

## **Fejes Renáta: A művészetterápia szerepe a serdülőkori depresszió kezelésében**

### Absztrakt

Szociális munkásként a szakemberek több területen is találkozhatnak olyan serdülővel, aki a depresszió valamely formájában szenved. Természetesen a depressziót mi, szociális munkások nem tudjuk gyógyítani, és terápiát sem alkalmazhatunk, azonban mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy a serdülővel bizalmas segítő kapcsolat alakulhasson ki. Kommunikálnia kell a segítővel, ami serdülő és felnőtt között egy mindennapos kapcsolatban is kihívás lehet. Kutatásom témája és célja megtalálni a művészetterápia helyét és szerepét a szociális munkás tevékenységében, ha depresszióval küzdő serdülővel dolgozik együtt.

Elméleti munkámban áttekintem a depresszió jellegzetességeit, fajtáit és kialakulásának okait, majd a legelterjedtebb művészetterápiás módszereket veszem sorra, különös tekintettel arra, hogyan használhatjuk fel őket a szociális munkában. A magyar és idegen nyelvű szakirodalmakat, tanulmányokat és kutatásokat feldolgozva a művészetterápia különböző fajtáit és eszközeit vizsgálom, majd javaslatot teszek az alkalmazásukra a serdülőkorú, depressziós kliensekkel folytatott munkában.

Munkám során kiemelten odafigyeltem a szociális munka kompetenciahatárait. Arra összpontosítottam, hogy a művészet, illetve a művészetterápia a kommunikáció eszközeként szolgáljon, hogy hidat építsen szociális munkás és kliens között, és segítsen megtalálni azt a közös pontot, amiből bizalmas segítő kapcsolatot lehet kiépíteni.

**Kulcsszavak:** depresszió, művészetterápia, serdülőkor, művészet, szimbólumok

### Abstract

As social workers we frequently meet teenagers who are suffering from some type of depression. Of course social workers cannot heal them, or use therapy, but we do have to do everything in our power to form a trusting relationship with them as our clients. They need to communicate with us, which is already a challenge when it comes to the relationship between an adolescent and an adult. My project's goal was to find the use and role of art therapy in our work with clinically depressed adolescents.

In my research I write about the typical signs and forms of depression, and explain a few theories about the cause of the illness. Then I introduce different types of art therapy, mainly focusing on their use in social work. I examined different methods in art therapy and made a few recommendations about how they could be used in working with depressed clients.

During my work I was very careful not to overstep the lines of social work. As I said, we cannot cure depression, but we can use certain tools of art therapy as a bridge between the social worker and the client whose age and illness makes it even more difficult to build a trusting relationship.

**Keywords:** depression, art therapy, adolescence, art, symbols

## Bevezetés

A művészet évezredek óta az önkifejezés legfontosabb eszköze. A művész is, a művet élvező is saját érzelmvilágát, problémáit, konfliktusait tárja fel egy műalkotáson keresztül, s az értő szemek számára világossá válhatnak az egyén tudatos és tudattalan vágyai, félelmei, fantáziái. A művészet kommunikáció, melyet az ember már a barlangrajzok óta arra használ, hogy olyan dolgokat fejezzen ki vele, amiket verbálisan nem tud vagy nem akar. Ebben rejlik a művészet gyógyító ereje, mely biztonságot nyújthat az önkifejezési nehézségekkel küszködő depressziós beteg számára. Terápiás hatását ugyan csak az 1940-es évektől kezdték felismerni és tudatosan alkalmazni, de az alkotások befolyását a befogadóra már maga Goethe is megtapasztalhatta 1774-ben megjelent regénye, *Az ifjú Werther szenvedései* kapcsán. A mű elsöprő sikert aratott Németországban, híressé téve az íróját, a főhős halála azonban több, hasonló helyzetben élő olvasót sarkallt öngyilkosságra (Buda 1987).

A művészet tehát többféle módon befolyásolhatja nemcsak a közönségét, de alkotóját is, és megfelelően alkalmazva utat nyithat azoknak az elfojtott érzelmeknek, amelyek az egyén depresszióját súlyosbítják. Leo Navratil osztrák pszichiáter a betegek művészeti alkotásait vizsgálva figyelte meg, hogy műveik hűen tükrözték pillanatnyi állapotukat, és ezt felhasználta a terápia során (Hárdi 2007).

Az alkotó tevékenységek fejlesztik az egyén önbizalmát, problémamegoldó készségét és felelősségérzetét (különösen, ha csoportban zajlik), és megtanítják az alkotót saját képességeinek reális megítélésére (Nagy 2008).

Ennek a tanulmánynak a célja megtalálni a szociális munka azon területeit, ahol a művészet sikeresen alkalmazható eszköz lehetne a serdülőkori depresszió kezelésében. A serdülők kifejezetten fogékonyak az önkifejezésnek erre a módjára, ennek mentén szerveződnek csoportokba, a zenei ízlésük és a hobbiuk alapján formálják kapcsolataikat, választanak barátokat, sőt gyakran külsejükön, megjelenésükön, ruházatukon is ennek megfelelően változtatnak. Szabad idejükben zenélnek, rajzolnak, naplót írnak vagy befogadóként foglalkoznak művészettel, olvasnak, zenét hallgatnak, filmeket néznek. Emiatt vélem úgy, hogy egy segítő kapcsolatban, ha a kliens serdülőkorú, rendkívül fontos szerepet játszhatnak a különböző művészeti ágak, hiszen ezeken keresztül lehet megszólítani őket.

Munkám során azt tapasztaltam, hogy a művészetterápia most kezd kibontakozni Magyarországon. Az ezzel foglalkozó szakemberek igyekeznek minél több területen alkalmazni, bizonyítani pozitív hatását, viszont a szociális munkában még nem nagyon jelent meg – ezen kívánok változtatni.

## 1. A depresszió

A depresszió korunk népbetegsége, mely általánosságban a lakosság negyedét érinti (Rihmer 2004). Pszichiátriai betegség, mely jóval több és bonyolultabb tünettől jár, mint az általános lehangoltság, rosszkedv, amit a laikus szemlélő hajlamos önmagában is depresszióként értelmezni. A latin „deprimo” (lenyom, elnyom) szóból származó elnevezést 1905-ben alkotta meg Adolf Meyer svájci pszichiáter. A betegség története az Ószövetségig nyúlik vissza, ahol már említést tesznek Saul király melankóliájáról. Megjelenése a szorongásos zavartól kezdve a súlyos depresszióig át számtalan formában történhet, egyéntől függően hathat az érzelmi, motivációs, viselkedési, kognitív és szomatikus funkcióra is, kezelésére emiatt nem létezik egyetlen bevált, minden esetben használható módszer. Egy-egy depressziós epizód akár spontán is elmúlhat 6–8 hónap alatt, ekkorra azonban a betegben teljesen elhatalmasodik az

érzés, hogy nem érdemes élnie, így ezeknél a személyeknél különösen nagy a veszélye az öngyilkossági kísérletnek – gyakran nem meghalni szeretnének, csupán kiutat keresnek adott helyzetükből, és nem látnak más megoldást (Rihmer 2004).

Általánosságban elmondható, hogy a depressziós ember krónikusan döntésképtelen, ami az énkép gyengüléséhez és az önbizalom megrendüléséhez vezet. Ettől csökken a teljesítménye a munkahelyén vagy az iskolában, melynek eredményeképpen még kevésbé tud és akar döntéseket hozni, s ezzel egyenes arányban önmagáról alkotott véleménye folyamatosan torzul, negatív irányba tolódik (Comer 2000). Sajnos a legtöbb esetben nem ismerik fel időben a betegséget, mivel a szomatikus tünetek, a fejfájás, szédülés, mellkasi fájdalom, emésztési, étvágy- és alvászavarok és az állandó fáradtság miatt először általában valamilyen szervi rendellenesség gyanúja merül fel, és csak ennek kizárása után kezdik vizsgálni a mentális betegség lehetőségét.

Ezekkel együtt azonban megjelennek más, érzelmi tünetek is, melyek egyértelműen jelzik a pszichés zavarokat. Ezek közé tartozik a bánat, az elutasítottság, az üresség és megalázottság érzése. A depressziós egyén gyakran szorong, ideges, elveszíti humorérzékét, és fokozatosan közömbössé válik nemcsak a külvilág, de közvetlen környezete, barátai, családja, majd önmaga iránt is. Egyfajta bénultságként lehetne jellemezni ezt az állapotot, hiányzik belőle a kezdeményezőkézség, a spontaneitás, a természetes kíváncsisága eltompul, és csak „sodródik az árral” a mindennapokban. Csökken a produktivitása, lelassul, fáradtságát az átlagosnál több alvással sem tudja orvosolni. Környezete számára feltűnhet, hogy a beszéde is megváltozik, nemcsak szótlán lesz, de amikor beszél, hangja halkabbá, monotonabbá válik. Járása is görnyedtebb lesz, tekintetét általában a padlóra szegezi. Feledékennyé válik, néha akár zavarodottnak tűnhet, és rendkívül könnyű kizökkenten (Comer 2000). A depressziós beteg önmagát értéktelennek, csúnyának, sőt olykor kifejezetten gonosznak látja, és nem lát esélyt a jövőben változásra.

## 1.1. A depresszió fajtái

Attól függően, hogy milyen tünetek mekkora intenzitással jelentkeznek, illetve egy-egy depressziós epizód meddig tart, a betegségnek különböző fajtáit különböztethetjük meg. Mivel nem létezik egyetemes gyógymód, rendkívül fontos, hogy be tudjuk azonosítani, melyik áll fenn az egyénnél, s ennek megfelelően válasszunk kezelési módszert.

Amennyiben a depresszív epizód legalább két hétig vagy tovább cselekvőképtelenné teszi az egyént, illetve ha legalább öt olyan tünet jelen van, mely nem valamilyen más betegségnek a tünete vagy egyéb gyógyszeres kezelés mellékhatása, **major depresszív zavarról** beszélünk. Ez a leggyakrabban előforduló formája a betegségnek, mely néhány esetben akár pszichotikus tünetekkel (téveszmékkel, hallucinációkkal) is együtt járhat. A major depresszív zavar lehet:

- *visszatérő*, ha a beteg korábban már átélt hasonló depressziós zavarokat;
- *szezonális*, ha az évszakok változásától függ a megjelenése;
- *kataton*, amennyiben mozgásképtelenség vagy túlzott motoros aktivitás kíséri;
- *postpartum*, ha a szülést követő 4 hétben lép fel;
- *melankóliás*, ha szinte teljes mértékben érzéketlenné válik a személy.

Hosszabb lefolyású, de kevesebb tünettel jár együtt a **minor depresszió**. A más néven disztímiás zavarnak nevezett krónikus állapot akár két évig is húzódhat, és két-három, a depresszióra jellemző tünet jelenik meg. Ezt az alaphangulatot hetekre is megszakíthatja egy-egy kiegyensúlyozottabb időszak. Veszélye, hogy mivel kevésbé drasztikusak a tünetei, és nem teszi cselekvőképtelenné a beteget, sokáig észrevétlen maradhat, és könnyen vezethet major depresszív zavar kialakulásához.

A depresszióknak ezt a két fajtáját unipoláris depresszióknak is nevezik, mivel – bár szakaszosan, akár hosszabb szünetekkel – ugyanazok a tünetek térnek vissza időről időre, azaz szó szerint „egyféle” depresszióról van szó.

Mániás depresszióknak vagy **bipoláris betegségnek** nevezzük a depresszió azon formáját, mely során a major depresszív epizódot megelőzi vagy felváltja egy mániás időszak (Rihmer 2004). Ez lehet gyengébb vagy súlyosabb, ekkor a beteg keveset, akár mindössze három-négy órát alszik, frissen ébred, energikus, nyugtalan, hangulata emelkedett, ugyanakkor könnyen agresszívvá, indulatosná válhat. Ezeknél a személyeknél fokozottan fennáll az önsértő, önkárosító magatartás veszélye, ha indulataikat saját testükön vezetik le.

## 1.2. A depresszió etiológiája

A depresszió hatásos kezeléséhez elengedhetetlen, hogy beszéljünk arról is, mi okozza a létrejöttét. Többféle magyarázat létezik kialakulására, de ezek egyike sem felelős önmagában a betegségért, sokkal valószínűbb, hogy több tényező együttesen játszik szerepet. A biológiai, pszichológiai és szociális tényezőket kölcsönhatásukban kell vizsgálni a betegnél, illetve különböző szociodemográfiai és szocioökonómiai jellemzők is növelhetik a depresszióra való hajlamot, például az életkor, a nem, az etnikai különbségek, a lakókörnyezet vagy az anyagi helyzet (Mayer 2008). Ugyanígy nem lehet egyértelműen kijelenteni, hogy az unipoláris depresszió teljességgel **reaktív**, azaz kiváltó esemény előzi meg, vagy **endogén**, tehát külső tényező nélkül jön létre.

### 1.2.1. A biológiai magyarázat

A biológiai magyarázat értelmében az unipoláris depresszió kialakulásának hátterében állhat hormonális diszfunkció, genetikai hajlam, valamint bizonyos betegségek, drogok és toxinok, amelyek hangulatváltozásokat okozhatnak (Comer 2000). A depresszió kialakulásában két neurotranszmitter, a norepinefrin és a szerotonin játsza a legfontosabb szerepet, ezek mennyisége az agyban kulcsfontosságú a gyógyuláshoz is. Bizonyos gyógyszerek működését és hatását vizsgálva megállapítható, hogy csökkentik az agyban található idegvégződések norepinefrin ellátását, ami nagyban hozzájárul a depresszió megjelenéséhez. Ennek megfelelően az antidepresszánsok egyik legismertebb hatása, hogy növelik a neuronok norepinefrin és szerotonin aktivitását, így enyhítve a depresszió tüneteit. Érdekesség, hogy ugyanezt a hatást váltja ki a szerotoninszint gyógyszerek általi csökkentése is (Szendi 2005). Azonban nagyon fontos kijelenteni, hogy önmagában az antidepresszánsok nem érnek el átütő eredményt. A depresszió ennél jóval összetettebb betegség, melynek több tényező is áll a hátterében, ráadásul a legtöbb antidepresszáns ismert mellékhatása, hogy növeli az öngyilkosság kockázatát, így mindenképpen kiemelt figyelmet kell fordítani azokra a betegekre, akiket antidepresszánsokkal kezelnek.

### 1.2.2. A pszichológiai magyarázat

Freud és tanítványa, Karl Abraham foglalkozott a depresszió kialakulásának pszichológiai hátterével. A klinikai depressziót a szeretteiket elvesztő emberek gyászreakciójával hasonlították össze, azzal, ahogy a gyászoló ember visszakerül fejlődésének orális szakaszába, amikor nem tudta elkülöníteni önmagát a szüleitől. A depresszió során hasonló érzelmeket él

át a beteg, bár sokkal nehezebb megállapítani, mi okozza a veszteség érzését, hiszen könnyen lehet, hogy nem egy konkrét személyről vagy tárgyról van szó, hanem úgynevezett **képzelt, szimbolikus veszteségről**. A legfontosabb különbséget azonban Freud így írja le: „*A gyászban a világ vált szegénnyé és üressé, a melankóliában maga az én*” (Freud 2011: 85).

### 1.2.3. A behaviorista magyarázat

A behavioristák a depresszió kialakulását a pozitív megerősítés hiányának tulajdonítják. Eszerint az elmaradó jutalom fokozatosan egy érdektelen, közömbös állapotba süllyeszti a beteget, s egyre ritkábban fog pozitív viselkedést mutatni. Ezáltal egy úgynevezett negatív spirálba kerül, hiszen ez egyre kevesebb jutalmat is eredményez, ami miatt még kevésbé igyekszik pozitív viselkedést mutatni és így tovább. Ennek megfelelően a behavioristák úgy kezelik a depressziós betegeket, hogy a negatív megnyilvánulásaikra nem is reagálnak, csak a pozitívokat erősítik meg, jutalmazzák (Comer 2000)

### 1.2.4. A kognitív magyarázat

Aaron Beck teóriája szerint a depresszió kialakulásáért nem a pozitív megerősítés hiánya, hanem az egyén negatív gondolkodása a felelős, amely hátráltatja mindennapi tevékenységeiben (Beck, Emery 1999). Ezek olyan vizuális képzetek, melyek súlyosan torzítják a realitást, azaz az egyén minden élethelyzetben a lehető legrosszabb eshetőségre készül, és tulajdonképpen azt is várja. Annyira élethűek ezek a képzetek, hogy az egyén hajlamos teljesen valóságosnak hinni őket, olyan eseményeket, érzelmeket vél felismerni, amelyek valójában nem léteznek. Ez lehet például egy szeretett személy elvesztésétől való félelem, vagy az érzés, hogy tulajdonképpen senki nem szereti, és a körülötte lévő emberek csak azért vannak vele, mert sajnálják, vagy valaki mindenben jobb nála (például testvérviszályoknál). Ezek a maladaptív attitűdök, az általuk okozott szorongás és szinte paranoid félelem idézi elő a betegben az unipoláris depresszió kialakulását.

### 1.2.5. A szociokulturális elmélet

A szociokulturális elmélet szerint a társas támaszt nélkülöző egyének hajlamosabbak a depresszióra, mint azok, akik stabil, természetes támogatórendszerrel rendelkeznek, még ha problémáik, attitűdjeik hasonlóságot is mutatnak (Comer 2000). Ezzel együtt azt is fontos megjegyezni, hogy az érzelmileg túlhangsúlyos család sokszor inkább hátráltatja a személy gyógyulását. A családtagok tehetetlennek érzik magukat, és az ebből fakadó feszültség csak ront a helyzeten, hiszen növeli a depressziós beteg büntudatát, úgy érzi, ő a felelős az emiatt kialakult konfliktusokért. Ugyanez a helyzet, ha a család nem a megfelelő módon próbál segíteni. A „Szedd össze magad!”, vagy a „Mások rosszabb helyzetben vannak!” típusú mondatoktól az egyén ugyancsak azt fogja érezni, hogy ő a hibás, amiért magától nem tud meggyógyulni.

## 2. A serdülőkori depresszió

„*Úgyszólván kétszer születünk. Egyszer arra, hogy létezzünk, másodszor arra, hogy éljünk. Egyszer fajunk számára, másodszor nemünk számára*” – írja Rousseau, a serdülőkorral elsők között foglalkozó elméletalkotó, aki szerint ezt a kort a logikus gondolkodás és érvelés képességének elsajátítása jellemzi a leghatározottabban (Kulcsár 2004: 20). Tény, hogy ez a kor nagyban hasonlítható egy második megszületéshez, hiszen kulcsfontosságú változások mennek végbe mind biológiai, pszichológiai és szociológiai szempontból. Freud ezt a szakaszt nevezte genitális szakasznak, mely során a szexuális érintkezés válik a fő motivációvá (Cole és Cole 2006). Ezek a feléledő primitív ösztönök felborítják a kisiskoláskorban elért pszichológiai egyensúlyt, és kiéleződik a személyiség három alkotórésze, az id, az ego és a szuperegó között dúló harc. Ez vezet a szeszélyes viselkedéshez, így tehát a serdülőkori fejlődés legfontosabb feladata Freud elméletében a pszichológiai erők egyensúlyának visszaállítása.

Erik Erikson pszichoszociális fejlődési modelljében a serdülőkor az ötödik, amely tizenegyétől tizenkilenc éves korig tart. Ebben a korban az egyén legfontosabb feladata, hogy kialakítsa önálló, saját identitását a szülőktől függetlenül (Kulcsár 2004). Legfontosabb kérdés önmaga számára a „Ki vagyok én?”, és folyamatosan igényli a visszajelzést ezzel kapcsolatban. A családtagok véleménye ekkor háttérbe szorul, hiszen az ebben a korban megkérdőjelezett világkép általuk alakult ki. Egyre inkább a kortárs csoport felé nyit, rajtuk keresztül igyekszik megfogalmazni a választ a kérdésre, náluk keresi az elfogadást, a megerősítést, a „valahová tartozás” érzését. Keresi azt az értékrendet, amihez igazodhat, és ami mellett kitarthat.

Éppen ezért a kortárs kapcsolatok ebben az időszakban szinte fontosabbá válnak, mint a család. A barátságok intenzitása fokozódik, eltávolítják magukat a felnőttektől, és egymás, valamint a másik nem kapcsolatát keresik.

Ebből az énkeresésből adódik a serdülőkor legnagyobb alapkonfliktusa. A gyermeki szerep megszűnőben, a felnőtt még ismeretlen, és komoly krízist teremthet a serdülőben, ha egyetlen szerep mellett sem tudja elkötelezni magát, vagy ha nem kapja meg a vágyott kötődést akár a kortársaihoz, akár a preferált nemhez. Önmagukat védik ettől, amikor csoportokat alakítanak, saját szabályokat hoznak létre, sztereotípiákat alkotnak magukra és a rajtuk kívül állókra, s ezeket akár az egész társadalomra kivetítik. Ezek a csoportok akár egészen szélsőséges formákat is ölthetnek, ami mind része a serdülő útkeresésének.

Többek között az előbb említett életkori sajátosságokból adódik, hogy bár a depresszió igen súlyos, olykor szinte drámai tünetekkel jelentkezhet, felismerését mégis megnehezíti, hogy a serdülő természetes támogatórendszere ezt „lázádsnak”, „kamaszos szeszélynek” hiheti. Pedig burkolt formában ugyan, de itt is megtalálhatók a depresszió tipikus tünetei: az alvási szokások megváltozása, a tanulmányi eredmény romlása, a közöny, a fokozódó magány és elszigeteltség (Vikár 1999). Jelentkezhetnek étkezési zavarok, melyek anorexiát, bulimiát okozhatnak, és az is előfordulhat, hogy a kialakult kortárs csoport helyett egy másik, olykor akár deviáns csoporthoz csatlakozik, alkoholt, drogot kezd fogyasztani. Az iskola és a szülők által támasztott elvárások, a törekeny, alakulóban lévő énkép, a folytonos bizonytalanság miatt a serdülő feszült, ideges, hangulatingadozásai vannak, ráadásul az ekkor végbemenő hormonális változások ugyancsak hajlamossá tehetik a depresszióra.

Tovább nehezíti a betegség felismerését, hogy az ekkor kialakuló unipoláris depressziós zavar gyakran reaktív, azaz valamilyen aktuális kiváltó esemény előzi meg. Ez lehet betegség, haláleset, költözés, kistestvér születése, szülők válása, de lehet a kortársak elutasító, bántalmazó magatartása, vagy a magas teljesítményelvárásokkal, a bizonytalan jövővel kapcsolatos esemény, például felvételi vizsga, iskolai teljesítmény. Kézenfekvőnek tűnhet

tehát, hogy először a környezete is ezzel hozza kapcsolatba a leromlott hangulatot, tetézve a szülőkkal, iskolával szembeni kamaszos hadakozással vagy magatartászavarral.

Mindezek elfedhetik a depresszió tüneteit, akár a házi orvos előtt is, így a komplikáltabb tünetek csak később kerülnek felszínre. Honnan sejthetjük akkor mégis, hogy nem a kamaszkorral járó, megszokott viselkedésformával, hanem komolyabb problémával állunk szemben? A Laufer-féle vészjelek (Vikár 1999) igen pontos útmutatót adnak ennek megállapítására:

- Ragaszkodás a gyermekkori viselkedéshez
- Erősen kontrollált, merev magatartás
- Kortársai között szorong, gátlásos, más korosztály társaságát keresi
- Túlságosan kötődik a szüleihez
- Közömbös, érzelemmentes
- Félelem vagy érdektelenség a jövő iránt
- Gyanakvó, bizalmatlan, paranoid gondolatok
- Szorongást, félelmet keltő gondolatok
- Cselekedeteinek idegenné válása, úgy érzi, mintha más irányítaná őt

A serdülőkori depresszió nemcsak tüneteiben mutat eltérést a felnőttkori változatától, hanem abban is, ahogy az egyén megbirkózik betegségével. Fokozottan fennáll a veszélye étkezési zavar, például anorexia nervosa vagy bulimia kialakulásának, amihez hozzájárulhat az önbüntetés is, illetve a különböző testképzavarok. Ezzel párhuzamosan nő a drogabúzus kockázata is. Ranschburg (2003) szerint a serdülő nagyon gyakran azért kezd el alkoholt vagy kábítószer fogyasztani, hogy megfeleljen az új csoport szabályainak, és befogadják a társaságba, ez azonban csak növeli a stresszhatások számát. A szerhasználatból adódó konfliktus a szülőkkal, az iskolával, a bujkálás, az esetleges rendőrségi ügyek súlyosbítják a depressziót. Az új csoport keresése szoros kapcsolatban áll Hirschi kontrollelméletével. Eszerint az egyén deviáns viselkedésének oka, hogy meggyengül a társadalomhoz való kötődése (Kárpáti 2010). Ha a társadalom szabályait, normáit már nem érzi sajátjának, elkezd olyan csoportokat keresni, melynek ideológiájával azonosulni tud, és amihez lojális lehet.

A betegség legtragikusabb következménye az öngyilkosság. Magyarországon a serdülőkorú szuicid áldozatok 60–85%-ánál megállapítható volt a halál előtt hangulatzavar, depresszió (Mayer 2008), míg az Amerikai Egyesült Államokban 1950 és 1986 között az öngyilkosság állt az első helyen a serdülőkori halálokok között – napjainkban pedig a negyedik a sorban (Csorba 2011). Látható tehát, hogy a kezeletlen depresszióknak valóban súlyos következményei lehetnek. Bár nem létezik olyan módszer, melynek segítségével teljes bizonyossággal meg lehetne állapítani, hogy ténylegesen fennáll-e az öngyilkosság veszélye, azért vannak jelek, melyek utalnak a depressziós beteg állapotának súlyosságára (Kapusi, Füredi 1987). Az öngyilkosságra készülő fiatal fel akarja magára hívni a figyelmet, a maga módján segítséget kér a körülötte lévő emberektől. Ez a jelenség a „**cry for help**”, mellyel a kommunikációs és önkifejezési gondokkal küszködő serdülő jelzi, hogy bajban van. Intő jel lehet, ha a sokáig elzárkózó, lehangolt egyén hangulata megváltozik, mintha nyugodtabb, kiegyensúlyozottabb lenne. Elejthet olyan megjegyzéseket, mint például „most már minden rendben lesz”, vagy odaigérheti néhány személyes tárgyát barátainak, ismerőseinek. Szintén önpusztító szándéokra figyelmeztethet, ha a serdülő elkezd komolyabban foglalkozni a halál témájával, kérdéseket tesz fel elhunyt rokonról vagy ismerősről, illetve ha az addig érzett haragja hirtelen megbocsátásba fordul át, mintha megbékélné a környezetével.

Az önsértő, önpusztító magatartás akaratlanul is végződhet halállal. Nincs egyértelmű definíció arra, hogy mi tartozik az önkárosító tevékenységek közé (testrészek vagdosása, megégetése, drog- és alkoholfogyasztás), a statisztikákban általában a szuicidummal együtt

szerepeltetik, pedig egyre elterjedtebb a depressziós betegek között az önbüntetésnek vagy a feszültség levezetésének, az üresség elleni küzdelemnek ez a módja (Csorba 2011).

Ahogy azt korábban említettem, egy depressziós időszak akár spontán is elmúlhat, és természetesen nem vonz magával feltétlenül valamilyen deviáns viselkedésformát. A serdülők sokféle módon levezethetik a bennük felgyülemlett feszültséget, sokan ekkor kezdenek egy új hobbiba, vagy próbálnak ki egy új sportágat. Ez utóbbi kitűnően alkalmas arra, hogy a depressziós beteget átsegítse a nehezebb időszakokon, hiszen lehetőséget kap arra, hogy egy csoport egyenlő és szükséges tagja legyen. Barátokat szerezhet, fejlődik a koncentrációja, az önbizalma, a problémamegoldó képessége, a felelősségérzete, sikerélménye lehet, ráadásul egészségesebb étkezést követel, és ez segít a depresszió szomatikus tüneteinek megszüntetésében is. Ugyanez a helyzet a videojátékokkal is; bár többségük valóban extrém agressziót tartalmaz, és könnyen függőséggé válhat, nem feledkezhetünk meg arról, hogy számos pozitív hatása is van. Isabela Granic romániai származású pszichológusnő az *American Psychologist* című lapban megjelent tanulmánya (2014) szerint a videojátékok fejlesztik többek között a tanulási és döntéshozó képességet, a memóriát, a térérzékelést, a problémamegoldó készséget, a stratégiai gondolkodásmódot és a kreativitást. A többszereplős játékok pedig lehetőséget adnak arra, hogy a serdülő barátokkal együtt játsszon. Granic arra is felhívja a figyelmet, hogy a játék során az egyén biztonságos környezetben élheti meg a kudarcait, tanulhat a hibáiból és próbálkozhat újra, ami a hétköznapi akadályokra is felkészíti.

### 3. A művészet mint terápiás eszköz

A művészet már az őskorban is meghatározó szerepet játszott a gyógyításban. A transzba eső sámánok énekkel, táncsal és zenével szólították meg isteneiket, szellemeiket, hogy segítséget kérjenek tőlük. A történelem folyamán aztán elvált egymástól a két terület, és csak a XX. században fedezték fel újra a művészet pozitív hatását mind a diagnosztikában, mind a terápiás kezelés során. Ennek alapját képezte Salomon művészettörténész, aki 1936-ban figyelt fel Ocipinus Canistris (1296–1351) paviai pap rajzaira, akinek a naplójából kiderül, hogy pszichózis kerítette hatalmába, amikor megtudta, nem ő fogja követni XXII. Jánost a pápai trónon (Farkas 2009).

Azonban már korábban használták a betegek rajzait azok diagnosztizálására, elsőként Tardieu, majd Auguste Marie múzeumot is nyitott Elmebetegek Múzeuma néven Franciaországban, 1905-ben (Farkas 2009). Margaret Naumburg, akit az Amerikai Egyesült Államokban a „művészetterápia szülőanyjának” is neveznek, volt az első, aki az alkotó tevékenységet összekötötte Freud pszichoanalízis-módszerével, így terjedt el elsőként a művészet-pszichoterápia, majd a művészetterápia mint önálló gyakorlat (Kaplan 2006).

A mentális betegségekkel küzdők alkotásai alapján külön irányzat is kialakult: ez az úgynevezett **art brut**, vagy más néven outside art, mely faragatlan, tanulatlan művészetet jelent, és amelybe minden olyan művészeti alkotás beletartozik, ami nem elsődlegesen esztétikai értéke miatt számottevő (Schuster 2005). Ez alatt érthetjük a pszichiátriai betegek alkotásait, de akár a háborús műveket vagy egyes gyerekrajzokat is. Az art brut kifejezést Jean Dubuffet alkotta meg. Az irányzat célja, hogy görbe tükröt állítson a tradicionális művészettel szemben, és a szabályok közé szorított alkotás helyett a korlátok nélküli, őszinte önkifejezést támogassa.

A művészet terápiás alkalmazása során a mű esztétikai értéke nem bír jelentőséggel. A terápia folyamatában ugyanúgy felhasználható a művészi szempontból értékes alkotás, mint az amatőr munka, hiszen az alkotás létrejötte vagy befogadása közbeni kommunikáció, az



asszociációk és a felszínre hozott érzelmek és gondolatok állnak a terápia középpontjában. A kifejezett vagy átélt élmény lehet maga a terápia, vagy elemzés tárgya, interakció alapja a segítő és a kliens között, ugyanakkor a létrehozott alkotások kitűnően mutatják az egyén fejlődését is a terápia során.

### 3.1. A szimbólumok jelentősége

Az alkotások értelmezése a bennük fellelhető szimbólumokon keresztül történik. A szimbólumok a biológiai és kulturális evolúció termékei. A különböző fogalmak és észlelések ilyen módon torzított ábrázolását az éretlen tudat és az agyműködés biológiai korlátai hozták létre (Sarnoff 2004). Jean Starobinski az *1789 – Az értelem jelképei* című művében úgy írt a szimbólumokról, mint módszerről, melynek segítségével a művész növeli a távolságot a képi ábrázolás és a számára félelmetes valóság között (Starobinski 2006). Ez a távolság biztonságérzetet nyújt, segíti az egyént, hogy félelmét a művészetten keresztül fejezze ki ahelyett, hogy az a mindennapi életben befolyásolná.

A szimbólumok azonban nem csak így segíthetik kifejezni a rejtett, tudattalan érzelmeket. Ahogy a filmek, a videojátékok vagy a sport is utat enged az emberi természet agresszív oldalának biztonságos kielégítésére, úgy a művészi ábrázolások által is kifejezésre juttathatók a társadalom által tiltott, elítélt vágyak. Ezeknek a vágyaknak az elfojtása, az ebből kialakuló büntudat is vezethet szorongáshoz, depresszióhoz, s ezt enyhítheti, ha az egyén szimbolikusan megélheti azokat (Sarnoff 2004). Freud munkássága a művészetterápiával kapcsolatban elsősorban erre a feltevésre alapult, ő azonban nem kezelte önmagában terápiaként a művészetet, eszközként használta, melynek segítségével az egyén végül verbálisan meg tudja fogalmazni ezeket a rejtett vágyakat. Ez egy elhárító mechanizmusként is funkcionál, ez az elaboráció, mely során a tudatos én számára nehezen feldolgozható érzelmeket vagy élményeket valamilyen kreatív, művészeti eszköz segítségével fejezzük ki (Gussak, Rosal 2015).

A megjelenített szimbólumok felismerése és értelmezése az egyik legfontosabb feladat a művészetterápia során. Ezek nem mindig egyértelműek, és időbe telhet rájönni, milyen jelentés is áll az ábrázolt szimbólum mögött. Nehézségét az okozza, hogy a jelentés nagymértékben függ a kontextustól, amelyben létrehozták; a létrehozó személy személyes élményeitől, tapasztalataitól; az adott szimbólum közismert jelentésétől (például a kék szín szomorúságot, letörtséget is jelképezhet, de hordozhat más, személyes jelentést is); illetve attól, hogy tudatosan vagy tudattalanul ábrázolták azt (Edwards 2004).

Van azonban néhány jellemző, mely megkönnyíti a szimbólumok azonosítását:

- Viszonylag állandó jelentéssel rendelkeznek, fejlődéstörténeti alapjuk van.
- A szimbólum és a jelképezett között általában képi vagy nyelvi kapcsolat áll fenn.
- A megjeleníthető képzetek száma igen alacsony a szimbólumok végtelen számához képest. Ez azt jelenti, hogy a mögöttes tartalom legtöbb esetben az egyénre, családra, a születés, szerelem, halál jelenségeire vonatkozik (Schuster 2005).

Akár alkotó, akár befogadó, sokat elárul az egyénről, hogy miképpen értelmezi a megjelenített szimbólumokat, illetve milyen színeket, formákat, hangokat kapcsol egy-egy érzelmhez, személyhez, eseményhez. Ezért nem lehet egy sémát követve egyértelműen meghatározni, hogy milyen szimbólum mit jelképez az alkotó számára, s ezt a segítő szakembernek mindig szem előtt kell tartania.

## 3.2. A művészetterápia fajtái

Természetesen nem hagyhatom figyelmen kívül a tényt, hogy a művészetterápia gyakorlása önmagában további képzést igényel, a szociális munka kompetenciahatárai nem terjednek addig, hogy önálló gyakorlatként alkalmazzuk esetmunka során. Azért foglalkozom mégis ezzel a témával, mert a szociális munka alapvetően nyitott kell hogy legyen más szakmák eszközeire is. Ronald Woods szakmaközi szakmaként jellemezte (Hegyesi, Talyigás 2006), ami azt jelenti, hogy összekötőként funkcionál a pszichológia, a szociológia és a szociálpolitika között, de akár a pedagógiát is idesorolhatjuk. Amellett, hogy a szociális munkának kialakult egy önálló módszertana, ezen társszakmák eszközeit is beépítheti, felhasználhatja a segítő tevékenység során.

A művészetterápiának szintén vannak olyan interdiszciplináris aspektusai, melyek hasznosak lehetnek egy szociális munkás számára, hiszen számtalan ágazata alakult ki az évek során. Bár az Egyesült Királyságban a kifejezés „**art therapy**” csak a képzőművészeti terápiát foglalja magában, Európa többi részén a szakma a művészet szinte minden fajtáját integrálja a terápiába, legyen az képzőművészet, zene, mozgás vagy írás (Edwards 2004).

A művészetterápiának alapvetően két megközelítési módja lehetséges. Az egyik az **aktív**, mely során az alkotás folyamata vagy a befejezett műben manifesztálódó érzelmek, hangulatok, értelmezése áll a terápia középpontjában. A másik pedig a **befogadó**, vagy más néven receptív, mely egy már létező művészeti alkotást használ fel, és az általa megtapasztalt élmények, a kiváltott érzelmek lesznek hangsúlyosak, nem az alkotási folyamat vagy maga az alkotó (Halász 1983).

Németh László (1991) további két kategóriára bontotta az aktív művészetterápiás módszereket. Az alkotásközpontú terápia során a mű létrehozása és a közben megélt lelki folyamat a központi elem, így annak elkészülésével lezárul a terápia. A másik módszer az alkotást eszközként alkalmazza, így az egyfajta kommunikációs alapot teremt a segítő és a kliens között. A mű elkészítése nem maga a terápiás folyamat, csupán annak kezdete.

A továbbiakban a legelterjedtebb művészetterápiás módszereket veszem sorra, különös tekintettel arra, mely részei használhatók fel a szociális munkában a serdülőkkel folytatott segítő kapcsolat során. Kutatásom során figyelembe vettem azt is, hogy szociális munkásként művészetterápiát nem tarthatunk, ezért igyekeztem olyan gyakorlati példákat keresni, melyek a mi szakmánkban is alkalmazhatóak.

### 3.2.1. A zeneterápia

Ennek a művészeti ágnak az egyik legnagyobb előnye, hogy a serdülők életének szerves részét képezi zenei ízlésük. Ez az a módszer, aminek a segítségével a legkönnyebben megszólíthatjuk őket, hiszen a zenét mindenki szereti – ha hangszeren nem is játszik valaki, befogadóként valószínűleg szívesen részt vesz ehhez kapcsolódó feladatokban. Rengeteg serdülő szabadidős tevékenysége közvetlenül kapcsolódik a zenéhez; koncertekre járnak, zenekarokat alapítanak, ehhez igazítják öltözködésüket, felnéznek a kedvenceikre, és sok esetben példaképként kezelik őket. Ezért nagyon fontos, hogy elfogadjuk, sőt figyelembe vegyük a zene szerepét az életükben, ráadásul jó kapcsolódási pont lehet kliens és segítő között.

Egy depressziós serdülő, aki képtelen a benne lévő ürességről, tompaságról, negatív önképéről beszélni, a zenén keresztül tudja kifejezni fájalmát a világ felé. Előfordulhat, hogy hetek, hónapok alatt drasztikusan megváltozik a zenei ízlése, így a kedvenc dalainak hangulata, a dalszövegek mind árulkodók lehetnek a segítő szakember számára.

A jól megválasztott zene az érzelmek kifejezésének irányába hat (Moreno 2007). Befogadóként megtapasztalva nagyon sokat elárul az egyénről, hogy milyen zenét választ, az milyen érzéseket kelt benne, illetve le tudja-e írni ezeket az érzéseket szavakkal, vagy esetleg a zenén keresztül könnyebben tudja őket kommunikálni a segítő felé. Moreno felhívja a figyelmet a zenei improvizáció fontosságára is, amikor adott eszközök közül a kliens választ, amivel szabadon zenélhet úgy, ahogyan akar, addig, ameddig szeretne. Ehhez nem szükséges semmilyen zenei előképzettség, sem a kliens, sem a segítő részéről, hiszen az improvizált alkotást nem zeneileg értékeljük.

Moreno ad néhány támpontot is, hogy mire érdemes figyelni az improvizáció közben. Ez alapján kaphatunk némi képet az egyén adott pillanatban átélt lelki folyamatairól, ugyanakkor véleményem szerint ez arra is lehetőséget ad, hogy felmérjük kapcsolatát a segítővel. Például meg kell figyelni, milyen hangszert választ, milyen hangerővel, milyen tempóban zenél, megszakítja-e ezt éles váltásokkal, vagy végig azonos jellegű zenét játszik, mennyire magabiztos, kreatívan kihasználja-e a hangszer által adott lehetőségeket, illetve mennyi ideig tart az improvizáció.

Figyelni kell közben az arckifejezését, a testbeszédét is, valamint azt, hogy ezután megtartja-e ugyanezeket a jellegeket a terápia során. Ha a segítővel való találkozó elején és végén is tartunk egy ilyen improvizációs blokkot úgy, hogy ezeket rögzítjük is, azok visszahallgatásából megtudhatjuk, milyen irányba változott az egyén hangulata a terápia alatt. Megnyílt-e jobban, vagy épp hogy bezárkózott a végére? Magabiztosabb lett-e vagy zaklatottabb? Ezek olyan kérdések, amelyekre verbálisan nem biztos, hogy a kliens választ tud adni, de ilyen módon kiderülhet.

A zenének nem csupán akkor van gyógyító hatása, amikor létrehozzuk, hanem akkor is, amikor befogadjuk. A serdülő, ha zaklatott, nehéz napja volt, általában magára csukja a szobája ajtaját és zenét hallgat, hogy megnyugodjon, vagy elvonja a figyelmét problémáiról. Zuzana Vitálová így ír a zenehallgatás gyógyító erejéről: *„Jótékonyan hat a figyelemre és az emlékezőtehetségre, továbbá megnyitja az utat a nehezen érthető művek felé és alkotó környezetet teremt az önkifejezéshez. A zene emlékeket és képzettársításokat idéz elő.”* (Vitálová 2003: 53)

A képzettársításban rejlik a zene egyik legerősebb gyógyító hatása. A behavioristák úgy kezelik a depressziót, hogy csak a pozitív megnyilvánulásokra reagálnak; egy kellemes emlékeket felidéző dal növelheti ezeknek a megnyilvánulásoknak a számát, illetve megerősítésképpen szolgálhat a serdülő számára. Ugyanígy felhasználható a zene akkor is, ha a depressziós beteg küszködik egy emlék vagy egy tudatalatti érzelem felszínre hozásával. A megfelelően kiválasztott zene elindíthatja a gondolatait, megkönnyítheti számára az önkifejezést.

### 3.2.2. Képzőművészet-terápia

A képzőművészet az egyik legáltalánosabban elterjedt formája a művészetterápiás módszereknek. Nem véletlenül; az ember már gyermekkorában hamarabb tanulja meg az önkifejezés vizuális formáját, mint a verbálisat. A kisgyermek firkál, építőkockákból tornyot, házat épít, színeket választ és formákat hoz létre, mielőtt még beszélni tudna. Az óvodában nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy megerősítsék ezt a kreatív oldalát a gyermeknek, gyurmáznak, rajzolnak, festenek napi szinten, az általános iskolai oktatásban azonban már a kötelező rajzórakon kívül csak választható szakkör formájában van erre lehetőség, amit elsősorban a tehetségesnek tartott gyermekeknek ajánlanak. A rajzolás azonban a vizuális kultúrához tartozó tárgyak eltűnése ellenére is ott marad az egyén életében. A serdülők ugyanúgy rajzolgatnak unalmukban, még akkor is, ha egyébként nem kötődnek kifejezetten a

művészetnek ehhez az ágához. Mivel ennyire belénk ivódott a rajzolás mint önkifejezési forma, ehhez sem szükséges semmiféle művészi előképzettség, az alkotások esztétikai értéke a terápia szempontjából lényegtelen.

A vizuális önkifejezés előnye, hogy az elrejtett szimbólumok, jelképek kevésbé kontrollálhatók, mint a szavaink, illetve az elkészült alkotás semmiképp nem válhat emlékeztetési tárgyává. Bármikor újra elő lehet venni, összehasonlítani későbbi, korábbi munkákkal, vagy újraértékelni (Farkas 2009). Az alkotás jelentése, értelme az eltelt időtől függetlenül ugyanaz marad – az azonban, ahogy az egyén később értelmezi saját művét, igen jelentős lehet, hiszen nem a mű változott, hanem az alkotó.

Ahogy a gyermek serdül, a gondolkodása érettebb, nyitottabb lesz, világnézete megváltozik, ismeretei bővülnek. Ebből kifolyólag művészi önkifejezése is változik, tudatosabbá válik, használt szimbólumait egyre könnyebben tudja ő maga is értelmezni. Riley (2001) azt írja, hogy amikor a negatív viselkedést valamilyen képzőművészeti eszközzel ábrázolják, az illusztráción keresztül képesek azt az egyéntől eltávolítani, és ezt a távolságot megtartva beszélni róla, így válik a problémává a viselkedés, nem az egyén. Ez, felhasználva a depressziós betegekkel folyó munka során, segíthet a serdülőnek rájönni, hogy az önmagáról kialakított véleménye, negatív érzelmei azok, amelyek gyógyulása útjában állnak, nem ő maga, illetve kifejezheti azokat az érzelmeket, amelyeket nem tud vagy nem mer szavakba önteni.

Példának okáért az alábbi rajzot egy tizenhárom éves, depresszióval küzdő bántalmazott fiú készítette (1. ábra). Ezen a képen egészen nyíltan szerepel a bántalmazás miatt érzett dühe, amit képtelen másképp kifejezni, a vágy, hogy ne legyen tehetetlen, hogy az ő kezében legyen az irányítás. Szembetűnő a rajz extrém agresszivitása, amihez sok köze lehet a gyermeket érő médiumok befolyásoló erejének: a videojátékoknak, akciófilmeknek, akár még a televíziós híreknek is. Az ezekből a gyermek felé áradó agresszió véleményem szerint bizonyos mértékben felelős lehet azért, hogy a gyermek nem tudja indulatait másképp kivetíteni.



"ME" SHOOTING AT THE MALL.  
DRAWN BY ABUSED BOY OF THIRTEEN.

1. ábra. „Me” shooting at the mall

Forrás: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071468/figure/fig2/>

Természetesen képzőművészet alatt nem csak a rajzolást, festést érti a művészetterápia. Idetartozik az agyagozás, a gyurmázás, a kollázsok készítése, sőt még akár a varrás, hímzés is. Akármelyik formáját is választjuk a vizuális önkifejezésnek, terápiás hatása mellett a serdülő számára mindenképpen kulcsfontosságú kompetenciákat is fejleszt. A szociális munkában

segítőként ez az egyik legfontosabb feladatunk; képessé tenni a kliensünket saját kompetenciáik reális felmérésére és ezek határainak szélesítésére. A Nemzeti alaptanterv szerint a vizuális kultúra által fejlesztett kompetenciák a tapasztalás, észlelés, megfigyelés, térérzékelés, ismeretszerzés, kommunikáció, alkotás, problémamegoldás, önszabályozás, önismeret (Kiss 2009).

Szociális munkások számára is kiválóan alkalmazható módszer a vizuális napló készítése (Kárpáti 2005). Ez tulajdonképpen a naplóírás egy kreatívabb formája, amikor a serdülő csak képekkel fejezi ki, hogyan telt a napja, hogy érezte magát, mi történt vele. Készíthet kollázst, rajzolhat, ragaszthat, ez teljesen szabadon választott, a lényeg, hogy ábrázolja egy tetszőleges technikával az aznapi hangulatát és érzelmeit. Az alábbi ábrán például egyértelműen megfigyelhető a két kép közötti különbség, a színek, a hangulat, az ábrázolt figura, mely a két képen ugyanaz a személy (a rajzoló maga), mégis felfedezhető néhány különbség a két alak között (2. ábra). A második rajzon szögletesebb formákat használ az alkotó, könnyeket fedezhetünk fel a rajzolt lány arcán, az uralkodó szín pedig egy hideg szín, a kék. Az első képen sokkal emberibb alakot ábrázolt, bár az elrejtett kezek, az arckifejezés és maga a felirat is szomorúságot, alacsony önbecsülést fejez ki, ami elől a könyvek világába menekül a rajzoló.



2. ábra. Vizuális napló

Forrás: <http://twistedfigures.blogspot.hu/2013/04/another-journal-page.html>

Ez a módszer szintén akkor a leghasznosabb, ha verbálisan nem tudja vagy nem akarja megosztani ezeket az élményeket. A vizuális naplóval a segítő szakember a serdülő kezébe adja az irányítást, hiszen otthon végezhető feladatról van szó, mely semmilyen korlátot nem szab neki: a módszer, az eszközök, a téma is az ő döntése. Ez segítheti a bizalom felépülését a fiatal kliens és a segítő között.

A serdülőkkel folytatott segítő kapcsolat során tehát ezek felmérésére és fejlesztésére is alkalmas a művészet, mint eszköz. Ez azért lehet nagyon fontos, mert a serdülők alapvetően bizalmatlanok a felnőttek világával szemben, így saját művészetükön keresztül lehet leginkább megszólítani őket, kapcsolatot kiépíteni velük.

### 3.2.3. Mozgás- és táncterápia

A mozgás már az emberiség kezdete óta fontos részét képezi minden kultúrának. Ahogy a zene, úgy a tánc is jelen volt az ősi rituálékban, amikor a sikeres vadászatért, a termékenyséért, a kedvező időjárásért vagy egy betegség meggyógyításáért imádkoztak az emberek a kultúrájukban szereplő istenekhez, őseikhez (Gürtler 1999). A mozgás az első pillanattól kezdve része az egyén életének, hiszen testünk minden egyes másodpercben kifejez valamit, még akkor is, amikor látszólag mozdulatlan. Minden rezzenés, apró bólintás, az ujjak mozgása jelent valamit, amit tudatosan elsőre talán meg sem tudunk magyarázni.

A táncterápiát rendszerint csoportmunkában alkalmazzák, mivel a résztvevők interakciója éppen olyan fontos, mint az egyén mozgása. Azok a kliensek, akik nehezen teremtenek kapcsolatot más emberekkel, akiknek problémáik vannak a verbális önkifejezéssel, ezzel a módszerrel kipróbálhatják a kommunikáció egy másik formáját, meghozzá egy biztonságos környezetben. Megtapasztalhatják, mennyi mindent el tudnak mondani egy érintéssel, hogyan tudják kontrollálni magukat, így a gyakorlatok azt is erősítik bennük, hogy ők irányítanak, és teljesen uralják a saját testüket. Ezáltal fejlődik az önértékelésük, a kommunikációs képességük, és feldolgozhatnak múltbéli traumákat is (Chaiklin 2009).

Szülő és serdülő között például kifejezetten érdekes lehet ez az interakció, mivel ekkor van a legnagyobb távolság a két fél között. A gyermek kezd felnőni, még nem tudja, ki ő, felfedezi önmagát és a világot, a szülők pedig sokszor nem értik, mi zajlik le ilyenkor benne, milyen irányba változik, miért változik, és gyakran egyik fél sem tudja megmagyarázni, miért nem működik köztük a kommunikáció. Ezt a meg nem értettséget képes áthidalni a táncterápia, ahol a mozdulatok beszélnek helyettük.

Egyéni esetkezelés során a depresszióval küzdő serdülőnek először nehézséget okozhat, hogy ezekben a gyakorlatokban részt vegyen, hiszen nem csoportban van, illetve ha nem épült még fel a bizalom közte és a segítő között, előfordulhat, hogy nem is mer ilyen módon megnyílni a szociális munkás előtt. Verbálisan azonban éppúgy küszködik, hiszen tart attól, amit mondani fog, úgy érzi, nem értik meg, vagy végig sem hallgatják, ezért sok esetben nem akar beszélni a segítővel. Éppen ezért úgy gondolom, ebben az esetben a szakember kétféleképpen játszhat szerepet. Elsősorban közvetítőként, ha úgy érzi, a kliense nyitott erre, akkor egy ilyen csoport felé irányíthatja, ha van elérhető közelségben táncterapeuta. Ha erre nincs lehetőség, akkor egy-egy feladatot a már kialakult, működő segítő kapcsolatban felhasználhat, ha a serdülő nem tudja másképp kifejezni az érzelmeit. Erre jók a különböző improvizációs gyakorlatok.

Joan Chodorow mozgás- és táncterapeuta az egyik tanulmányában ír egy gyakorlatról, mely során a kliense zene és szavak nélkül, csak mozdulatokkal mutatja meg, hogy érzi magát (2009). Az egyén ekkor csak a belső ritmusára figyel, hagyja, hogy elragadják az érzelmei, így mozog, táncol vagy marad mozdulatlan. Az övé az irányítás, a segítő nem kérdez, nem szól bele, és nem állítja meg, amíg a kliens nem jelzi, hogy végzett, azután pedig együtt értelmezik a mozdulatokat, illetve az élményeket, tapasztalatokat, amelyeket közben átélt.

Ha valaki depresszióval küzd, esetleg szorong, dühös a világra, dühös önmagára, vagy egyedül érzi magát, amint belefeledkezik a mozgásba, ezek az érzelmek megmutatkoznak, akár erősebben is, mintha szavakkal próbálta volna elmondani. A segítő számára információt nyújthat, mennyire feszültek a mozdulatai, behunyja-e a szemét közben, vagy végig a környezetét, esetleg a vele szemben ülő szakembert figyeli, kitárt karokkal, a teret kihasználva mozog-e, vagy összehúzza magát, ülő vagy fekvő pozíciót vesz fel. Megfigyelhető az is, mennyire jelennek meg a depresszió külső tünetei, a görnyedtség, a szemkontaktus kerülése, a lassabb, bizonytalanabb mozgás, miközben a kliens saját mozdulataira koncentrálnak, illetve az is árulkodó lehet, mennyire kontrollálta saját mozgását. Pontosan tudta-e, milyen mozdulatokat fog alkalmazni, vagy sokat habozott, gondolkodott az elején? Észrevehető volt-e egy pont, ami után kevésbé tudatosan irányította a mozgását, és hagyta, hogy magával ragadják és



irányítsák az érzelmei? Ha igen, érdemes lehet összehasonlítani az ezután következő mozgássort az előtte lévővel.

Az ehhez hasonló feladatok során alkalmazható Freud már korábban említett módszere, miszerint a művészet egy eszköz, mely megkönnyíti a szimbólumokban manifesztálódott lelkiállapot, érzelmek verbális kifejezését. Azaz ebben az esetben a tánc nem maga a terápiás folyamat, hanem segítség, hogy felismerjük és megnevezzük azokat a lelki folyamatokat, amelyek a kliensben lezajlanak.

### 3.2.4. Irodalomterápia

*„Az osztályomban bérelt helyem volt a renitensek és ellenállók között. Nem hittek bennem és én sem a környezetemben. Engem idegenkedve kerültek, s én sem engedtem senkit az én világomba belépni. Állandósult a világfájdalmam. S akkor jött ez a könyv, E. T. A. Hoffmann könyve. Betört az életembe a démonokkal, a boszorkányokkal, varázslatos kertjével, ahol a részletek színes, mozgó kavalkáddá nőttek ki magukat. Úgy éreztem magam, mintha az élet kitágult volna, mert más is látta, látja azt, amit én.”* (Bartos 1999: 26)

Az irodalomterápiának, vagy más néven biblioterápiának, ahogy a művészet többi ágának is, létezik aktív és receptív fajtája. A befogadó terápia alkalmával létező szépirodalmi művek olvasása által történik a gyógyító folyamat, míg az aktív esetében a kliens maga ír verset, novellát vagy naplót. A naplóírást szinte ösztönösen választják a serdülők érzelmeik, élményeik kifejezésére, rendszerezésére, tisztázására, de maga a történetmesélés már sokkal korábban jelen van az életünkben: az esti mesék megnyugtató rituáléja által. Ehhez kétségtelenül hozzájárul az is, hogy általában az édesanya vagy az édesapa hangján ismerjük meg ezeket a történeteket, így válik szeretetteljes emlékké, mely sokak esetében kiindulópontja a könyvek és az olvasás iránti rajongásnak.

A szépirodalom gyógyító hatását már maga Freud is elismerte, munkája során gyakran használt mítoszokat, ismert történeteket elméletei alátámasztásához (Sarnoff 2004). Egy könyv olvasása közben akaratlanul is azonosulunk egy vagy több szereplővel, hasonlóságot vélünk felfedezni a mi életünk és a történet bizonyos eseményei között. Gyermekkorunkban így tanuljuk meg megkülönböztetni a jót és a rosszat, a szépet és a csúnyát, az okosat és a butát – és akár el is dönthetjük meseolvasás közben, hogy milyen emberek szeretnének lenni. A mesék általában rendkívül okosan arra sarkallják az olvasót, hogy a kedves és jóságos főhőssel akarjon azonosulni (és itt a hangsúly az „akar” szón van, ezért lehet nagyon hasznos terápiás eszköz) (Bettelheim 1985).

A biblioterápia, ahogy a táncterápia is, általában csoportmunkában alkalmazott módszer, ez azonban nem jelenti azt, hogy szociális munkásként nem lehet felhasználni egy-egy gyakorlatot egyéni esetkezelés során. A depresszióval küzdő serdülők nagyon gyakran választják az olvasást kiútként abból a világból, amelyben ők csalódtak, és aminek nem érzik, hogy a részei lennének. Ez akár Hirschi kontrollméletére is visszautalhat: a társadalomhoz való kötődése még nem gyengült meg annyira, hogy megszegje annak normáit, de már nem elég erős ahhoz, hogy ne akarjon egy másik világba menekülni, így elvágyódása a könyvek olvasásában, az azokba való belefeledkezésben manifesztálódik.

A depresszió egyik tünete, hogy a beteg rendkívül alacsony önbecsüléssel rendelkezik, szerencsétlennek, csúnyának, akár gonosznak is látja magát, és olykor a környezetéről, a világról is így gondolkodik. Menekülni próbál ebből, és a könyvek erre kínálnak megoldást, hiszen a történetek olvasása közben elfeledkezhet saját életéről, valós vagy vélt problémáiról, amíg a főhős sorsáért aggódik.

Ha a kamaszkorú kliensről kiderül, hogy szeret olvasni, rengeteg információt megtudhatunk abból, milyen a kedvenc könyve vagy a kedvenc főhőse. Mágikus szörnyetgeket kell

legyőznie, a szerelmet keresi, barátokat talál, akik segítik az útján, esetleg önmagával kell szembenéznie? A főhős küzdelmei és a kliens vívódásai között gyakran fedezhetünk fel párhuzamokat, amelyek segítségével a serdülő – ugyanúgy, mint a rajzaival vagy a zenével – kommunikálni tud a segítővel (Boldizsár 2010).

Ahogy az a fenti idézetből is kiderül, egy jól kiválasztott könyv nemcsak pozitív példával szolgálhat az egyén számára, hanem magányát is csökkentheti. Ha megtalálja magát egy történetben, láthatja, hogy nincs egyedül, hiszen valaki más már átélte, leírta, hogy min megy keresztül. A serdülők gyakran érzik úgy, hogy senki nem érti őket igazán, azoknál pedig, akik depressziótól szenvednek, ez az érzés fokozottan jelen van, így ha egy könyv, mese, vers vagy egy író egész munkássága különleges szerepet tölt be az életében, arra egyértelműen érdemes a segítőnek is odafigyelnie.

Az aktív irodalomterápia egyes módszerei könnyebben alkalmazhatóak egyéni esetkezelésben. Az alábbi feladat kifejezetten jól hasznosítható a szociális munkában is, bár alapvetően nem terápiás módszer, hanem kreatív írásgyakorlat: ez az úgynevezett **mind-mapping** (Gesing 2007). A lényege, hogy egy üres lap közepére felkerül egy szó, majd abból kiindulva a szabad asszociáció módszerével felkerülnek újabb kifejezések a papírra. Minden szókapcsolatnál nyíllal kell jelezni az asszociáció irányát. Ez persze, mint mondtam, írói gyakorlat, de véleményem szerint egy kis kreativitással a szociális munkában is felhasználható, hiszen bármilyen kezdő szót választhatunk, például boldogság, fájdalom, család, lélek, ma, jövő, szenvedés stb. Ha a kliens végzett a feladattal, a segítővel együtt meg tudják beszélni, melyik szó miért és melyikből következően került fel a lapra.

### 3.2.5. Drámaterápia

Ez a fajta művészetterápiás módszer, bár több ponton hasonló, mégsem azonos a jóval elterjedtebb pszichodrámaival. Utóbbi hagyományosan a verbális kommunikációra épít (Erdélyi 1987), a spontaneitás az egyik legfontosabb eszköze, és minden esetben aktív résztvevőként élhető meg terápiás hatása. A drámaterápia, vagy más néven színházterápia ezzel szemben klasszikus művészetterápiás módszer, mely a színház összes eszközét alkalmazza, és befogadóként is elindíthat egy gyógyító folyamatot. A pszichodráma kiterjedtebb szakirodalmával ellentétben ennek a műfajnak a módszertanát inkább a drámapedagógián belül kell keresnünk.

Ez is, mint a művészet összes többi ága, a gyermekkorunkból megmaradt játékokból indul ki. Az akkori szerepjátékok azt a célt szolgálták, hogy a gyerekek kipróbálhassák magukat olyan szerepekben, amelyek eltérnek valódi, abban a korban megélt szerepeiktől (például apa-anya, szuperhős, híres ember stb.). Megtapasztalhatják, milyen érzés valaki másnak lenni, bár akkor nem feltétlenül akarják a valóságban is ezeket a szerepeket a sajátjuk helyett.

A depresszióval küzdő serdülő azonban kifejezetten vágyik arra, hogy ne önmaga legyen, még ha csak egy keretek között tartott játék erejéig is. Egy szituációs játékban vagy egy színdarabban olyan ember lehet, amilyen lenni szeretne, és senki nem ítéli el, ha álarcot húz, hiszen a színháznak ez a lényege. A dráma lehetőséget ad arra, hogy az egyén átélhesse tudatalatti fantáziáit.

Bár alapvetően csoportban zajló terápiás munkáról van szó, maga a szerepjáték, a szituációs feladatok alkalmazhatók egyéni esetkezelés során is, ebben az esetben használt a színházban a **monodráma** kifejezés. A színházban akár aktív szereplőként, akár befogadóként átélt katarzisz segíti az egyénben lezajló lelki folyamatok értelmezését, és a szociális munkában is ismert „aha-élmény” megtapasztalását.

Aktív szereplőként egy, a drámapedagógiából ismert játékot alakítottam át kissé, hogy depressziós serdülőknél alkalmazható legyen. Szociális munkásként jól használható



esetmunka során, és elég hozzá egyetlen ember, nem kell csoportban végrehajtani a feladatot. A játék neve „Elképzelt térben” (Gabnai 1993). A gyakorlat során a serdülő a szoba közepén áll, és el kell képzelnie egy teret maga körül, melyben egyedül ő van. Ő dönti el, hogy a tér milyen formájú, milyen anyagból van, milyen tárgyak és hol találhatóak benne. A cél, hogy kijusson ebből a zárt térből, de az ott lévő tárgyak útban vannak. Az, hogy milyen eszközöket alkalmaz arra, hogy ezektől a tárgyaktól szabaduljon, szintén az ő döntése (elpakolja, összetöri, eldobja, másképp rendezi el, elpusztítja őket stb.). Az instrukció része, hogy a kijutás először lehetetlennek, reménytelennek tűnik, és amikor már feladná, akkor kap esélyt a szabadulásra.

Ez a játék nagyszerűen alkalmazható depressziós személyeknél, hiszen nagyon gyakran érzik bezárva magukat, egyedül, olyan dolgokkal, tárgyakkal, érzelmekkel, amelyeket úgy tűnik, más nem vesz észre. A segítő munka során véleményem szerint annyiban átalakítható a feladat, hogy a tárgyak azokat az érzelmeket, lelkiállapotokat, hangulatokat képviselik, amelyekről szomorúnak, magányosnak érzi magát, mindazokat a dolgokat, amelyek miatt úgy érzi, ő nem szerethető. Ezeket kell szimbolikusan elpakolnia az útból, hogy kijuthasson a térből, ami elzárja őt a világtól.

A gyakorlat ideje alatt a segítőnek meg kell figyelnie, milyen módon próbál megszabadulni az akadályt jelentő tárgyaktól: békésen, újrarendszerezve őket, esetleg agresszíven, indulatosan, vagy valamilyen stratégiát alkalmazva. A feladat végén egyesével végig kell venni a tárgyakat, melyik mit jelképezett, miért jelent akadályt az életében, és hogyan próbált megszabadulni tőlük.

Ugyanígy a drámaterápiához sorolhatók azok a szituációs játékok is, melyek során a kliens egy elképzelt személyhez beszél. Ez a személy lehet egy családtag, akivel konfliktusa adódott, de lehet múltbeli vagy jövőbeni önmaga is. Rendkívül hatásos lehet, ha a serdülőkorú kliensnek a gyermekkori önmagához kell beszélnie, tanácsokat adnia neki, vagy ha tíz évvel későbbi önmagát képzele oda, és későbbi önmaga nevében beszél saját magához. Ehhez meg kell kérni a serdülőt, hogy képzelje el saját magát tíz-tizenöt év múlva, amint ott ül vele szemben a széken. Milyen? Hogy néz ki? Milyen a ruhája, a haja? Milyen lehet az élete? Pozitív vagy negatív képet fest magáról? Majd a legfontosabb kérdés: *Mit mondana a harmincéves önmaga neki, ha alkalma lenne beszélni vele?*

Mindkét itt leírt feladat alkalmazható a szociális munkában. Nem kell hozzá csoport, nagy tér, színpad vagy különleges eszközök, mindössze a képzelete erejével dolgozik a serdülő.

#### 4. Összegzés és megoldási javaslatok

A művészet évezredek óta jelen van az életünkben valamilyen formában. Ott van minden olyan tevékenységben, mely kreativitást és alkotókészséget igényel, legyen az szobrok, épületek, makettek készítése, tervezése, filmgyártás, hímzés vagy akár a sütés-főzés. Minden ember alkot és befogad alkotásokat, még ha ez nem is tudatosan történik. Gyógyító hatása, fontos szerepe az önkifejezésben éppen ezért nagyon sokszor szintén tudattalanul működik, sok esetben az egyén nem tudja megmagyarázni, miért nyugtatja meg, ha meghallgatja a kedvenc albumát, megírja az aznapi naplóbejegyzését, vagy miért van rá nagy hatással egy festmény, színdarab vagy film. Tudja, hogy jó érzéssel tölti el, oldja a feszültségét, vagy segít meghozni egy döntést, megtanulni valamit saját magáról, de ez a hatás nem mindig ugyanúgy működik, rendszertelen és irányítás nélküli.

Azok a szakemberek, akik elismerik és kihasználják a művészetnek ezt az erejét, ez utóbbi tényen tudnak változtatni. Értelmezik egy-egy alkotás, művészi tevékenység kliensükre tett

hatását, és később tudatosan, egy cél érdekében fel tudják használni azt. Szociális munkásként sokszor kerülhetünk olyan helyzetbe, amikor mi magunk nem vagyunk kompetensek ezeket terápiás céllal alkalmazni, abban azonban fontos szerepet játszhatunk, hogy felismerjük, mely művészeti ág áll közel kliensünkhöz, melyikhez érzi közel magát, illetve melyik tudna neki a legtöbbet segíteni, és ez alapján a megfelelő művészetterapeutához közvetíteni. A serdülőknél rendkívül fontos áttörést jelenthet, ha sikerül olyan tevékenységet találni, melyen keresztül kifejezheti a benne rejlő félelmeket, vágyakat anélkül, hogy a számukra sokszor ijesztő verbális kommunikáció lenne az elsődleges.

Vannak azonban a szociális munkának olyan területei, ahol a művészet a mi munkánkat is közvetlenül segítheti. Pályafutásunk során sok esetben találkozhatunk depressziós, serdülőkorú klienssel. A gyermekvédelemben és a családsegítésben pótolhatatlan előny, hogy a gyermek szülei, testvérei is részt vehetnek a különböző feladatokban, gyakorlatokban, így a szociális munkás tehet azért, hogy a családon belüli interperszonális kapcsolatok nyíltabb kommunikációval, egymás iránt tanúsított megértéssel és elfogadással működjenek. A művészetterápiának ebben az esetben felhasználható eszközei a többszereplős módszerek, a drámaterápia vagy a mozgás- és táncterápia, de némi kreativitással a képzőművészet-terápiát vagy az irodalomterápiát is fel lehet használni, például egy közösen elkészített rajzfeladat vagy egy együtt megírt mese formájában.

A másik terület, ahol a művészet beépíthető a depressziós serdülővel folytatott segítő munkába, a kórházi szociális munka. Ebben az esetben nem a gyermekpszichiátriára gondolok, ahol társszakemberek, a pszichiáterek, terapeuták (akár művészetterapeuta is) foglalkoznak a depresszió kezelésével, hanem egyéb egészségügyi vagy rehabilitációs intézményekre, ahol munkánk során serdülőkorúakkal találkozhatunk. Egy tartós betegség miatt reaktívan kialakuló depressziót akár meg is előzhet a szociális munkás, ha művészetterápiás eszközöket felhasználva erősíti a kliensében a pozitív énkép kialakítását, illetve segít kifejezni, feldolgozni a betegséggel kapcsolatos félelmeket.

A helytelen megküzdési stratégiából kifolyólag az is megtörténhet, hogy a depressziós serdülő szerhasználat miatt kerül először kapcsolatba szociális munkással, s csak utána derül fény a drogfogyasztás mögött meghúzódó mentális betegségre. Szenvedélybetegek esetében gyakran alkalmaznak művészetterápiás módszereket, így ez már nem új keletű Magyarországon sem; zene-, dráma-, valamint képzőművészet-terápiás eszközöket is igénybe vesznek a segítő szakemberek, hogy az addikció leküzdése sikeres és tartós legyen. Depressziós szerfüggők esetében nagyon fontos különbséget jelenthet az ok-okozati összefüggés: azért lett-e szerhasználó, mert így próbált megküzdeni a depresszióval, vagy azért alakult ki nála a depresszió, mert a függőségével nem tudott megküzdeni? Ha drogfüggősége tünete a mentális zavarnak, könnyen visszaeshet, amennyiben nem kezelik a depressziót.

Végül nem maradhat ki az elsődleges helyszín, ahol a serdülő és a segítő találkozhatnak: az iskola. Az iskolai szociális munka az, ahol a legtöbb lehetőség adódik nemcsak intraperszonális, de közösségi szinten is segítséget nyújtani a serdülőknél. Ehhez arra is szükség van, hogy az iskola vezetősége támogassa a szakembert, hiszen együtt nagyon sokat tehetnek azért, hogy a művészet közösségformáló ereje megmutatkozzon. Aktív művészetterápiás eszközöket lehet alkalmazni az ehhez kapcsolódó szakkörökön, rajz-, média-, dráma- és zeneórákon, illetve sok iskolában kihasználatlan a heti egyszer tartott osztályfőnöki óra, ahol csapatépítő játékokkal, feladatokkal nemcsak az osztály peremére szorult diákokat lehetne bevonni a társaságba, de a tudatos kirekesztést, az iskolai gúnyolódást, az úgy nevezett **bullying** jelenségét is csökkenthetnék. Fotó- és rajzpályázatok meghirdetése és lebonyolítása nem igényel túl nagy anyagi vagy időbeni befektetést, mégis hozzájárulna az iskolai közösség összekovácsolásához, ráadásul a pályaművek kiállításával a diákoknak sikerélményük lehet, ami növeli az önbecsülésüket. A befogadó művészetterápia is alkalmazható iskolán belül, főleg nagyobb városokban, ahol van színház, múzeum vagy

könyvtár, hiszen a legtöbb ilyen kulturális intézmény kedvezményes jegyeket kínál diákoknak vagy iskolai csoportoknak. Az iskolai szociális munkás ebben az esetben is segítő módon befolyásolhatja a megtekintett alkotások hatását. Példaképpen: ha jelzés érkezik egy iskolai osztályról, ahol kirekesztenek egy vagy két diákot, megnézhetnek egy olyan színházi darabot, amely kapcsolódik a témához, az utána következő osztályfőnöki órán pedig feldolgozhatják a látottakat, megbeszélhetik, hasonló szituációs játékokat játszhatnak. Véleményem szerint megoldható lenne, hogy a szociális munkás részt vegyen egy-egy ilyen osztályfőnöki órán, és lebonyolítsa ezeket a csoportfoglalkozásokat.

Mindez nem segít felismerni a depressziót, és nem helyettesíti az egyén kezelését, ugyanakkor az iskola művészeti életének ilyen módon való fellendítése indirekt módon segíthet a depressziós serdülőnek kapaszkodót találni a hétköznapokban. Lehetőséget ad arra, hogy barátokat találjon, megtanulja valamilyen alkotáson keresztül kifejezni önmagát, és nem utolsósorban hozzásegíti a szociális munkást ahhoz, hogy a diákok megismerjék őt, és merjenek bizalommal fordulni felé, ha úgy érzik, nem tudnak egyedül megküzdni problémáikkal.

#### **4.1. Zárógondolatok**

Több kutatást lehetne végezni arról, hogy a művészeti alkotásokban hogyan jelenik meg a depresszió, vagy a serdülők művészi önkifejezése hogyan segíti át őket életkori kríziseken, átélt traumákon. A művészetterápia felfedezetlen területnek bizonyult, bár született róla néhány tanulmány, illetve szűk körben alkalmazzák, sok társszakmában lehetne még hasznosítani a terápia módszereit. Én azt a célt tűztem ki, hogy megtaláljam a szociális munka és a művészetterápia kapcsolódási pontjait a depressziós serdülőkkel folytatott munkában. Azt remélem, sikerült felkeltenem az érdeklődését néhány szakembernek a téma iránt, és elindulhat egy közös gondolkodás arról, hogyan lehetne munkánk szerves részévé tenni a művészetet.

## Irodalomjegyzék

- BARABÁSNÉ KÁRPÁTI D. (2010): *Szocializáció és drogfogyasztás*, [http://phd.lib.uni-corvinus.hu/547/1/karpati\\_dora.pdf](http://phd.lib.uni-corvinus.hu/547/1/karpati_dora.pdf) (látogatva: 2014. 09. 16.).
- BARTOS É. (szerk.) (1999): *Segített a könyv, a mese – Vallomások életről, irodalomról, olvasásról*. Magyar Olvasástársaság, Budapest.
- BECK, A. T., EMERY, G. (1999): *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Animula Kiadó, Budapest.
- BETTELHEIM, B. (1985): *A mese bűvölete és a bontakozó gyermeki lélek*. Gondolat, Budapest.
- BOLDIZSÁR I. (2010): *Meseterápia – Mesék a gyógyításban és a mindennapokban*. Magvető, Budapest.
- BUDA B. (1987): „Esettanulmányok az öngyilkosság-kutatásban”. In DR. BUDA B., DR. FÜREDI J. (szerk.): *Az öngyilkosság pszichés háttere – esettanulmányok*. Medicina, Budapest.
- CHAIKLIN, S. (2009): „We Dance From The Moment Our Feet Touch The Earth”. In Sharon CHAIKLIN, S., WENGROWER, H.: *The Art and Science of Dance Movement Therapy – Life is Dance*. Routledge, New York.
- CHODOROW, J. (2009): „Dance Therapy, Motion and Emotion”. In CHAIKLIN, S., WENGROWER, H.: *The Art and Science of Dance Movement Therapy – Life is Dance*. Routledge, New York.
- COLE, M., COLE, S. R. (2006): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- COMER, R. J. (2000): *A lélek betegségei*. Osiris Kiadó, Budapest.
- CSORBA J. (2011): *Öngyilkos és önsértő magatartás serdülőkorban*. Animula Kiadó, Budapest.
- EDWARDS, D. (2004): *Art Therapy – Creative Therapies in Practice*. Sage Publications, London.
- ERDÉLYI I. (szerk.) (1987): *A pszichodráma önismereti és terápiás alkalmazása*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- FARKAS V. (2009): *Gyógyító alkotás*. Geobook Hungary Kiadó, Szentendre.
- FREUD, S. (2011): *Gyász és melankólia, és más elméleti írások*. Animula Kiadó, Budapest.
- GABNAI K. (1993): *Drámajátékok – Gyermeknek, fiataloknak, felnőtteknek*. Marczibányi Téri Művelődési Központ, Budapest.
- GESING, F. (2007): *Kreatív írás – Mesterfogások íróknak*. Z-Press, Miskolc.

- GRANIC, I. (2014): The Benefits of Playing Video Games. *American Psychologist*, 69(1). 66–78. <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-a0034857.pdf> (látogatva: 2014.11. 04.).
- GUSSAK, D., ROSAL, M. L. (2015): *The Wiley Handbook of Art Therapy*. Wiley-Blackwell, New Jersey.
- HALÁSZ L. (1983): „Előszó”. In HALÁSZ L. (szerk.): *Művészetpszichológia*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- HÁRDI I. (2007): A pszichiátria és a művészet határán – megemlékezés Leo Navratilról (1921–2006). *Magyar Tudomány*, 8. 1016. <http://matud.iif.hu/07aug/08.html> (látogatva: 2014.10. 13.).
- KAPLAN, F. F. (2006): „Introduction”. In KAPLAN, F. F.: *Art Therapy and Social Action*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- KAPUSI GY., FÜREDI J. (1987): „A szuicidum (előre)jelzése pszichológiai tesztekkel”. In DR. BUDA B., DR. FÜREDI J. (szerk.): *Az öngyilkosság pszichés háttere – esettanulmányok*. Medicina, Budapest.
- KÁRPÁTI A. (2005): *A kamaszok vizuális nyelve*. Akadémia Kiadó, Budapest.
- KISS V. (2009): Képek tudománya a mérlegen: avagy többet ér-e még egy kép, mint ezer szó. *Új pedagógiai szemle*, 59(5–6). 19–31.
- KULCSÁR É. (2004): *A serdülőkori fejlődés pszichológiai jellemzői*. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar Tanárképzési és Továbbképzési Központ, Budapest.
- MAYER L. (2008): *A stresszteli életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata populációs és klinikai mintán*, [http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/mayerlaszlo.d.pdf](http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/mayerlaszlo.d.pdf) (2014. 09. 06.).
- MORENO, J. J. (2007): *Belső zenéd dallama*. L’Harmattan, Budapest.
- NAGY Á. (szerk.) (2008): *Iffúságügy*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- RANSCHBURG J. (2003): „A mélységből kiáltok”. In RANSCHBURG J.: *Depresszió, öngyilkosság és kábítószer a serdülőkorban*. Saxum Kiadó, Budapest.
- RIHMER Z. (2004): „A depresszió mint orvosi értelemben vett betegség”. In POPPER P. (szerk.): *Rosszkezd, szomorúság, depresszió*. Saxum Bt., Kaposvár.
- RILEY, S. (2001): Art therapy with adolescents. *Western Journal of Medicine*, 175(1), 54–57. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071468/> (2014. 10. 28.).
- SARNOFF, C. A., MD (2004): *Symbols in Structure and Function Volume 3 – Symbols in Culture, Art and Myths*. Xlibris, Bloomington.
- SCHUSTER, M. (2005): *Művészetlélektan*. Panem Kiadó, Budapest.
- STAROBINSKI, J. (2006): *1789 – Az értelem jelképei*. Európa Könyvkiadó, Budapest.

SZENDI G. (2005): *Depresszióipar*. Sík Kiadó, Budapest.

VIKÁR GY. (1999): *Az ifjúkor válságai*. Animula Kiadó, Budapest.

VITÁLOVÁ, Z. (2003): *Zeneterápia*. Méry Ratio, Pozsony.

WOODS, R. (2006): „A szociális munkások tevékenységeinek egy lehetséges rendszerezése”.  
In HEGYESI G., TALYIGÁS K. (szerk.): *A szociális munka elmélete és gyakorlata 1. kötet*.  
Wesley János Kiadó, Budapest.