

Pécsi Tudományegyetem

Művészeti Kar, Általános Orvostudományi Kar

Művészetterápia szak

Zeneterápia specializáció

**Zeneterápiás foglalkozások a Pécsi Gyermekklinika
Neuro-pszichiátriai osztályán**

Készítette:

Kőhalmi Ágnes

Konzulens:

Dr. Fenyvesi Ilona

Klinikai főorvos, gyermekpszichiáter

Tartalomjegyzék

I. Bevezetés – A témaválasztás indoklása.....	2
II. A gyermekpszichiátria mai helyzete Magyarországon.....	4
II. 1. A gyermekpszichiátria magyarországi története.....	4
II. 2. A magyarországi gyermekpszichiátriai ellátórendszer helyzete.....	5
II. 3. Gyermekpszichiátriai kórképek.....	8
II. 4. Terápiás lehetőségek a gyermekpszichiátriában.....	11
III. Zeneterápia a gyermekpszichiátriai betegségek gyógyításában.....	13
III. 1. Zene, mint terápiás eszköz alkalmazása gyermekeknél és serdülőknél.....	13
III. 2. A zeneterapeuta segítő szerepe.....	18
IV. Zeneterápia a Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztályán.....	21
IV. 1. A Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztályának struktúrája.....	21
IV. 2. Zeneterápiás foglalkozások az osztályon.....	22
V. Csoportos zeneterápiás foglalkozások bemutatása.....	27
V. 1. Aktív zeneterápiás csoportos foglalkozás.....	28
V. 2. Kombinált zeneterápiás csoportos foglalkozás.....	35
VI. Összegzés.....	37
VII. Felhasznált irodalom.....	38
VIII. Mellékletek.....	40

I. Előszó – Témaválasztás indoklása

„Hozzon a gyerekeknek mindenki, amit tud:
játékot, zenét, örömet.
De hogy mit fogad el, azt bízunk rá.
Csak az a lelki táplálék válik javára,
amit maga is kíván!”
(Kodály Zoltán)

Kodály Zoltán három mondatban foglalta össze mindazt, amit a gyermekekkel foglalkozó segítő embereknek munkájuk során érdemes lenne szem előtt tartaniuk. A játék és az öröm alapja a gyermeki létnek és a későbbi egészséges személyiségfejlődésnek. Megfigyelhető, hogy a lelki eredetű betegségek száma egyre nagyobb mértékben nő gyermek- és ifjúkorban is, a gyermekpopuláció 10-25 %-ánál írnak le pszichés zavarokat. A gyógyszeres-, és más kezelési formák mellett a művészetterápiás lehetőségek hatásosan elősegíthetnék a gyógyulás folyamatát.

A zeneterápiás segítségnyújtás különböző formái és módszerei egyre (el)ismertebbé válnak ott, ahol az ember testi-lelki gyógyítása áll a középpontban. Magyarországon ez a terület folyamatos alakuláson, fejlődésen megy keresztül. Dolgozatom témáját a Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztályán végzett csoportos zeneterápiás munkám ihlette. Érdeklődésem és segítségnyújtásom középpontjában azok a kamaszkorú gyerekek állnak, akik különféle okból kifolyólag kerülnek erre az osztályra. Mindössze félévnyi tapasztalat áll a hátam mögött, ezeket próbáltam rendszerezni, és formába önteni.

A magyarországi gyermek-, és ifjúságpszichiátria nem tekinthető az egészségügy kiemelt területének, ezért kialakulásának történetét, valamint jelenlegi állapotának leírását fontosnak tartottam dolgozatom első felében. Nem volt célom kifejteni a hazánkban található gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályok terápiás lehetőségeit, azonban tudomásom szerint zeneterápiás segítségnyújtást csak a pécsi osztályon alkalmaznak.

Dolgozatom magvát saját zeneterápiás munkám lehetőségei és korlátai alkotják. Ezek leírásával célom, hogy tájékoztatást adjak a pécsi gyermek- és ifjúságpszichiátriai kórházi osztályon történő zeneterápiás segítségnyújtásom (el)ismertségéről, elfogadottságáról, zeneterapeuta szerepemről és helyzetemről. Természetesen szerettem volna ezeket összehasonlítani más ilyen osztályon dolgozó zeneterapeutákkal, de erre sajnos nem volt lehetőségem.

II. A gyermekpszichiátria mai helyzete Magyarországon

II. 1. A gyermekpszichiátria magyarországi története

Ranschburg Pál (1870-1945) általános és gyógypedagógiai iskolákban tanuló gyermekeken végezte emlékezzel kapcsolatos kutatásait. 1902-ben laboratóriumát áthelyezte az Állami Gyógypedagógiai Intézetbe, ahol megalakult a Gyógypedagógiai Pszichológiai Laboratórium. A Ranschburg nevével fémjelzett iskolához tartozott Révész Margit, Szondi Lipót, Kaufman Irén, Éltes Mátyás, Focher László és Scnell János.

Schnell János 1926-tól, Ranschburg lemondását követően lett a laboratórium vezetője. Érdeklődésének középpontjában a fiatalok lelki fejlődése állt, ezért 1935-ben átalakította az intézetet, mely a Gyermeklélektani Intézet nevet kapta. Ezt 1951-ben a Magyar Tudományos Akadémiához csatolták, 1965-ben profilja is átalakult, azóta a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézeteként működik. Schnell János nevéhez fűződik a Központi Gyermekidegrendező Intézet létrehozása is, amely utóbb Fővárosi Gyermek-Mentalhigiéniai Központ néven élt tovább, és működik ma is.

Az 1930-as évektől több gyermekgyógyász érdeklődése fordult a gyermekkorban jelentkező neuropszichiátriai problémák felé. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. számú Gyermekklinikáján a psychopathiás fejlődéssel és hormonális zavarokkal küszködő gyermekeket külön ambulancián vizsgálták. Ugyanezen helyen a későbbiekben Liebermann Lucy pszichológus és Gegesi Kiss Pál gyermekgyógyász szervezett ambulanciát. 1965-ben megjelent egy könyvük is, melynek címe: Személyiségzavarok a gyermekkorban.

Magyarországon 1950-ben Lóránt Blanka vezetésével alakult meg az első gyermekpszichiátriai osztály az Országos Ideg-és Elmegyógyintézetben. Lóránt Blanka a gyermek-neuropszichiátria kiemelkedő alakja volt, tevékenyen vett részt az új gyermekpszichiátriai generáció képzésében. A gyermekpszichiátria 1961-ben vált önálló területté. 2003-ig a képesítés pszichiátria vagy gyermekgyógyászat szakvizsgát követően külön vizsgához volt kötve, de azóta alapszakvizsgaként is megszerezhető.

Ma a 0-18 éves korosztály pszichés egészségének megóvása, lelki eredetű betegségeiknek diagnosztizálása, gyógyítása, valamint a rászoruló betegek rehabilitációja a legfontosabb feladata a gyermek-és ifjúságpszichiátriának. 2003 óta tekinthető független szakmának Magyarországon, de sajnos még igen kevés az erre szakosodott orvos és intézményi alakulat hazánkban.

II. 2. A magyarországi gyermekpszichiátriai ellátórendszer helyzete

Világszerte megfigyelhető, hogy nő a gyermekkori pszichiátriai megbetegedések száma, és ez tény különösen indokoltá tenné a gyermekpszichiátriai ellátórendszer fejlesztését. A megfelelő működés ma Magyarországon sok akadályba ütközik. Az infrastruktúra fejletlensége, a gyermekpszichiáterek és a paramedikális személyzet hiánya, az alacsony önálló ágyszám a fekvőbeteg-ellátásban, a megszűnő egészségügyi intézmények, a változó és ellentmondásos rendelkezések mind fejlődést gátló tényezők.

„Minden öt gyerekből egynél mentális rendellenesség vagy viselkedési zavar tapasztalható. Szervezeteink felhívják a kormányok figyelmét arra, hogy amennyiben nem találnak megoldást a problémára, a jelenségnek később, amikor ez a generáció a felnőttkorba lép, felmérhetetlen következményei lesznek. Megkülönböztetett fontosságú a tinédzserek állapota, akiknek problémáit a háziorvosok sokszor alábecsülik. A 14-18 éves korosztály halálának 70 százaléka a tinédzserekre jellemző magatartással: a dohányzással, alkohol,- és drogfogyasztással, kockázatkereső magatartással hozható összefüggésbe.”¹

1991-ben országunk ratifikálta a gyermekek jogairól szóló ENSZ egyezményt, 1997-ben pedig törvényt fogadott el a parlament a gyermekek védelméről. Emellett a közoktatási, az egészségügyi, a családjogi, az esélyegyenlőségi, és a szociális törvények, valamint az alkotmány is védi a gyermekeket.

¹WHO és ENSZ Gyermekalap tanulmány, 2002.
www.gyer1.sote.hu/ppt/paszthyb_a_gyermekpszichiatria.ppt

A gyermekpszichiátriai ellátórendszer Magyarországon gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozókból, kórházi osztályokból, nevelési tanácsadókból, családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokból tevődik össze. A nyolcvanas években jöttek létre a szociálisan és mentálisan is veszélyeztetett családok támogatására a családsegítő szolgálatok. Ezek a szervezetek egészségügyi-, szociális és oktatási intézményekkel együttműködve segítenek a családon belüli problémák, konfliktusok megoldásában. Gyermekjóléti szolgálatnak - a családsegítővel ellentétben - minden településen kell lennie. Ezek a szervezetek elsősorban a gyermekek érdekeit tartják a legfontosabbnak, és minden ellátásra szoruló gyermekes családnak kötelesek segíteni. A nevelési tanácsadók korábban pszichoterápiás intézetek voltak, de az utóbbi években leginkább olyan tanulási és magatartási zavarokkal küszködő gyermekekkel foglalkoznak, akik nehezen tudnak az iskola által támasztott követelményeknek megfelelni.

A magyarországi gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók számát az alábbi táblázat mutatja:

Pszichiátriai ifjúsági beteg-gondozás²

Év	Gondozó-intézetek száma	Beteg-forgalom (ezer fő)	Gondozásba vett új beteg
1990	43	173	11 662
1991	42	176	11 966
1992	43	178	12 989
1993	43	166	11 782
1994	42	155	10 870
1995	41	160	9 980
1996	41	162	10 370
1997	38	155	10 519
1998	41	152	9 728
1999	41	158	10 682
2000	39	141	9 585
2001	39	135	8 357
2002	38	139	9 214
2003	36	131	7 370
2004	38	140	7 211
2005	36	197	6 916

² Központi Statisztikai Hivatal 2006-os adatai alapján

Megfigyelhető, hogy 1990-től 2005-ig a gondozó-intézetek száma 17%-al, a felvehető új betegek száma pedig 41%-al csökkent. Ugyanakkor 2005-ben ugrásszerűen megnőtt a beteg-forgalom, melyhez hasonló növekedés nem volt tapasztalható a korábbi években.

A magyarországi gyermekpszichiátriai ambuláns- és fekvőbeteg szakellátás az alábbi táblázat szerint épül fel (2007. februári adatok):

Budapesten:

Járóbeteg szakellátás	Gondozó	Fekvőbeteg szakellátás
8	1	3

Megyék szerinti eloszlásban:

	Megyék	Járóbeteg szakellátás	Gondozó	Fekvőbeteg szakellátás
1	Baranya	3		1*
2	Bács-Kiskun	2		
3	Békés	1		1
4	Borsod-Abaúj-Zemplén	1	1	
5	Csongrád	3	1	1
6	Fejér	1		
7	Győr-Moson-Sopron	3		1*
8	Hajdú-Bihar	2		1
9	Heves	0		
10	Jász-Nagykun-Szolnok	1		
11	Komárom-Esztergom	2	1	
12	Nógrád	2	1	
13	Pest	1		
14	Somogy	1		
15	Szabolcs-Szatmár	0		
16	Tolna	2	1	
17	Vas	1	1	
18	Veszprém	1	1	
19	Zala	1	1	

* későbbiekben utalok az osztályok jellegére

Összesen tehát:

Járóbeteg szakellátás	Gondozó	Fekvőbeteg szakellátás
36	9	8

Az országban jelenleg nyolc kórházban működik gyermekpszichiátriai osztály, vagy részleg. Budapesten az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztálya, az alapítványi keretek között működő Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia és a Semmelweis Egyetem I. számú Gyermekklinikájának Gyermekpszichiátriai Osztálya.

Öt osztály, illetve részleg található vidéken: Debrecenben a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórházának Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztálya, Gyulán a Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórházának Gyermekpszichiátriai részlege, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztálya, Győrött a Petz Aladár Megyei Oktatókórház Gyermekosztályának - még nem akkreditált - gyermekpszichiátriai részlege, valamint a Pécsi Tudományegyetem Gyermekklinikáján szintén egy nem akkreditált neuro-pszichiátriai osztály működik.

Statisztikai adatok szerint hazánkban a gyermekpszichiátria helyzete igen mostoha. Ezen intézmények fejlesztése, korszerűsítése mellett azonban a legfontosabb feladat a gyermekpszichiátriai betegségek korai felismerése és azok megelőzése lenne.

II. 3. Gyermekpszichiátriai kórképek

A gyermekpszichiátria legfontosabb célja, hogy elősegítse az egészséges személyiségfejlődést és megelőzze a felnőttkori pszichés zavarok, devianciák kialakulását. *Magyarországon minden 4-5. gyermek,- és serdülőkorú küzd valamilyen tanulási, magatartási, érzelmi, és egyéb pszichés problémával.* Hazánkban kb. 500-600 ezerre tehető számuk. Helyzetükön - mielőtt egészségügyi, orvosi ellátásra szorulnának - sokat segítene egy olyan pszichoszociális ellátórendszer, amely szorosan együttműködik az oktatási intézményekkel. A gyermekkorban jelentkező pszichés problémák prevenciójában az egyik legalkalmasabb módszer a szülők tájékoztatása, támogatása és tanácsal való ellátása lenne.



www.astra.lit.com

Lényegesnek tartom dolgozatomban leírni azokat a betegség típusokat, amelyek előfordulnak a gyermek- és ifjúságpszichiátriában. Ezeknek a zavaroknak az ismerete nagyon fontos azoknál a gyermekekkel foglalkozó zeneterapeutáknál, akik ilyen területen dolgoznak és nem rendelkeznek orvosi végzettséggel.

Ha nincs megfelelő tudásuk, sem egyedül, sem pedig team - munkában nem tudnak hozzájárulni a gyermek gyógyulásának elősegítéséhez.

A gyermek- és serdülőkorban jelentkező zavarokat az alábbiak szerint lehet felosztani:

Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform zavarok:

- szorongásos zavarok (fóbia, pánik, kényszerbetegség, generalizált szorongás, akut stressz zavar, poszttraumás stressz-zavar)
- szomatiform zavarok
- alkalmazkodási zavarok
- konverziós zavarok
- disszociatív zavarok
- személyiségzavarok

Viselkedési- és érzelmi zavarok:

- szociális szorongásos zavar
- szeparációs szorongás
- fóbiás szorongás
- szociális kapcsolatteremtés zavarai
- testvérféltékenység
- hiperkinetikus tünetzavarok
- tic
- magatartászavarok

Kóros szokások és impulzus-kontroll zavarok:

- kóros szokások
- impulzus-kontroll zavarok (pirománia, kleptománia, kóros játékszenvedély, trichotillománia)

Élettani és testi tünetekkel társuló viselkedészavarok:

- rumináció
- gyarapodási elégtelenség
- evészavarok (anorexia nervosa, bulimia nervosa)

Nem organikus alvászavarok

Pszichoszexuális zavarok

Mentális retardáció

Fejlődészavarok:

- pervazív fejlődészavar
- nyelv- és beszédzavar
- iskolai készségek zavara
- motoros funkciók zavara

A hangulati élet zavarai:

- major depresszió (egyszeri, visszatérő)
- disztímia
- bipoláris zavar
- ciklotímia

Pszichotikus zavarok

A leggyakoribb gyermekkori mentális zavarok közé sorolhatók a depresszió, étkezési zavarok és a szorongásos kórképek (fóbiák, kényszerbetegség, pánikbetegség). Emellett azonban egyre nőnek az önkárosító magatartásformák - az alkohol és drog használata, a dohányzás, az öngyilkosság -, melyek lelki eredetű problémákra vezethetők vissza.

Megfigyelhető a magatartászavarok, a figyelemzavar, a deviáns magatartásformák, a serdülőkori önsértések, öngyilkosságok számának növekedése. Ezeknek a kórképeknek *belső rizikófaktorai* közé soroljuk a nem, temperamentum, szomatikus betegség, specifikus fejlődési zavarok és alacsony intellektus meglétét, amelyek nem befolyásolhatóak. *Külső rizikófaktorok* közé tartozik a családi egység veszélyeztetettsége, a válások magas száma, a család anyagi helyzete, az iskolák egyre nagyobb és magasabb elvárásai, a szülők életformája, nevelő attitűdje. Ezek a tényezők azonban befolyásolhatóak.

II.4. Terápiás lehetőségek a gyermekpszichiátriában

A gyermekpszichiátriai betegségeket jellemzi a gondolkodás, a viselkedés, az érzelmi folyamatok megváltozása, amelyek zavart okoznak a fejlődésben, a szülők és a beteg gyermek mindennapi tevékenységeiben. A gyermek számára legmegfelelőbb kezelés megállapításához a diagnózis létrehozásának több összetevője van. Ezek például:

- a gyermek életútjának nyomon követése a fogamzástól kezdve (anamnézise),
- a család, mint szűk környezet anamnézise,
- fizikális, belszervi vizsgálatok,
- a gyermek viselkedésének, lelki állapotának megfigyelése,
- kapcsolatfelvétel a gyermek környezetével (család, iskola),
- pszichológiai tesztvizsgálatok.

A pszichológiai teszteknek két csoportja van: személyiségtesztek és intelligenciatesztek. A gyermekpszichiátriában a személyiségtesztek közül olyan projektív tesztek alkalmaznak, mint például: CAT (Childrens Apperception Test), Világteszt, Fa-rajz, Alak-rajz, Család-rajz, Elvárásolt család-rajz, Szondi-teszt, Rorschach-teszt. Ezeknek a vizsgálatoknak a segítségével jobban megismerhető a gyermek érzelmi, gondolkodási és viselkedési mintázata.

Az intelligencia- vagy teljesítménytesztek olyan pszichés funkciók mérésére szolgálnak, amelyek produkcióval mérhetők. Magyarországon többek között a HAWIK (Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder), MAWGYI-R (Magyar Wechsler Gyermek Intelligenciateszt revideált változata), Raven (logikai képességmérő-teszt), Bender és Frostig (finommozgást és összerendezettséget mérő vizsgálat) tesztek használják.

A gyermekpszichiátriai kórképek bio-pszicho-szociális, multidimenzionális rendszerben vizsgálhatók és kezelhetők, ennek megfelelően három kóroktani összetevőre vezethetők vissza:

1. biológiai okok (veleszületett, szerzett, genetikai károsodások)
2. pszichológiai okok (adaptív fejlődést gátló, zavaró megküzdő technikák)
3. szociális okok (káros környezeti hatások)

Ezek a felsorolt okok eltérő arányban szerepelhetnek egyes betegségekben indukáló tényezőként, ezért a diagnosztikai elemzésnek mindhárom területre kiterjedőnek kell lennie. A diagnózis felállítása team-munkában történik, melyben gyermekorvos, gyermekpszichiáter, pszichológus és szociális munkás vesz részt. A gyermekpszichiátriában alkalmazott *terápiás lehetőségek* a következők:

1. Farmakoterápia

2. Pszichoterápia

- Pszichoanalitikus terápiák
- Relaxáció, imaginatív terápia, autogén tréning
- Viselkedésterápiák
- Családterápia
- Kognitív terápia
- Csoport-pszichoterápiák
- Hipnoterápia
- Pszichodráma-csoportok

3. Szocioterápia

- Művészetterápia
- Mozgásterápia
- Játékterápia



www.astra.lit.com

III. Zeneterápia a gyermekpszichiátriai betegségek gyógyításában

„Csak kétféleképpen élheted az életed.
Vagy abban hiszel, a világon semmi sem varázslat.
Vagy pedig abban, hogy a világon minden varázslat.”
(Albert Einstein)

A zeneterápiás segítségnyújtás Magyarországon ma még nem annyira elterjedt, mint Európában, vagy a világ más országaiban. A napjainkban zajló egészségügyi reformok sajnos nem segítik elő azt a lehetőséget, hogy minél több kórházi osztályon alkalmazhassák a zeneterápia gyógyulást elősegítő hatását. Pedig a zenének egyfajta összekötő híd funkciója is lehetne a gyermek és a vele dolgozó szakemberek között, hiszen segítségével könnyebben megtalálhatjuk a lélekhez vezető utat.

III. 1. Zene, mint terápiás eszköz a gyermekeknél és a serdülőkorúaknál

Mielőtt a zene terápiás eszközként való felhasználásának lehetőségeiről írnék, lényegesnek tartom a zeneterápia fogalmának meghatározását, ami elég kényes ügy két okból kifolyólag is. *Egyrészt* a különféle pszichológiai elméleteken alapuló zeneterápiákban más és más - a terápia célját, kimenetelét meghatározó - tényezők állnak a középpontban; *másrészt* a zeneterapeuták véleménye is különbözik a fogalom meghatározásáról. Dolgozatomban kétféle definíciót emelnék ki. Az első, véleményem szerint, a gyermekekkel történő zeneterápiás munkára is jellemző:

„A zeneterápia szó gyűjtőfogalom. Gyűjtőfogalma mindazon gyógyító célzatú beavatkozásoknak, amelyek zenei közegben történnek, ahol a zene médium és ahol interperszonális kommunikációval, a kapcsolat hatótényezőinek céltudatos irányításával, pszichológiai eszközök felhasználásával dolgozunk. A zeneterápia elsősorban terápia és nem zene, nem azonos a zenei ismeretterjesztéssel, a szórakozással, a kikapcsolódással és természetesen nem azonos a neveléssel.”³

³ Sasvári Attila: A zene és rehabilitációs alkalmazásának lehetőségei. Rehabilitáció 2001. Szeptember XI/3.

A gyermekekkel történő terápiás munkában szintén nem a zenei nevelés és a zenei tudás átadása a cél, hanem a gyógyulás elősegítése. Ezt pedig elérhetjük azáltal, hogy a zenét eszközként használjuk a személyiség fejlődéséhez, korrekációjához, gyógyításához, valamint a szociális készségek fejlesztéséhez.

A Zeneterápiás Világszövetség nemzetközileg elfogadott meghatározása szerint:

„Zeneterápia során a képzett zeneterapeuta tervezett folyamatban használja a zenét vagy a zenei elemeket (hang, ritmus, dallam, harmónia) annak érdekében, hogy elősegítse a kommunikációt, kapcsolatteremtést, tanulást, önkifejezést, mobilizációt, szervezést, ezek mellett pedig terápiás hatást gyakoroljon fizikai, emocionális, mentális, szociális és kognitív területeken. A zeneterápia célja, hogy az egyén lehetőségeit feltérképezze és/vagy sérült funkcióit helyre állítsa, így jobb intraperszonális, és/vagy interperszonális integrációt tesz lehetővé, a prevenció, rehabilitáció, vagy kezelés következtében a páciens minőségileg jobb életet élhet.”⁴

A 20. századnak köszönhető a zene terápiás eszközként való tudatos alkalmazása. Az ember életében léteznek olyan történések, amelyek szavakkal nem mondhatóak el. A zene a lélek legmélyére hatolva segít kifejezésre juttatni benső érzelmeinket, élettani és pszichés hatásain keresztül képes a preverbális korból származó élményeket felszínre hozni, az önkifejezés egy formájaként elősegítheti az érzelmek felszabadulását. A muzsika lélekre ható erejéhez semmi kétség nem fér.

A zene hatótényezői gyermekeknél és a serdülőkorúaknál:

- általános energetizáló
- emóciókat indukáló
- én-élményt erősít
- általános aktivációs szintet módosító
- regressziót kiváltó
- figyelemelterelő és figyelemkoncentráló
- szorongásoldó, feszültségcsökkentő
- katarzist okozó

⁴ Zeneterápiás Világszövetség Klinikai Gyakorlati Bizottságának döntése alapján. 1996. Hamburg, Zeneterápiás Világkongresszus

A zene által kiváltott testi működés-változások műszerekkel is mérhetőek. A zene azáltal, hogy különféle agyi funkciókra jelentős hatással van, képes befolyásolni a szív-és légzésritmust, hat a vegetatív működésre, létrehozhat perifériás keringés változást, megváltoztathatja az izomtónust, kiválthat nehézség-és hőérzet változást, előidézhethet extázist és relaxált állapotot egyaránt, valamint csökkentheti a fájdalomküszöböt.



www.astra.lit.com

A zene elemi összetevői közé soroljuk a hangot és a ritmust, a belőlük kinövő dallamot, harmóniát, dinamikát. Ezen komponensek egymáshoz való viszonyának folyamatos változása alkotja a zenei folyamatot. Ez pedig a páciens és a terapeuta közötti interakcióban - mint nonverbális kommunikáció - egyfajta eszköz, alapot nyújtva közös munkájukhoz.

A zene terápiás célzatú felhasználása nagyon sokrétű. Alapvetően kétféle zeneterápiás formát különböztetünk meg egymástól: *receptív* és *aktív* zeneterápiát. A receptív (befogadó) terápiának számos típusa létezik (pl. reaktív, induktív, kommunikatív, regulatív, zene által irányított fantáziálás), melyek közös vonása a hangzó zene közvetítő szerepe. A zene hatására érzelmi felszabadulás történhet, múltbeli események kerülhetnek felszínre, elősegítheti a verbális megnyilvánulásokat, valamint pszichoszomatikus feszültségszabályozásra is képes. Az aktív terápia legfőbb formája a hangszeres improvizáció, melyben a hangszerek és a hangok szimbolikus jelentéssel bírnak. A hangszereken kívül maga a páciens is lehet a hangadó forrás (énekhangja és/vagy teste megszólaltatásával). Létezik egy harmadik terápiás forma is, a *kombinált* zeneterápia, amelyben a zene más művészeti ágakkal kombinálható (zene és mozgás, zene és képzőművészet).

A **gyermekpszichiátriai osztályokon** fekvő gyermekeknél és serdülőkorúaknál a zene terápias eszközként való felhasználásában két szempontot kell figyelembe vennie a zeneterapeutának. Az *egyik*: a zenét, módszert és formát mindig ahhoz mérten kell választania, hogy milyen típusú betegséggel küzd páciense. A *másik*: a problémák mellett figyelembe kell vennie az életkori sajátosságokat. Csoportos terápiában alapvető a gyerekek életkor szerinti differenciálása. Ez a terápia kimenetelét és célját illetően fontos, továbbá elkerülhetőek azok a konfliktusok, melyek a gyermekek életkori különbségeiből adódnak.

Receptív, aktív és kombinált zeneterápiában a zenének, mint eszköznek más és más a funkciója. *Receptív terápiában* a kiválasztott zenének kulcsfontosságú szerepe van, hiszen a korosztályok zenei befogadó képessége nagyon eltérő. A terapeutának figyelembe kell vennie a serdülőkorral járó érzelmi, hangulati változásokat, így érdemes olyan zenét választania, amely a kamaszoknak nyújt segítséget. A kisebb gyermekeknél a zenehallgatást érdemes mozgással, vagy festéssel kombinálni, hiszen könnyebb figyelmüket felkelteni, aktivitásukat megmozgatni. Ennél a korosztálynál zenés meséket is alkalmazhat a terapeuta, mert a mesék világa, a szereplőkkel való azonosulás felébreszti a gyermekek fantáziáját. A zene pedig felerősíti a mese személyiségformáló, énerősítő hatását.

Az aktív zeneterápiában a kamaszok bonyolultabb asszociációs képességeiknek köszönhetően a hangszerek, énekhangjuk, és akár testük megszólaltatásával nagyon kifejezők tudnak lenni. A kisebb gyerekeknél is célravezető az aktív zeneterápiás forma alkalmazása, ahol a segítő betekintést kaphat a gyermekek fantáziájának, képzeletének világába. Ezeknek a zenei játékoknak nagyon erős feszültségcsökkentő hatása van. Az improvizációkban a gyermek megjelenítheti, hogyan viszonyul a körülötte levő világhoz, milyen kapcsolata van a benne élő személyekkel, tárgyakkal, vagyis hogyan veszi birtokba saját környezetét.

Az aktív zeneterápiában szerepjátékok eljátszása is lehetséges, amelynek azért van hangsúlyos szerepe a gyermekek életében, mert kiegyensúlyozottabbá teheti érzelmi és értelmi fejlődésüket, érzékenyebbé válhat beleérző képességük.

A gyermekek és serdülők csoportos hangszeres kifejezésében különböző *szimbólumok* segítségével dolgozik a zeneterapeuta. Ezek közé sorolható pld.:

- a hangszerválasztás szimbolikus jelentése, a hangszerszimbolika,
- a hangszereken való játék (hogyan szólaltatja meg a kiválasztott hangszert),
- a zenei játék ritmusa, dinamikája,
- a hangszerek cserélgetése (egy hangszerhez való ragaszkodás, vagy a többi kipróbálása is),
- a csoport tagjainak elhelyezkedése (ellenállás kifejezése),
- verbális interakciók száma (csoport és terapeuta, csoport és csoporttagok között),
- nonverbális interakciók száma (csoport és terapeuta, csoport és csoporttagok között),
- „játékszabályok” betartása,
- a csoporttagok egymáshoz való hozzáállása,
- a csoporttagok terapeutával szembeni magatartása,
- metakommunikációs kifejezések.

A játék kulcsfontosságú szerepe fokozatosan szorul háttérbe az idő múlásával. Serdülőkorban az ábrándozás váltja fel, a vágyak kiélése már a fantáziában történik. Megindul az alkotó képzelet intenzív fejlődése, és a zeneterapeuta ezt az életkori sajátosságot kihasználva befolyásolhatja a gyógyulás folyamatát. Ezért is nagyon fontos ismerni a páciens anamnéziséét, hiszen csak ennek tükrében értelmezhetőek zenei megnyilvánulásai.

A gyermekekkel folytatott zeneterápia olyan *tanulási részfunkciókat* is fejleszt, mint például az emlékezet, kreativitás, figyelem, képzelet és önkifejezés. Ez azért jelentős, mert egyre több gyermek és serdülő küzd tanulási, kifejezési nehézséggel az iskolában, ami könnyen beilleszkedési, magatartási zavarokhoz is vezethet. A háttérben gyakran a pszichés részfunkciók nem megfelelő fejlődése, működése áll, melyek korrigálására kiválóan alkalmasak a különféle zeneterápiás módszerek.

A zene terápiás eszközként való felhasználásának annyi formája létezik, ahány zeneterapeuta és ahány alkalmazási lehetőség van, éppen ezért nem lehet egységes módszerről beszélni. Természetesen vannak különféle irányadó teóriák, pszichológiai elméletek, amelyek alapul szolgálhatnak a zeneterápiás foglalkozások megtervezéséhez. A gyermekekkel és serdülőkkel folytatott zeneterápiában a zenei élmény gyógyító hatású lehet, ugyanakkor *„Ha a gyógyhatás egymagában az élmény ismétlésétől függene, a páciens a feszültség levezetését teljesen egyedül is elvégezhethetné úgyszólván, mint egy gyakorlatot.”*⁵

Ez az élmény, és a zene transzferhatásai egy életre pozitív irányba befolyásolhatják a személyiség fejlődését, ezért is nagyon fontos a zeneterápiás segítségnyújtás ebben a korosztályban is. A gyermekekkel és felnőttekkel történő zeneterápiában a formák (receptív, aktív, kombinált) közösek, azonban a segítő magatartása és a terápiás célok meghatározása nagyon eltérő.

III. 2. A zeneterapeuta segítő szerepe

Empátia

Minden segítő embernél alapvető tulajdonságnak kell lennie, hogy empatikus képességgel rendelkezzen, mert ennek hiányában viselkedése nem lesz hiteles. A beleélő képesség minden emberben megvan, csak eltérő módon jelenik meg. Buda Béla szerint:

*„Az empátia pszichológiai lényegét illetően a nem verbális kommunikáció és a metakommunikáció felfogásának és tudatosításának kifinomult és alkalmazott képessége.”*⁶

Az empátia bonyolult nonverbális és metakommunikációs folyamatok együttese. A tekintet, mimika, gesztusok és a testtartás pszichológiai információs jelleggel bírnak. Ennek a szokványosnál eltérőbb, magasabb fokú megértése alakítja ki az egyénben azt a lelki állapotot, amit beleélésnek hívunk. A különböző gyógyító szakmákban érvényesül leginkább az empatikus képesség. Ennek hiányában a segítő kevésbé, vagy egyáltalán nem tud betege állapotára ráhangolódni.

⁵ C. G. Jung: Gondolatok a szenvedésről és a gyógyításról. Kossuth Kiadó, 1997. 99. o.

⁶ Buda Béla: Az empátia – a beleélés lélektana. Gondolat, 1978. 68. oldal.

A zeneterápiában is - mint minden terápiás folyamatban - elengedhetetlen alapfeltétel az empátikus képesség. A terapeutának olyan lényeges tulajdonságokkal kell rendelkeznie, mint: jóindulatú attitűd, flexibilitás, kreativitás, spontaneitás, szenzibilitás, originalitás és megfelelő elméleti felkészültség.

Az ideális csoportvezető

Csoportos zeneterápiás foglalkozásokon a terapeuta nem csak az egyén érzelmi állapotát, hanem a csoport egészét, és a csoporton belül az egyének egymáshoz való viszonyulását próbálja megérteni, értelmezni. A terapeuta megértő képessége elősegítheti a megfelelő terápiás légkör kialakulását, valamint a csoport tagjainak nonverbális és verbális megnyilvánulásait.

Buzási Miklós szerint az ideális csoportvezetőnek az alábbi tulajdonságokkal kell rendelkeznie:

- hiteles, és nyitott legyen a csoport felé,
- saját félelmeit felismerje, elfogadja,
- bizalmat érezzen a csoport tagjai iránt,
- saját pszichoszomatikus fáradságát, feszültségét le tudja győzni,
- fogadja el a csoport tagjainak beállítottságát és viselkedését, erővel ne változtasson rajta,
- a csoport tagjaival szembeni szimpátiáját tartsa egyensúlyban.

Ha a csoportvezető rendelkezik a felsorolt tulajdonságokkal, akkor előmozdíthatja a csoporton belüli kreatív és spontán cselekvéseket, melyek hatékony gyógyulási folyamatot eredményezhetnek.

Specifikus képességek

A gyermek bizalmának elnyerése alapvető a gyermekgyógyászatban. A gyermekekkel történő terápiák célja elsősorban az, hogy helyreálljon a megzavart fejlődési folyamat. Azoknak a terapeutáknak, akik gyermekekkel foglalkoznak, nagyon kell ismerniük ennek a kornak a sajátosságait: az életkornak megfelelő gondolkodási, önkifejezési, megértési formákat.

A gyermekterapeuta munkájában pedagógiai elemek is megtalálhatóak, hiszen amellett, hogy elősegíti a gyermekek érzelmeinek kifejezését, segíti a kognitív funkciók fejlődését is. Minden típusú gyermekterápiában – így a zeneterápiában is – nagyon fontos, hogy a terapeuta elfogadó magatartással, bizalmat keltő légkörben tudjon kapcsolatot kialakítani a gyermekkel.

Pszichés problémákkal küszködő gyermekek és serdülők csoportos zeneterápiájában a közös improvizációk, asszociációs játékok során olyan kollektív élmények feldolgozására kerül sor, melyek sokat segíthetnek a csoport tagjainak. A gyermekpszichiátriai osztályon dolgozó zeneterapeuta a zene segítő és gyermeket összekötő „híd” funkciójával utat találhat a problémák mélyebb szintű megértéséhez.



(J. S. Bach: D-dúr Ouverture. Air. BWV. 1068.)

IV. Zeneterápia a Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztályán

IV. 1. A Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztályának struktúrája

A Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztálya kétprofilú, azaz neurológia és gyermekpszichiátria működik egy helyen. 1967-ben nyolc ágygal kezdte meg működését a Belgyógyászati osztályon belül részlegként, majd 1969-től elkülönült osztállyá vált. 10-18 éves korig fogadnak betegeket, de személyi és tárgyi feltételek miatt a 14 éven felüli agresszív, önmagára vagy másokra veszélyes magatartást tanúsító serdülőket más osztályra irányítják (évente egy-egy beteg). Az osztályon kezdetben 20, illetve 24 önálló ágy működött, jelenleg 12-re csökkent ezek száma. Az állandó paramedikális személyzet az alábbiak szerint tevődik össze:

- egy egyetemi docens osztályvezető gyermekgyógyász, gyermekneurológus
- egy klinikai főorvos, felnőtt- és gyermekpszichiáter
- egy adjunktus, gyermekgyógyász, gyermekneurológus
- egy klinikai orvos, gyermekpszichiáternek készül (2006. november 1-től létezik ez a státusz)
- egy gyermekgyógyász rezidens (a rezidensek forgórendszerben dolgoznak)
- egy szociális munkás (heti egy alkalommal tartózkodik az osztályon)
- egy főnővér
- hat nővér (ebből egy nővérnek van pszichiátriai képesítése)

A felsorolt személyzeten kívül továbbképzés keretében az osztályon mindig dolgoznak neurológiai és pszichiáter rezidensek meghatározott ideig. Gyógypedagógus és szocioterapeuta nincs a segítők között, egy pszichológus pedig a klinika másik intézetéből segíti az osztályt. A gyermekek viszonya az orvosokkal és az ápoló személyzettel jó, ha mégis szükség van fegyelmezésre, akkor általában enyhe szóbeli figyelmeztetésre és elbeszélgetésre kerül sor.

Minden betegről vezetnek külön egészségügyi dokumentációt, amelybe a páciensnek, illetve a szüleinek joga van betekíteni. A látogatás szabad, kivéve a vizitek ideje alatt. A falakat többnyire gyerekek által készített rajzok és különféle alkotások díszítik, így összességében az osztály hangulata barátságosnak mondható. A szerény körülmények mellett az osztály dolgozói törekednek arra, hogy a felvételre kerülő beteg gyermekek a lehető legjobb ellátásban részesüljenek.

IV. 2. Zeneterápiás foglalkozások az osztályon

„Bárcsak mindenki azon igyekeznék,
hogy emberségesen viselkedjék felebarátaival ott,
ahol éppen van.
Ettől függ a világ jövője.”
(Albert Schweitzer)

A Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztályán 2006 szeptembere óta tartok zeneterápiás csoportos foglalkozásokat pszichés problémákkal küszködő serdülőkorú fiataloknak. Az osztályon a zeneterápia kiegészítő terápiaként funkcionál, más kezelési formák mellett. A foglalkozások szerdán és csütörtökön 10-11 óráig tartanak. Ideális helyzetben a két időpont egymástól távolabb esne és délután kerülne rájuk sor, hogy ne zavarja az egyéb vizsgálatokat. Munkám mellett azonban csak ezekben az időpontokban tudok önkéntesként rendelkezésre állni.

Az osztályon átlagosan 1-2 hetet tartózkodnak a gyerekek, különféle típusú betegségekkel. A zeneterápiás foglalkozásokon leggyakrabban depresszió, szuicid kísérletek, magatartászavarok, pszichoszomatikus zavarok, kényszerbetegségek miatt bekerülő kamaszok vesznek részt. Az irányú elképzelésem, hogy homogén összetételű csoportokkal fogok dolgozni, sajnos nem valósult meg.

A terápiás munkában a cél meghatározása a legfontosabb, ami köré felépíti a terapeuta a foglalkozások tartalmát. Ennek a célnak kitűzésében a külső körülmények döntő jelentőséggel bírnak. A terápiás folyamatot a terapeuta mindig előre megtervezi, ez segíti a kitűzött cél elérésében. Az osztályon történő zeneterápiában azonban nem beszélhetünk terápiás folyamatról, hiszen a gyerekek nagy része általában 1-2 foglalkozáson vesz részt.

Vannak ugyan, akik több héten keresztül tartózkodnak az osztályon, azonban náluk sincs szó folyamatról, mert mindig csatlakozik új beteg a csoporthoz.

A terápiás hatás eléréséhez több összetevő konstellációjára van szükség. A megfelelő terápiás légkör kialakításához nélkülözhetetlen a nyugalom, egyfajta „elszigetelődés”, a külső, zavaró körülmények kizárása. Optimális esetben létezik egy külön terápiás célokra berendezett kórterem, vagy orvosi szoba. Ennek hiányában az osztályon zajló élet megbolygatására kerülhet sor egy kórterem igénybevételeivel, amely ráadásul nincs is a célnak megfelelően kialakítva.

A klinikán a zeneterápiás foglalkozásokat kórtermekben tartom, sajnos azonban nem lehet előre tudni, hogy éppen melyik áll rendelkezésünkre. Az egyik egy forgalmas helyen van, ami azért is zavaró, mert ajtaja és egyik oldala üvegből van, így mindenki láthatja, mi történik odabent. Ugyanakkor nagy előnye, hogy az asztalok elpakolásával tágas teret lehet kialakítani. A másik kórteremről ugyanez nem mondható el. Itt az ágyakat is el kell forgatnunk, hogy középre kis körben tudjunk leülni. Ennek előnye viszont az, hogy jól elkülönül a többi kórteremtől. Bár ajtaja szintén üvegből van, szerencsére nincs akkora forgalom a folyosón. A későbbiekben áthidaló megoldásként szeretnénk a gyerekekkel színes vásznat készíteni az ajtóra, hogy kíváncsi szemek ne zavarjanak bennünket.

Mikor elkezdtem szeptemberben a foglalkozásokat, a helyiség biztosításán kívül más segítséget nem tudtak nyújtani. Az alapvető felszerelést - néhány hangszert és a zenehallgatásra szolgáló eszközöket - saját forrásból biztosítottam. Véleményem szerint a tárgyi feltételek hiánya több munkát kíván a terapeutától. A Magyarországon működő gyermekpszichiátriai osztályok nagy része nem rendelkezik zeneterápiához szükséges eszközökkel. Ennek legfőbb okai, hogy még nincs elterjedőben a zeneterápiás segítségnyújtás a gyermekpszichiátriában, hiányoznak a szükséges anyagi feltételek, illetve kevés a szakember ezen a területen. A zeneterápia gyermekpszichiátriában történő elterjedéséhez nélkülözhetetlen a megfelelő információk áramlása, az egészség „egészében” a bio-pszicho-szociális szemlélet, valamint, hogy a paramedikális személyzet és a zeneterapeuta team munkában tudjon együtt dolgozni.

A klinika osztályán sincsenek meg sajnos a megfelelő körülmények. Egy „játsszósoba” gyerekjátékokkal - és nem számítógépes játékokkal -, hangszerekkel, képzőművészeti eszközökkel felszerelve óriási segítség lenne a gyerekeknek, szülőknek és az osztályon dolgozó személyzetnek. A gyermekek kórházban eltöltött ideje azonban strukturálva van. Önkéntes egyetemi hallgatók segítenek a betegek szabadidős tevékenységének színesítésében, hetente két alkalommal csoportos kreatív foglalkozást tartanak kórházpedagógusok, akik emellett egyénileg és csoportosan is együtt tanulnak a gyerekekkel. A zeneterápiás foglalkozásokat téves megítélésből adódóan sokszor szabadidős tevékenységnek tekintik. Természetesen ezt a szerepet is betöltheti, de elsődleges célja nem ez.

Mivel a zeneterápiás foglalkozások a terápiás folyamat szerves részét képezik, ezért a pszichés zavarral felvételre kerülő betegeknek kezelőorvosaik kötelezővé tették a részvételt. Ennek kivitelezése azonban sokszor akadályokba ütközik. Bár a személyzet egyre segítőkészebb a gyerekek „összeterelésében”, de még mindig akadnak problémák. Addig, amíg azt mondják: „De jó, hogy jöttél, végre lefoglalod a gyerekeket!”, nem számítok különösebb csodákra.

E körülmények figyelembe vételével a zeneterápiás foglalkozásokkal célokom mégis az, hogy a verbális és nonverbális önkifejezés lehetőségeivel segítséget nyújthassak a gyermekek lelki problémáinak feldolgozásában. Mivel a több ülésből álló terápiás folyamat nem lehetséges, ezért figyelek arra, hogy a gyerekek mindig valami plusszal „legyenek többek” a terápia végére. Számomra ez jelenti a terápiás hatást. A módszer és a zeneterápiás forma kiválasztását minden esetben a csoport összetétele határozza meg. Tapasztalatom szerint a kamaszok igénylik, hogy megbeszéljük a foglalkozáson történeteket, ezért az alkalmazott módszer általában az alkotásokban (mind zenei, mind képi) megjelenő intrapszichés tartalmak verbális síkon való tudatosítása. Ha a csoport összetétele engedi, önismereti és személyiségfejlesztő játékokra is sor szokott kerülni.

Csoportos zeneterápiás foglalkozásaim megtervezésében legfontosabb szempontoknak az *idő* és a *tér* adta kereteket - amelyekről már fentebb írtam -, illetve a *fokozatosságot* és a *strukturáltságot* tartom.

Más gyógyító eljáráshoz hasonlóan a zeneterápiás segítségnyújtásban is törekedni kell a fokozatosságra - legyen szó több alkalomból álló folyamatról, vagy csak egyszeri találkozásról -, mert ennek hiánya a teljesítmény romlásához vezethet. Ez azonban jól megtervezett, strukturált zeneterápiás foglalkozással elkerülhető. Természetesen a zeneterapeuta nem ragaszkodhat csak az általa elképzelt tervhez, a csoport igényeihez alkalmazkodónak, kreatívnak és rugalmasnak kell lennie. Az osztályon minden terápiás foglalkozásom strukturált abból a szempontból, hogy a tér, az idő és a tárgyak egyféle állandósággal bírnak.

Az osztályon legritkábban a receptív zeneterápiás formát alkalmazom. Ha lehetőség van rá, akkor általában Galinska indukciós módszerét (Galinska 1973, 1974) használom, vagyis három különféle korból származó, eltérő stílusú zenét hallgatunk meg a gyerekekkel. Ezek időtartama maximum 8-10 perc, és az elhangzás után kerül sor a zene által indukált élmények feldolgozására.

Az aktív zeneterápia bemutatkozással, majd a hangszerek kipróbálásával kezdődik. Ezt követően közös improvizációkra, asszociációs játékokra kerül sor, ahol kapcsolatba léphetnek a csoport tagjai egymással. Ezt azért is tartom lényegesnek, mert a másik ember felé odafordulásra nyílik így lehetőség. Ez a terápiás módszer nagyon jól alkalmazható azoknál a kamaszoknál (is), akik verbálisan nehezen nyilvánulnak meg.

Kombinált zeneterápián a rendelkezésre álló lehetőségek és körülmények meghatározhatják, de le is szűkíthetik az alkalmazható eljárásokat. Az osztályon zenével egybekötött mozgásra nincs megfelelő hely, ezért zenés festést alkalmazok. Ennél a módszernél egy nem mély zenés relaxációt követően kerül sor a zene által kiváltott élmények, fantáziák képi megjelenítésére. A festés alatt végig ugyanaz a zene szól, mint a relaxáció alatt is, és az alkotások elkészültével a gyerekek beszélhetnek saját, illetve egymás rajzairól.

Úgy alakult, hogy a zeneterápiás foglalkozásokhoz hozzátartozik a felszerelések együttes előkészítése. Mindig akad olyan gyerek, aki szívesen segít pakolni, és a többiek ezt látva csatlakoznak hozzá. Gyakorlatilag már itt elkezdődik a terápiás tér közös erővel történő kialakítása. Ezekről a készülődésekről elmondható, hogy oldott hangulatot eredményeznek.

Ha nem zavarja meg semmi a terápiás foglalkozást, akkor az nagyrészt sikeresnek mondható. A gyerekek ilyenkor nem szívesen mennek vissza kórtermükbe, segítenek az elpakolásban, beszélgetnek még egymással, megkérdezik, másnap is megyek-e. Ilyenkor mindig megerősítést kapok, hogy bármilyen körülményekhez is kell alkalmazkodni, van értelme annak, hogy ott vagyok.



(J. S. Bach: D-dúr Ouverture. Air. BWV. 1068.)

V. Csoportos zeneterápiás foglalkozások bemutatása

„Minden kis viaszgyertya megtanít arra,
hogy egy kis melegért, fényért érdemes tövig égni,
mert a kis dolgok fénye az, ami bevilágítja életünket.”

(Molnár Ferenc)

Az alábbi fejezetben leírt két zeneterápiás foglalkozás nem folyamatos munka bemutatása, hanem azok tartalmának részletes kifejtése. Az osztályon eddig csak csoportterápiás foglalkozásokat tartottam, melynek előnye, hogy a problémákat társas formában lehet kezelni. A szocializációs folyamatok fontos hatótényezői mindenfajta csoportos terápiának. A csoport egyfajta biztonságot nyújt, amibe kapaszkodni lehet. Ennek háttérében a szimbiotikus anya-gyermek kapcsolat áll. Ez az együttlét biztonságot nyújt a csecsemőnek, ami a személyiség későbbi fejlődésében nagyon meghatározó. Serdülőkorban a családdal való szoros kötelék fellazul - ha létezik egyáltalán -, és a gyerekek figyelme, bizalma kortársaik felé irányul. Ekkor még a kamaszgyerekek függenek a szülői háttértől. A teljes autonómia elérése hosszabb folyamatot igényel. A serdülők csoportterápiás foglalkozásain jól nyomon követhető viszonyulásuk kortársaikhoz illetve az őket körülvevő környezethez.

A csoportos zeneterápiás foglalkozásoknak - a terápiás formák alkalmazásának tekintetében - *önismereti, személyiségfejlesztő és szociális készségfejlesztő célja* van. A receptív és kombinált zeneterápián elsődleges cél, hogy akusztikai és vizuális ingerek segítségével minél jobban felszínre kerüljenek az intrapszichés tartalmak.

Az aktív csoportos terápiában az önkifejezés mellett a szociális készségek fejlesztése, korrekciója a cél. Itt a kamaszgyerekek hangszerek, vagy énekhangjuk, testük megszólaltatásával „adnak hangot” problémáiknak. Miután megtapasztalják énhatáraikat, egymás felé fordulnak, közös alkotásokban oldódnak fel.

A zeneterápiás csoportok a változás lehetőségét, ígérteit hordozzák magukban. Minden foglalkozáson tulajdonképpen tanulás is történik, ez a folyamat a változást kiváltó legfontosabb történés. A csoport összetétele minden szempontból heterogén. A terápián általában 14-18 év közötti fiúk és lányok vegyesen, különböző problémákkal vesznek részt. Ennek előnye, hogy életszerű szituációkban zajlik a terápiás folyamat, hiszen az őket körülvevő világ is nagyon változatos.

A csoportterápiákon kiválóan megfigyelhető, milyen viselkedési mintákat birtokolnak a gyerekek. Ezen minták fejlesztésére, korrigálására pedig a csoportos forma a legalkalmasabb.

A csoport hatását tekintve fejleszti a kommunikációs, szociális és alkalmazkodó készséget, és mások problémájával szemben érzékenyebbé teszi az egyént. Az ép személyiségrészeket aktiválja, az önképet javítja.

V. 1. Aktív zeneterápiás csoportos foglalkozás

Ezen az ötven perces csoportos foglalkozáson négy 14-17 év közötti kamasz vett részt, két fiú és két lány.

A. 2006 októberében pszichotikus tünetekkel járó depresszió, nem meghatározott impulzus-kontroll zavarok miatt került felvételre az osztályra. Az iskolában jobb karját körzővel skarifikálta, ezután önként jelentkezett a gyermekideggondozóban. Innen utalták be a klinikára előzetes megbeszélés szerint. Elmondása alapján 2006. május óta lehangolt, kedvetlen, úgy érzi, nem önmaga. Gyakran ideges, nincs megelégedve magával, magányos. Szerinte senki sem szereti, őt, fél, hogy barátait elveszíti. Néhányszor olyan élménye van, mintha ő is, és a környezet is megváltozott volna. A nyár folyamán öngyilkossági készletései voltak. 2006. decemberében újból az osztályra került skarifikációs kísérlet miatt. 2007. januárjában a gondozóorvosa A.-t súlyos regresszív állapota miatt utalta be a klinikára. Pár nap múlva mentő hozta be őt ismét, mert gyógyszereit duplán vette be és alkoholt fogyasztott rá. Felfogása nehezített, gondolkodása alakilag meglapult, hangulata labilis volt. Gyenge, elesett állapotában időnként ágyából fölkelve elindult, hogy iskolába megy.

Magatartása egyébként együttműködő, irányítható volt. Az osztály életébe beilleszkedett. Zeneterápiás és kreatív foglalkozásokra külön kérni kellett, hogy csatlakozzon a kortárscsoporthoz.

A.-t október óta ismertem a zeneterápiás foglalkozásokról. Beszélgetéseinkből megtudtam, hogy jó tanuló, szeretne cukrász lenni, szabad idejében modern táncre jár már több éve. Zenével nem volt a táncon kívül kapcsolata. A receptív zeneterápiás foglalkozásokba bevonódott, véleményét, érzéseit megosztotta a többiekkel. Aktív zeneterápiában a legnagyobb dobot, vagy a legkisebb csörgőt választotta. Mindkét hangszeren egyenletes, állandó ritmust játszott, alig hallhatóan. Ekkor még nem kellett különösebben kérni őt, hogy vegyen részt a foglalkozásokon. Januári, osztályon való tartózkodása alatt nyolc zeneterápiás foglalkozás volt. Ebből két receptíven, egy aktíven, és egy kombinálton vett részt hosszas kérések után, a többire egyszerűen nem volt hajlandó bejönni. A zenés festésről, és az aktív zeneterápiáról nem vonult ki, a két receptívről pedig kis idő elteltével távozott. Hogy miért nem szeretett a foglalkozásokra járni, azt senkinek sem mondta el. Volt olyan is, mikor azt hittem, nem tudjuk elkezdni a csoportos foglalkozást, mert annyira ellenálló volt a magatartása a többiekkel, és velem szemben is. A fejezetben leírt két eset egyrészt abból a szempontból is jelentős, hogy eljött és végig részt vett a foglalkozásokon; másrészt pedig sikerült őt eredményesen ezekben bevonni.

F., szüleinek elhanyagoló környezete, fizikai és szexuális bántalmazás miatt öt éves kora óta nevelőszülőknél él két testvérével és egy testvérpárral. Diagnózisában enyhe fokú mentális retardáció, alkalmazkodási zavar, családi körre korlátozódó magatartászavar és egyéb emocionális zavar található. Azért került az osztályra, mert otthonukban vezetékeket (számítógép, tévé, mosógép, centrifuga) vágott el. A készülékek működése nem gátolta meg őt tettében. A nevelőanyuka szerelmi problémákhoz kötötte a F.-nél megjelenő „furcsaságokat”.

F. viselkedése nem volt agresszív, nem tört össze semmit, testvéreivel is jól kijött. Kisegítő iskolába jár, ahol kisebb gyerekeket megvert már, de többnyire őt bántották. Mindig is lassú volt, ebben az időben különösebb változást viselkedésében nem vettek észre a nevelőszülei. Ha dühös volt, arca eltorzult, de nem csinált semmit. Ha szóltak neki valamiért, megijedt, szorongott és lemerevedett. Saját elmondása szerint, ha feszültséget érzett, akkor vágta el a vezetékeket.

F. az osztályon a vizsgálatokkal együttműködött, magatartása konvencionális volt. A kortársközösségbe beilleszkedett, kereste a többiek társaságát. A szabályokat elfogadta. Ottléte alatt mind a nyolc zeneterápiás foglalkozáson részt vett. Csندessége, zárkózottsága végig megmaradt, de egyre közlékenyebbé, nyitottabbá vált. Külseje kissé ápolatlannak tűnt, de lehetett észlelni nála némi változást. A zenéhez nem volt különösebb kapcsolódása, de mindig zenére aludt el. A receptív zeneterápiákon nem beszélt, lehajtva ingatta a fejét és üres mosoly volt arcán. Leginkább zenés festésen tudta kifejezni magát, de az aktív zeneterápiás foglalkozásokon is jól bevonódott. Verbálisan azonban ezeken sem tudott megnyilvánulni. Csندes, kedves, nagyon segítőkész fiút ismertem meg benne.

Gy. 2005 tavasza óta áll gondozásban, ekkor jelentkeztek tünetei, melyek az elmúlt 1-2 hónapban felerősödtek. Kényszeres gondolatai és cselekedetei voltak, rendezgetett, megszámolott, újra kezdett, ellenőrzött. Ezzel párhuzamosan hangulatváltozások, funkciózavarok jelentek meg nála. Az iskolai közösségben marginalizálódott, kiközösítették. 2006. szeptemberében iskolát váltott, de nem sikerült jól beilleszkednie. Gyakran csúfolták, ez szorongást, frusztrációt, indulati megnyilvánulásokat generált benne. Legtöbb problémát kérdezési, visszakerdezési kényszere okozta, amelybe a szülők is bevonódtak. **Gy.**-nak dühromai voltak, ha szülei nem szolgálták ki kényszereit. Nem fürdött minden nap, ha igen, akkor viszont nagyon sokáig. Diagnózisa kevert kényszeres gondolatok és cselekedetek.

Gy. öt zeneterápiás foglalkozáson vett részt. Első találkozásunkkor csندes és szerény volt, beszélt problémájáról. Fejét lehorgasztva, vállát előre engedve ült a széken, de jól lehetett vele kommunikálni. Elmondta, hogy négy évig zongorázott, azonban betegsége miatt abbahagyta azt. A zeneterápiás foglalkozásokon egyébként ezzel többször is előhozakodott, dicsekedett.

Viselkedése a második alkalomtól kezdve teljesen megváltozott - valószínűsíthetően a gyógyszeres kezelésnek köszönhetően-, alig lehetett a csoportban bírni vele. Folyton beszélt, kritikátlan szavakat használt, nevetgélt, hangoskodott, egy percig sem tudott nyugodtan ülni. Magatartásával nagyon idegesítette a csoport többi tagját. Figyelmét az aktív terápiás foglalkozáson úgy sikerült lekötni, hogy számára ismert dalokat játszott a xilofonon, és mi kísértük őt énekkel, hangszerekkel.

Ezek után mindig megmutatta tenyerét, hogy mennyire leizzadt. Nagyon érdekesnek találtam, hogy izgulása ellenére szívesen vállalta a „szóló” szerepét. Ilyenkor mindig biztosítottam őt támogatásunkról, hogy nincs egyedül, „kísérjük” őt.

V. szociális fóbiával, bipoláris affektív zavarral és alkalmazkodási zavarral került az osztályra. Szülei négy éves korában elváltak, édesapjával és nagymamájával él. Édesanyja súlyos alkoholbeteg volt, 2004-ben öngyilkosság miatt elhunyt. Elmondása szerint 3 éve megváltozottan érzi magát, hangulata szélsőségesen ingadozik. Gyakran feszült, ingerlékeny, dührohamai vannak. Bal szemére homályosan lát, időnként fáj a feje. A levegőt kevésnek érzi, néha heves szívdobogása van, forróságot érez, homloka verejtékezik. Szomatikus panaszai hátterében nem igazolódott organikus eredet.

V. édesanyja halála miatt büntudatot érzett. Emocionális érzékenység, hangulati labilitás jellemezte. Magatartása feszültséget tükrözött. Nehezen illeszkedett be az osztály életébe. Az édesapával való konfliktusok rendre a meglévő ambivalencia erősödését, regresszív magatartásmintákat váltottak ki nála. Egyéni, és az édesapával közösen történt foglalkozások, valamint farmakoterápiás kiegészítés következtében szociális alkalmazkodóképessége javult, hangulata kielégítővé vált. Ezzel egyidőben felszínre kerültek az édesapával való konfliktusok, viselkedésében egyre több teátralitás jelent meg a verbális kommunikációs elakadásokkal párhuzamosan. Feszültségeit úgy vezette le, hogy tárgyakat tört össze, illetve a falat ütötte. Keze többször is be volt kötve emiatt.

V.-vel akkor találkoztam először, mikor állapota kicsit javult már. Első benyomásom alapján közvetlen és barátságos lánynak tűnt. A csoport többi tagját már régebb óta ismertem, V. nagyon jól beilleszkedett közéjük. Elmesélte, hogy drámatagozatos volt az iskolában, nagyon szeret énekelni, járt magánének órákra is. A zeneterápiás foglalkozásokon verbális és nonverbális módon is nagyon aktív volt. V.-nél ezzel a terápiás formával - véleményem szerint - a gyógyulási folyamatot jól elő lehetett volna segíteni. Folyamatos terápiás munkára azonban nem volt lehetőség.

A foglalkozás

A foglalkozást egyedül tartottam a Pécsi Gyermekklinika Neuro-pszichiátriai osztályának tágas 1-es kórtermében. A csoport témája az ajándékozás volt, célja a szociális készségfejlesztés, az egymásra figyelés kialakítása, a másik problémája iránti érzékenység kifejlesztése.

A csoport tagjai között három gyerek már több hete bent tartózkodott, ezért a viszonyunk a többszöri találkozásnak köszönhetően közvetlenebbé, bensőségesebbé vált. V. volt az egyedüli új lány, vele azonban az előző napi zeneterápiás foglalkozáson már megismerkedtem.

Külső zavaró körülmények abból a szempontból nem voltak, hogy sem gyerekek, sem nővérek nem zavarták meg a foglalkozást ki-be járkálással. Viszont a kórterem ajtaja és oldala üvegből van, amin keresztül mindenki belát. Abban az időben egyébként több gyakorlatát teljesítő egészségügyi hallgatóval bővült az osztály, ami azért nem volt szerencsés, mert ők kíváncsian - ilyet még nem látva és magukat nem zavartatva - béméskodtak befelé. Szerencsére úgy tűnt, ez nem okoz problémát a gyerekeknek, mert ők nem nézelődtek kifelé, nem tették szóvá ezt a helyzetet.

A csoport tagjai körben ülve helyezkedtek el - mindenki a kör felé fordulva -, a hangszerek egy félretolt asztalra voltak kikészítve. Gy.-nál akkoriban váltottak más gyógyszeres kezelésre, ez érezhetően befolyásolta viselkedését. Egyik pillanatban álmos volt és leesett a székről, másik pillanatban kritikátlan szavakat használt, magatartása nyugtalanná vált. A többiek - akik nyugodtan ültek székükön - megpróbálták szavakkal csendesíteni, azonban ennek nem nagyon volt hatása.

A csoport jellegzetessége volt, hogy tagjai – V. kivételével – nehezen nyilvánultak meg verbálisan. Az ilyen típusú interakciók száma ebből adódóan mind a csoport tagjai között, mind pedig a terapeutával szemben kis számban fordultak elő. Ellenállást A.-nál tapasztaltam, aki a korábbi foglalkozásokon sem vett részt szívesen. Most azonban a nővérek unszolására bejött, hangulata is jobb volt, mint a korábbi napokban.

A foglalkozás beszélgetéssel indult. Érdeklődtem, történt-e valami tegnapi találkozásunk óta. Tervem az volt, hogy visszacsatoljak előző napi, receptív zeneterápiás foglalkozásunk ajándék-témájához, ezért megkérdeztem, emlékeznek-e még rá. Igenlő válaszuk után megkértem őket, szőjük ezt a fonalat tovább. Az alábbi kérdéseket tettem föl:

- Milyen ajándéknak örülnél?
- Mikor, miért, kinek szoktunk ajándékot adni?
- Adni vagy kapni jobb?

A beszélgetésbe V., F. és Gy. is bevonódott, A. leginkább egyszavas válaszokat adott. Ezt követően fölvettem, hogy mi is meg tudnánk ajándékozni egymást. Arra kértem őket, álljunk fel helyünkről, toljuk szét a székeket, de egyet hagyjunk közepén. Azt javasoltam, adjunk egymásnak „ajándék-zenéket”. A játékszabály szerint a székre leült valaki, és a többieknek olyan zenét kellett ajándékként játszaniuk, amiről azt gondolták, az ott ülő örülne neki. Csak zene volt ajándékba adható, beszéd és érintés nem.

A.-t kértem meg először, hogy üljön a székbe, csukja be a szemét és próbáljon meg lazítani. Szó nélkül jött is, azt gondoltam örül, hogy így nem kell semmit sem csinálnia. Míg a többiek kiválasztottak egy-egy hangszert, elmondtam, hogy menet közben is variálhatják azokat. Körbeálltuk A.-t, lekapcsoltuk a villanyt és elindult az ajándékozás, melyben én is részt vettem. Körbe-körbe járkáltunk A. körül. Gy. kivételével senki sem szólalt meg, de neki is sikerült a játék hatása alá kerülnie, és egy idő után elhallgatott.

A választott hangszerek között dallam- és ütőhangszer is volt. Mindegyiken nagyon puhán és halkán játszottak, csak a csörgők halk csilingelése törte meg néha a lassan hömpölygő varázslatot, és érezni lehetett a körülöttünk keringő felszabaduló energiákat.

Mindenki nagyon figyelt A.-ra, aki csukott szemmel, mozdulatlanul ült a kör közepén. Az „ajándék-zenének” nem egy időben lett vége, a gyerekek nem hagyták A.-át hirtelen magára. Lassan kiszállt minden hangszer, és csöndben megálltunk. Vártam egy kicsit, szembe álltam A.-val, halkán nevéen szólítottam. Kinyitotta szemét és láttam minden gondolatát benne. Néhány pillanat múlva nagyot sóhajtott és arcán általam még soha nem látott széles mosoly terült el.

Általában megbeszéljük a gyerekekkel a terápián történeteket, de ez alkalommal nem került erre sor. Kértem őket, mondják el érzéseiket, de nem akartak róla beszélni. Úgy láttam, nagy hatással volt rájuk ez a játék.

A-t kérésemre Gy. követte a székből, mert korábbi viselkedése, beszédstílusa kezdett ismét visszatérni. Míg leült, a többiek kiválasztották a hangszereket. Mindenki ütős hangszert vett a kezébe. Elindult az ajándékozás, és a gyerekek egyre intenzívebben szólaltatták meg hangszereket. Ezt annak tulajdonítottam, hogy idegesítette őket Gy. hangoskodása, és most így próbálták meg kifejezni iránta érzett dühüket. Megpróbáltam semleges maradni, bár attól féltem, nehogy felpattanjon a székből az egyébként szorongó Gy. Ő azonban csukott szemmel, kissé billegve ült ott. Egyszer csak megszólalt egy puha xilofon hang, amin annyira megdöbbsent mindenki, hogy majdnem abbahagyták a zenélést.

V. folyamatosan ütötte a xilofont, mígnem a hangok dallammá szövődtek. Miután Gy. viselkedése miatt érzett dühük a hangszerek segítségével kifejezésre került, egy teljesen más légkör kezdett kialakulni. Az ütőhangszerek kibővültek dallamhangszerekkel, és a zene játékosabb hangulatú lett. Az ajándékozásnak itt is fokozatosan lett vége. Gy. csukott szemmel ült továbbra is helyén, majd ugyanebben az állapotban boldog arckifejezéssel közölte velünk: „Ez nagyon jól esett, köszönöm szépen! Tengerparton jártam.” A feléje irányuló hangok ezt váltották ki belőle. Ekkor sem került sor megbeszélésre, annyit azonban elmondtak a gyerekek, milyen jó volt játszani a hangszereken és nagyon jól érezték magukat. Miközben együtt rendeztük vissza a termet - mert az időnk lejárt- megköszönték a foglalkozást.

A foglalkozás értékelése:

Véleményem szerint a foglalkozás elérte célját, mert a csoport tagjai között megvalósult az egymásra való figyelés. Az a tény, hogy A-nak és Gy-nak is jól esett az „ajándék-zene”, szintén azt bizonyítja, hogy sikerült egymásra hangolódni a csoport tagjainak. A játék alatt a gyerekek figyeltek arra, hogy olyan ajándékot adjanak, aminek A. és Gy. örülne, miközben alkalmazkodtak egymás lépésének tempójához is, figyelve így mindenkire. Ezt tartottam a legnagyobb eredménynek.

A. involválódását pedig a korábbi zeneterápiás foglalkozásokhoz képest fontos előrelépésnek tekintettem.

V. a xilofon halk megszólaltatásával próbálta a feszültséget csökkenteni. Ez azért volt érdekes, mert indulatait legtöbbször úgy vezette le, hogy a falat ütötte. A szituáció kiváltotta negatív érzelmek azonban egy másfajta viselkedésmintát hoztak elő belőle. F. viselkedésében észrevehető változás nem volt tapasztalható.

V. 2. Kombinált zeneterápiás csoportos foglalkozás

Ez a foglalkozás egy héttel a leírt aktív zeneterápiás csoport után volt, és ugyanazok a gyerekek vettek részt rajta. Célja, zenés indukcióval az intrapszichés tartalmak képi megjelenítése, majd ezek verbális síkon való értelmezése, tudatba emelése volt. A helyszín szintén a klinika Neuro-pszichiátriai osztálya volt, csak most a félreeső szűk 5-ös kórtermet kaptuk meg. Mielőtt hozzákezdünk volna a munkához, átrendeztük a helyiséget, hogy kényelmesebben elférjünk. Kivittük a kis méretű asztalt, hogy egy nagyobbat tegyünk a helyére, mert zenés festéshez készülődtünk. Az eszközök kipakolásával és elrendezésével végül helyet foglalt mindenki és elkezdődhetett a majd' 70 perces foglalkozás. Elmondtam, hogy a zenés festésnek az a lényege, hogy megpróbálják színekkel, formákkal megfesteni azokat az érzéseket, hangulatokat, amelyeket a zene vált ki belőlük.

Megkértem a gyerekeket próbáljanak lazítani, helyezkedjenek el kényelmesen a székekben, csukják be szemüket és adják át magukat teljesen a zenének. Megvártam, míg elcsendesednek és elindítottam a lejátszót a hangerő fokozatos erősítésével. Végig figyeltem őket, mennyire tudják átélni a zenét. Néztem szemmozgásukat, levegővételüket, testtartásukat, mozdulataikat, mert ezek mind azt mutatták, hogyan érzik magukat. A zene 12 percét nyugodtan hallgatták végig, senki sem nyitotta ki a szemét, nem mocorogtak, lélegzetük lelassult, izmaik elernyedtek. Ebből azt a következtetést vontam le, hogy talán sikerült teljesen kikapcsolódniuk. A zene végeztével kértem, hogy lassan mozgassák meg végtagjaikat, nyújtózkodjanak egy nagyot, végül nyissák ki szemüket. Ekkor különösebb instrukció nem hangzott el részemről, annyit mondtam csupán, hogy újra elindítom a zenét és elkezdhetik a festést.

Mindenki kezébe vette az ecsetet, csöndben hozzáláttak az alkotáshoz. Míg dolgoztak, csak néha vetettek egy-egy pillantást a másik előtt fekvő papírra. **Gy.** kivételével nem beszélt senki, de egy idő után ő is belefeledkezett az alkotásba. Ezen a foglalkozáson kétszer hallgattuk meg a zenét, mire elkészültek a rajzok. Aki előbb végzett, türelmesen ülve várta meg a többieket. **A.** lett először kész, őt **V.**, **Gy.** és végül **F.** követte.

Miután letették az ecsetet, megkérdeztem, kinek van kedve beszélni művéről. Egyedül **V.** mesélte el, mit látunk a képen, a többiek figyelemmel hallgatták. A rajzokat egymás mellé tettük, mintegy rögtönzött „kiállítást” rendezve. Megkérdeztem tőlük, látják-e, mennyire különböző alkotások születtek, és vajon miért alakulhatott ez így.

Véleményük az volt, hogy a zene mindenkinek mást jelent, mindenkiből mást vált ki. Arra a kérdésemre, hogy sikerült-e a zene által kiváltott érzéseiket, hangulataikat megjeleníteni, hárman igennel válaszoltak. **Gy.**-t nem lehetett bevonni a beszélgetésbe, kérdéseimre nem adott értelmezhető választ, viselkedése kezdett egyre jobban szétesni. A foglalkozás végén közösen pakoltunk össze. Kértem őket őrizzék meg rajzukat, mutassák meg doktornőjüknek, beszélgessenek róla.

A foglalkozás értékelése:

Azt gondolom, a foglalkozás elérte célját, mert nagyon kifejező alkotások születtek. Nem volt külső zavaró körülmény, inkább a szűk hely okozott kisebb problémákat. Ezeket azonban a gyerekek megoldották úgy, hogy szavak nélkül, mozdulataikkal kommunikáltak egymással. Nagyon pozitívnak tekintettem, hogy türelemmel megvárták, míg mindenki elkészült.

Az alkotások részletes analizálására nem került sor, annyit azonban megbeszéltünk, hogy miért azokat a színeket alkalmazták, illetve mit és kit szimbolizálhatnak a festett formák, alakok a papíron.

A zenés festés időigényes, mindenképp több időt kell rászánni, mint a másik két zeneterápiás formára. Tapasztalataim szerint ezt a fajta kombinált terápiás formát nagyon jól lehet alkalmazni kamaszkorú gyerekeknél is.

VI. Összegzés

Féléves – a kórházi osztályon történő – zeneterápiás munkámból nem vonhatok le tanulságot e terület általános elfogadottságáról. Azt azonban biztosan állítom, hogy sokkal nagyobb szükség lenne a gyermek- és ifjúságpszichiátriai kórházi osztályokon is az ilyen jellegű segítségnyújtásra. Dolgozatomat megpróbáltam olyan kulcsfontosságú fogalmak mentén felépíteni, amelyek számomra döntő jelentőséggel bírnak a foglalkozások megtervezésében és kivitelezésében. Remélem az osztályon lesz lehetőségem továbbra is a tapasztalatszerzésre, így ismereteimet még inkább elmélyíthetem ezen a területen.

Köszönettel tartozom az osztály vezetőjének, Dr. Hollódy Katalin egyetemi docensnek; zeneterápiás munkámat támogató konzulensemnek, Dr. Fenyvesi Ilona gyermekpszichiáternek; valamint köszönöm segítő munkáját Dr. Benyus Zsuzsanna orvosnőnek is.

Dolgozatomat Kodály Zoltán idézettel kezdtem, kinek szavait a gyermekekkel foglalkozó segítő emberek szemszögéből értelmeztem. Összegzésként olyan gondolatot írnék le, amely itt arról a gyerekekről szól, akik megtették a gyógyulás felé vezető út első lépéseit.

„A tett, s nem a tett következménye számít. (...) Talán nem tőled függ,

s talán nem is a te idődben lesz a tetteidnek következménye (...).

Sosem tudhatod, hogy a tetteidnek mi lesz az eredménye.

De ha nem teszel semmit, nem lesz eredmény sem.”

(Mahatma Gandhi)

VII. Felhasznált irodalom

1. Bagdy Emőke – Telkes József: Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában. Második kiadás. Tankönyvkiadó, Budapest, 1990.
2. Bagdy Emőke, Dr.: Családi szocializáció és személyiségzavarok. Pszichológia – nevelőknek sorozat. Tankönyvkiadó, Budapest, 1977.
3. Bang, Ruth: A célzott beszélgetés. A beszélgetés, mint gyógyító és nevelő eljárás. Pszichológia – nevelőknek sorozat. Negyedik kiadás. Tankönyvkiadó, Budapest, 1983.
4. Buda Béla, Dr.: A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája. Pszichológia – nevelőknek sorozat. Tankönyvkiadó, Budapest, 1986.
5. Buda Béla: Az empátia – a beleélés lélektana. Gondolat, 1978.
6. Buzasi, Nikolaus: Írások a zeneterápiáról. A PTE Művészeti Karának kiadványai 4. Pécs, 2003.
7. Jung, C. G.: Gondolatok a szenvedésről és a gyógyításról. Kossuth Kiadó, 1997.
8. Lindenbergné Kardos Erzsébet: Zeneterápia Szöveggyűjtemény. Válogatott írások a művészetterápia köréből, a tudomány és a média világából. Kulcs a muzsikához Kiadó, Pécs, 2005.
9. Martin László, Pórszász Gertrúd, Tényi Tamás: Többszintű csoportpszichoterápiás rendszer kialakítása nyílt pszichózis osztályon. I. POTE Pszichiátriai Klinika. Psychiatria Hungarica, 1991. IV. évfolyam, 3. szám.
10. Mérei Ferenc – V. Binét Ágnes: Gyermeklélektan. Tizenegyedik kiadás. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1999.
11. Michel, Paul: A zenei nevelés lélektani alapjai. A zenei nevelés kézikönyve, II. rész. Zeneműkiadó, Budapest, 1974.
12. Orff, Gertrud: Orff zeneterápiájának alapfogalmai. Definíciók és példák. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 1994. Pécs, 2002.

13. Ranschburg Jenő: Gepárd-kölykök. Gyermekismeret. Mesterek mesterei sorozat. Urbis Könyvkiadó, Budapest, 2004.
14. Rudas János: Delfi örökösei. Önismereti csoportok: elmélet, módszer, gyakorlatok. Negyedik kiadás. Kairosz Kiadó, 1990.
15. Schweitzer, Albert: Életem és gondolataim. Gondolat Kiadó, Budapest, 1974.
16. Szép Kelet, Szép Nap. Zenepedagógiai szimpózium. Összeállította és szerkesztette: Fleck Erika. Agape Zene – Életöröm Alapítvány, Baranyai Pedagógiai Szakszolgálatok és Szakmai Szolgáltatások Központja.
17. Tringer László: A pszichiátria tankönyve. Egyetemi tankönyv. Harmadik kiadás. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2005.
18. Vázlatok a pszichiátriai rehabilitáció gyakorlatából. Szerkesztette: Dr. Pető Zoltán. Második kiadás. Kiadja: Integritás Közhasznú Egyesület, Szeged, 2003.
19. Zene és terápia. Szöveggyűjtemény. Szerkesztette: Dr. Madarászné Losonczy Katalin, Urbánné Varga Katalin. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 1996.

Internet:

1. www.gyermeklelektan.lap.hu
2. www.ksh.hu
3. www.pszichiatria.lap.hu
4. www.zeneterapia.hu

VIII. Melléklet

Kombinált zeneterápiás foglalkozás:

1. A. alkotása



2. F. alkotása



3. Gy. alkotása



4. V. alkotása



5. Hangszerek, kellékek:

