenci mogą werbalizować swoje wrażenia z zajęć. Zachęcamy do wypowiedziania uwag krytycznych. Jest to również okazja do powtórzenia ulubionych ćwiczeń (tzw. koncert życzeń) i zademonstrowania nowych pomysłów muzycznych. W tym okresie uczestnicy są zwykle najbardziej aktywni i widać korzystne zmiany w zachowaniu pacjentów wycofanych lub nadpobudliwych. Wydłużający się czas ostatniego etapu jest wskaźnikiem atrakcyjności zajęć dla pacjentów.

### **Kwalifikacje i umiejętności muzykoterapeuty**

Zajęcia MT prowadzone są przez absolwentów studiów dziennych lub podyplomowych wydziałów muzykoterapii, które znajdują się na Akademiach Muzycznych w Łodzi i Wrocławiu. Uczelnie te kształcą jednak niewystarczającą ilość specjalistów w stosunku do potrzeb lecznictwa i pedagogiki specjalnej. Braki te uzupełniane są poprzez szkolenia ukierunkowane, przeznaczone dla pedagogów, pedagogów specjalnych, terapeutów zajęciowych i pracowników socjalnych pracujących w oddziałach szpitali i ośrodków pediatrycznych psychiatrycznych, rehabilitacyjnych, domach pomocy społecznej itp.

Podczas szkoleń najlepsze efekty uzyskują pedagodzy z kilkuletnim doświadczeniem w pracy z grupami, z podstawową wiedzą muzyczną, umiejętnością gry na małych instrumentach muzycznych, z dobrym poczuciem rytmu. Równie ważne są podstawowe wiadomości z zakresu medycyny, psychologii, psychoterapii i pedagogiki specjalnej.

Dużym ułatwieniem w prowadzeniu zajęć (szczególnie MRM) jest otwarta, wspierająca i empatyczna osobowość animatora zajęć profilaktyki i terapii muzycznej.

W Zakładzie Psychologii Klinicznej Instytutu Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka szkolenie podstawowe trwa 15 godzin.

### **Czas i miejsce prowadzenia muzykoterapii**

Czas trwania terapii muzycznej związany jest z długością pobytu dziecka w szpitalu.

1. Przy pobycie tygodniowym pacjenci przychodzą 1 – 2 razy na zajęcia, które w sposób „kaleidoskopowy” pokazują różnorodną atrakcyjność muzyki i sposób wykorzystywania jej w określonym schorzeniu w szpitalu i w domu. Charakter zajęć jest pokazowo-edukacyjny.
2. Przy pobycie kilkutydniowym dziecko uczestniczy 3 – 4 razy w zajęciach. Podczas kolejnych spotkań zacieśnia się kontakt z pacjentem, eskalujemy wymagania edukacyjne, pobudzamy zdolności twórcze i proponujemy indywidualne programy domowej rehabilitacji muzycznej dostosowanej do charakteru schorzenia.

Stopień sprawności dziecka, jego męczliwość i chęć uczestniczenia w seansach terapeutycznych są wyznacznikiem czasu trwania zajęć:

-	dzieci w stanie ogólnym dobrym, otwarte edukacyjnie, przebywające na badaniach kontrolnych uczestniczą w zajęciach ok. 45-minutowych. Równie długie zajęcia prowadzimy z młodzieżą z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym;
-	pacjenci z oddziałów kardiologicznych, pulmonologicznych, neurologicznych i z rehabilitacji ogólnej ok. 20 – 30 minut;
-	rehabilitacja neurologiczna, ortopedyczna ok. 15 – 20 minut;
-	turnusy rodzinne wad wymowy ok. 10 – 20 minut;
-	dzieci po urazach wielonarządowych, po reanimacji, w stanie ogólnym średnim ok. 5 – 10 minut. – w gabinecie muzykoterapii, a 3 – 5 minut – w sali chorych;

### Miejsce prowadzenia zajęć:

1. Przy łóżku chorego unieruchomionego w stanie ogólnym średnim prowadzimy zajęcia indywidualne. Wykorzystujemy małe instrumenty muzyczne – organki, flet, instrumenty perkusyjne oraz magnetofon z kasetą relaksacyjną i aktywizującą. Często wokół chorego zbiera się grupa pacjentów chodzących, którzy wspierają uczestniczą w zajęciach.
2. Świetlica oddziałowa jest dobrym miejscem do prowadzenia zajęć pokazowo-edukacyjnych. Bogaty wystrój plastyczny tego pomieszczenia uzupełnia działania muzyczne, zachęcając do malowania i rysowania muzyki lub wrażeń z nią związanych. Zajęcia prowadzimy w pozycji siedzącej. Sąsiedztwo oddziału zwiększa poczucie bezpieczeństwa i umożliwia uczestnictwo chorym monitorowanym lub w trakcie przetoczeń dożylnych.
3. W Gabinetzie Muzykoterapii prowadzone są zajęcia grupowe i indywidualne dla pacjentów chodzących i poruszających się na wózkach. Jest to pomieszczenie izolowane od hałasu, umożliwiające prowadzenie zajęć we wszystkich typowych pozycjach (materace, krzeselka, obszar swobodnego ruchu).

Na podstawowe wyposażenie gabinetu składa się aparatura odtwarzająco-nagrywająca, małe magnetofony, pianino elektryczne, zestawy perkusyjne Carla Orffa (I.C.O.), instrumenty zrobione przez pacjentów, piłki, zabawki grające.

Na podłożu miękkim (materace) prowadzimy ćwiczenia odciążające, rytmizujące, uwrażliwienie i relaks, a na podłożu twardym – ćwiczenia koordynujące, rytmizujące, odciążanie, taniec i zabawy muzyczne.

Wielkość gabinetu umożliwia prowadzenie zajęć w grupach do 12 osób wraz z opiekunami i rodzicami. „Weneckie lustro” ułatwia obserwację zachowań pacjentów.

### Doświadczenia własne

Mobilna Rekreacja Muzyczna jest jedną z form muzykoterapii aktywnej. Jest to szczególny rodzaj rehabilitacji i psychoterapii doraźnej,

Pozytywne efekty oceniane są słownie na podstawie opinii uczestników zajęć i personelu szpitala, którzy obserwują zachowania pacjentów po zajęciach muzykoterapii. Pacjenci opisując zajęcia

podkreślają: „później czułam się lepiej”, „nie myślałam o chorobie”, „jestem pewniejszy siebie”, „nie wiedziałem, że tyle potrafię”, „było fajnie”.

Z badań kwestionariuszami poziomu lęku wynika, że uczestniczenie w kilku zajęciach obniża u pacjentów poziom lęku i uspokaja. Poprawia samopoczucie i samoocenę. Poprawa stanu fizycznego jest również sumą innych rodzajów terapii. Zwraca uwagę jej znamienność kliniczna ale też różny stopień trwałości zmian.

#### **Efekty doraźne – są zauważalne już w trakcie zajęć.**

Nastroj widocznie ulega poprawie. Twarz dziecka staje się radosna, postawa ciała skorygowana, poszerza się terytorium ruchu, który jest sprawniejszy, bardziej celowy i skoordynowany. Dziecko zwraca uwagę na prawidłowy sposób wystawiania się i pełniejsze wypowiedzi. Pacjent zaczyna cieszyć się swoimi dokonaniem ruchowymi, muzycznymi, plastycznymi, zdobytą wiedzą i umiejętnością zabawy.

Efekty późne – kilkakrotne uczestnictwo w zajęciach wzmacnia efekty doraźne. Pacjent zapamiętuje działania prozdrowotne, które później odruchowo stosuje na dźwięk odpowiedniej muzyki (pogłębienie oddechu, korekta postawy ciała, starannejsza wymowa, prospołeczne zachowania, umiejętność korzystania z muzykowania naturalnego, docenienie wartości odpoczynku, dostosowanie muzyki do czynności, wykorzystanie ekspresji ruchowej do odreagowania ukrytych napięć).

Kilkunastoletnie doświadczenia własne i informacje od terapeutów i pedagogów stosujących tę technikę w różnych placówkach medycznych w kraju (30 ośrodków) wskazują, że MRM jest skutecznym uzupełnieniem prawidłowo prowadzonego leczenia.

Oprócz efektów terapeutycznych MRM spełnia funkcję profilaktyczną (przedszkola, klasy I – III, domy kultury, ośrodki edukacji). Jest to technika pragmatyczna i elastyczna, uwzględniająca możliwości odbiorcy oraz umiejętności terapeuty o różnym poziomie przygotowania. Plastyczność ćwiczeń umożliwia stosowanie zajęć w różnych schorzeniach. Podczas zajęć odbiorca doświadcza i poznaje różnorodne emocje, wyzwolone przez aktywny kontakt z muzyką. Nowe zachowania stymulowane muzyką wyuczone w okresie choroby mogą stać się później jednym z elementów zdrowego stylu życia.

**Lek. med. Maciej Kierył – muzykoterapeuta**  
**Zakład Psychologii Klinicznej IP CZD**  
**Warszawa-Międzylesie**  
**E-mail: [tm-kieryl@waw.pl](mailto:tm-kieryl@waw.pl)**  
**<http://tm-kieryl.hot.pl>**