

## Zeneterápia a daganatos betegek kezelésében

Kollár János

„A zene kifejezi, amit nem lehet elmondani, és amit nem lehet elhallgatni”

Victor Hugo

A daganatos megbetegedések esetében a test-lélek-szellem kölcsönhatás jelentős mértékű változáson esik át. Ennek vizsgálatára számos kutatást végeztek. A rákos megbetegedések kezelése során a betegek mindennapi életvitelére felborul, s e hatások az iskolai élet, a tanulás, a munka, a hivatásgyakorlás, a pár- és családi kapcsolatok, az érzelmi és fizikai állapot, valamint az énkép változása terén egyaránt megmutatkoznak. A betegek olyan megrázó események sorozatán mennek keresztül, amelyek fölött csupán csekély vagy épp semmilyen kontrollt sem képesek gyakorolni. A negatív tapasztalatok között szerepel a szorongás, a fizikai diszkomfortérzés és számos egyéb, negatív érzés, amely lelassíthatja a gyógyulási folyamatot (1).

A rákos betegek az említetteken kívül gyakran számolnak be feszültség, depresszió és magány érzéséről is (2). Amint azt *Burns* (3) is megállapítja, a depresszió és szorongás kezelésének elhanyagolása az életminőség romlásához vezethet, és megakadályozhatja, hogy az életfunkciók ismét optimális szintre álljanak vissza. A daganatos megbetegedések és az életminőség összefüggésére vonatkozó kutatások szerint az érzelmi distressz kihatással van a betegek fizikai állapotára, és befolyásolja a kezelés végkimenetelét is.

A holisztikus, biopszichoszociális gyógyítás korában egyre nagyobb az igény olyan hatékony, noninvazív terápiás beavatkozásokra, amelyek képesek pozitívan befolyásolni olyan egészségügyi problémák kezelését, mint amilyenek a daganatos megbetegedések. A ki-

egészítő kezelésként alkalmazott zeneterápia képes e szerep betöltésére. A zeneterápiás beavatkozások csökkentik az életminőséget romboló distressz mértékét, és olyan speciális célok elérésére szolgálnak, mint például az önkifejezés elősegítése, szorongáscsökkentés, a fizikai diszkomfortérzés enyhítése, relaxáció, megküzdési (coping) stratégiák támogatása és annak segítése, hogy a beteg hozzászokjon új, megváltozott környezetéhez (4).

A zeneterápia az Amerikai Zeneterápiás Egyesület (AMTA) 2005-ben megfogalmazott definíciója szerint: zenei eszközök klinikai és tapasztalaton alapuló alkalmazása terápiás keretek között, személyre szabott célok elérése érdekében. Zeneterápiát csak hivatalos zeneterapeuta-képzésben képesítést nyert személyek végezhetnek. Magyarországon jelenleg önálló, akkreditált posztgraduális zeneterapeuta-képzés Budapesten, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolán folyik. Ezenkívül Pécsen szintén akkreditált, komplex művészetterápiás képzés keretein belül is lehetőség nyílik a zeneterápia mélyebb megismerésére, módszereinek elsajátítására. A képzések kidolgozásában elévülhetetlen érdemeket szerzett többek között *Urbánné Varga Katalin* (Budapest) és az idén elhunyt *Sasvári Attila* (Pécs). *Decker-Voigt* (5) szerint a jelenlegi zeneterápiás irányzatok az 1. ábrán feltüntetett forrásokból táplálkoznak.

Az orvostudomány számos területén alkalmazzák a zeneterápia mindkét (aktív és receptív) formáját: a pszichiátriában (hangulatzavarok, szorongásos zavarok, szomatiform zavarok, személyiségzavarok, pszichotikus zavarok, pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok kezelésére, valamint család- és párterápiában), a gyógypedagógiában, a geriátriában, mentálhigiénés prevencióban és rehabilitációban, valamint a szülészet és a fogászat területén (6). A pszichotikus betegekkel folytatott zeneterápia egyéb gyógyító beavatkozások kiváló kiegészítője lehet (7). A prevenció és rehabilitáció érdekében végzett zeneterápiás beavatkozások kiemelt helyet foglalnak el a terápiás spekt-

rumban (8). A különböző terápiás formák (ének, hangszeres játék, zenei és mozgásimprovizáció, asszociatív és emocionális élményfeldolgozó stb.) mind egyéni, mind csoportos formában alkalmazhatók. *Urbánné* (9) tanulmánya lehetőséget nyújt a zeneterápia világméretű helyzetének áttekintésére.

A daganatos megbetegedések kezelése a betegség különböző stádiumai szerint folyamatosan változik. A zeneterapeuták naprakészen ismerhetik a terápiás módszerek alakulását, és így képesek alkalmazkodni a különböző kezeléseken át-

eső betegek esetleges egyéni szükségleteihez. Ezenkívül a terapeuták a betegek energiaszintjéhez és fizikai korlátaihoz hangolhatják munkájukat (10).

Nemcsak a daganatos betegségekben szenvedő betegek, hanem hozzátartozóik is gyakran panasz-

kodnak fizikai és érzelmi fájdalomról. A korszerű zeneterápiás tevékenység rendszerszemléletű, tehát nem csupán a betegre, hanem annak környezetére is koncentrálnak. A verbális terápiákkal ellentétben a zeneterápia verbális üzenetei elsősorban dalokon keresztül jutnak el a páciensekhez. A zenébe csomagolt szavak közvetlenebb érzelmi hatást váltanak ki, mint a pusztán szóbeli közlések. A dalok zeneterápiás alkalmazása egyrészt támogatást, másrészt a változtatás eszközeit jelenti a betegek és hozzátartozóik számára. Emellett segíthetik a fájdalommal teltebb érzések és az esetleges gyász feldolgozását is. Amint azt *Bailey* (11) is megállapítja, a zeneterapeuta célja a fájdalomcsökkentés, energetizálás, a gondolatok és érzelmek kifejezőmódjának segítése, a beteg és hozzátartozói szociális környezetükbe történő beilleszkedésének támogatása és az érzékszervi stimuláció.

A zeneterápia és a verbális pszichoterápiák együttes alkalmazása különösen hatékony lehet olyan helyzetekben, amikor az érzések szavakban történő kifejezése nehézségekbe ütközik vagy éppenséggel lehetetlen, vagy azért, mert valamilyen blokk miatt a páciens képtelen kapcsolatba kerülni az érzelmeivel, vagy pedig azért, mert képtelen megtalálni a megfelelő szavakat érzelmi kifejezésére.

**A holisztikus, gyógyítás korában egyre nagyobb az igény a hatékony, noninvazív terápiás beavatkozásokra.**

Ilyen esetekben a verbális terápiák és a zeneterápia kombinációja kifejezetten előnyös hatást biztosít. A zeneterápiás szakaszban a beteg képessé válhat érzelmei feltárására és kifejezésére, a verbális fázisban pedig azok megértésére és feldolgozására. A zeneterápia és a kliensközpontú terápia között számos hasonlóság mutatkozik. Mindkét helyzetben elsődleges szerepet játszik a kongruencia, empátia és az őszinteség (12).

## A zeneterápia multifunkcionális alkalmazása

Érdemes a módszer szakaszait elemezni, az eljárás segítségével mobilizált érzelmek és gondolatok feldolgozása során érintett főbb témákat, az eltérő alkalmazási területeket és lehetőségeket bemutatni.

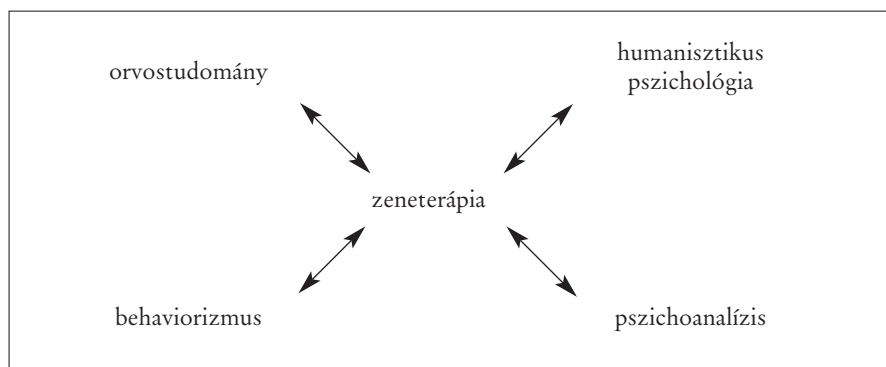
A zeneterápiás folyamat általában három szakaszból áll. Ezek időtartama a páciensek, valamint családtagjaik szükségleteitől, érzelmi felkészültségétől és a közös haladás ütemétől függ. Ezek a következők:

– **Kapcsolatépítés:** A zeneterapeuta, a páciens vagy a hozzátartozók közötti bizalomépítés, a működő munkakapcsolat kialakítása. Ebben a fázisban általában a saját problémák helyett inkább a másik emberre irányul a figyelem.

– **Tudatosítás:** A páciens vagy családtagjaik figyelme egyre inkább saját maguk felé irányul. A zeneterapeuta kreatív önkifejezési módszerek alkalmazására serkenti őket. Az érzések, szükségletek és vágyak tudatosítása ebben a fázisban történik.

– **Feldolgozás:** Az érzések, gondolatok kifejezését és feldolgozását az önmegvalósítás és felszabadultság érzése kíséri. A zeneterápiás ülések felszabadító hatása segíti az elengedés érzésének mobilizálását. A résztvevők gyakran számolnak be olyan érzésekről, mintha új kapcsolatokat alakítottak volna ki, egyensúlyra és felszabadultságra lelnek. Ebben a fázisban alkalmazhatunk az élet-erőt hangsúlyozó dalokat.

A dalok a rák gyakran életveszélyt sugalló jelentésével szemben felbresztik a vitalitást és a kreatív önkifejezést segítő belső energiákat. A megbeszélések során a daganatos megbetegedésekben szenvedők és családtagjaik általában a következő kilenc főbb téma valamelyike felé orientálódnak (11): remény, öröm, a világ, emlékek, kapcsolatok, szükségle-



1. ábra. A zeneterápia helye, forrásai és kölcsönhatásai

tek és vágyak, érzelmek, veszteség és halál, béke.

Számos vizsgálat igazolja a zeneterápia életminőségre, fizikai állapotra, valamint a halállal való kapcsolatra kifejtett pozitív hatását. Ezek egyikét írja le *Russell* (13) tanulmánya. A vizsgálatot terminális szakaszban lévő rákos betegeken végezték. A betegek saját otthonukban éltek, hospice-gondozásban részesülő felnőttek voltak. Összesen 80 páciens vett részt a vizsgálatban. Véletlenszerűen két csoportba sorolták őket. A kísérleti csoport a szokásos hospice-ellátásban és zeneterápiában részesült, a kontrollcsoport pedig csupán a szokásos hospice-gondozásban. A csoportok nem és kor szerint hasonló felépítésűek voltak. Az életminőség változását minden egyes látogatás alkalmával a hospice életminőség-index javított verziója (*hospice quality of life index-revised – HQOLI-R*) segítségével mérték. Minden beteget legalább két alkalommal meglátogattak, amely látogatások során vizsgálták életminőségüket és fizikai állapotukat. Az eredmények szerint a kísérleti csoportban lévő betegek életminősége a zeneterápiás ülések számának növekedésével fokozatosan javult. A kontrollcsoportban lévő betegek életminősége ezzel szemben a kísérleti csoportéhoz hasonlítva egyre romlott.

Az emberi kapcsolatok kialakítása a professzionális támogatással együtt gyakran képes csökkenteni a betegek szenvedését. A dalok és az emberi kapcsolatok között inherens összefüggés áll fenn, hiszen az ének voltaképpen dallammal kísért verbális kommunikációt jelent. A megfelelő környezetben és módon alkalmazott dalok által közvetített üzenetek – kapcsolatépítés, kognitív stimuláció, a másik emberre irányuló figyelem – feszültségcsökkenést, emberi kapcsolatok közé történő beilleszkedést és örömeztetést idéz elő.

*Standley* és munkatársai (14) kemoterápiás kezelésben áteső betegek számára nyújtottak zeneterápiás kezelést. Többesrős adatgyűjtési eljárást végeztek, amelynek célja többek között annak vizsgálata volt, hogy a zeneterápiás kezelése milyen mértékben képesek csökkenteni a kemoterápiás kezeléseket követően fellépő hányinger és hányás előfordulási arányát és súlyosságát. Az eredmények szerint a zeneterápiában részesülő személyek kedvezőbb arányokról számoltak be, mint a zeneterápiából kimaradtak.

*Davis* vizsgálatának (15) célja annak megállapítása volt, hogy milyen hatást gyakorol a zene és relaxációs módszerek alkalmazása nőgyógyászati beavatkozásokon átesett nők fájdalomérzésére és szorongására. Huszonkét, 17 és 43 év közötti nő vett részt a vizsgálatban. Mindnyájan ugyanazon nőgyógyász betegek voltak, és mindnyájukon orvosi eszközökkel történő méhnyaki beavatkozást végeztek. Az alanyokat két csoportba osztották. A kontrollcsoportban szereplők a szokásos orvosi eljárásban részesültek, míg a kísérleti csoport tagjai saját maguk által választott zenét hallgathattak fejhallgatón keresztül, miközben alapvető relaxációs instrukciókat kaptak. A vizsgált függő változók a pulzusszám, légzésszám, valamint a fájdalom és szorongás magatartásban megnyilvánuló nyilvánvaló jelei voltak. A vizsgálati személyeket a beavatkozást követő 24 óra múlva telefonon is felhívták és érdeklődtek fájdalom- és szorongásszintjük felől. Az orvosi kezelés során öt alkalommal végeztek adatgyűjtést: miután a beteg felkészülten várt a kezelésben; az orvos megjelenésekor; a biopszia elvégzése pillanatában (amennyiben ezt az eljárást alkalmazták a betegnél); a méhnyakot vizsgáló eszköz alkalmazása során; abban a pillanatban, amikor az orvos elhagyta a

vizsgálót. Az adatok grafikus elemzése során kiderült, hogy a két csoport reakciói között eltérés mutatkozott. Ezt a különbséget Mann–Whitney-féle U-teszt segítségével statisztikailag elemezték. A biopsziás eljárásan átesett nők adatai elemzésekor – a kísérleti csoporttal összehasonlítva – a kontrollcsoport tagjai esetében szignifikánsan magasabb légzés-számot és fájdalomértéket mértek.

Kórházban kezelt, haldokló felnőtt páciensek zenehallgatás után fájdalom-enyhülésről és jobb komfortérzéről számoltak be (16).

Sugarterápiával kezelt 300 beteg közül 270 úgy nyilatkozott, hogy kedvelte, ha a kezelés közben háttérzene szólt (17).

Bailey vizsgálatában (2) az élő, valamint a gépi zene terápiában alkalmazott hatását hasonlította össze. A vizsgálat alanyai kórházban kezelt rákos betegek voltak. Az 50 kísérleti személy életkora 17 és 69 év között volt. Véletlenszerű válogatás eredményeképpen kerültek az élő zenét hallgató, éneklő vagy a gépi zenét hallgató csoportba. Minden terápiás ülés egyenként 25 percig tartott. A zene-terápiás ülések előtti és utáni hangulatállapotot a hangulatállapot-profil (profile of mood states – POMS) kérdőív segítségével rögzítették, majd összehasonlították a kapott értékeket. Az élő zenét hallgató résztvevők esetében szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) kisebb feszültséget és szorongást, de nagyobb mérvű életerőt lehetett tapasztalni, mint a gépi zenét hallgatók esetében. Ezenkívül az élő zenét hallgatók fizikai diszkomfortérzése szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) csökkent, hangulata szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) javult, és ezek az emberek szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) többen ajánlották másoknak is a zene-terápiás üléseken való részvételt. Az eredmények egyértelműen alátámasztják, hogy az élő zene sokkal inkább feszültségcsökkentő, és életerő-serkentő hatással bír, mint a gépi zene. Mindezen hatások kialakulásában feltehetően az élő zenében megnyilvánuló emberi közelség fontos szerepet játszik.

Rákos betegek imaginációs terápiájának eredményei alapján Achtenberg és Lavolia (18), valamint Achtenberg (19) arról számoltak be, hogy az imaginált képek minőségéből következtetni lehet a páciensek két hónappal későbbi valószínű állapotára.

A tumoros beteg különböző típusú fájdalomról számol be. Ezenkívül a betegség és saját élete feletti kontroll el-

vesztése miatt is szenved (20). Wylie és Blom vizsgálatában (21) hospice-betegek vettek részt. A zeneterápia során különböző – általuk kedvelt és számukra ismeretlen – zenéket alkalmaztak. A fájdalommal való megküzdés segítése érdekében a terapeuta irányított imaginációs módszert használt és segítette a betegeket abban, hogy felelevenítsék emlékeiket. Az eljárás egyben lehetőséget kínált a páciensek számára ahhoz is, hogy áttekintsék életüket, mozgósítsák kreatív energiáikat, és ideiglenesen biztonságban érezzék magukat. Az egyik beteg hólyagdaganatos megbetegedésben szenvedő középkorú, elvált nő volt. Hetente egy órán keresztül részesült zeneterápiában. A betegek zenei preferenciáinak feltérképezését követően, az első néhány ülés során a terapeuta relaxáció és irányított imagináció mellett magnóról a kedvenc zenéjüket játszotta. Később a páciens új zenéket is megismerkedett, és képes volt azokra is relaxálni. A zenei válogatás kritériuma volt, hogy a kiválasztott zene kellemes, megnyugtató és érdekes legyen. A tizenegy ülésből álló kezelés első kilenc ülése során a bevezető imaginációs képet a fájdalommal vagy rákkal kapcsolatos kép követte. A fájdalomcsökkentés módszere szerint a terapeuta arra kérte a beteget, hogy mondja el, milyennek érzi a daganat méretét, színét és formáját, valamint milyenné szeretné azt változtatni. Kezdetben a beteg nagy, piros, eltorzult gömb alakú csomóként írta le daganatát. A hetedik és az azt követő ülések során egy kis „Pac-man” (golyóevő) figurát képzelt el, aki megtámadja a daganatot. A kontroll kérdése igen fontos szerepet játszott, és gyakran előfordult a beteg imaginációiban. Amikor a páciens feszültté vált, és eluralkodott rajta a félelem, a terapeuta emlékeztette arra, hogy a beteg képes megváltoztatni vagy akár meg is szüntetni az imaginációs képét. A beteg ily módon segítséget kapott ahhoz, hogy betegségét, fájdalmát kontrollálni tudja a probléma imaginációs képének átalakítása segítségével. A kontroll választás formájában is megjelent. A beteg lehetőséget kapott arra, hogy a terápiás ülés első részében kiválassza a számára megfelelő zenét. A beteg képes volt elsajátítani és a későbbiekben is alkalmazni a módszert.

## Gyermekek kezelése

A daganatos megbetegedésben szenvedő gyerekek a kezelés során elkerülhetetlen izoláció következtében szembesülnek szociális kapcsolataik csökkenésével, az ingerhiánnyal és a fizikai tevékenység lehetőségeinek apadásával. Az ilyen körülményekre adott érzelmi válaszok között gyakran szerepel magányérzés, depresszió, a visszautasítás érzése, harag és zavarodottság. A betegség kezelése gyakran a gyermek fizikai megjelenésének változásával is jár, például hajhullás, bőrszápadás vagy -sárgulás, kinövések, horzsolások, sebek keletkezése. Ezek a körülmények gyakran befolyásolják a gyermek önmagáról alkotott képét is (22).

A daganatos megbetegedésben szenvedő gyermekek és hozzátartozóik zene-terápiás kezelése során számos speciális eljárást lehet alkalmazni. A kórházi ápolásban részesülő gyermekek számára nyújtott zene-terápiás beavatkozások fő céljai a következők lehetnek: az önkifejezést segítő, természetes környezet biztosítása; szociális környezet teremtése a csoporton belüli interakciók kezdeményezéséhez a gyermekek korának megfelelő tevékenységek segítségével; a kórházi kezeléshez, valamint a halálélményhez kapcsolódó témák feldolgozásához nyújtott segítség (23).

A félelem és feszültség csökkentésére, a sikerérzés erősítésére, valamint a gyógyulási folyamatra összpontosító zene-terápiás eszköztárban szerepelhet éneklés és hangszeres játék, dalkiválasztás, komponálás, dalszövegek helyettesítése, improvizáció, irányított imagináció és zenére történő festés is (21, 24–26).

Lane (27) vizsgálatai szerint onkológiai osztályokon kezelt rákos gyermekek nyálában a zene-terápiás ülések követően szignifikánsan kisebb

mennyiségű stresszhormont találtak, mint a zeneterápiában nem részesülő, kontrollcsoportban lévő gyermekekében.

Marley (28) klinikai vizsgálatot végzett annak megállapítására, hogy a zeneterápia mennyire hatékonyan képes csökkenteni a kórházi kezelés alatt álló, bennfekvő gyermekek és csecsemők stresszmagatartását. A vizsgálatban 27 fekvő beteg gyermek és csecsemő vett

**A beteg nagy, piros, eltorzult gömb alakú csomóként írta le daganatát.**



részt. Koruk öt hét és 36 hónap között volt. A vizsgált stressz-magatartásformák (sírás, tárgyak szétdobálása, hangadás hiánya, letargia vagy fizikai feszültség) valamelyike a 15 perces megfigyelési időszak során mindegyik beteg esetében jelentkezett. Minden beteg képzett zeneterapeuta által vezetett zeneterápiás programban vett részt. E programban szerepeltek dalok, didaktikus játékok, mozgás és relaxáció. Az ülések hossza 15 perc és egy óra között volt. Ez idő alatt a betegek magatartását megfigyelték, és a különböző magatartásformákat feljegyezték. A vizsgálat eredménye szerint a zeneterápia, valamint a zeneterapeutával való interakció hatékonyan csökkentette a stressz-magatartásformák előfordulását.

A dalkomponálás lehetőséget nyújt a gyermekek számára ahhoz, hogy képesek legyenek fontos érzéseiket, tapasztalataikat és élményeiket másokkal megosztani. Ezen érzések egyike számos esetben az egymással szemben, a betegség kialakulása miatt érzett büntudat. *Slivka és Magill (29)* beszámol arról a módszerről, amely során a gyermekek vagy szülők komponálnak egymás számára dalokat. Ezekben különleges történekekről, emlékeikről, vágyaikról vagy szükségleteikről számolnak be egymásnak. Az érzések ily módon történő megosztása lehetőséget nyújt a különböző érzések, például a büntudat feldolgozására. *Bailey (11)* egy olyan ülésről számol be, amelyen a szülők, valamint 21 éves, rákban haldokló beteg gyermekük vett részt. A dalkomponálás ebben az esetben is segítette a családot abban, hogy feszült kommunikációjukat enyhíteni legyenek képesek. *Bailey* hangsúlyozza, milyen fontos segítséget nyújt a dalok tartalma ahhoz, hogy a páciensek és családok újra és újra át tudják élni érzéseiket.

*Fagen (24)* megállapítása szerint minden gyermeknek és családtagjának át kell törni saját „szorongásból épített falán”. A zeneterapeuta feladata, hogy nyitott és bátorító módon segítse ezt a folyamatot. A zene képes olyan kreatív energiákat mozgósítani, amelyek a kórházi környezetben általában csökkennek. Nem csupán gazdagítja a páciensek életét, de segítheti a túlélés ösztönét is. Nagyon fontos azonban, hogy ne erőltessük a halállal kapcsolatos kérdésekről való beszélgetést. Várjunk, és ismerjük fel annak jeleit, hogy a beteg vagy hozzátartozója célzást tesz (akár eufemizmus formájában is) a témára. Csak ezt követően lehet

a burkolt megjegyzéseket közvetlen és őszinte állításokká alakítani.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma Gyermekklinikájának Onkológiai Részlegén 2006 májusában kísérleti jelleggel zeneterápiás kezeléssorozat vette kezdetét. Ennek keretében a gyermekek és hozzátartozóik kéthetente a részlegen belül rendezett élő zenei koncerteken vehetnek részt. A zene segítségével felszínre hozott érzések feldolgozásával szakképzett pszichológusok foglalkoznak, ily módon is segítve az orvosok és nővérek munkáját, valamint a páciensek gyógyulását, a betegek és hozzátartozóik komfortérzésének növelését. A résztvevők szóbeli beszámolója szerint a zeneterápiás ülések hatékonyan segítik a betegek és hozzátartozóik, valamint a gyógyítóstáb közötti kommunikációt is. A zeneterápia egyéb – szorongáscsökkentő és az immunrendszerre gyakorolt – hatásának vizsgálata folyamatban van.

### Vezetett imaginációs terápia

Ismertetjük a négy szakaszból álló, Bonny-féle vezetett imagináció és zene módszerét és eredményeit.

A rákos betegeknek akár még jóval a kezelést követően is jelentős mértékű érzelmi distressz állapottal kell megküzdeniük. Ez kedvezőtlenül hat az immun- és endokrin funkcióikra, valamint negatív módon befolyásolja az életminőségüket. A Bonny-féle vezetett imagináció és zene módszerét (*Bonny method of guided imagery and music – GIM*) rákos betegek kezelése során is alkalmazzák, olyan megküzdési (coping) módszerek kialakításának elősegítésére, amelyek arra bátorítják a betegeket, hogy a kezelés során aktívan közreműködjenek saját gyógyulásuk előmozdítása érdekében. A módszer lehetőséget biztosít a betegek számára, hogy aggodalmaikat és egyben a gyásszal és reménnyel kapcsolatos érzéseiket is könnyebben kifejezhessék, feldolgozhatják (30). Az eljárás során specifikus sorrendben lejátszott, nyugati stílusú zenét alkalmaznak imaginációs képek és érzelmek előhívására. Kifejlesztője, *Helen Bonny*, a marylandi (Egyesült Államok) pszichiátriai kutatóközpontban dolgozó zeneterapeuta a dallamveze-

tésen, dinamikán, harmónián, ritmuson és hangszerelésen alapuló számos zenei programot dolgozott ki. A GIM-módszert az LSD pszichoterápia lehetséges alternatívájaként fejlesztette ki (31).

Egy GIM-ülés négy részből áll. Az első a bevezetés, a terapeuta és a páciens között zajló négy szemközti beszélgetés. A terapeuta ennek során feltérképezi a kliens érzelmi állapotát, egójának erejét, ellenállásait és közösen kijelölik a terápia célját. A terapeuta ezt követően egy speciálisan erre a célra kialakított összeállítás-sorozatból kiválogatja a zenét a páciens számára (32–34). A második rész a relaxáció, illetve ráhangolódás. Ez ebben az

esetben imaginációs képekkel segített relaxációt jelent. A relaxáció során bekövetkező tudatállapot-változás felkavaró, fájdalmas, ijesztő érzéseket is előhozhat, emiatt igen fontos, hogy a terapeuta a relaxáció során a biztonság érzésének előidézésére helyezze a hangsúlyt. A relaxáció hossza, illetve pozíciója (ülő vagy fekvő) a kliens ráhangolódásától, együttműködési készségétől, korábbi tapasztalataitól függően változhat. A terapeuta a terápiás célt előrevetítő imaginációs kép segítségével elő a zenére való ráhangolódást. A harmadik szakasz során a kliens a zene hallgatása közben beszámol minden olyan képről, érzésről, amelyet tapasztal. A terapeuta ennek során folyamatos párbeszédet folytat a pácienssel. A zene végéhez közeledve a terapeuta segítséget nyújt a mély érzelmi szálakat megmozgató képek feldolgozásához, és ahhoz, hogy a kliens vissza tudjon térni az éber tudatosság állapotába (35). A záró szakaszban az előző rész során felmerült képek feldolgozása történik, elsősorban a páciens interpretációjára és belátására alapozva. A terapeuta segítséget nyújt ahhoz, hogy a kliens kapcsolatot tudjon teremteni az imaginációs élményei, valamint énfelfogása, a terápia célja és más emberekkel való kapcsolata között. Az imaginációs élmények tisztázása alapvető fontosságú annak érdekében, hogy a kliens képes legyen integrálni a terápia során szerzett tapasztalatait hétköznapi életébe, és újrafelfedezett vagy újonnan szerzett erőforrásait mobilizálni tudja a gyógyulása érdekében (36).

*Burns (3)* tanulmánya a rákos betegek esetében alkalmazott GIM-módszer

A dalkomponálás segítette a családot abban, hogy képesek legyenek enyhíteni feszült kommunikációjukat.

hangulatzavar-enyhítő és életminőség-javító hatásával foglalkozik. Nyolc, önkéntesen jelentkezett, rákos beteget válogattak véletlenszerűen kísérleti vagy várólistás csoportba. (Ez utóbbi csoport szolgált kontrollként.) Az önkéntesek 30 és 65 év közöttiek voltak, a kísérlet ideje alatt nem álltak sugár- vagy kemoterápiás kezelés alatt, nem fogyasztottak rekreációs gyógyszereket, nem dohányoztak, egyáltalán nem vagy csak mérsékelt mértékben fogyasztottak szeszes italt, nem voltak prednizon- (szintetikus kortikoszteroid gyógyszer) terápián. Sem a kísérlet ideje alatt, sem előtte nem észleltek náluk akut pszichiátriai betegségeket és ép mentális-kognitív funkciókkal rendelkeztek. A kísérleti csoport tagjai tíz héten keresztül, heti egy alkalommal GIM-üléseken vettek részt. A kísérlet előtt és után minden résztvevő kitöltötte a hangulatállapot-profil [*profile of mood states – POMS (37)*], valamint az életminőség és rák [*quality of life-cancer – QOL-CA (38)*] kérdőíveket, a kísérleti időszakot követően pedig hathetes utánkövetésben vettek részt. Az eredmények azt mutatták, hogy a GIM-üléseken részt vett személyek a kísérlet után felvett mindkét kérdőívben jobb pontszámot értek el, mint a kontrollcsoport szereplői. Ezenfelül a hangulatra és életminőségre vonatkozó pontszámok az utánkövetés során is tovább emelkedtek. Az eredmények szerint tehát a GIM-módszer hatékonyan javította a betegek hangulatát és életminőségét.

## Összegzés

Mindezek alapján megállapítható – amint *Daveson (39)* is megfogalmazza –, hogy a zeneterápia segítségével képesek lehetünk a kezelésben részesülő gyermekek és felnőttek, valamint családtagjaik, illetve az életükben fontos szerepet játszó személyek számára pszichoszociális, érzelmi és fizikai segítséget nyújtani. Az alkalmazható módszerek között egyaránt szerepelhetnek receptív, rekreációs és zeneszerzéssel kapcsolatos eljárások. Számos pozitív hatás érhető el olyan beavatkozások révén, mint amilyen a zenehallgatás, zenei paródia, zene és relaxáció, a zene által elősegített beszélgetés, dalserzés, rekreációs anyagok és élmények biztosítása, zenei csoportélmények, feszültségcsökkentő hatás és az

önkifejezés segítése. A daganatos megbetegedésben szenvedő gyermekek és felnőttek számára a zeneterápia biztonságot nyújtó, támogató eljárást jelent. Rugalmas, az egyéb kezelésekhez könnyen idomuló, páciensközpontú módszer. Igen fontos, hogy a zeneterápia során a betegek és családtagjaik „egész embernek” érezhetik magukat egy idegen és stresszhatásokkal teli környezetben.



## IRODALOM

1. Waldon EG. The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *Journal of Music Therapy* 2001;38(3):212-38.
2. Bailey LM. The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized cancer patients. *Music Therapy* 1983;3(1):17-28.
3. Burns DS. The effect of the bonny method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *Journal of Music Therapy* 2001;XXXVIII(1):51-65.
4. Davis WB, Gieller KE, Thaut MH. An introduction to music therapy: theory and practice (2nd ed.). Boston: McGraw-Hill; 1999.
5. Decker-Voigt HH. Schulen der Musiktherapie. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag; 2001. p. 20-32.
6. Sasvári A. Pécsi Tudományegyetem, MK-ÁOK-előadás. Pécs: 2005. május 20.
7. Fekete S, Tényi T. Zeneterápia és pszichiátria: Áttekintés és tapasztalatok pszichotikusok zene csoportterápiája kapcsán. *Pszichoterápia* 1993;2(2):93-9.
8. Konta IM. A zeneterápia szerepe a prevencióban és rehabilitációban. *Rehabilitáció* 2001;11(3):96-8.
9. Urbáné VK. Zeneterápia a világban. *Rehabilitáció* 2001;11:3.
10. Kruse J. Music therapy in united states cancer settings: recent trends in practice. *Music Therapy Perspectives* 2003;21(2):84-8.
11. Bailey LM. The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. *Music Therapy* 1984;4(1):5-17.
12. Bunt L, Marston-Wild J. Where words fail music takes over: A collaborative study by a music therapist and a counselor in the context of cancer care. *Music Therapy Perspectives* 1995;13(1):46-50.
13. Russell EM. The Effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music Therapy* 2003;40(2):113-37.
14. Standley JM. Clinical applications of music and chemotherapy: The effects on nausea and emesis. *Music Therapy Perspectives* 1992;10(1):27-35.
15. Davis CA. The effects of music and basic relaxation instruction on pain and anxiety of women undergoing in-office gynecological procedures. *Journal of Music Therapy* 1992;XXIX(4):202-16.
16. Curtis S. The effect of music on pain relief and relaxation of the terminally ill. *Journal of Music Therapy* 1986;23(1):10-24.
17. Mowatt K. Background music during radiotherapy. *The Medical Journal of Australia* 1967;17:185-6.
18. Achterberg J, Lawlia GF. Imagery and disease. *Champaign IL: Institute for Personality and Ability Testing*; 1984.
19. Achterberg J. Images and healing: Shamanism and modern medicine. Boston: New Science Library; 1985.
20. Lack SA. Pain control in terminal illness. In: Hamilton M, Reid H (eds.). A hospice handbook. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans; 1980.
21. Wylie ME, Blom RC. Guided imagery and music with hospice patients. *Music Therapy Perspectives* 1986;3(1):25-8.
22. Brodsky W. Music therapy as an intervention for children with cancer in isolation rooms. *Music Therapy* 1989;8(1):17-34.
23. Schwankovsky LM, Guthrie PT. Music therapy for handicapped children: Other health impaired. NAMT monograph series. Washington, DC: National Association for Music Therapy; 1982.
24. Fagen TS. Music therapy in the treatment of anxiety and fear in terminal pediatric patients. *Music Therapy* 1982;2(1):13-23.
25. Munro S. Music therapy in palliative hospice care. St. Louis, MO: MMB Music, Inc.; 1984.
26. Munro S, Mount B. Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association Journal* 1978;119:1029-34.
27. Lane D. The effect of a single music therapy session on hospitalized children as measured by salivary immunoglobulin A, speech pause time, and a patient opinion Likert scale. Unpublished doctoral dissertation. Cleveland: Case Western Reserve University; 1990.
28. Marley LS. The use of music with hospitalized infants and toddlers: A descriptive study. *Journal of Music Therapy* 1984;XXI(3):126-32.
29. Slivka H, Magill L. The conjoint use of social work and music therapy in working with children of cancer patients. *Music Therapy* 1986;6A(1):30-40.
30. Logan H. Applied music-evoked-imagery for the oncology patient: Results and case studies of a three month music therapy pilot program. Unpublished manuscript. In: Burns SD. 2001. The effect of the bonny method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *Journal of Music Therapy* 1998;XXXVIII(1):51-65.
31. Bonny HL. GIM therapy: Past, present, and future implications. (GIM Monograph No. 3.) Salina, KS: The Bonny Foundation; 1980.
32. Bonny HL. Facilitating GIM and music sessions. GIM monograph #1 Salina KS: Bonny Foundation; 1978.
33. Bonny HL. The role of taped music programs in the GIM process: GIM monograph #2. Salina: Bonny Foundation; 1978a.
34. Bonny HL. [Selector]. MUSIC programs (Cassette Recordings). Salina KS: Bonny Foundation; 1989.
35. Summer L. Guided imagery and music in the institutional setting. St. Louis, MO: MMB Music. In: Blake RL (1994). The bonny method of guided imagery and music. GIM in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Perspectives* 1988;12(2):75-9.
36. Blake RL. The bonny method of guided imagery and music. GIM in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with adults in the psychiatric setting. *Perspectives* 1994;12(2):75-9.
37. McNair D, Lorr M, Droppelman L. EITS manual for the profile of moodstates (POMS). San Diego: CA: EITS; 1971.
38. Padilla G, Grant M, Prescott C, Ferrell B. Quality of life-cancer scale (QOL-CA). Los Angeles, CA; 1996.
39. Daveson BA. Treatment, transplant and palliative care. *Music Therapy Perspectives* 2001;19(2):114-20.