

Art/ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji

Dotlić, Nicol

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:740878>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-06**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD

Art-ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji

Ime i prezime studenta: Nicol Dotlić

Zagreb, rujan 2018.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD

Art-ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji

Ime i prezime studenta:

Nicol Dotlić

Ime i prezime mentora:

Doc. dr. sc. Damir Miholić

Zagreb, rujan 2018.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/la rad *Art-ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime:

Nicol Dotlić

Mjesto i datum: Zagreb, 4. rujan 2018.

Zahvale:

Na početku bih se voljela zahvaliti svom mentoru Doc. dr. sc. Damiru Miholiću na podršci, strpljenju, razumijevanju i naučenom.

Zahvaljujem se svojoj obitelji, roditeljima i prijateljima koji su bili uz mene i pokazali razumijevanje kada je to bilo potrebno. Posebno hvala Matku koji je prošao svaki trenutak mog obrazovanja samnom. Najveće hvala Petri na svim riječima podrške i zajedničkim trenutcima. I hvala Luki na riječima ohrabrenja, strpljenju i ljubavi.

“Najveća pogreška u liječenju bolesti je
postojanje liječnika za tijelo i liječnika za dušu,
iako se tijelo i duša ne mogu razdvojiti.”

-Platon

Art-ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji

Ime i prezime studentice: Nicol Dotlić

Ime i prezime mentora: Doc. dr. sc. Damir Miholić

Program/modul: Edukacijska rehabilitacija; Motorički poremećaji, kronične bolesti, kreativne i art-ekspresivne terapije

Sažetak

Podaci iz Registra za rak Republike Hrvatske (2015) govore da je rak drugi najvažniji uzrok smrti što ga čini značajnim problemom stanovništva Hrvatske. Proces dijagnoze malignog oboljenja je za pacijenta tjeskobno vrijeme. Osobe koje su preživjele rak dojke suočavaju se sa mnogim psihosocijalnim i fizičkim teškoćama, problemom na području slike tijela, problemima sa seksualnošću, stresom, depresijom.

Art-ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji obrađuju emocije koje su uzrokovane dijagnozom malignog oboljenja. U psihosocijalnoj onkologiji osoba se sagledava kao biopsihosocijalno biće i cilj je prilagoditi osobu u potpunosti s novonastalom situacijom. Terapija može biti grupna ili individualna, te uključuje cijelu obitelj.

Fokus uključuje obradu emocija žalovanja zbog gubitaka koje maligno oboljenje donosi i prilagođavanje na promijenjenu sliku tijela. U okviru art-ekspresivnih psihoterapija korištene su različite tehnike poput muzikoterapije, likovne terapije, biblioterapije, terapije pokretom i plesom, drama i psihodrama, terapija filmom, vođene imagnacije, vježba disanja. Cilj ovog preglednog rada je prikazati dosadašnje spoznaje i istraživanja na području art-ekspresivnih terapija, za različite umjetničke medije, u radu s osobama s malignim oboljenjem. Prikazati mogućnosti primjene art-ekspresivnih terapija u psihosocijalnoj onkologiji kroz utjecaj glazbe, filma, slike, teksta na čovjeka.

Ključne riječi: maligno oboljenje; psihosocijalna onkologija; kvaliteta života; slika tijela; art-ekspresivne terapije

Arts-expressive therapies in psychosocial oncology

Name and surname of the student: Nicol Dotlić

Name and surname of the mentor: Doc. dr. sc. Damir Miholić

Programme/Modul: Educational rehabilitation; Motor disorder, chronic diseases, creative and arts-expressive therapy

Abstract

In the data from Cancer Registry of the Republic of Croatia (2015), cancer is the second most important cause of death, making it a significant problem for population of Croatia. The process of diagnosing a malignant disease is an anxious time for the patient. People who have survived cancer face many psychosocial and physical difficulties, body image problems, problems with sexuality, stress, depression.

Arts-expressive therapies in psychosocial oncology deal with emotions that are caused by the diagnosis of malignant disease. In psychosocial oncology a person is viewed as a biopsychosocial being and the goal is that the person adapts completely to the new situation. Therapy can be group or individual, and it can also include the whole family.

The focus is on processing emotions due to the losses that the malignant illness brings and adjusting to body image changes. Within arts-expressive psychotherapy various methods can be used, such as music therapy, art-therapy, bibliotherapy, dance movement therapy, drama and psychodrama, film therapy, guided imagery, breathing exercises. The aim of this review is to present knowledge and research in the field of arts-expressive therapies and different art media working with people with malignant illness. The aim is to show possibilities of applying arts-expressive therapies in psychosocial oncology through the influence of music, film, image, words and other on humans.

Key words: arts expressive therapies, malignant illness; psychosocial oncology, quality of life; body image

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
2. Art-ekspresivne terapije	3
2.1. Likovna terapija (art-terapija).....	6
2.2. Muzikoterapija.....	8
2.3. Terapija plesom i pokretom.....	11
2.4. Psihodrama i terapija dramom.....	13
2.5. Biblioterapija	15
2.6. Terapija filmom	17
3. Maligna oboljenja.....	20
3.1. Maligna oboljenja odraslih	23
3.2. Maligna oboljenja kod djece.....	24
4. Psihosocijalna onkologija.....	26
4.1. Utjecaj bolesti na kvalitetu života	32
4.2. Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQOL).....	33
4.3. Kvaliteta života osobe s malignim oboljenjem.....	34
4.4. Utjecaj slike tijela na kvalitetu života osoba s malignim oboljenjem	36
5. Art-ekspresivne terapija u psihosocijalnoj onkologiji.....	38
6. Zaključak	42
7. Literatura	45

1. Uvod

Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja - ne samo odsutnost bolesti ili slabosti (WHO, 1948 prema CDC, 2000). Nastanak malignog oboljenja smatra se neuspjehom imunološkog sustava (Sherwood, 1997 prema Goodwill, 2005). Podaci iz Registra za rak Republike Hrvatske (2015) govore da je rak drugi najvažniji uzrok smrti iza bolesti srca i krvnih žila što ga čini značajnim problemom stanovništva Hrvatske. U usporedbi s ostalim zemljama Europe, Hrvatska je zemlja srednje incidencije, no visokog mortaliteta od raka.

Psihosocijalni distres je glavni konstrukt kojeg doživljavaju obitelji s novodijagnosticiranim malignim oboljenjem (Mullins i sur. 2016). Nakon operacije, kemoterapije, radioterapije i hormonskog tretmana, osoba s malignim oboljenjem opisuje opsežne promjene u tijelu, kao što su rane, bolovi, gubitak tjelesne težine, ekstremni umor, mučnina, povraćanje, nedostatak apetita, limfedem, štetni učinci na kožu, problemi s težinom (Manderson 1999 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Brojne nuspojave mogu dovesti do osjećaja odvojenosti od vlastitog tijela (Nainis 2008. prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Umor je jedan od najčešćih i najviše uznemirujućih simptoma malignog oboljenja, zajednička je nuspojava mnogih tretmana dostupnih za liječenje poput terapije zračenjem, kemoterapije ili modifikatora biološkog odgovora. Psihosocijalni čimbenici povezani s umorom su anksioznost, depresija, poteškoće u hodaњу i slab stupanj tjelesnog funkcioniranja (Ahlberg i sur. 2003 prema Bar-Sela i sur. 2007). Specifični fizički simptomi povezani s malignim obojenjem su: bol povezana s rakom, mučnina i povraćanje, problemi sa seksualnošću, spavanje, poremećaj težine i gubitak apetita (Holland i sur., 2015). Neizvjesnost bolesti, anksioznost i stres igraju veliku ulogu u prilagodbi i suočavanju s dijagnozom. Rezultati istraživanja upućuju na potrebu za vremenski osjetljivim intervencijama usmjerenim na obrazovanje i psihosocijalnu podršku za sve pacijente i članove obitelji s dijagnozom kronične bolesti (Gunter, Duke 2018).

Cilj psihoterapije za vrijeme liječenja osoba s malignim oboljenjem je ublažavanje i uklanjanje negativnih problema te uspostavljanje psihičke ravnoteže (Sifneos, 1972 prema Braš, Gregurek 2008). Cilj psihoterapije u radu s onkološkim pacijentima je ukloniti trenutne konfliktne situacije, zaustaviti tendenciju dublje regresije, pasivizacije i infantilizacije, oslabiti otpor liječenju i motivirati pacijenta za liječenje, naučiti bolesnika integraciji bolesti (Gregurek, prema Braš, Gregurek 2008). Art-ekspresivna terapija sjedinjuje perspektivu koja kombinira kreativno izražavanje i imaginalne procese, poput slikanja, crteža, glazbe,

psihodrame, plesa/pokreta, pripovijedanja i poezije s psihoterapijskim tehnikama koje se usredotočuju na osobni rast i razvoj, transformaciju i iscjeljivanje, samosvijet, emocionalno i duhovno blagostanje (Bella, Serlin 2013). Kada govorimo o pozitivnim ishodima art-ekspresivnih terapija bitno je napomenuti bolje vitalne znakove, bolju sliku tijela, smanjeni rizik za opasne bolesti poput raka, HIV-a, bolesti srca, povećanje stope preživljavanja raka dojke, regulacija visokog krvnog tlaka, kontrola boli i smanjenje depresije (Serlin 2007 prema Bella, Serlin 2013).

U ovom diplomskom radu biti će riječi o art-ekspresivnim terapijama u psihosocijalnoj onkologiji. U okviru art-ekspresivnih psihoterapija mogu biti korišteni različiti mediji i tehnike poput vođene imaginacije, kliničke hipnoze, vježba disanja, biblioterapije, pokreta i plesa, glazbe (Miholić i sur. 2013). Fokus art-ekspresivnih terapija u psihosocijalnoj onkologiji uključuje obradu emocija žalovanja zbog gubitaka koje maligno oboljenje donosi i prilagođavanje na promijenjenu sliku tijela (Suzuki 2004, Serlin i sur. 2000, Thyme i sur. 2009 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Strada, Sourkes (2013 prema Stallon 2013) naglašava kako terapeut koji poznaje i teoriju i praksu individualne psihoterapije može pomoći pacijentu i obitelji suočiti se s dijagnozom i progresijom bolesti. S obzirom da artekspresivne terapije mogu pacijentu pomoći vratiti nadu i razviti ciljeve za ispunjenim životom unatoč dijagnozi, u daljnjem tekstu biti će riječ o art-ekspresivnim terapijama i njihovoj ulozi u životu osobe s malignim oboljenjem.

2. Art-ekspresivne terapije

Prema Američkom udruženju art-terapeuta (2017) art-terapija se definira kao integrativni pristup koji se zasniva na uslugama koje obogaćuju život pojedinca, obitelji i zajednice kroz aktivno stvaranje umjetnosti, kreativni proces, primjenjenu psihologiju i ljudsko iskustvo unutar psihoterapijskog odnosa. Art-ekspresivna terapija se koristi za poboljšanje kognitivnih i senzo-motoričkih funkcija, potiče samopoštovanje i samovijest, njeguje emocionalnu otpornost, poboljšava socijalne vještine, smanjuje distres i rješava sukobe. Kroz integrativne metode, art-ekspresivne terapije angažiraju um, tijelo i duh koji potiču osobu na različit način od same verbalne artikulacije. Koriste se kinestetski, senzorni, perceptivni, vizualni i simbolički izrazi. Komunikacija se odvija između tri elementa te uključuje osobu, sliku (djelo) i terapeuta. Komunikacija se odvija u svim smjerovima i osobi pruža još jedan oblik komunikacije, a da ne uključuje direktnu komunikaciju s terapeutom. Ukoliko se djelo predstavi, tu je i dijalog koji se uspostavlja s publikom. (Ivanović, Barun, Jovanović, 2014; Vick 2003).

Art-ekspresivne terapije su metoda koja se široko koristi u području psihoterapije za rješavanje razlika koje ljudi imaju u komunikaciji. Uloga art-ekspresivnih terapija je u iskorištavanju i dovodenju nesvjesnih resursa u svijest kada verbalni modaliteti nisu primjereni. Istraživanje 2009. godine je predstavilo art-terapije kao jednu od metoda i načina intervencije u kojoj se djeca mogu izraziti na prirodan i svojoj dobi prikladan način pomoću raznih medija izražavanja, kao što su crtež, glina, boja i drugi. Art-ekspresivne terapije omogućuju pacijentima da izgrade, dekonstruiraju ili rekonstruiraju svoje doživljaje (Carandang, 2014, prema Parr, 2015).

Art-ekspresivne terapije primjenjuje integraciju svih kreativnih procesa pomoću širokog raspona medija (npr. vizualni, umjetnički, plesni, glazbeni), dok art terapije koriste određen umjetnički modalitet. Profesionalni art-terapeut je školovan u određenom modalitetu. Usporedbe radi, art-ekspresivni terapeut se obučava u različitim modalitetima temeljenim na umjetnosti i može istražiti problem klijenta kroz različite modalitete, kao što je pisanje, proces slikanja, prilagođavajući svaku seansu prema potrebama klijenta (Bella, Serlin 2013). Art-ekspresivne terapije su širi pojam. Prstačić (2003 prema Škrbina, 2013) ističe kako koriste dodatne kreativne metode poput "Ex-Gen terapije." Sustav "Ex-Gen terapije" nastao je nakon uvođenja koncepta sofrologije u proučavanju mehanizama suočavanja (eng.coping) u problemskim područjima slike tijela osobe s kroničnim i motoričkim teškoćama. Ključni pojmovi su induciranje ekstatičkog (EX), generičkog (Gen) i estetskog iskustva u razvijanju ovog psihoterapijskog pristupa (Prstačić, 2003 prema Martinec 2008). Uz art-terapije mogu se

koristiti i meditacija, vizualna i vođena imaginacija, progresivna mišićna relaksacija, (Bonny, 1980 prema Škrbina, 2013).

Freud, Jung, Platon i Aristotel su četiri mislilaca koja su jasno definirala vrijednost umjetnosti u ljudskom rastu i razvoju (Nadeau, prema Warren, 2003). Neki autori su kroz povijest istraživali kako se kreativne terapije mogu koristiti u dijagnostici, drugi su se pitali kakve su pozitivne posljedice u tretmanu i uskoro su kreativne terapije postale dio psihoterapije. Povećani interes odaje priznanje ulozi umjetnosti u promoviranju individualnog i zdravlja zajednice u najširem mogućem smislu. Sredinom 20. stoljeća umjetnici su se počeli zapošljavati u psihijatrijskim bolnicama pod kontrolom kliničkog psihijatra te se na taj način počela proučavati umjetnost u liječenju. Nekoliko desetljeća kasnije kreativne terapije su izronile u profesiju koja se prakticira u zdravstvenom i socijalnom sustavu (Favara-Scacco, C. 2005; Vick, 2003). Jedna od pionirki art terapije, Margaret Naumburg, prepoznala je da likovno izražavanje može prije svega dovesti do razrješenja konflikta jer čovjekove misli i osjećaji iz nesvjesnog i predsvjesnog prije nalaze svoj izraz u slikama nego u riječima (Naumburg, 1958 prema Ivanović, 2014).

U art-ekspresivnim terapijama se svjesne i nesvjesne misli i osjećaji izražavaju kreativnim procesom. Nesvjesne misli i emocije su od većeg interesa jer pružaju nove uvide. Bitno je napomenuti kako terapijski potencijal ovisi o osobi, koliko je emotivnog i misaonog uloženo u kreativno izražavanje. Art terapija podržava vjerovanje da svi ljudi imaju sposobnost izraziti se kreativno i da je konačni produkt manje važan od terapijskog procesa uključenog u proces stvaranja umjetnosti. Fokus terapeuta nije na konačnom produktu terapijskog procesa nego na terapijskoj potrebi osobe da se izrazi (Ivanović, Barun, Jovanović, 2014; Vick 2003). U središtu mnogih kreativnih terapijskih pristupa je uloga mašte i rad sa slikama. Kako navodi Levine (2000 prema Bella, Serlin, 2013) bit je u iskorištavanju energetske dimenzije estetskog iskustva i spajanju s kreativnim izrazom. Kroz slike, osobe se poziva da se dinamično uključe u energiju koja zrači iz kreativnog izraza. Slike pozivaju osobu da se suoči i da otkrije dublje istine.

Rossi (1986 prema Bella, Serlin, 2013) predlaže teoriju međusobne povezanosti između uma i tijela, i kako proces emocija može pomoći ili spriječiti sposobnost liječenja kada je osoba pod utjecajem tjelesne bolesti. Nadalje, Pert (1997 prema Bella, Serlin 2013) je objasnio da kada obrađujemo emocije, neuropeptidni receptori olakšavaju regulaciju imunocita, čime se jača imunološki sustav. Autor Heron (1997 prema Bella, Serlin, 2013)

navodi da su svi aspekti multidimenzionalnog pristupa sastavni za art-ekspresivne terapije. Oni istražuju i otkrivaju preko izravnog iskustva (iskustveno znanje), zatim ih izražavaju na kreativan način kako bi stekli razumijevanje (prezentacijsko znanje), artikuliraju ga na način koji konkretizira (propozicionalno znanje) i stavlja stečene uvide u akciju (praktično znanje).

Autor Feder (1998 prema Malchiodi, C. 2005) navodi nekoliko osnovnih načina na koje se art-ekspresivne terapije koriste u procjeni:

- Procjena sposobnosti i želja, procjena vještina i interesa pojedinca i istipitivanje preferencije
- Procjena životnih iskustava i kapaciteta
- Procjena psiholoških, psihosocijalnih i/ili kognitivnih aspekata

Kako navodi Degmečić (2017), art-terapija se primjenjuje u radu s velikim brojem ljudi s različitim stanjima uključujući poremećaj prehrane, poremećaj učenja, ovisnosti i shizofreniju. Korisna je za osobe svih životnih dobi. Art terapeuti rade s djecom, mladima, odraslima i starijima. Osobe imaju širok raspon teškoća. To uključuje emocionalne, bihevioralne ili psihološke probleme, teškoće učenja, motoričke teškoće, kronične bolesti (The British Association of Art Therapists 2018). Nadalje, pozitivni učinci art terapije potvrđeni su kod žena koje se liječe od depresije te je pokazana bolja kvaliteta života kod osoba s malignim oboljenjem (Thyme i sur. 2007; Geue i sur. 2010 prema Degmečić, 2017). Istraživanja su također pokazala da art terapija i psihološka podrška imaju pozitivan učinak na ishod liječenja raka. Nadalje, napominje se povećanje samopoštovanja i kohezije, jačanje self-identiteta i začajno poboljšanje globalnog zdravlja (Spiegel, 1997; Luzzatto, Gabriel, 2000 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

Art-ekspresivne terapije pomažu aktivirati funkcioniranje desne strane mozga, čime se osigurava put do neverbalnog. Sposobnost da se aktivira desna strana mozga omogućuje osobi da se izrazi fizički i emocionalno kroz art-ekspresivne terapije, potom u konačnici može dovesti do ublažavanja sresa, povećanog samopouzdanja, samopoštovanja i zdrave slike tijela (Serlin, 2007 prema Bella, Serlin, 2013). U terapiji, umjetnost odražava nešto poput unutarnjeg svijeta pacijenta. Autori Stucke, Nobel (2010) prema (Degmečić, 2017) mogu potvrditi da je korištenje art terapije dovelo do poboljšanja vitalnih znakova i kraćeg boravka u bolnici te općenito boljeg kliničkog ishoda kod hospitaliziranih pacijenata. Prema tome nabrojani su pozitivni ishodi art-ekspresivne terapije: bolja komunikacija, povećani osjećaj kontrole, razvoj pozitivnih strategija suočavanja, uvid u ponašanje pacijenta, povećano samopoštovanje, poboljšana kvaliteta života, katarzičko oslobađanje emocionalnih tema,

povećana sposobnost suočavanja s egzistencijalnim pitanjima, razvoj pozitivni strategija suočavanja, smanjenje tjelesne boli (Wood, M. 2005).

Art-ekspresivne terapije pokazale su se uspješnima u širokom rasponu terapija u individualnom i grupnom radu. Istraživanja ukazuju da art-ekspresivne terapije pomažu povećati emocionalnu kontrolu i izgraditi bolju sliku tijela, smanjiti depresiju i pomažu kod problema sa spavanjem i anksioznosti (Bella, Serlin 2013). Art-ekspresivne terapije vrlo često se provode kao grupne i tada je fokus na odnose između pacijenta, terapeuta i drugih članova grupe (Gussak, 2006, Degmečić 2017). Na samom početku art-ekspresivnih terapija, pri prvoj seansi, bitno je upoznati sudionike s različitim materijalima. Nakon uvodnog razdoblja sa sudionicima se kombiniraju kreativne terapije sa vježbama opuštanja, vizualizacije, koncentracije i vizualnim vježbama. U preostalim seansama, sudionici rade na suočavanju s vlastitim slikama i temama povezanim s malignim oboljenjem (Visser, A., Hoog, M. 2008).

Vizualni podražaj pridonosi većem broju individualnih seansi i može posvetiti svoj rad jačanju individualizacije; glazba često dodiruje osjećaje i može dovesti do socijalizacije dok ljudi surađuju u pjesmi ili istovremeno sviraju instrumente; ples i pokret nude mogućnost interakcije i formiranja odnosa. Drugim riječima, svaki oblik art-ekspresivne terapije ima svoje jedinstvene osobine i uloge u terapijskom procesu (Malchiodi, C. 2005). U ovom preglednom radu opisani su slijedeći oblici art-ekspresivnih terapija: art-terapija (likovna terapija), terapija glazbom, terapija pokretom i plesom, psihodrama i dramska terapija, biblioterapija i terapija filmom.

2.1. Likovna terapija (art-terapija)

Art-terapija je klinička intervencija temeljena na uvjerenju da kreativni proces, uključen u izradu umjetnosti, poboljšava život i ima lijekovit potencijal. Koristi se za pomoć pacijentima ili njihovim obiteljima kako bi povećali svijest o sebi, lakše se suočili sa simptomima te prilagodili stresnim i traumatičnim iskustvima (Appleton, 1993, prema Nainis i sur. 2006). Art-terapija koristi likovne medije, slike i umjetnički proces, potom gleda na stvorene proizvode kao na odraz razvoja, sposobnosti, osobnosti, interesa, briga, zabrinutosti i sukoba pacijenta (Malchiodi, C. 2005). Art terapija koristi stvaralački likovni proces kao sredstvo komunikacije i izražavanja, ne procjenjuje estetsku vrijednost, već je bitna komunikativna, metaforična i simbolična vrijednost. Pacijent ne mora biti likovno nadaren da bi sudjelovao, dok se od art-terapeuta zahtijeva završena edukacija iz art-terapije. Neupitno je da umjetnost djeluje na ljude: od tjelesnih reakcija, uživanja, nemira, ushita, traganja za

smislom i slično. Umjetnost je medij koji ljudima pomaže istražiti duhovnu stranu, subjektivnu istinu i upoznati sebe (Štalekar, 2014). Francuski je umjetnik Jean Dubuffet shvatio važnost umjetničkih djela psihičkih bolesnika već dvadesetih godina 20.stoljeća, kada je počeo skupljati njihova djela i dodjelio im je ime „art brut“ (sirova umjetnost). Umjetnička zbirka poznata je pod nazivom „Kolekcija art brut“. Kolekcija sadrži na tisuće djela i izložena je u Parizu (Štalekar, 2014).

Pacijenti pokazuju interes za područjem art-terapije koji liječi emocionalni distres i umor. Većina takvih seansi je opuštajuća i pacijentima pruža „prostor za disanje“ tijekom liječenja kemoterapijom. Glavna prednost art-terapije za neke pacijente je stvaranje umjetničkog djela koji im omogućuje da se izraze kao pojedinci i podijele svoje iskustvo s grupom. Suprotno tome, mnogima to predstavlja glavni problem jer su izrazili želju ne prisustvovati tim seansama (Bar-Sela i sur. 2007). Procesom crtanja unutarnji svijet se iznosi u vanjski i tada crtež postaje stalna bilješka tog procesa. Dinamski pristup art-terapije navodi da je slika sredstvo transfera i kontratransfera. Slika ili crtež nastaju međudjelovanjem odnosa pacijenta i terapeuta, zatim ideja, misli i emocija pacijenta te odabirom likovne tehnike i materijala (Ivanović, N. prema Štalekar 2014). Art-terapija iznosi relevantne post-traumatske probleme na površinu, čime se ubrzava proces terapeuta da intervenira i osnaži odnos terapeut-pacijent. Ono što je najvažnije, riječ je o modalitetu koji se bavi osjetilnim iskustvima te je stoga moćan alat za prepričavanje, rješavanje sukoba i oporavak (Malchiodi, 2001). Autor Štalekar (2014) pod terminom setting podrazumijeva prostor u kojem terapeut ima snažno određene granice. Crtež je također određen granicama koje čine rubovi papira ili zamišljeni okvir (Ivanović, N. prema Štalekar 2014). Sam grupni setting dokazuje da su problemi pojedinca ubiti zajednički problemi, ali ih čovjek doživljava jedinstvenim i najvećim kada kroz njih prolazi sam. MacLagan (2005 prema Ivanović, Barun, Jovanović 2014) opisuje pristup slici na tri razine. Na deskriptivnoj razini se opisuje ono što vidimo. Zatim, elaboracijska razina oživljava unutrašnjost slike i stvaraju se asocijacije. Posljednja je interpretacijska razina na kojoj se uspostavlja veza između individualnog ili kolektivnog simbolizma i slike.

Likovni medij se u seansu uvodi jedan po jedan, kako bi osobama dopustili potpuno istraživanje i razumijevanje svih stvari koje se mogu učiniti likovnim medijem. Likovni mediji koji dopuštaju dvodimenzionalni izraz su: grafit, ugljen, konta, tinta, pastela, boja, papir, olovka, kist, platno i ploča. Za osobu koja ima teškoće u tjelesnim ili mentalnim sposobnostima, neophodno je ne stvoriti dodatne prepreke pri izboru medija. Većina ljudi je na početku zabrinuta i ne želi u potpunosti sudjelovati kada se pred njih stave nova iskustva.

U art-terapije, ako je osoba zabrinuta, uvode se elementni oblici (krug, ovalni oblik, crta, škrabanje). Osobu se potiče da pokuša napraviti što više oblika iste veličine. To će im pružiti osjećaj uspjeha i smanjit će strah pojedinca (Nadeau, prema Warren, 2003).

Najvažnija stvar kod mekih olovaka je da je potrebno manje fizičkog pritiska da se proizvode trag. Jedna od prednosti drvenog ugljena je da brzo postane neuredan što samo po sebi može biti oslobađajuće za osobu. Dopustiti osobi da bude slobodna je potvrda prava pojedinca da iskusi radost svih razina taktilne ljepote i zadovoljstva stvaranja vizualne likovne umjetnosti. Potom, slikanje je radosno iskustvo koje se mora uvesti u pravom trenutku kako bi se izbjegla frustracija i ograničilo samo na pozitivne učinke. Kist je produžetak ruke ili noge osobe koja slika i treba biti uveden u seansu kao likovni medij. Može pružiti neograničenu raznolikost pokreta, kao što je točka, potez kistom ili kružno nanošenje boje. Zatim, bitno je napomenuti ogromnu pomoć u stvaranju atmosfere za kreativnu aktivnost, a to je glazba. Ona mora biti pomno odabrana, a kao jedan od najčešćih autora se spominje Johann Sebastian Bach (Nadeau, prema Warren, 2003).

Terapijski proces stimulira neurone na različite načine. Za početak, u procesu slikanja tijelo se kreće, čime se emocije fizički izražavaju te potvrđuju kroz refleksiju slike ili produkta, te u odnosu pacijenta i terapeuta (Thyme, Sundin, Wiberg, 2009 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Proces je psiho-obrazovni i psihodinamički, pomažući egu i nesvjesnom da se integrira. U seansama art-terapije, slikar može promatrati vlastiti izraz kroz formu, figuru, liniju i boju kako bi prepoznao različite emocije i misli te emocionalne i kognitivne promjene. Pacijenti mogu znatno napredovati u osobnom rastu, samoizražavanju i komunikaciji s terapeutom, ali i s obitelji i prijateljima (Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Kako navode Nainis i sur. (2006) većina istraživanja art-terapije temelji se na analizi slučaja, uključuje uzorke male veličine te većina procjenjuje poboljšanje kvalitete života i emocionalne dobrobiti, pri čemu malo naglašavaju posljedice na fizičke simptome. U istraživanju 2006. godine (Nainis, Paice, Ratner, Wirth, Lai, Shott), od pedeset ispitanika većina (88%) nikada nije sudjelovala u art-terapiji, no velika većina (92%) izjavila je kako bi ponovno željela sudjelovati. Visok broj ispitanika (90%) izjavilo je da su im seanse skrenule pozornost s negativnog i usredotočile na pozitivno. Osamnaest ispitanika (36%) odgovorilo je da ih art-terapija smiruje i opušta, šest ispitanika (12%) se osjećalo produktivno i opušteno.

2.2. Muzikoterapija

Glazba je prisutna u svim ljudskim kulturama i slušaju je osobe svih dobi, rasa i etničkih podrijetla. Ima izravne i neizravne učinke na fiziologiju i kliničke simptome. Pažljivo

odabrana glazba može smanjiti stres, poboljšati osjećaj udobnosti i opuštanja, ponuditi distrakciju od boli i poboljšati kliničko stanje (Kemper, K., Danhauer, S. 2005). American music therapy association (AMTA) definira muzikoterapiju kao zdravstvenu struku koja glazbu koristi u terapijskom odnosu, a bavi se fizičkim, emocionalnim, kognitivnim i društvenim potrebama osobe. Nakon procjene snaga i potreba svakog klijenta, kvalificirani glazbeni terapeut uključuje osobu u stvaranje, pjevanje, slušanje i kretanje na glazbu.

Ideja glazbe kao iscjeljujućeg utjecaja na zdravlje i ponašanje jednako je stara kao i Aristotelov i Platonov tekst. Najranija poznata referenca pojavila se 1789. godine u nepotpisanom članku u kolumbijskom časopisu pod naslovom "Music Physically Considered". Početkom 1800-ih, spisi o terapijskoj vrijednosti glazbe pojavili su se u dvije medicinske disertacije, Edwin Atlee (1804) i Samuel Mathews (1806). Muzikoterapija se počela razmatrat kao profesija nakon Prvog i Drugog svjetskog rata kada su se profesionalni i amaterski glazbenici pojavili kao volonteri u veteranskim bolnicama. Liječnici i medicinske sestre prepoznali su značajne fizičke i emocionalne odgovore pacijenata na glazbu i zatražili unajmljivanje glazbenika u bolnicama (American music therapy association). Glazba kao znanstvena disciplina u svijetu sazvela se tijekom 20. stoljeća (Škrbina, D. 2013).

Muzikoterapija se sagledava sa znanstvenog i terapijskog iskustva. S terapijskog iskustva koristi zvuk, glazbu i pokret za osposobljavanje pacijenta za što bolje funkcioniranje. Terapija glazbom sa znanstvenog stajališta otkriva dijagnostičke parametre i terapijske potencijale. Tonalitet, intenzitet, boja zvuka, melodija, harmonija, ritam su karakteristike o kojima ovisi učinak glazbe. Funkcije glazbe kako ih definira Merriam (1964 prema Škrbina, D. 2013) su:

- ekspresija osjećaja
- estetsko uživanje
- zabava
- komunikacija
- fiziološka reakcija
- simbolička reprezentacija
- socijalne funkcije

Istraživanja podupiru učinkovitost glazbene terapije na mnogim područjima kao što su: fizikalna rehabilitacija i olakšano kretanje, povećanje motivacije ljudi da se uključe u liječenje, pružanje emocionalne podrške klijentima i njihovim obiteljima te pružanje prilika za

izražavanje osjećaja (American music therapy asociation). Kako navodi Škrbina (2013) muzikoterapija predstavlja mjesto susreta umjetnosti i znanosti te socijalnu aktivnost koja razvija identitet i pojačava samopouzdanje. Muzikoterapija je klinička upotreba glazbenih intervencija za postizanje individualiziranih ciljeva u terapijskom odnosu od strane stručnjaka.

Muzikoterapija obuhvaća niz pristupa i dijeli se na receptivne i aktivne metode. Receptivne metode odnose se na slušanje glazbe putem slušalica, dok aktivne metode podrazumijevaju aktivno sudjelovanje osobe u glazbenoj aktivnosti (sviranje, pjevanje, pokret). Neke od strukturiranih i nestrukturiranih improvizacijskih metoda su: Orffova metoda, glazbena psihodrama, eksperimentalna improvizacijska muzikoterapija, metaforička, zatim kreativna (Nordoff-Robbinsova) metoda muzikoterapije, analitička, paraverbalna, integrativna improvizacijska muzikoterapija, razvojni terapijski odnos, slobodna improvizacijska muzikoterapija (Škrbina, 2013).

Standley (1986 prema Škrbina, 2013) u istraživanju koje se bavilo proučavanjem glazbe u terapijskom kontekstu navodi kako se terapija glazbom u različitim medicinskim ustanovama primjenjuje kako bi se postigli mnogobrojni fiziološki ciljevi poput smanjenja boli, poticanja senzorne osjetljivosti i responzivnosti kod pacijenata s oboljenima mozga, kontrola krvnog tlaka, kontrola razine stresnih hormona, mišićne napetosti, zatim u metodama biofeedbacka te jačanju imunog sustava. Renthrow i Gosling (2003 prema Škrbina, 2013) značenje glazbe za pojedinca izjednačavaju s hobiem te smatraju kako je pojedinci doživljavaju važnijom od gledanja filma, čitanja časopisa ili knjiga, biranja i kupovine odjeće, uživanja u hrani. Glazba pomaže pri upravljanju interpersonalnim odnosima jer olakšava komunikaciju koja više ne mora biti verbalna. Glazbom se mogu potaknuti različite somatske promjene poput povišenja krvnog tlaka, usporavanje srčane aktivnosti, promjena u protoku krvi, mišićnom tonusu, temperaturi kože, psihološke reakcije. Utječe na raspoloženje, osjećajne reakcije, anksioznost i stres, kontrolu boli, koncentraciju i izvođenje određenih zadataka (Škrbina, D. 2013). U studiji koja je uključivala dvadeset žena koje su čekale biopsiju dojke, grupa koja je slušala glazbu dvadeset minuta dnevno bila je manje anksiozna od kontrolne grupe (Haun, M., Mainous, R., Looney, S. 2001 prema Kemper, K., Danhauer, S. 2005).

Muzikoterapija se primjenjuje kod različitih stanja: depresivnih, progredirajućih, u terapiji boli i palijativnoj skrbi, za razvijanje komunikacije, kod osoba s oštećenjem mozga,

intelektualnim i motoričkim teškoćama, psihijatrijskim bolestima, poremećajima iz spektra autizma, obiteljskim terapijama te općenito za poboljšanje cjelokupne kvalitete života (Magee, 1999. prema Škrbina 2013). Pacijenti koji su uključeni u kirurško liječenje i muzikoterapiju zahtijevaju manje sedativa kako bi postigli stupanj opuštenosti u usporedbi s kontrolnom grupom u istraživanju koje su proveli Lepage, C., Drolet, P., Girar M. (2001 prema Kemper, K., Danhauer, S. 2005). Jourtt-Pineau i sur. (2012) proučavali su učinak muzikoterapije na bol i anksioznost kod osoba s malignim oboljenjem. Prema autorima receptivna muzikoterapija, odnosno slušanje glazbe, pomaže u smanjenju boli i anksioznosti. Nedavne kliničke studije potvrdile su dobrobit muzikoterapije u nošenju s boli i anksioznosti te poboljšanju raspoloženja i kvalitete života osobe s malignim oboljenjem.

2.3. Terapija plesom i pokretom

Ples je sastavni dio kulture još iz davnih vremena. Koristio se kao pozdrav Suncu, u čast Mjesecu, raznim božanstvima i prirodnim pojavama, plesalo se prilikom rođenja i smrti. On je prirodni neverbalni jezik tijela bez upotrebe govora te se sasoji od niza ritmičkih pokreta uz instrumentalnu pratnju (Škrbina, D. 2013). Warren (1993 prema Škrbina 2013) navodi kako je ples jezik tijela koji prenosi trenutno emocionalno stanje osobe. Plesom se pojedinac izražava vlastitim tijelom na jedinstven način. The American Dance Therapy Association (ADTA, 2016) definira terapiju plesom i pokretom kao psihoterapijsku upotrebu pokreta za unaprijeđenje emocionalne, društvene, kognitivne i fizičke integracije pojedinca. U terapiji plesom i pokretom ističe se temeljni cilj koji uključuje proces osvješćivanja, reintegracije i unapređivanja predodžbe o sebi, vještina neverbalne komunikacije te raspona i kvalitete emocionalnih doživljaja (Škrbina, D. 2013).

Danas u svijetu postoje različite forme i vrste plesova. Primitivni čovjek od davnina se koristio ritualnim plesom koji je oblik religijske ceremonije. Prvi oblici plesa koji predstavljaju sastavni dio običaja u kulturi i životu čovjeka su narodni plesovi. Iz narodnih plesova razvili su se razni oblici društvenih plesova, zatim se iz klasičnog baleta razvio suvremeni ples (Šumanović i sur. 2005, prema Škrbina, D. 2013). Začetnici terapije plesom i pokretom smatraju se Marion Chace i Mary Starks Whitehouse, koje su svoj rad na području pokreta i plesa započele u okviru psihijatrijskog liječenja (Martinec, Šiškov, Pinjatela, Stijačić, 2014). Teorijska i klinička istraživanja datiraju iz 1970-ih, kada je prepoznat interes terapeuta za radom s medicinskim bolesnicima. Terapija plesom i pokretom postala je profesionalna disciplina u Sjedinjenim Američkim Državama 1996. godine. Većina rada

odvijala se u klinikama za psihijatriju i posebnim obrazovnim institucijama (Goodill, S. 2005).

Laban (1975 prema Škrbina, D. 2013) je definirao terapiju pokreta i plesa. Ples je odraz neraskidive veze unutarnjeg poticanja na kretanje i njegove tjelesne manifestacije (eforta). Laban je proučavao dinamičnu kvalitetu ljudskog pokreta i opisao je kao unutarnji poticaj za kretanje. Koristio je njemačku riječ “*antrieb*”, što je na engleski najbolje prevedeno s riječi “*effort*” (Laban 1980 prema Goodwill, S. 2005). Effort se dijeli u četiri glavne kategorije: tijek (vezano/slobodno), prostor (izravno/neizravno), snaga (napeto/opušteno) i vrijeme (brzo/sporo). Svaki faktor gibanja ima dva elementa, predstavljena kao polaritet, ali na kontinuumu, sa stupnjevima intenziteta i neutralnosti (Goodwill, S. 2005). Laban je definirao kinesferu kao osobni prostor pojedinca u kojem se odvija neki pokret (ekstenzija, fleksija, rotacija trupa i udova). Dijeli kinesferu na tri dijela: bliska, srednja i široka/udaljena kinesfera. Laban ljudsko tijelo svodi na kubus koji pokazuje pokret u raznim smjerovima u prostoru.

U okviru terapijskog procesa kombiniraju se različite tehnike koje ovise o specifičnom problemskom području: imitacija, zrcaljenje, simbolizacija, istraživanje pokretom i izvorni pokret. Imitacija se odvija s ciljem da se osjećaji i obrasci pokreta klijenta usklade s terapeutom. Zrcaljenje se odvija kada se terapeut želi povezati s emocionalnom i motoričkom podlogom pokreta. Simbolizacija tijela uključuje korištenje specifičnih pokreta, gesta i mimika s ciljem stjecanja uvida u vlastito tijelo. Kako je određeni pokret povezan s osjećajima, asocijacijama i sjećanjima istražuje se kroz pokret. Izvorni pokret sastoji se od slobodnih spontanih pokreta i njegova svrha je kreativno samoizražavanje (Martinec, Šiškov, Pinjatela, Stijačić, 2014). U terapiji plesom i pokretom terapeuti u svoj rad uključuju sliku tijela, kako u procjeni, tako i u terapijskim intervencijama (Serlin i sur, 2000 prema Goodwill, S. 2005). U terapiji plesom i pokretom razmatra se razvoj djetetove slike tijela, kao multidimenzionalnog procesa koji uključuje kinetički, taktilni, proprioceptivni, neurološki, kognitivni i društveni input (Schilder 1950 prema Goodwill, S. 2005).

U terapiji plesom i pokretom fokus terapeuta je na poboljšanju samopoštovanja i tjelesne slike, razvijanju učinkovitih komunikacijskih vještina i odnosa, proširenju vokabulara pokreta, stjecanje uvida u obrasce ponašanja te stvaranje novih mehanizama suočavanja. Pokret je primaran medij terapeuta u opservaciji, procjeni, istraživanju, interakciji i intervenciji (American Dance Therapy Association, 2016). Pokazalo se da terapija pokretom i plesom povećava funkcioniranje imunološkog sustava zbog pozitivnog izražavanja emocija

(Pert, 1997, prema Bella, Serlin 2013). Melsom (1999 prema Goodwill, S. 2005) ističe značajke terapije plesom i pokretom: integracija uma, tijela, emocija, kreativnosti i duhovnosti, zatim uključivanje vježbi opuštanja, disanja i imaginacije u terapijskom procesu, uporaba dodira, zrcaljenja, sinkronije, učenje novih fizičkih i emocionalnih mehanizama suočavanja, promicanje emocionalnog zdravlja.

Nekoliko studija potvrdilo je učinak terapije plesom i pokretom na nošenje sa stresom. Autorica Brauninger, I. (2012) u svom istraživanju potvrdila je smanjenje psiholoških poremećaja i psihopatologije. Rezultati upućuju na to da terapija plesom i pokretom poboljšava strategije upravljanja stresom, te smanjuje psihološku tjeskobu i psihopatologiju, smanjuje negativni stres i psihičku nelagodu, učinkovita je distrakcija i strategija opuštanja. Dibbel-Hope, S. (2000 prema Goodwill, S. 2005) istraživala je može li terapija plesom i pokretom povećati razinu psihološke prilagodbe žena s malignim oboljenjem. Sudionice terapijske skupine pokazale su znatno veće poboljšanje u tri parametra povezana s fizičkim stanjem: povećanje snage, smanjenje umora i smanjenje somatizacije. Petroneov (1997 prema Goodwill, S. 2005) proveo je studiju u trajanju od šest tjedana koja je uključivala osobe s malignim oboljenjem i njihove partnere/skrbnike i terapiju pokretom i plesom. Seansa je uključivala zagrijavanje, strukturirani razvoj teme i komponente zatvaranja, kao i vježbe disanja i vođenu imaginaciju. Sami ispitanici ističu prednosti programa: smanjen osjećaj izolacije, podrška u izražavanju osjećaja i poboljšanje stavova prema bolesti.

2.4. Psihodrama i terapija dramom

Psihodrama i dramska terapija oblik su dramskog izražavanja koje ima (psiho)terapijske ciljeve. One svoje korijene nalaze u kazališnoj umjetnosti, ali za razliku od nje, naglasak stavljaju na proces koji se odvija tijekom aktivnosti, a ne na završni umjetnički produkt, odnosno predstavu. Kroz primjenu različitih dramsko-izražajnih tehnika one stvaraju siguran prostor za prorađivanje problema i pronalaz nove perspektive ili alternativna rješenja (Silverman, 2006 prema Naniwadekar, K. 2016). Sve se događa u procesu u kojem se promišljanje, igranje i doživljavanje dramskog svijeta i događaja zbiva istodobno i u potpunoj međuovisnosti (Gruić, 2002 prema Rimac-Jurinović, 2016). Bazična tehnika ovih metoda jest igranje uloga, koje je dio čovjekovog svakodnevnog iskustva. Postoji od ranog djetinjstva, prvo kao simbolička igra, a u zrelosti kao sposobnost preuzimanja uloga. Kroz igru uloga protagonist, član grupe/klijent, slikovito predstavlja životne događaje, prorađuje bolna iskustva, razvija spontanost i priprema se za očekivane životne događaje (Lahad, M. 1999). U tom procesu koristi se mašta, kreativnost, metafora i metode usmjerene na osjećaje (Gersie,

1995 prema Lahad, M. 1999). U terapijskom kontekstu funkciju pomoćnog „Ja“ može imati posredni objekt, gesta, mimika, igra uloga, riječ (Škrbina, D. 2013). Na sceni se odigravaju životne situacije pojedinca, pri čemu protagonist na pozornici otkriva osjećaje i misli koje ga ograničavaju. Važan terapijski faktor su neizgovorene misli i osjećaji, unutarnji konflikti, projekcije budućnosti te drugačija viđenja prošlosti i sadašnjosti (Škrbina, D. 2013). Ključni pojam je akcija, odnosno djelovanje. Sredstvo izražavanja u psihodrami je govorni jezik, odnosno verbalizacija i govor tijela. Kada se osoba ne može verbalno izraziti koriste se različiti oblici komunikacije poput maske, lutke, pisane priče, igranje uloga (Naniwadekar, K. 2016). Improvizacija u terapiji pruža klijentu mogućnost da se kreativno poveže s trenutnim emocionalnim stanjem i spontano izrazi to stanje kroz pokret, zvuk, sliku ili improvizacijsku igru (Silverman, 2006 Naniwadekar, K. 2016). Terapija je usmjerena na grupu kao cjelinu, a može se provoditi u parovima ili individualno (Toseland, Siporin, 1986 prema Lahad, M. 1999).

Ono što razlikuje ove metode jest način na koji se pristupa terapijskom sadržaju. U psihodrami, koju je početkom 20. stoljeća utemeljio Jacob Lavy Moreno, terapijski proces u načelu kreće od realnog osobnog problema koji protagonist predstavlja kroz igru uloga. Radnja se ne odvija prema dramskom tekstu, nego se prizori odigravaju kako ih protagonist doživljava (Škrbina, D. 2013). Moreno je koristio dramsku akciju za ispitivanje problema ili pitanja pojedinca ili grupe i to kroz tri faze u procesu: zagrijavanje, akcija i dijeljenje iskustva drugih članova grupe. Ovakav pristup su u to vrijeme koristili terapeuti u bolnicama i socijalni radnici kako bi korisnike podučili socijalnim i emocionalnim vještinama (American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama, 2018).

U dramskoj terapiji, koja se počinje razvijati sredinom 20. stoljeća, inspiracija u poticanju terapijskog sadržaja više se bazira na metaforičkim sadržajima kao što su dramski tekst, pripovijedanje, ritual, uporaba maske, rekvizita, lutaka i dr. (Warren, B. 2003). U sedamdesetim godinama 20. stoljeća, dramska terapija postaje zasebna struka i integrira svoje tehnike s elementima improvizacije i procesne drame (North American Drama Therapy Association, 2018).

Mnogi istraživači su kroz svoja istraživanja dokazali mnogostruke dobrobiti ovih metoda u tretmanu različitih trauma. U radu s traumatiziranim pojedincima psihodrama preko rekonstrukcije događaja pokušava ohrabriti pojedinca da na nov način sagleda, emotivno razumije i kontrolira situaciju (Škrbina, D. 2013). Raspon mogućih ciljeva, kako navodi Jakelić (2011, prema Škrbina, D. 2013) vrlo je širok: otkriti korijene problema te podučiti osobu načinima rješavanja, podučiti senzibilitetu, razviti i poboljšati vještine komunikacije,

doći u kontakt s vlastitim osjećajima, osloboditi se raznih fobija i tegoba, razriješiti razne traume, unaprijediti vlastite potencijale, prepoznati razine svjesnog i nesvjesnog, poboljšati kvalitetu vlastitog života...

Mnoga istraživanja pokazala su prednosti dramskih pristupa kod ljudi s poremećajem prehrane, poremećajem ličnosti i disocijativnim poremećajem te kod osoba koje su seksualno zlostavljane (Škrbina, D. 2013). Pellicciari i sur. (2012) u radu s adolescentima s poremećajem prehrane došli su do zaključka da drama može biti korisna jer omogućuje pristup usmjeren na pacijenta, smanjuje obrambene mehanizme i otvara osobu, ublažuje specifične simptome i poboljšava kvalitetu života osobe tijekom boravka u bolnici. Kako navode Livingstone, J. i sur. (2009) dramska terapija pokazala se uspješnom u razvijanju svijesti i znanja o malignom oboljenju i namjerama za poboljšanje zdravstvenih navika. Autori Wilkinson, Strikumar, Shaw Orrell (1998, prema Jaaniste i sur. 2015) proveli su pilot studiju u kojoj su ispitivali upotrebu dramske terapije u razdoblju od šest mjeseci sa šesnaest starijih osoba s demencijom. Iako ne statistički značajno, zabilježeno je bolje kognitivno funkcioniranje, bolje svakodnevne vještine i veći stupanj neovisnosti.

2.5. Biblioterapija

Postoje dvije vrste priča, one koje mi pričamo drugima i one koje drugi pričaju nama (Cheryl, N. prema Warren, B. 2003). Knjiga je snažan medij koji se može koristiti u različite svrhe: odgojne, obrazovne i terapijske, za kratki bijeg od stvarnosti, doživljaj avanture, emotivno povezivanje s drugima, rješavanje problema i ublažavanje stresa. Čitanje djetetu od najranije dobi ima različite učinke na pojedinca i jednako je važno za razvoj, kao i osnovne potrebe. Pomaže u razvijanju govornih sposobnosti i djetetova rječnika, unapređuje sposobnosti slušanja, dijete uvodi u svijet mašte i umjetnosti, pomaže u razvoju logičkog zaključivanja, opažanja, pažnje, mišljenja i promatranja (Atkinson i sur. 2002 prema Škrbinu, D. 2013).

Biblioterapija je upotreba knjiga i čitanja u određenim aktivnostima koje se temelje na psihološkim, socijalnim i estetskim vrijednostima (Cilliers, 1980 prema Škrbina, D. 2013). Pojam biblioterapija sastoji se od dvije riječi: *biblio*, grčka riječ *biblus* što znači knjiga i riječi *terapija*, koja se odnosi na psihološku pomoć. Biblioterapija se najjednostavnije može definirati kao uporaba knjiga za rješavanje ljudskih problema (Shechtman, Z. 2009). Kako navode Zabukovec i sur. (2007 prema Škrbina, D. 2013) biblioterapija je metoda koja koristi literaturu ili kreativno pisanje s ciljem promjena u kognitivnom, bihevioralnom, emocionalnom i socijalnom funkcioniranju. Autor Baker (1987 prema Shechtman, Z. 2009)

navodi da je biblioterapija korištenje književnosti i poezije u liječenju ljudi s emocionalnim i mentalnim bolestima. Biblioterapiju koriste školski savjetnici, socijalni radnici, medicinski djelatnici, nastavnici i knjižničari (Gladding, 2005, Pardeck, 1998, Frankas i Yorker, 1993, Kramer, Smith, 1998, Bernstein, 1989 prema Shechtman, Z. 2009)

Terapijska priroda čitanja poznata je još iz antičkog doba. U Grčkoj je čitaonica nosila naziv "*Mjesto zacijeljivanja duše*", a u Švicarskoj "*Ormarić duše*" (Cronje, 1993 prema Škrbina, D. 2013). Najraniji zapis koji propisuje čitanje kao lijek datira iz 1272. godine. No, još za vrijeme Platona i Aristotela raspravljalo se o knjigama i čitanju (Škrbina, D. 2013). Aristotel je uveo pojam katarze i književnost je smatrao terapijskim sredstvom (Mikuletić, 2010 prema Škrbina, D. 2013). Pionir američke biblioterapije je Rush (1811), a njegovo istraživanje nastavio je Minson Galt II koji je napisao prvi članak o biblioterapiji. Knjige su postale široko raspostranjene u svrhu liječenja nakon Prvog i Drugog svjetskog rata (Shechtman, Z. 2009). Teoretičarka iz područja biblioterapije, Shrodes (1950), razvila je prvi teorijski model iz kojeg se razvijala i usavršavala biblioterapija (Škrbina, D. 2013).

Postoje tri dugoročna cilja biblioterapije, a to su: terapijski, obrazovni i relaksacijski. Oni su promatrani na trima razinama: emocionalnoj, socijalnoj i intelektualnoj (Cilliers, 1980 prema Škrbina, D. 2013). Kako navodi Cronje (1993. prema Škrbina, D. 2013) komponente biblioterapije su:

- svrha i cilj biblioterapije
- kategorije biblioterapije
- vrste medija

Shechtman, Z. (2009) navodi dvije vrste glavnih škola biblioterapije: kognitivna i afektivna. Kognitivni terapeuti percipiraju proces učenja kao glavni mehanizam promjene, a učenje se odvija pomoću kvalitetnih pisanih materijala. Nasuprot tome, afektivna biblioterapija potječe iz psihodinamskih teorija. Upućuje na uporabu pisanih materijala kako bi se otkrile potisnute misli, osjećaji i iskustva. Budući da se afektivna biblioterapija bavi dubokim iskustvima i emocijama, ne može biti tretman samopomoći i zahtijeva uključivanje terapeuta. Autori Hynes i Hynes-Berry (1994 prema Škrbina, D. 2013) biblioterapiju mogu podijeliti na terapijsku/kliničku i razvojnu biblioterapiju.

Mediji pogodni za korištenje u biblioterapiji uključuju (Škrbina, D. 2013):

- književne tekstove

- književna izražajna sredstva
- audiovizualne materijale
- maštovite predmete

Naime, Neill, C. (prema Warren, B. 2003) u književne tekstove ubraja: mitove, legende, narodne pripovijetke, bajke. Škrbina, D. (2013) još navodi: prozu, poeziju, pripovijetku, anegdotu, basnu, pustolovni roman, realističku priču i slično. Književna izražajna sredstva uključuju: alegorije, rime, metafore, ritam, usporedbe i slično. Sve priče imaju tri osnovna dijela: početak, središnji dio i kraj. U početku je važno utvrditi okolnosti i okvire priče. Drugi, središnji dio priče, upoznaje nas s likovima i podiže napetost, dok je u trećem dijelu vrhunac priče. Protagonist se suočava s problemima, sukobima ili zaprekama, to je ujedno i najviša emocionalna točka priče (Neill, C. prema Warren, B. 2003).

Sudjelovanje u kreativnoj grupi s psihijatrijskom populacijom ima brojne koristi za pojedince, uključuje prisjećanje, procesuiranje i eksternalizacija pozitivnih i negativnih osjećaja, rast samopouzdanja, bolja koncentracija i orijentacija u vremenu (Phillips i sur. 1999 prema Degmečić, D. 2017). Djeca i adolescenti često trebaju pomoć u svakodnevnim poteškoćama i ozbiljnim kriznim situacijama. Bogatstvo književnosti može biti važan izvor koji im pomaže razumijeti ljudske interakcije, povećati njihovu osjetljivost i povećati empatiju (Shechtman, Z. 2009). Kako navode Sexton i Pannebaker (2009 prema Degmečić, D. 2017) biblioterapija ima pozitivne učinke u širokom spektru domena poput tjelesnog zdravlja, psihološkog zdravlja, radnih ishoda i kognitivnih sposobnosti. Autor Greenberg i sur. (1996 prema Degmečić, D. 2017) proveli su studiju u kojoj su ispitali pozitivne rezultate na zdravlje kroz pisanje o emocionalnom iskustvu. Došlo je do poboljšanja simptoma depresije, umora i izbjegavanja.

2.6. Terapija filmom

Fimovi su kombinacija mašte, simbola, metafore, glazbe, specijalnih efekata i dijaloga, stoga imaju snažniji učinak na ljude nego bilo koji drugi oblik umjetnosti (Wedding, Boy, 1997 prema Molaie, Abedin, Heidari 2010). Film posjeduje izvanrednu moć i medij je koji bez premca nudi zabavu i bijeg (Hankir, A. i sur. 2015). Sharp i sur. (2002 prema Molaie, Abedin, Heidari 2010) tvrde da je terapija filmom više od jednostavnog gledanja filma. Terapija filmom je terapijska tehnika koja uključuje pažljiv odabir i podjelu filmova za gledanje, nakon čega slijedi obrada iskustava klijenta tijekom terapijskog sastanka (Powell, Newgent, Lee 2006 prema Molaie, Abedin, Heidari 2010). Terapija filmom je oblik terapije

ili samopomoći koja koristi filmove, osobito videozapise, kao terapijske alate. Može biti katalizator za iscjeljenje i rast onih koji su otvoreni za učenje. Terapija filmom omogućuje upotrebu slika, priča, glazbe i drugih medija. Korištena kao dio psihoterapije, terapija filmom je inovativna metoda temeljena na tradicionalnim psihoterapeutskim načelima (Segen Medical Dictionary, 2011 prema Hankir, A. i sur. 2015).

Korištenje filmova kao dodatak psihoterapiji započelo je početkom 20. stoljeća s napretkom multimedijalne tehnologije. Prvo dokumentirano istraživanje koje je uključivalo korištenje filma u terapijske svrhe proveli su Duncan, Beck i Granum (1986 prema Newgent, R., Powell, M. 2010). Koristili su film *Ordinary People* kako bi adolescente koji su živjeli u grupnim domovima pripremili na povratak u svoje domove i zajednice. Christi i McGrath (1987 prema Newgent, R., Powell, M. 2010) u jednom od prvih istraživanja terapije filmom koristili su film *The Never Ending Story* kako bi jedanestogodišnjem dječaku pomogli oko osjećaja tuge, prilagodbe i eventualnog posvojenja nakon gubitka roditelja.

Likovi iz filma mogu postati modeli za rješavanje problema pacijenata. Promatrajući film, klijenti dobivaju svijest o alternativnim strategijama suočavanja bez brige o negativnim posljedicama različitih opcija koje izravno utječu na njihove živote (Newton, 1995 prema Molaie, Abedin, Heidari 2010). Postoje empirijske studije koje potvrđuju da gledatelj može proći iskustvo nekog lika, ali ne mora doživjeti stvarne posljedice. Magnetska rezonanca provedena je na ispitanicima i slušanje događaja iz priče osvjetljavalo je isto područje u mozgu kao da se radnja zapravo događa (Speer i sur. 2009 prema Jones Rufer, L. 2014). U terapiji filmom, od velike je važnosti za stjecanje sposobnosti suočavanja s gubitkom pronaći povezanosti između glavnog lika i ostalih članova grupe. Gledanje filma u grupi koja ima iste ili slične probleme, nakon čega slijedi grupna rasprava o osobnim iskustvima i iskustvima likova u filmu, ugodna je aktivnost za adolescente i učinkovita metoda u smanjenu izolacije, kao i poboljšanju društvenih vještina (Moalie 2009 prema Newgent, R., Powell, M. 2010).

Pojam kinematografska elevacija odnosi se na sposobnost filma za promocijom altruizma, na način da gledatelja nadahnjuje da čini dobro drugima nakon što gleda prikaz sličnih vrlina, dobrote i snaga karaktera (Niemies, 2012 prema Jones Rufer, L. 2014). Filmovi pridonose učenju na razne načine i rutinski se koriste kao dopuna obrazovanju, u školama, fakultetima i medicinskim školama (Alexander, Hall, Pettice 1994 prema Jones Rufer, L. 2014). Uz to što se filmovi koriste u obrazovanju, mogu se koristiti i u psihoterapiji (Ber-Cross, Jennings, Baruch, 1990 prema Jones Rufer, L. 2014). Film pruža fiktivnu udaljenost klijentu kako bi se problem ili solucija eksternalizirala, tako da klijent može pristupiti nenamjernoj promijeni ponašanja (Dermer, Hutchings, 2000 prema Jones Rufer, L. 2014).

Postoje četiri faze obrade koje se često identificiraju u procesu terapije filmom: identifikacija, emocionalna katarza, univerzalizacija i uvid (Sharp i sur. 2002 prema Molaie, Abedin, Heidari 2010). Terapija filmom može biti učinkovita u smanjenu somatskih reakcija i negativnih emocija poput depresije i anksioznosti. Filmovi kroz metaforu stvaraju okolinu u kojoj se osoba može sigurno susresti s poricanjem i otporom. To može pobojšat uvid i promicati optimalni rast (Powell i sur. 2006 prema Molaie, Abedin, Heidari 2010). Prosocijalni učinci audiovizualnih medijskih sadržaja mogu biti jači od negativnih učinaka izloženosti nasilnom sadržaju zbog društvenih državnih normi koji favoriziraju prosocijalno ponašanje (Mares, Woodard prema Jones Rufer, L. 2014). Prije par desetljeća, Tessar, Millar i Wu (1998) zabilježili su tri motiva za terapiju filmom: bijeg od realnosti, zabava ili užitak i samorazvoj. Predložene su i tri faze terapije filmom: procjena, zatim provedba, nakon čega slijedi osvrt (Jones Rufer, L. 2014). Filmovi izazivaju emocije kroz uzročne odnose prema spoznajama, na primjer, kognitivno procjenjivanje nepravde može dovesti do ljutnje, gubitka i tuge (Plantiga, Smith, 1999 prema Jones Rufer, L. 2014). I dok starije odrasle osobe preferiraju veseo sadržaj koji dira u srce, mladi preferiraju stranu medija koja može poslužiti za rast i istraživanje razvojnih funkcija. Prema tome, mlade osobe odabir filmova najčešće temelje na hedonističkom užitku, dok odrasla osoba odabire biše filmove koji popravljaju raspoloženje.

Tijekom posljednja tri desetljeća medicinski odgojitelji koriste film kao obrazovni alat za podučavanje medicinskih studenata i psihijatrijskih pripravnika koji rade u zdravstvenim institucijama (Hankir, A. i sur. 2015). Niemiec i sur. iskoristili su pozitivne modele prikazane u filmu kako bi ilustrirali brojne snage karaktera (Hankir, A. 2015). Uočavanje karakteristika drugih i razmišljanje o njihovim snagama pomaže povećati svijest i izgraditi vlastite snage i karakter (Linkini i sur. 2014 prema Jones Rufer, L. 2014). Niemiec (2017 prema Jones Rufer, L. 2014.) navodi četiri kriterija za optimalni film u pozitivnoj psihologiji: lik mora prikazivati barem jednu od dvadeset i četiri snaga u VIA klasifikaciji, lik se mora suočavati s preprekama i sukobima, karakter se suočava s preprekama i gradi snagu, film nadahnjuje i podiže raspoloženje ili odražava čovjekovo stanje. VIA klasifikacija obilježja vrlina su hrabrost, čovječanstvo, pravda, umjerenost i trascendencija.

Molaie, Abedin, Heidari (2010) proveli su istraživanje u kojem su ispitivali učinkovitost terapije filmom i grupne terapije. U istraživanju rezultati eksperimentalne grupe bili su znatno bolji od rezultata kontrolne grupe u području općeg mentalnog zdravlja i svim njegovim podskupinama, depresija, anksioznost, somatske reakcije i socijalne funkcije. Rezultati određene studije upućuju na to da je terapija filmom učinkovita u liječenju

somatskih simptoma, depresije, spavanja i poremećaja hranjenja kod odraslih osoba (Briggs, Pehrsson, 2008 prema Molaie, Abedin, Heidari 2010). U istraživanju koje je mjerilo učinak humorističnih filmova na bol i starije osobe u staračkom domu, Adams i McGuire (1986) pokazali su osjećaj manje boli kod svih stanovnika staračkog doma. Prema istraživanju iz 2000. godine, Dermer i Hutchings sugeriraju korištenje filma u obiteljskom savjetovanju, dok Bierman i sur. (2003) preporučuju korištenje filma u radu s adolescenticama u rezidencijalnom boravku (Molaie, Abedin, Heidari 2010).

3. Maligna oboljenja

Rak se očituje kao nakupina velikog broja zloćudno preobraženih stanica čiji broj se nekontrolirano povećava uslijed nekontrolirane stanične diobe. Znanstveni dokazi upućuju da je rak monoklonskog podrijetla, proces kojim iz zdravoga tkiva u više koraka nastaje rak. Sam proces nastanka raka je dugotrajan i odvija se u više koraka. Taj proces nazivamo tumorskom progresijom (Vrdoljak i sur., 2013). Za razliku od podataka u prošlom stoljeću, kada je najveća prevalencija raka bila u najrazvijenijim zemljama, danas se bilježi porast incidencije i mortaliteta u srednje razvijenim i niskorazvijenim zemljama. Uz pretpostavku da će godišnji porast pojavnosti i smrtnosti iznositi 1%, do 2030. godine se u svijetu očekuje 26,4 milijuna novih bolesnika, 17,1 milijuna smrti na godinu i 80 milijuna ljudi koji žive s rakom pet godina od dijagnoze (Šeparović i sur., 2018).

Registar za rak prikuplja podatke o oboljelim osobama pojedinačno i poimenično te cijeli život prati bolesnika. Za cilj ima praćenje incidencije i prevalencije raka unutar populacije, praćenje preživljenja te informiranje o preventivskim i terapijskim mjerama. Incidencija, broj novooboljelih od raka u nekoj populaciji, je najpouzdaniji pokazatelj pojavljivanja raka jer ne ovisi o duljini bolesnikova preživljavanja. Nadalje, prevalencija raka definira se kao broj svih oboljelih od raka u određenom razdoblju te uključuje i već otprije bolesne i novodijagnosticirane. Prevalencija je važan parametar u planiranju zdravstvene zaštite (Vrdoljak i sur., 2013). Podaci iz Registra za rak Republike Hrvatske (2015) govore da je rak drugi najvažniji uzrok smrti iza bolesti srca i krvnih žila što ga čini značajnim problemom stanovništva Hrvatske. U 2015. godini ukupan broj novodijagnosticiranih (bez raka kože) bio je 22 503, 11 969 muškaraca i 10 534 žena. Stopa incidencije je iznosila 535,3/100 000, 590/100 000 za muškarce i 484,3/100 000 za žene. Odnos M:Ž je 53:47. U Hrvatskoj u 2015. godini od raka je umrlo 14 012 osoba, 8030 muškaraca i 5982 žene. Odnos M:Ž je 57:43. I stope incidencije i stope smrtnosti više su u muškaraca nego u žena.

U usporedbi s ostalim zemljama Europe, Hrvatska je zemlja srednje incidencije, no visokog mortaliteta od raka. Prema podacima Registra za rak (2015), pet najčešćih sijela u muškaraca (bez raka kože), koji čine ukupno 58% incidencije su: traheja, bronh i pluća (18%), prostata (18%), kolon (9%), rektum, rektosigma i anus (7%) i mokraćni mjehur (6%). Pet najčešćih sijela kod žena (bez raka kože), koji čine 53% novih slučajeva su: dojka (26%), kolon (8%), traheja, bronh i pluća (8%), tijelo maternice (6%) i štitnjača (6%).

Prema Vrdoljak i suradnici (2013), čimbenici rizika dijele se na:

- čimbenike povezane sa stilom života (pušenje duhana, pasivno pušenje, konzumacija alkohola, neadekvatne prehrane navike),
- okolišni čimbenici (sunčevo zračenje, raon, aflatoksin...),
- čimbenici povezani s profesionalnom izloženosti (dioksin, azbest, nikal, arsen...)
- te biološki čimbenici (Epstein-Barrow virus, te virus hepatitisa B i hepatitisa C...).

Jedan od glavnih čimbenika rizika je starija dob zbog duljine vremena koji je potreban za razvoj raka, porast senzitivnosti stanica na karcinogene, redukcija sposobnosti korekcije DNK, deregulacija umnožavanja stanica i oslabljeni imunitet (Strnad, 2005). Autor Greenwald (1996 prema Boranić 2006) navodi epidemiološka istraživanja koja ukazuju na ulogu prehrane u procesu nastanka raka. Prehrambenim čimbenicima rizika se pripisuje 20% ukupnih malignih oboljenja, dok u razvijenim zemljama taj broj iznosi čak 60%. U istraživanju koje je ispitivalo povezanost tjelesne aktivnosti i prehrane s malignim oboljenjem, većina ispitanika vodila je sjedilački način života, s druge strane prikupljene analize nisu uspjele identificirati povezanost unosa masnoće, odnosno prehrane (Singletary, Gapstur, 2001, prema Žitnjak i sur. 2015).

Nacionalni program kontrole raka (2010) ima zadatak smanjiti prevalenciju i mortalitet, smanjiti nejednakosti te poboljšati kvalitetu života oboljelih od raka i članova njihovih obitelji. World Health Organization 2006. godine navodi osnovne komponente sveobuhvatnog nacionalnog programa kontrole raka:

- prevencija
- rana detekcija
- dijagnoza i liječenje (kirurško, radioterapija, kemoterapija i psihosocijalna podrška)
- palijativna skrb

Vrdoljak i sur. (2013) navode kako se prevencija malignog oboljenja može podijeliti na primarnu i sekundarnu. Autori također navode kako primarna prevencija uključuje određene čimbenike okoliša: pušenje, alkohol, prehrambene navike, izloženost karcinogenima na radnome mjestu, ultraljubičasto zračenje, ionizirajuće zračenje, virusi, bakterije, lijekovi.

S druge strane, sekundarna prevencija je rana detekcija, odnosno uključuje metode koje otkrivaju zloćudnu bolest u najranijoj fazi. Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, bitno je navesti probir (screening) koji se provodi kod žena za rak dojke i vrata maternice te u oba spola za rak debelog crijeva. U Hrvatskoj program probira za ranu dijagnostiku uključuje mamografiju za otkrivanje raka dojke, PAPA-test kod raka materničnog vrata, test na nevidljivo krvarenje kod raka debelog crijeva te po potrebi kolonoskopija (Ebling, trnad, Šamija, 2007).

Proces dijagnoze malignog oboljenja je za pacijenta tjeskobno vrijeme. Visoka razina nesigurnosti i anksioznosti pacijenta uzrokovana je velikim brojem testova i postupaka (Psooy et al, 2004, prema Gilbert, Greene, Lankshears, Hughes, Burkoski, Sawka, 2011). Osnova svake dijagnoze su fizikalni pregled i uzimanje anamneze. Za početak je značajno potvrditi prisutnot malignog oboljenja i odrediti tip. Prema Vrdoljak i sur. (2013) dijagnostički pregled radi se ovisno o vrsti malignog oboljenja, provodi ga multidisciplinarni tim te može uključivati: radiološka snimka, molekularna dijagnostika (promjene u genima), laboratorijska dijagnostika (oštećenja i upale zdravog tkiva), tumorski biljezi (hormoni), patološka djagostika i citološka dijagnostika (bioptički uzorak, analiza stanica i tkiva). Osoba s dijagnozom malignog oboljenja često razvija obuzimajuće osjećaje koji se teško izražavaju uobičajenim načinom.

Dijagnoza i liječenje raka podrazumijevaju duboke promjene u ljudskom životu koji zahtijevaju značajnu prilagodbu i opsežne vještine suočavanja (Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). U istraživanju autori Rees i Bath (2000 prema Gilberti sur. 2011) navode kako su najvažniji podaci koje pacijenti oboljeli od raka dojke potražuju informacije o dijagnozi i mogućnostima liječenja. Prema tome, u radu s osobama s malignim oboljenjem potreban je multidisciplinarni tim stručnjaka koji prema Vrdoljak i sur. (2013) čine: liječnik opće medicine, radiolog, internist, neurolog, patolog, citolog, kirurg-onkolog, psihijatar ili psiholog, onkolog, medicinska sestra, fizioterapeut, nutricionist.

Terapijski učinak liječenja malignih oboljenja ovisi o vrsti tumora. Sastavni dio terapije u onkologiji čine: radioterapija, kemoterapija, imunoterapija, hormonska terapija, kirurško liječenje, intervencijska radiologija (Vrdoljak i sur. 2013). Gregurek (prema Gregurek, Braš

2008) navodi čimbenike koji utječu na određivanje vrste i načina liječenja: stadij i proširenost bolesti, simptomi bolesnika, biološke i patohistološke osobine tumora, želja i izbor samog bolesnika, moguće nuspojave terapije, ranije primijenjene terapije, dužina razdoblja bez bolesti.

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju sa životno ugrožavajućom bolesti, kroz kvalitetnu prevenciju i procjenu, ublažavanje i liječenje boli te drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema (World Health Organization, 2018). Uobičajeni problemi uključuju bol, crijevnu opstrukciju, opstrukciju žuči, insuficijenciju, anoreksiju-kaheksiju i depresiju, a zadaća palijativne skrbi je ublažavanje tih simptoma (Fazal, Wasif Saif, 2007). Autor Brkljačić (2013) navodi da Hrvatska prema stupnju razvoja palijativne skrbi među europskim zemljama zauzima najniže mjesto. Palijativna skrb za djecu predstavlja posebno, ali ipak blisko povezano polje s palijativnom skrbi za odrasle. Prema World Health Organization (1998) palijativna skrb za djecu definirana je kao aktivna cjelovita briga o djetetovom tijelu, umu i duhu, a također uključuje pružanje podrške obitelji. Na multidisciplinarnom timu je da procijene i ublaže tjelesne, psihičke i socijalne tjeskobe djeteta.

3.1. Maligna oboljenja odraslih

Boranić (2006) navodi kako su epidemiološkim istraživanjima utvrđeni rizični čimbenici za rak, a to su: dob, genetika, rasna pripadnost, prehrana i stil života, reproduktivna aktivnost i socioekonomski status. Prema Pahljina-Reinić (2004) u području malignih oboljenja provode se mnogobrojna istraživanja. Jedno područje koje se istražuje je utjecaj stresnih situacija tokom života u etiologiji i tijeku bolesti. Istraživanja su pokazala da osobe oboljele od raka iskazuju više stresnih životnih situacija prije pojave malignog oboljenja u odnosu na usporednu skupinu (Bahnsen, 1981 prema Pahljina- Reinić, R. 2004).

Najčešća zloćudna bolest po prevalenciji i mortalitetu u muškaraca u Hrvatskoj je rak pluća, s najvećom incidencijom u istočnoj, srednjoj i južnoj Europi. Početni simptomi uključuju kašalj, iskašljavanje krvi, gubitak tjelesne mase, slabost, zaduh, bol u prsištu te infekcije respiracijskog traka (Vrdoljak, 2013). Autor Moynihan (2002) prema Wenger, Oliffe, Bottorff (2016) navodi manjak istraživačke pažnje na iskustva muškaraca s malignim oboljenjem koja je uzrokovana tradicionalnom rodnom dinamikom. U današnjem svijetu normalno je da muškarci projiciraju snagu, individualnost, autonomiju, dominaciju, a izbjegavaju demonstraciju emocija ili ranjivosti koja se može shvatiti kao slabost, što uzrokuje povećanje zdravstvenih rizika (Williams, 2003 prema Brott i sur., 2011). Autori su proveli

istraživanje o preventivnoj skrbi muškaraca. Prema nalazima, u motivaciji za traženjem preventivne skrbi veliku ulogu igraju informacije o dostupim resursima, o zdravlju, stjecanje znanja o smjernicama za screening, te prednosti rutinskih pregleda i kontrola (Hunter, i sur. 2007).

Nadalje, kod raka dojke bitno je napomenuti i povratak bolesti u obliku lokalnog recidiva ili udaljenih presadnica (Vrdoljak i sur., 2013). Jedan od problema koji se može javiti u žena liječenih od raka dojke je sekundarni limfedem koji nastaje zbog zatajenja limfnog sustava. To je kronično stanje nastalo pretjeranim nakupljanjem tekućine bogate proteinima. Limfedem umanjuje kvalitetu života zbog tjelesnih, psihosocijalnih, duhovnih i profesionalnih posljedica (Kraljević, N., 2012). Nadalje, istraživanja su pokazala da većinom žene prate zdravstveno stanje članova obitelji i igraju ključnu ulogu u pružanju odgovarajuće medicinske njege (Umberson, 1992; Bevan, Pecchioni, 2008, prema Shaw, Scott, Ferrante, 2013). Žene koje prolaze kroz proces dijagnoze i liječenja osjećaju emocionalnu traumu te se simultano javljaju tjelesne i endokrinološke smetnje uslijed liječenja. Prema tome, autor naglašava važnost psihijatrijsko-psihološkog pristupa u okviru smjernica za liječenje, ali i važnost bliže obitelji (Vukota, Mužinić, 2015).

3.2. Maligna oboljenja kod djece

Maligna oboljenja kod djece čine 1-2% svih tumora u općoj populaciji. U Hrvatskoj je od malignih oboljenja u 2014. godini oboljelo 123 djece u dobi do četrnaest godina, odnosno 175 u dobi do devetnaest godina. U 2016. godini prema zadnjim podacima umrlo je 18 djece u dobi do četrnaest godina, odnosno 30 djece u dobi do devetnaest godina. U posljednjem desetljeću bilježi se izniman napredak medicine u liječenju malignih oboljenja. Prema tome izliječenje se postiže kod 75% djece. Unatoč, niskoj prevalenciji i mortalitetu, maligna oboljenja su druga po učestalosti dječje smrtnosti, na prvom mjestu nalaze se prometne nesreće (Roganović, 2009; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2018).

Autor Čepulić (2001, prema Miholić i sur. 2013) navodi podjelu malignih oboljenja kod djece, prema tome 45% oboljenja odlazi na leukemije i limfome te 55% na solidne maligne tumore, koji se dijele na:

- tumori CNS 19%
- neuroblastomi 8%
- sarkomi mekih tkiva 7%
- tumori bubrega 6%
- tumori kostiju 5%

- tumori zametnog epitela 3%
- retinoblastomi 3%
- tumori jetre 1%
- tumori gonada 1% i ostali tumori

Maligna oboljenja kod djece razlikuju se od oboljenja kod odraslih. Najčešće dječje maligne bolesti su leukemije, tumori mozga, limfomi i drugi tumori, dok su kod odraslih najčešći rak pluća, zatim debelog crijeva, dojke i prostate. Nadalje, djeca bolje reagiraju na kemoterapiju od odraslih, odnosno dječje maligne bolesti bolje reagiraju na kemoterapiju (Roganović, 2009). Prema Kudek-Mirošević (2010), još jedna razlika između malignih bolesti odraslih i djece je u dinamici rastu tumora.

Veoma je bitno da roditelji na vrijeme skrenu pozornost na neuobičajene simptome ili pojave koji postoje duže vrijeme, kao gubitak na težini, perzistirajući umor, bljedilo, bolovi, otekline, krvarenja, česte temperature ili infekcije. Važno je djecu redovito voditi na sistematske preglede. Jednom kada se rak dijagnosticira tim specijaliziranih stručnjaka koji predvodi pedijatrijski onkolog odabiru liječenje koje ovisi o vrsti oboljenja i proširenosti. U liječenju dječjih malignih oboljenja koristi se kemoterapija (citostatici), kirurško liječenje i/ili radioterapija (Roganović, 2009).

Dijete s dijagnozom se suočava s nizom promjena uzrokovanih osnovnim djelovanjem malignog oboljenja, djelovanjem medicinskog tretmana te sekundarnim posljedicama tih postupaka na tjelesne funkcije i izgled, a to uključuje: bol, umor, mučninu, amputacije, ožiljke, gubitak kose (Martinec, Miholić, Stepen-Giljević, 2012). Dijete doživljava neizbježne promjene u tjelesnom i psihološkom razvoju, što je često uzrokovano i dugom hospitalizacijom. Maligno oboljenje neočekivano mijenja djetetovu uobičajenu rutinu i od njega se očekuje da se suoči s tim značajnim promjenama. Kod djeteta nastaju velike poteškoće u izražavanju emocionalnog doživljaja. Izgrađene su ogromne obrambene barijere, blokirajući svaku mogućnost da se emocije potaknu (Favara-Scacco, 2005).

Maligno oboljenje može biti smrtonosno za dijete i bitno je da ono postane svjesno mogućnosti prerane smrti na način koji je prikladan djetetovoj dobi te kognitivnom i emocionalnom razvoju. Strah od usamljenosti, odvojenosti i napuštenosti dominira djetetovom svijesti do pete godine. Djeca u dobi od šest do deset godina mogu shvatiti da su ozbiljno bolesna i boje se gubitka tjelesnog integriteta. Djeca starija od deset godina razvijaju svijest o smrti i povezanu anksioznost (La Greca, Stone 1985 prema Goodwill, S. 2005).

U istraživanju provedenom 2001. godine, djeca koja su bila hospitalizirana prije 1997. godine i nije im pružena nikakva psihosocijalna podrška pružala su otpor i bila su anksiozna za vrijeme i nakon bolničkih procedura. U kontrastu, djeca kojima je pružena art terapija kao psihosocijalna podrška od prvog posjeta bolnici pokazala su suradničko ponašanje (Favara-Scacco, 2001). Prema tome, u okviru kompleksnog liječenja i rehabilitacije više nego prije se naglašava potreba za odgovarajućom fizičkom i psihološkom rehabilitacijom.

4. Psihosocijalna onkologija

Dijagnoza malignog oboljenja može uzrokovati emocionalne, kognitivne, duhovne i interpersonalne probleme pacijenta i obitelji. Kao rezultat toga, sveobuhvatna onkološka skrb pažljivo razmatra vještine suočavanja pacijenta te psiho-duhovnu dobrobit. Psiho-onkološki stručnjaci trebaju razmotriti kako se njihove intervencije mogu prilagoditi potrebama pacijenata tijekom različitih faza bolesti, uključujući palijativnu skrb i skrb do kraja života. Psihoterapijski pristupi koji uključuju pojedinca s malignim obojenjem i obitelj su psihodinamički, podržavajuće-ekspresivni i kognitivno-bihevioralni (Strada, A. Sourkes, B. prema Stallon i sur. 2015). Psihoonkologija, subspecijalizacija onkologije, razvila se posljednjih četrdesetak godina. Usmjerena je na skrb za osobu s malignim oboljenjem i ima dva područja djelovanja (Gregurek, prema Gregurek, Braš 2008):

- bihevioralni i psihološki faktori koji se povezuju s pojavom raka i njegovim preživljavanjem i
- emocionalna reakcija bolesnika, obitelji i medicinskog tima na maligno oboljenje.

Kako navodi Sifneos (1972 prema Braš, Gregurek 2008), cilj psihoterapije za vrijeme liječenja osoba s malignim oboljenjem je ublažavanje i uklanjanje negativnih problema te uspostavljanje psihičke ravnoteže. Cilj psihoterapije u radu s onkološkim pacijentima je ukloniti trenutne konfliktne situacije, zaustaviti tendenciju dublje regresije, pasivizacije i infantilizacije, oslabiti otpor liječenju, motivirati pacijenta za liječenje i naučiti bolesnika integraciji bolesti (Gregurek, prema Braš, Gregurek 2008).

The National Cancer Institute u SAD-u je 1937. godine osigurao prvi podržani model liječenja raka, koji je uz radioterapiju i kemoterapiju uključivao bihevioralne aspekte ove bolesti i utjecaja na tijek i liječenje te za cilj ima razvoj istraživanja psihosocijalnih aspekata (Gregurek, R., Braš, M. 2008). Prva istraživanja vezana za psihosocijalna pitanja malignog oboljenja javljaju se 70-ih godina 20.stoljeća, a naziv psihosocijalna onkologija ovo područje dobiva 80-ih godina prošlog stoljeća (Redd, 1995 prema Pahljina-Reinić, 2004). Grupe za

samopomoć i podršku pacijentima s malignim oboljenjem pojavile su se u Sjedinjenim Amričkim Državama već 1940-ih godina (Benioff, Vinogradov, 1993 prema Goodwill, S. 2005). Od sredine 1990-ih osobe s malignim oboljenjem imaju pristup nekoj vrsti stručne psihosocijalne podrške kroz bolnice, društva za zastupanje pacijenata, komplementarne zdravstvene centre ili razne organizacije (Benjamin, 1987 prema Goodwill, S. 2005). Razvoj psihoonkologije u Europi započinje 1987. godine kada se osniva European Psycho-Oncology Society (ESPO) koji dovodi do porasta interesa za područjem psihoonkologije. S novim tisućljećem psihosocijalna onkologija svoj interes proširuje na preživjele, palijativnu skrb i osobe koje su genetski predisponirane osobe, odnosno nose visok rizik za pojavu raka (Gregurek, R., Braš, M. 2008). Izuzetan napredak u području psihosocijalne onkologije postignut je pojavom stručnih časopisa, poput, *Journal of Psychosocial Oncology* i *Psycho-Oncology* (Pahljina-Reinić, 2004).

U psihosocijalnoj onkologiji važno je da psiho-onkolog pruži biopsihosocijalnu perspektivu koja se sastoji od četiri segmenta. Bitno je utvrditi destabilizirajuće biološke utjecaje poput: lijekova, učinka tumora, infekcija, nedostatka sna, pothranjenosti i fizičkih posljedica. Zatim je potrebno pojasniti biološke utjecaje: depresija, beznadnost, psihoza, emocionalna labilnost, kognitivni poremećaji, razdražljivost, impulzivnost i pasivna otpornost. Treći segment biopsihosocijalne perspektive osvrće se na socijalne komplikacije: pravni ili financijski problemi, disfunkcija obitelji, konflikti s okolinom, narušavanje društvene percepcije. Posljednji segment naglašava duhovne potrebe osobe s malignim oboljenjem: gubitak vjere i očaj (Holland i sur. 2015). Psihoterapijski pristup u radu s osobama s malignim oboljenjem na onkološkom odjelu prema Gregurek uključuje (Gregurek, R., Braš, M. 2008):

- informativno-edukativne sastanke (individualne ili grupne)
- individualne psihoterapiju
- grupne psihoterapijske intervencije
- konzultacije liason psihijatra s onkolozima
- rad s obitelji.

Prstačić (2002) naglašava važnost sofrologije u području psihosocijalne onkologije. Glavni cilj je uspostaviti stanje harmonije fizičkog i duševnog zadovoljstva. U kontekstu sofrološke terapije radi se sa ciljem disperzije pažnje s neugodnog podražaja i smanjenja negativnih posljedica, a to se postiže vježbama disanja i relaksacije (Polkki, 2008 prema Miholić i sur. 2013). U posljednje vrijeme pozornost se usmjerila ka procjeni nezadovoljenih

potreba. Nezadovoljene potrebe nastaju kada postoji neusklađenost između stvarne usluge ili njege koje pojedinac prima i one koje smatra potrebnim kako bi postigao optimalnu dobrobit i kvalitetu života. Omogućuje pojedincima da samostalno izvještavaju o pitanjima za koja oni percipiraju da im je potrebna pomoć. (Stallon i sur. 2015). Prstačić (2002 prema Martinec, 2012) kao osnovno načelo suočavanja (coping) navodi samokontrolu, nastojanje osobe da se osloni na samog sebe (unutarnji lokus kontrole). Za osobu koja se suočava s dijagnozom bitno je osloniti se i na neke vanjske faktore, poput obitelji, prijatelja, stručnih osoba, vjere (vanjski lokus kontrole).

Autor Lazarus u svojoj definiciji mehanizme suočavanja predstavlja kao težnju pojedinca da upravlja unutarnjim ili vanjskim životnim zahtjevima za koje se smatra da nadilaze mogućnosti osobe (Bearison, Mulhern, 1994 prema Miholić i sur. 2013). Povijesno gledano, teorija mehanizama suočavanja ima svoje korijene u psihoanalitici, počevši od opisa mehanizama obrane Sigmunda Freuda (Goodwill, S. 2005). Suočavanje se sastoji od ponašanja i intrapsihičkih odgovora osmišljenih kako bi osoba prevladala, smanjila i tolerirala vanjske ili unutarnje zahtjeve (Lazarus, Folkman, 1984 prema Goodwill, S. 2005). Prema Lahadu postoji šest modaliteta suočavanja: vjerovanja/vrijednosti, emocije, kognicija, mašta, socijalna i fizička komponenta (Shacham, Lahad, 2004 prema Miholić i sur. 2013). Zatim, Peterson predstavlja osam područja za suočavanje sa stresom kod djeteta: osobine ličnosti, moralnost, motivaciju, pažnja, humor, senzitivnost i socijalnu percepciju, perceptivno-motoričke vještine i kognitivno-lingvističke sposobnosti (Vulić Prtorić, 2002 prema Miholić i sur. 2013).

U okviru art-ekspresivnih psihoterapija mogu se koristiti hipnoza, vođena imaginacija, vježbe disanja i relaksacije, biblioterapija i mnogi drugi oblici umjetničkih medija (Miholić, D. Prstačić, M., Nikolić, B. 2013). Vamos (1993 prema Goodwill, S. 2005) smatra sliku tijela središnjom disciplinom psihosomatske medicine i opisuje četiri dimenzije tjelesnog iskustva pogođenog kroničnom bolesti: udobnost, sposobnost, izgled i predvidljivost. Slika tijela je poremećena i pozornost osobe je usmjerena na zahvaćene dijelove tijela (Doodill, Morningstar, 1993 prema Goodwill, S. 2005). Hipnoza je također, pristup temelje n povezanosti uma i tijela koji se koristi u psihosocijalnoj onkologiji za olakšanje od tjeskobe, smanjenje boli i smanjenje mučnina (Goodwill, S. 2005).

U psihološkim intervencijama za smanjenje depresije i anksioznosti također je važno uključivanje obitelji. Obiteljske veze igraju važnu ulogu u zdravlju pojedinaca i ponašanju

usmjerenom na ozdravljenje (Berkman i sur., 2000, prema Shaw, Scott, Ferrante, 2013). Pozitivna prilagodba roditelja je teška kada su suočeni s traumatskim događajem. Neki roditelji se lakše prilagođavaju od ostalih. Povećani stres može proizlaziti iz nedostatka razumijevanja bolesti i liječenja ili nepredvidivosti situacije. Roditelji nemaju kontrolu nad liječenjem djeteta što može dovesti do neprestane tjeskobe. Strukturni okvir uključuje mehanizme podrške kao što su obitelj, pružatelji zdravstvene zaštite i socijalna podrška drugih bolesnika sa sličnim stanjima. (Santacroce, 2002 prema Gunter, Duke, 2018). Roditelji u suočavanju s bolesti djeteta prolaze kroz pet nivoa. Na početku se javljaju emocije poput krize, anksioznosti i dezorganizacije u trenutku suočavanja s dijagnozom. Zatim slijedi negiranje. Žalost, tuga, krivnja i ljutnja objašnjavaju treći nivo kroz koji prolaze roditelji. U četvrtoj fazi javljaju se mehanizmi suočavanja koji odgovaraju situaciji u kojoj su se roditelji našli. U petoj fazi dolazi do prihvatanja da je došlo do narušenosti normalnog obiteljskog života te dolazi do prilagođavanja na novonastalu situaciju (Miholić, D., Prstačić, M., Martinec, R. 2013).

Sistemska teorija predviđala je da maligno oboljenje jednog djeteta utječe na drugu djecu u obitelji. Braću i sestre djeteta s malignim oboljenjem treba uključiti u razvojno osjetljivu psihosocijalnu podršku. Braća i sestre doživljavaju neravnotežu u obitelji i mnoge druge stresore dok sudjeluju u novim aktivnostima i pokušavaju pronaći svoje mjesto i novu ulogu (Goodwill, S 2005). Kada djeca s kroničnim oboljenjem imaju sestru ili brata, roditelji i doktori su zabrinuti za njihovu dobrobit zbog stresa, ali i nemogućnosti roditelja da im se u potpunosti posvete kao i prije oboljenja u obitelji. Humphrey i sur. (2015) su ustanovili da iako mnogi imaju psihičke teškoće, ozbiljni psihološki problemi bili su vrlo rijetki. Nadalje, studije kod nekih naglašavaju pozitivne promjene kao što su povećana zrelost, osjećajnost, empatija i veća obiteljska kohezija (Horwitz, Kazak, 1990 prema Humphrey i sur. 2015). S druge strane, smrt djeteta opisana je kao jedan od najstresnijih od svih mogućih gubitaka koje pojedinci mogu doživjeti (Chambers, Chan, 2004 prema Aho i sur. 2009). Najvažniji ljudi koji podržavaju ožalošćenu obitelj su proširena obitelj, prijatelji i drugi roditelji koji su prošli isti gubitak (Aho i sur. 2009).

U psihosocijalnoj onkologiji dio grupne terapije može biti obitelj, također se koristi s ljudima oboljelima od iste bolesti, jer se vjeruje da takva grupna psihoterapija može potaknuti pozitivan stav (Ravlić Ivančić, I. 2014). Grupna psihoterapija pomaže osobama s malignim oboljenjem suočiti se s egzistencijalnim brigama, povećava socijalnu podršku, poboljšava odnose u obitelji te poboljšava kontrolu simptoma (Classen i sur. 2001). Psihoterapijske

intervencije mogu biti grupne ili individualne. Individualne psihoterapijske intervencije usmjerene su na hospitalizirane i ambulantne osobe koje imaju potrebu za razrađivanjem psiholoških tegoba vezanih u bolest. Grupna psihoterapija ima za cilj osjećaje bespomoćnosti i nepovjerenja u okolinu zamijeniti brigom i interesom za druge osobe. Rezultiraju sa tri terapijska učinka. Za početak, omogućuje pacijentu verbalizaciju simptoma i poistovjećivanje s drugim bolesnicima. Nadalje, ubrzavaju znanje i dijeljenje informacija o samoj bolesti. Potom, grupna psihoterapija pomaže pacijentu brže prorađiti poricanje bolesti (Gregurek, R., Braš, M. 2008).

Istraživanja posljednjih nekoliko desetljeća pokazuju da je nastanak 95% malignih oboljenja vezan uz bihevioralne faktore, odnosno čimbenike okoliša, uključujući onečišćenje, infekcije, zračenja i druge vanjske čimbenike, kao što su duhan, alkohol, tjelesna (ne)aktivnost, prehrana i drugi čimbenici životnog stila (Brandon i sur. prema Stallon i sur. 2015).

Mnogobrojna istraživanja provedena su na temu psihosocijalnih rizika za pojavu malignog oboljenja. Tri psihosocijalna čimbenika koja se najviše istražuju kao psihosocijalni rizici su: veliki životni događaji i stres, depresija i depresivno raspoloženje te osobnost i osobine ličnosti (Stallon i sur., 2015). Psihološki činitelji koji se u istraživanjima povezuju s utjecajem na pojavu malignog oboljenja su: stres, socijalni odnosi i okolina, činitelji ličnosti, suočavanje s bolešću, negativne emocionalne reakcije, psihijatrijski poremećaji i potiskivanje osjećaja (Gregurek, prema Gregurek, Braš 2008).

Važnu ulogu u objašnjavanju malignih oboljenja ima povezanost stresnih životnih situacija s etiologijom i tijekom malignog oboljenja. Naime, osobe s malignim oboljenjem, retrospektivno, pokazuju više stresnih životnih događaja prije nastupanja malignog oboljenja u odnosu na usporedne skupine (Forsen, 1989 prema Pahljina-Reinić 2004).

Istraživanja su pokazala da pod utjecajem stresa obrambene snage organizma slabe, osobito endokrinološki i imunološki sustav. Uz intenzitet stresora bitna je i sposobnost osobe da se s njim suoči. Postoje različiti nalazi o utjecaju psiholoških faktora na nastansk i progresiju malignog oboljenja. Electric studija pokazala je povezanost depresivnih simptoma s rizikom smrti od malignog oboljenja. Suprotno tome, druge studije nisu pokazale utjecaj depresije na oboljenje (Gregurek, R., Braš, M. 2008). Negativne emocionalne reakcije, poput tuge, tjeskobe i depresivnosti nisu pokazale značajnu povezanost s pojavom, ali se povezuju s

ishodom liječenja. Studija provedena s 224 žene pokazala je značajno slabije preživljavanje kod žena bez podrške obitelji i okoline (Gregurek, prema Gregurek, Braš 2008).

Odnos između karakteristika ličnosti i malignog oboljenja tema je mnogih istraživanja. Jedno takvo istraživanje pokazuje da ljudi koji optimistično pristupaju oboljenju žive duže od ljudi koji se ubrajaju u C tip ličnosti. Te pojedince karakterizira potiskivanje emocionalnih odgovora i oni pasivno reagiraju na oboljenje (Baltrusch, Stangel i Titze, 1991 prema Pahljina-Reinić 2004). Autori Strada, A. i Sourkes, B. (prema Stallon i sur. 2015) zaključili su da psihosocijalni faktori poput stresa, depresije i osobina ličnosti nisu odgovorni za etiologiju malignog oboljenja.

Osnovna emocija koja se pojavljuje kod osoba s malignim oboljenjem je strah od smrti, potom strah od invaliditeta, te su često cijeli život u strahu od pojave recidiva, metastaza ili novog oboljenja. (Ravlić Ivančić, I. 2014). Terapijski protokoli često uključuju dugotrajno liječenje, čije posljedice i komplikacije (umor, iscrpljenost, gubitak kose, krvarenje, promjene kože, hormonska neravnoteža) dodatno psihički iscrpljuju pacijente. (Ravlić Ivančić, I. 2014). Dominantna emocija je strah, zatim depresija, ponekad postoji bijes te čak i samoubilačke misli.

Iako su samoubilačke misli relativno česte, trenutna incidencija samoubojstva kod osoba s malignim oboljenjem je nešto veća nego u općoj populaciji (Ravlić Ivančić, I. 2014). Facilitatori samoubojstva su depresija, očaj, slaba kontrola boli, osjećaj bespomoćnosti, iscrpljenost, anksioznost, već postojeća psihopatologija (npr. zlouporaba droga), teška obiteljska situacija i pozitivna obiteljska anamneza na samoubojstvo. Nažalost, i liječnici i pacijenti često vide depresiju kao očekivanu i normalnu reakciju na najavljenju dijagnozu, zbog čega se depresija često ne prepoznaje i ne liječi (Stron i sur., 2004 prema Ravlić Ivančić, I., 2014). Najčešći psihički poremećaji su poremećaji prilagodbe (68%), velike depresivne epizode (13%) i stanje delirija (8%) (Aladjem, 2005 prema Ravlić Ivančić, I. 2014).

Psihosocijalne čimbenike koji određuju prilagodbu na maligno oboljenje dijeli se u tri kategorije: osobne varijable, situacijske varijable i varijable životnog konteksta (Holland, 1998 prema Pahljina-Reinić, 2004). Osobne varijable čine četiri skupine: povijest osobe, demografija, intrapersonalni čimbenici (ličnost, stilovi i strategije suočavanja) i interpersonalni čimbenici (socijalna podrška) otpornosti na stres. Kategoriju situacijskih varijabli u prvom redu čini TNM klasifikacija, gdje "T" označava veličinu raka, "N" stupanj proširenosti bolesti i "M" prisutnost metastaza. Na temelju TNM klasifikacije napravljena je

podjela raka dojke na četiri klinička stadija (I-IV). Situacijske varijable još čine klinički tijek i tjelesna nesposobnost. Varijable životnog konteksta čine slijedeću kategoriju psihosocijalnih čimbenika. Uključuju razvojni stadij te vjerovanja i očekivanja povezana s malignim oboljenjem (Pahljina-Reinić, 2004).

Kada se u ranoj fazi malignog oboljenja pacijent suoči s dijagnozom, psihološko liječenje se u početku može usredotočiti na anksioznost povezanu s dijagnozom, rješavanje problema i olakšano donošenje odluka u vezi liječenja, promicanje obiteljske komunikacije, zatim pružanje informacija i pomoći oko negativnih posljedica liječenja, te u konačnici poboljšanje mehanizama suočavanja. Tijekom početnog susreta procjenjuju se potrebe pacijenta i obitelji. Procjena sposobnosti da pacijent asimilira i integrira dijagnozu raka otkriva njegove mehanizme suočavanja, mehanizme obrane, i toleranciju i spremnost na istraživanje emocija izazvanih dijagnozom ili progresijom bolesti. Obiteljska dinamika i adekvatnost mreže podrške također se procjenjuju (Strada, A., Sourkes, B. prema Stallon i sur. 2015).

4.1. Utjecaj bolesti na kvalitetu života

Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja - ne samo odsutnost bolesti ili slabosti (WHO, 1948, prema CDC, 2000). Psihosocijalni distres je glavni konstrukt kojeg doživljavaju obitelji s novodijagnosticiranim malignim oboljenjem (Mullins i sur. 2016). Termin stres i distres razlikujemo prema intenzitetu događaja. Stres označava prilagodbu na svakodnevni život (manje teške događaje), a s druge strane distres (kriza) predstavlja negativne ili pozitivne događaje koji značajno mjenjaju život osobe. Negativni događaji mogu uključivati smrt, tešku bolest, bolest članova obitelji i gubitak posla dok pozitivni događaji uključuju promjenu radnog mjesta, preseljenje ili brak. Pozitivni i negativni događaji na pojedinca utječu različito, ali bitno je napomenuti kako to ovisi o značajkama osobe, vrsti događaja i na koji način osoba proživljava novi događaj. Emocionalne reakcije koje se mogu javiti uključuju zabrinutost, tjeskobu, strah (Britvić, D. 2010).

World Health Organization (1999) definira kvalitetu života (QOL) kao percepciju pojedinca o njihovom položaju u životu u kontekstu kulturalnog sustava u kojem žive i u odnosu na vlastite ciljeve, očekivanja, standarde i zabrinutosti. To je široko rasprostranjen koncept koji je pod utjecajem osobnog zdravlja pojedinca, psihološkog stanja, osobnih uvjerenja, društvenih veza i odnosom pojedinca prema glavnim značajkama svog okruženja. Kvaliteta života je pojam koji prenosi opći osjećaj dobrobiti, uključujući aspekte sreće i zadovoljstva životom (CDC, 2000). Kako navodi Hornquist (1988 prema Post, 2014) kvaliteta

života je stupanj potrebe i zadovoljstva u fizičkom, psihološkom, društvenom, aktivnom, materijalnom i strukturnom obliku.

Pojam kvalitete života od svog uvođenja u medicinsku literaturu 1960-ih godina postao je sve popularniji u posljednjim desetljećima. Godine 1975. kvaliteta života uvedena je kao ključna riječ u bazama medicinske literature (Post, 2014). Ured za zdravlje, obrazovanje i blagostanje u Sjedinjenim Američkim Državama (1969.) objavio je prvu opsežna studija (*Towards a social report*) o kvaliteti života koja je obuhvaćala: stanje zdravlja i bolesti, socijalnu mobilnost, fizički okoliš, javni red, dohodak, siromaštvo, obrazovanje, umjetnost. Statistički godišnjak Hrvatske je sa sličnom premisom počeo izlaziti i kod nas 1971. godine, a 1990. mijenja naziv u Statistički ljetopis Republike Hrvatske. (Podgorelac, 2008 prema Slavuj, 2012).

Važno je napomenuti kako je World Health Organization (1999) razvio dva instrumenta za mjerenje kvalitete života-WHOQOL-100 I WHOQOL-BREF, koji se mogu koristiti u različitim kulturnim okruženjima te omogućuju da se rezultati različitih populacija i zemalja usporede. Šest je domena kvalitete života: fizička domena, psihološka domena, razina neovisnosti, društveni odnosi, okoliš i duhovna domena. WHOQOL-100 je istodobno razvijen u petnaest centara diljem svijeta. Aspekti kvalitete života i načini postavljanja pitanja sastavljeni su na temelju izjava bolesnika s nizom bolesti, zdravstvenih djelatnika i ljudi u različitim kulturama. WHOQOL-BREF sadrži četiri glavna područja koja se procjenjuju: fizičko, psihološko, društvene veze i okolina (WHO, 1999)

4.2. Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQOL)

Kada se kvaliteta života razmatra u kontekstu zdravlja i bolesti, naziva se kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQOL) kako bi se razlikovala od drugih aspekata kvalitete života. Kvaliteta života temeljena na zdravlju je multidimenzionalna i uključuje fizičku, mentalnu i emocionalnu domenu te socijalno funkcioniranje. Nadilazi izravne mjere zdravlja i fokusira se na kakvoću zdravstvenog statusa. Promatra se pod utjecajem tjelesnog i psihološkog zdravlja, stupnja samostalnosti i povezanosti i kontakta s drugim ljudima i okolinom. Definira se kao stanje dobrobiti (eng.well-being), koje uključuje mogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti, te zadovoljstvo pacijenta sa kontrolom bolesti i stupnjem funkcioniranja. Mjere dobrobiti obično procjenjuju pozitivne aspekte života osobe kao što su pozitivne emocije i zadovoljstvo životom (Healthy People, 2010; Gotay i sur. 2002 prema Pinjatela 2008; WHOQOL Group, 1993 prema Pinjatela 2008). Kako navode Cella i Tulsky (1990 prema Pinjatela, 2008) kvaliteta života ima četiri osnovne dimenzije, to su:

- tjelesna
- poslovna
- emocionalna
- socijalna dobrobit.

Koncept kvalitete života temeljene na zdravlju razvio se osamdesetih godina prošlog stoljeća kako bi se obuhvatili aspekti cjelokupne kvalitete života za koje se može jasno dokazati da utječu na zdravlje, fizički ili mentalno. Na individualnoj razini to obuhvaća percepciju tjelesnog i mentalnog zdravlja i njihove korelacije, uključujući zdravstvene rizike, funkcionalni status, socijalnu podršku i socioekonomski status (McHorney, 1999, prema CDC, 2000). Koncept kvalitete života temeljene na zdravlju razvijao se kao značajni dio onkološke skrbi usporedno s razvojem psihosocijalne onkologije (Bottomley, 2001 prema Pinjatela 2008).

Također, važno je istaknuti da je kvaliteta života temeljena na zdravlju kod djece središnja za razumijevanje funkcioniranja djeteta tijekom akutnih faza liječenja bolesti. Kvaliteta života temeljena na zdravlju kod djece prema roditeljima može predvidjeti dugoročne ishode za skrbnika i dijete. To je povezano s opservacijom da je roditeljska percepcija djetetovog funkciniranja (osobito HRQOL) ključna u vezi odluka liječenja djeteta, upravljanja režimom i korištenja resursa zdravstvene zaštite (Eiser i sur, 1997, Varni i sur. 1997, Herzer i sur. 2011 prema Mullins i sur. 2016).

4.3. Kvaliteta života osobe s malignim oboljenjem

Parr (2015) govori o posljedicama stresnih događaja za obitelj i njihovim fizičkim, društvenim, psihološkim i duhovnim učincima na ljudski život. Zbog negativnih učinaka osobe prolaze kroz emocionalna stanja, kao što su bespomoćnost, teror, intenzivan strah, gubitak kontrole. Jedan od ciljeva interdisciplinarnih onkoloških programa je povratak obitelji u normalno funkcioniranje prije dijagnoze kronične bolesti, istovremeno smanjujući utjecaj bolesti na bilo kojeg pojedinca, to se čini ključnim pokretačima za promicanje zdravog prilagođavanja svih članova obitelji tijekom liječenja (Mullins i sur. 2016).

Neizvjesnost bolesti, anksioznost i stres igraju veliku ulogu u prilagodbi i suočavanju s dijagnozom. Rezultati istraživanja upućuju na potrebu za vremenski osjetljivim intervencijama usmjerenim na obrazovanje i psihosocijalnu podršku za sve pacijente i članove obitelji s dijagnozom kronične bolesti (Gunter, Duke 2018). Neizvjesnost bolesti je mehanizam kognitivne procjene koji je pouzdano povezan s negativnim ishodima prilagodbe

kod osoba s kroničnim oboljenjem, uključujući i pedijatriju. Neizvjesnost bolesti je opisana kao kognitivna procjena izazvana u situacijama u kojima su događaji vezani uz oboljenje nejasni ili nepredvidivi (Mullins i sur. 2016). Neizvjesnost bolesti se proučava u brojnim i različitim okruženjima, a povezana je s distresom i čine ju tri čimbenika (Holm i sur. 2008 prema Gunter, Duke 2018):

- stvarni ili očekivani gubitak kontrole
- sudjelovanje u dinamičnom iskustvu gdje je ishod nepoznat (nepredvidljivost)
- trajni psihološki distres.

Autor Renata Pinjatela (2008) provela je istraživanje u kojem je ispitala kvalitetu života ispitanika sa i bez malignog oboljenja te razlike s obzirom na spol i vrstu malignog oboljenja. U istraživanju se može uočiti značajna razlika u kvaliteti života ispitanika sa i bez malignog oboljenja. Rezultati pokazuju da osobe s malignih oboljenjem imaju više financijskih teškoća, više fizioloških simptoma poput mučnina i povraćanja te više teškoća u socijalnom funkcioniranju. Iako rezultati pokazuju manje emocionalnih problema te dobar funkcionalan status i manju prisutnost umora i boli kod osoba s malignim oboljenjem njihov ukupni zdravstveni status i kvaliteta života je lošija od osoba bez oboljenja. S obzirom na dob, muškarci procjenjuje svoje poslovno, emocionalno i kognitivno funkcioniranje boljim naspram žena, prema tome zadovoljniji su kvalitetom života i zdravstvenim stanjem u odnosu na žene s malignim oboljenjem. Bitno je napomenuti kako se opća kvaliteta života kod oba spola smanjuje s dobi, a kod žena se i broj simptoma povećava s obzirom na dob.

Umor je jedan od najčešćih i najviše uznemirujućih simptoma malignog oboljenja. Naime, zajednička je nuspojava mnogih tretmana dostupnih za liječenje poput terapije zračenjem, kemoterapije ili modifikatora biološkog odgovor. Specifični mehanizmi koji su uključeni u razvoj umora koji nastaje kao posljedica malignog oboljenja nisu potpuno poznati, ali fiziološki i psihosocijalni čimbenici igraju ulogu. Psihosocijalni čimbenici povezani s umorom su anksioznost, depresija, poteškoće u hodaњу i slab stupanj tjelesnog funkcioniranja (Ahlberg i sur. 2003 prema Bar-Sela i sur. 2007). Specifični fizički simptomi povezani s malignim obojenjem su: bol povezana s rakom, mučnina i povraćanje, problemi sa seksualnošću, spavanje, poremećaj težine i gubitak apetita (Holland i sur., 2015). Psihološki simptomi koji se manifestiraju kroz negativne misli često su popraćeni raznim tjelesnim simptomima (Britvić, D. 2010):

- tahikardija,

- hipertenzija,
- bolovi u mišićima,
- glavobolja,
- temperatura,
- smetnje u probavi i spavanju,
- ubrzano disanje.

Kako navode Jurić i sur. (2016) u istraživanju *Kvaliteta života onkoloških bolesnika*, koje je provedeno na 50 ispitanika, ukazuje se na manjak usredotočenosti bolesnika, ali i medicinskih djelatnika, na psihičko zdravlje koje ima jednaku važnost pri liječenju onkoloških pacijenata kao i fizičko zdravlje. Depresija, delirij i anksioznost su najčešći psihološki problemi koji se javljaju kod osoba s malignim oboljenjem i zahtijevaju podršku. Bitno je naglasiti kako sam boravak osobe u bolnici predstavlja stresan i neugodan događaj jer osoba izlazi iz svoje sigurne zone, doma, te dolazi u nepoznatu okolinu. Kao najčešće i najznačajnije posljedice malignog oboljenja i liječenja citostaticima Jurić i sur. (2016) navode: smanjenje ili povećanje težine (86%), ispadanje kose (46%), promijenjen okus hrane (44%), aftozni stomatitis (20%), poremećaji gutanja i žvakanja (8%), problemi sa spavanjem u bolnici (60%) i kod kuće (30%). Ispitanici ističu kako im je najveća potpora u borbi suprug/a (72%), djeca (70%), ostali članovi i prijatelji (50%).

Dijagnoza kronične bolesti sa sobom donosi materijalne troškove. To može uključivati dodatne pretrage, dodatna putovanja u svrhu liječenja, skupe lijekove i alternativnu medicinu. Materijalni problemi uzrokovani oboljenjem novi su stresni čimbenici koji dodatno ugrožavaju obiteljsku ravnotežu. U obiteljima s djecom zna se dogoditi da dijete preuzme ulogu bolesnog roditelja. Dotadašnji hranitelj obitelji mijenja svoju ulogu te se može osjećati manje vrijednim. Nadalje, osjećaj manje vrijednosti može izazvati reakcije poput izbjegavanja, depresivnosti i tjeskobe, nesigurnosti, povlačenje iz obitelji i prekid kontakta te sklonosti agresivnom ponašanju (Britvić, 2010).

4.4. Utjecaj slike tijela na kvalitetu života osoba s malignim oboljenjem

Interes za ljudskim tijelom i tjelesnim doživljajem ističe se kroz povijest u brojnim umjetničkim djelima. U djelima brojnih autora, figura ljudskog tijela proteže se kao jedan od najčešćih motiva kroz razne umjetničke pravce (Semenzato, 1991, prema Martinec 2008). Tako je na primjer slika tijela krajnja točka u procjeni kvalitete života, budući da liječenje raka može rezultirati većim promjenama kod pacijenata (Hopwood, 2001).

Slika tijela je definirana kao mentalna slika nečijeg tijela, stava o fizičkom ja, izgledu i zdravstvenom stanju. Osoba se gleda kao cjelina, očekuje se da normalno funkcionira i nema teškoća u području seksualnosti (Fobair i sur. 2006). Doživljaj slike tijela prema kognitivno-bihevioralno modelu uključuje četiri čimbenika u shemu: kulturološki čimbenik, socijalizacija, interpersonalna iskustva i fizičke karakteristike i osobine ličnosti (Dobson, 2001 prema Martinec). Dijagnoza malignog oboljenja može rezultirati većim promjenama tjelesne slike kroz gubitak dijela tijela, ožiljke ili promjene kože. Radioterapija može uzrokovati oštećenja tkiva tijekom mnogih godina, a efekti kirurškog zahvata su neposredniji, ali često trajniji, dok reverzibilne promjene (kao gubitak kose) mogu biti posljedica kemoterapije (Hopwood i sur. 2000). Mock (1993 prema Fobair, 2006) navodi sliku tijela i seksualno funkcioniranje kao aspekte ljudskog ponašanja koji ovise o vlastitoj vitalnosti, fizičkoj funkciji, ulozi i društvenom funkcioniranju. Američka psihijatrijska asocijacija klasificira poremećaje povezane sa slikom tijela. Oni uključuju: anorexiu nervosu, bulimiju nervosu, tjelesni dismorfnu poremećaj (imaginarnu ili minimalnu anomaliju na tijelu) i poremećaj slike tijela (Thompson i sur. 1998 prema Martinec 2008).

Osobe koje su preživjele rak dojke imaju više problema na području slike tijela i seksualnih problema nego zdrave žene iste kronološke dobi (Fobair i sur, 2006). Žene s dijagnozom raka dojke, češće su nego žene bez dijagnoze, iskusile smanjenje fizičkih funkcija, funkcija uloga, vitalnosti i društvenih funkcija (Michael i sur., 2000 prema Fobair i sur. 2006). Negativna percepcija slike tijela među preživjelim raka dojke uključuju nezadovoljstvo izgledom, percipiran gubitak ženstvenosti i tjelesnog integriteta, nevoljnost gledanja vlastitog tijela pred ogledalom, osjećaj manje seksualne privlačnosti, samosvijest o izgledu i nezadovoljstvo kirurškim ožiljcima (Hopwood, 1993 prema Fobair i sur., 2006). Negativne misli uključuju zabrinutost zbog dobivanja ili gubitka na težini, gubitka kose zbog kemoterapije, veće teškoće partnera u razumijevanju osjećaja te niža razina mentalnog zdravlja i samopoštovanja (Fobair i sur. 2006). Kako navodi Prstačić (2004 prema Martinec, 2008), orgazmičko iskustvo je važan čimbenik u procjeni slike tijela koji uključuje

- estetsko iskustvo
- kinestetičke i proprioceptivne podatke
- funkcije pojedinih organa i organskih sustava
- osjećaj vitalnosti, snage i slabosti
- zamor
- iskustvo boli

- osobine ličnosti.

Slika tijela je važan aspekt kvalitete života temeljene na zdravlju kod osoba s malignim oboljenjem. Skala za sliku tijela dizajnirana je za procjenu slike tijela kod osoba s malignim oboljenjem te ispituje zadovoljstvo osobe fizičkim izgledom i uočava promjene koje su rezultirale oboljenjem ili liječenjem. Sastoji se od deset stavki koje je razvio Hopwood (2001) za mjerenje afektivnih, bihevioralnih i kognitivnih simptoma slike tijela. Skala se sastoji od četiri točke koje se kreću od nula (nepostojanje) do četiri (vrlo često). Ukupni rezultat se kreće od nula do trideset i izračunava se zbrojem 10 stavki. Viši rezultat znači viši stupanj poremećaja tjelesnih slika (Hopwood i sur. 2001).

5. Art-ekspresivne terapija u psihosocijalnoj onkologiji

Procjenjuje se da 22%-50% osoba s malignim oboljenjem zadovoljava kriterije za psihijatrijsku dijagnozu depresije, 3-19% zadovoljava kriterije za akutni stresni poremećaj (Classen i sur. 2001). Art-ekspresivna terapija kao suportivno-ekspresivna terapija postaje sve važnija u psihosocijalnoj onkologiji (Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Art-ekspresivne terapije pružaju osobi s malignim oboljenjem mogućnost da se suoči s oboljenjem kroz kreativnost i samoizražavanje (Visser, A., Hoog, M. 2008). Studije su pokazale da pacijenti s malignim oboljenjem imaju poteškoće u suočavanju i prilagođavanju na bolest. Jedna od svrha art terapije je, kroz ublažavanje simptoma, učiniti bol, tugu i patnju podnošljivim (Hughes, 2007). Art-ekspresivna terapija se smatra psihoterapijom koja se može koristiti za obradu emocionalne traume i stresa. Može pomoći pacijentu vratiti nadu i razviti ciljeve za ispunjenim životom unatoč dijagnozi. Fokus art-ekspresivnih terapija u psihosocijalnoj onkologiji uključuje obradu emocija žalovanja zbog gubitaka koje maligno oboljenje donosi i prilagođavanje na promijenjenu sliku tijela (Suzuki 2004; Serlin i sur. 2000; Thyme i sur. 2009 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

U okviru art-ekspresivnih psihoterapija mogu biti korišteni različiti mediji i tehnike poput vođene imaginacije, kliničke hipnoze, vježbe disanja, biblioterapija, pokret i ples te glazba (Miholić i sur. 2013). U praksi art-ekspresivnih terapija često se razmatraju čimbenici, kao što su principi igre, improvizacija, estetika, prostor, vrijeme i veze između uma i tijela. Izraz „art-ekspresivne terapije“ koristi se za opisivanje integriranog pristupa uporabe umjetnosti u psihoterapiji (Kossak, M. 2009). Studije su otkrile da dijagnoza raka ima velik utjecaj na emocionalno, kognitivno i socijalno funkcioniranje. Važno je razviti strategije za jačanje mehanizama suočavanja i pomoći izraziti često potisnute emocije. Glavna točka suportivno-ekspresivne terapije uključuje žalovanje gubitaka koje rak donosi i prilagođavanje

promijenjenoj slici tijela. Izraz kroz umjetnost daje emocijama oblik i boju umjesto samo fizičke ili psihološke simptome (Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

Art-ekspresivna terapija pogodna je za bolesnike s različitim dijagnozama, različite dobi i razina obrazovanja, a osobama s malignim oboljenjem pomaže da izraze iskustva koja je teško ili nemoguće izraziti riječima (Svensk i sur. 2009 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Osobe s malignim oboljenjem za terapeuta često predstavljaju jedinstvenu situaciju, zbog nesigurnosti životnog vijeka i dubine utjecaja dijagnoze i liječenja na emocionalno i fizičko. Terapeut koji poznaje i teoriju i praksu individualne psihoterapije može pomoći pacijentu i obitelji suočiti se s dijagnozom i progresijom bolesti. Rad s pacijentima koji imaju rak može biti emocionalno vrlo zahtjevan, osobito dok bolest napreduje i osobe mogu umrijeti. Takav emocionalni intenzitet može izazvati jake osjećaje u terapeutu poput anksioznosti, straha, želje za zaštitom i spašavanjem pacijenta ili izbjegavanje pacijenta (Strada, Sourkes prema Stallon 2013).

Suočavanje s dijagnozom može biti uznemirujuć događaj, a samo iskustvo malignog oboljenja često predstavlja brojne stresne izazove. Osobe s malignim oboljenjem često izvješćuju o visokoj razini nezadovoljenih psihosocijalnih potreba (Sanson-Fisher i sur. 2000 prema Monti i sur. 2006). Može se suočiti sa novonastalim stanjem kroz učinkovito obrazovanje, savjetovanje i podršku. Art-ekspresivna terapija je potporni pristup koji pomaže pacijentima izraziti unutarnje slike povezane s rakom i suočavanjem s oboljenjem (Visser, A., Hoog, M. 2008). Art-ekspresivna terapija u psihosocijalnoj onkologiji iz perspektive holističkog pristupa, kroz kreativnost se bavi mentalnim, socijalnim, fizičkim i duhovnim pitanjima u vezi s trenutnim stanjem pacijenta. Treba obratiti pozornost na zabrinutosti osobe što može pomoći smanjenju psihičkog stresa i pozitivnog utjecaja na imunološki sustav i cjelokupno funkcioniranje tijela (Geue i sur. prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

Pregrad (2006 prema Škrbina, 2013) navodi kako psihoterapeut, ali i grupa, moraju pripaziti na vrednovanje tuđeg iskustva. Poželjno je pokazati interes no verbalno i neverbalno komentiranje poželjno je spriječiti. Nadalje, važno je biti strpljiv i ne zahtijevati kada osoba odbije sudjelovati i to se također smatra određenom vrstom aktivnosti. Bitno je znati pristupiti osobi prilikom kreativne ekspresije i njegovog kontakta sa srdžbom, boli i strahom. Terapeut ne bi trebao objašnjavati i tumačiti kreativne izraze osobe, već može upotrijebiti izraze *“moja misao je da...”* ili *“dok sam te slušao učinilo mi se da...”*

U art-terapiji tijelo se kreće kroz pokret kistom, bojom i rukom po platnu, a u terapiji pokretom i plesom pokret se odvija u prostoru i ima svoj početak i kraj. Pacijent tako dobiva

perspektivu da se može kretati od tamnog mjesta prema smjeru svijetlosti. Slobodna forma improvizacije, nazvana autentično promatranje uključuje slobodan protok spontane energije prema postizanju ujedinjene svijesti prema sebi i svijetu (Whitehouse i sur. 1999 prema Kosak, M. 2009). Spontano igranje koje se odvija s materijalima, prostorom i zvukom pomaže u art-ekspresivnim terapijama stvoriti nelinearni okvir u kojem je svjesno i nesvjesno zamagljeno, okvir u kojem postoji povećani protok nesvjesnih energija, osjećaj vremena kao nelinearnog i transformacijskog. Teorija samoregulacije objašnjava kako se ljudi suočavaju i prilagođavaju stresnim situacijama kao što su zdravstveni problemi. Model reflektira dva načina obrade informacija: objektivno predstavljanje (zdravstvenog) problema u kognitivnim terminima (laboratorijski nalazi, stadij malignog oboljenja) i subjektivno predstavljanje problema u emocionalnim terminima, kao što su strah ili bijes (Kosak, M. 2009).

Nakon operacije, kemoterapije, radioterapije i hormonskog tretmana, osoba s malignim oboljenjem opisuje opsežne promjene u tijelu, kao što su rane, bolovi, gubitak tjelesne težine, ekstremni umor, mučnina, povraćanje, nedostatak apetita, limfedem, štetni učinci na kožu, problemi s težinom (Manderson 1999 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Brojne nuspojave mogu dovesti do osjećaja odvojenosti od vlastitog tijela (Nainis 2008. prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). U usporedbi s općom populacijom žene s malignim oboljenjem pokazale su znatno više nesanice, gubitak apetita i dijareje s nižim rezultatima na emocionalno, kognitivnom i socijalnom funkcioniranju (Schou i sur. 2005 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

Nekoliko studija potvrdilo je učinak art-ekspresivnih terapija u psihosocijalnoj onkologiji na povećanje osjećaja kontrole. Jedno istraživanje proveli su autori Nainis i sur. (2006 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017) i pokazali statistički značajno smanjenje simptoma raka s nižim rezultatima na subskali depresija, anksioznost, somatski i generalni simptomi. Istraživanja su također pokazala da art-ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji imaju pozitivan učinak na ishod liječenja raka, uslijed povećanja samopouzdanja i samopoštovanja, jačanje vlastitog identiteta i značajnog poboljšanje globalnog zdravlja (Reynolds i sur. 2000 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

U jednom od istraživanja vježbe opuštanja i relaksacije i vizualne vježbe pokazale su se korisne i veoma ugodne za gotove sve sudionike (92%). U istom istraživanju, dvije trećine ispitanika izjavilo je da im je podrška pomogla da se bolje suoče sa svakodnevnim problemima. Utvrđeno je da se kvaliteta života nakon mindfulness-based art terapije (u daljnjem tekstu: MBAT) popravila (Visser, Hoog, 2008). Još jedno područje istraživanja je

procjena učinkovitosti nedavno razvijene intervencije psihosocijalne onkologije, MBAT. Integrira vještine meditacije i aspekte umjetnosti. Multimodalni dizajn pruža prilike za verbalni i neverbalni izraz, poboljšanu podršku i proširene strategije suočavanja. Cilj je smanjiti distres i poboljšati kvalitetu života (Monti i sur. 2006).

Visser i Hoog (2008) su kroz seanse zadovoljili potrebe sudionika koje su uključivale osobni rast i kontakt s osobama s istim oboljenjem, te istraživanje i izražavanje vlastitih osjećaja i suočavanje. Sudionici su pokazali da je njihova potraga za smislom u životu povećana nakon seansi. Također, opća kvaliteta života je unaprijeđena. U sklopu programa sudionici su se upoznali s MBAT praksom meditacije uključujući body scan meditaciju, Hatha yogu, sjedeću meditaciju i meditaciju pješaćenja. Od ukupno sto i jedanaest žena koje su započele, program je dovršilo četrdeset i pet u intervencijskoj grupi i 48 u kontrolnoj grupi. Ispitanici koji su primili MBAT pokazali su statički značajno smanjenje simptoma distresa u usporedbi s ispitanicima iz kontrolne grupe, mjereno na subskalama anksioznosti i depresije. Osim toga, subskale neprijateljstvo, interpersonalna osjetljivost, opsesivna-kompulzivnost i somatizacija značajno su poboljšane u intevencijskoj grupi. U istraživanju su se također procijenjivali učinci MBAT na kvalitetu života temeljenu na zdravlju. Pokazano je statistički značajno poboljšanje na nekim, ali ne i svim podskalama. Visoka statistička značajnost pokazala se na podskupinama mentalnog zdravlja, općeg zdravlja i vitalnosti (Monti i sur. 2006).

Velik broj istraživanja ispitivao je učinkovitost grupnih intervencija i pokazao pozitivne učinke na psihosocijalnu prilagodbu, fizički status i preživljavanje. Neke od njih uključivale su upravljanje stresom ili bihevioralni trening kao što je hipnoza ili progresivno opuštnje (Classen i sur. 2001). U istraživanju koje je trajalo godinu dana i uključivalo žene s rakom dojke i art-ekspresivne terapije, terapijske intervencije dovele su do značajnog pada simptoma traumatskog stresa u usporedbi sa ženama u kontrolnoj grupi (Classen i sur. 2001).

U nekim istraživanjima, art-ekspresivna terapija primjenjena je i u radu s obitelji. Članovi obitelji koji sudjeluju doživljavaju značajno smanjenje stresa, anksioznosti i povećanje pozitivnih emocija (Walsh, Schmidt, 2004 prema Visser, Hoog 2008). Art-ekspresivna terapija može biti za cijelu obitelj, ali i prijatelje koji su velika podrška osobi s malignim oboljenjem. Sudjelovanje u terapiji može dovesti do poboljšanja odnosa, posebno u komunikaciji s obitelji i prijateljima (Gabriel i sur. 2001 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

6. Zaključak

Dijagnoza malignog oboljenja može uzrokovati emocionalne, kognitivne, duhovne i interpersonalne probleme pacijenta i obitelji. Kao rezultat toga, sveobuhvatna onkološka skrb pažljivo razmatra vještine suočavanja pacijenta te psiho-duhovnu dobrobit. Psiho-onkološki stručnjaci trebaju razmotriti kako se njihove intervencije mogu prilagoditi potrebama pacijenata tijekom različitih faza bolesti, uključujući palijativnu skrb i skrb do kraja života (Strada, A. Sourkes, B. prema Stallon i sur. 2015). Dijete, ali i odrasla osoba, doživljava neizbježne promjene u tjelesnom i psihološkom razvoju, što je često uzrokovano i dugom hospitalizacijom. Maligno oboljenje neočekivano mijenja uobičajenu rutinu i od osobe se očekuje da se suoči s tim značajnim promjenama (Favara-Scacco, 2005). Dijagnoza malignog oboljenja može rezultirati većim promjenama tjelesne slike kroz gubitak dijela tijela, ožiljke ili promjene kože. Radioterapija može uzrokovati oštećenja tkiva tijekom mnogih godina, a efekti kirurškog zahvata su neposredniji, ali često trajniji, dok reverzibilne promjene (kao gubitak kose) mogu biti posljedica kemoterapije (Hopwood i sur. 2000).).

Rossi (1986 prema Bella, Serlin, 2013) predlaže teoriju međusobne povezanosti između uma i tijela te kako proces emocija može pomoći ili spriječiti sposobnost liječenja kada je osoba pod utjecajem tjelesne bolesti. Negativne misli uključuju zabrinutost zbog dobivanja ili gubitka na težini, gubitka kose zbog kemoterapije, veće teškoće partnera u razumijevanju osjećaja te niža razina mentalnog zdravlja i samopoštovanja (Fobair i sur. 2006). Psihosocijalne čimbenike koji određuju prilagodbu na maligno oboljenje dijeli se u tri kategorije: osobne varijable, situacijske varijable i varijable životnog konteksta (Holland, 1998 prema Pahljina-Reinić, 2004). U ranoj fazi malignog oboljenja psihološko liječenje se u početku može usredotočiti na anksioznost povezanu s dijagnozom, rješavanje problema i olakšano donošenje odluka u vezi liječenja, promicanje obiteljske komunikacije, pružanje informacija i pomoći oko negativnih posljedica liječenja te u konačnici poboljšanje mehanizama suočavanja (Strada, A., Sourkes, B. prema Stallon i sur. 2015).

World Health Organization (1999) definira kvalitetu života (QOL) kao percepciju pojedinca o njegovom položaju u životu u kontekstu kulturalnog sustava u kojem žive i u odnosu na vlastite ciljeve, očekivanja, standarde i zabrinutosti. Koncept kvalitete života temeljene na zdravlju razvijao se kao značajni dio onkološke skrbi usporedno s razvojem psihosocijalne onkologije (Bottomley, 2001 prema Pinjatelja 2008). Zbog negativnih učinaka osobe prolaze kroz emocionalna stanja, kao što su bespomoćnost, teror, intenzivan strah, gubitak kontrole. Jedan od ciljeva interdisciplinarnih onkoloških programa je povratak obitelji

u normalno funkcioniranje prije dijagnoze kronične bolesti, istovremeno smanjujući utjecaj bolesti na bilo kojeg pojedinca. To se čini ključnim pokretačima za promicanje zdravog prilagođavanja svih članova obitelji tijekom liječenja (Mullins i sur. 2016). U istraživanju provedenom 2001. godine, djeca koja su bila hospitalizirana prije 1997. godine i nije im pružena nikakva psihosocijalna podrška pružala su otpor i bila su anksiozna za vrijeme i nakon bolničkih procedura. U kontrastu, djeca kojima je pružena art terapija kao psihosocijalna podrška od prvog posjeta bolnici pokazala su suradničko ponašanje (Favara-Scacco, 2001). U usporedbi s ostalim zemljama Europe, Hrvatska je zemlja srednje incidencije, no visokog mortaliteta od raka (Vrdoljak i sur. 2013). Nacionalni program kontrole raka (2010) ima zadatak smanjiti prevalenciju i mortalitet, smanjiti nejednakosti te poboljšati kvalitetu života oboljelih od raka i članova njihovih obitelji. Dijagnoza i liječenje raka podrazumijevaju duboke promjene u ljudskom životu koji zahtijevaju značajnu prilagodbu i opsežne vještine suočavanja (Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

Istraživanja su također pokazala da art terapija i psihološka podrška imaju pozitivan učinak na ishod liječenja raka, nadalje napominje se povećanje samopoštovanja i kohezije, jačanje self-identiteta i začajno poboljšanje globalnog zdravlja (Spiegel, 1997; Luzzatto, Gabriel, 2000 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Na multidisciplinarnom timu je da procijene i ublaže tjelesne, psihičke i socijalne tjeskobe djeteta i odrasle osobe (World Health Organization 1998). Uz art-terapije mogu se koristiti i meditacija, vizualna i vođena imaginacija, progresivna mišićna relaksacija, (Bonny, 1980 prema Škrbina, 2013). Umjetnost, bez obzira na medij, posrednik je za olakšanje emocionalnih promjena, što dovodi do osobnog razvoja, sazrijevanja i samoizražavanja (Đikić, Oatley, Zoeterman, Peterson, 2009 prema Jones Rufer, L. 2014). U art-ekspresivnim terapijama se svjesne i nesvjesne misli i osjećaji izražavaju kreativnim procesom. Nesvjesne misli i emocije su od većeg interesa jer pružaju nove uvide. Art terapija podržava vjerovanje da svi ljudi imaju sposobnost izraziti se kreativno i da je konačni produkt manje važan od terapijskog procesa uključenog u proces stvaranja umjetnosti (Ivanović, Barun, Jovanović, 2014; Vick 2003).

Nedavne kliničke studije potvrdile su dobrobit glazbene terapije u nošenju s boli i anksioznosti te poboljšanju raspoloženja i kvalitete života osobe s malignim oboljenjem (Jourt-Pineau i sur. 2012). U studiji terapije plesom i pokretom kod osoba s malignim oboljenjem ispitanici ističu prednosti: smanjen osjećaj izolacij, podrška u izražavanju osjećaja i pozitivni stavovi u vezi bolesti (Petroneov, 1997 prema Goodwill, S. 2005). Nadalje, terapija dramom pokazala se uspješnom i u povećanju svijesti i znanja o malignom oboljenju i

namjerama za poboljšanje zdravstvenih navika (Livingstone, J. i sur. 2009). Studija u kojoj su ispitivali pozitivne rezultate kroz pisanje o emocionalnom iskustva dovela je do poboljšanja simptoma depresije, umora i izbjegavanja s dijagnozom (Greenberg i sur. 1996 prema Degmečić, D. 2017). U istraživanju ispitivala se učinkovitost terapije filmom i grupne terapije. Rezultati eksperimentalne grupe bili su znatno bolji u području općeg mentalnog zdravlja (Molaie, Abedin, Heidari 2010).

Na temelju raznih istraživanja koja su prikupljena i iznesena u ovom diplomskog radu bitno je napomenuti bržu prilagodbu na bolest kod pacijenata koji su sudjelovali u art-ekspresivnoj terapiji. Psihosocijalna onkologija je široko područje, a istraživanja art-ekspresivnih terapija zadržali su se na studijama malih brojeva. Potrebna su daljnja istraživanja na ovom području, no doprinos art-ekspresivnih terapija psihosocijalnoj onkologiji već je sada široko priznat u svijetu ali i u Hrvatskoj. Fokus art-ekspresivnih terapija u psihosocijalnoj onkologiji uključuje obradu emocija žalovanja zbog gubitaka koje maligno oboljenje donosi i prilagođavanje na promijenjenu sliku tijela (Suzuki 2004; Serlin i sur. 2000; Thyme i sur. 2009 prema Milutinović, Braš, Đorđević, 2017). Važno je razviti strategije za jačanje mehanizama suočavanja i pomoći izraziti često potisnute emocije. Glavna točka suportivno-ekspresivne terapije uključuje žalovanje gubitaka koje rak donosi i prilagođavanje promijenjenoj slici tijela. Izraz kroz umjetnost daje emocijama oblik i boju umjesto samo fizičke ili psihološke simptome (Milutinović, Braš, Đorđević, 2017).

7. Literatura

1. Aho, A., Tarkka, M., Astedt-Kurki, P., Kaunonen, M. (2009): Fathers Experience of Social Support After the Death of a child, *American Journal of Men's Health*, 3 (2), 93-103
2. American Art Therapy Association (AATA). Posjećeno 29.06.2018. na mrežnoj stranici <https://arttherapy.org>
3. American Dance Therapy Association (ADTA). Posjećeno na mrežnoj stranici <https://adta.org>
4. American Music Therapy Association. Posjećeno 07.08.2018. na mrežnoj stranici <https://www.musictherapy.org>
5. American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama (ASGPP). Posjećeno 15.08.2018. na mrežnoj stranici <http://www.asgpp.org>
6. Antoljak, Jelavić, Šupe Parun. (2013): Nacionalni program raog otkrivanja raka u Hrvatskoj, *Medix*, 104/105, 86-88
7. Bar-Sela, G., Danos, S., Gabay, N., Epelbaum, R. (2007): Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 16, 980-984
8. Bella, K., Serlin, I. (2013): Expressive and Creative Arts Therapies. Wiley, J. (ur): *The Wiley-Blackwell Handbook of Transpersonal Psychology* (529-543). John Wiley & Sons
9. Boranić, M. (2006): Etiologija i ptageneza tumora dojke, *Med Vjesn*, 38 (1-4), 33-42
10. Brauninger, I. (2010): Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randoized controlled trial, University of Deusto, Department of Personality, Spain
11. Britvić, D. (2010): Obitelj i stres, *Medicina Fluminensis*, 46 (3), 267-272
12. Brkljačić, M. (2013): Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, *Služba Božja*, 3/4, 367-376
13. Brott, A., Dougherty, A., Williams, S., Matope, J., Fadich, A., Taddelle, M. (2011): The economic Burden Shouldered by Public and Private Entities as a Consequence of Health Disparities Between Men and Women, *American Journal of Men's Health*, 5(6), 528-539
14. Centers for Disease Control and Prevention (2000): *Measuring Healthy Days; Population Assesment of Health-Related Quality of Life*, Atlanta, Georgia, CDC, 2000

15. Classen, Butler, Koopman, Miller, DiMiceli, Giese-Davis, Fobair, Carlson, Kraemer, Spiegel (2001): Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients With Metastatic Breast cancer, *Arch Gen Psychiatry*, 58,494-501
16. Degmečić, D. (2017): *Kreativni um*, Medicinska naklada, Zagreb, 2017
17. Ebling, Strnad, Šamija (2007): Nacionalni program prevencije i ranog otkrivanja raka, *Med Vjesn*, 39 (1-4), 19-29
18. Favara-Scacco, C. (2005): Art therapy as Perseus' shield for children with cancer. U Waller, D., Sibbett, C. (ur.): *Art therapy and cancer care* (119-127). Open University Press
19. Fazal, S., Wasif Saif,, M. (2007): Supportive and Palliative care of Pancreatic Cancer, *Journal of the Pancreas*, 8 (2), 240-253
20. Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'Onofrio, C. Banks, P. Bloom, J. (2006): Body image and sexual problems in young women with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 15, 579-594
21. Gilbert, Green, Lankshears, Hughes, Burkoski, Sawka (2011): Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design, *European Journal of Cancer Care* 20, 228-236
22. Goodwill, S. (2005): *An introduction to Medical Dance/Movement Therapy*, Jessica Kingsley Publishers, London, UK
23. Gregurek, R., Braš, M. (2008): *Psihoonkologija*, Grafika, Osijek
24. Gunter, D., Duke, G. (2018): Reducing Uncertainty in Families Dealing With Childhood Cancer: An Integrative Literature Review, *Pediatric Nuring*, 44 (1), 21-37
25. Hankir, A., Holloway, D., Zaman, R., Agius, M. (2015): Cinemtherapy and Fil as an Educational tool in undergraduate Psychiatry teaching: A case report and review of the literature, *Psychiatria Danubina*, 27 (1), 136-142
26. Holland, J., Breibart, W., Butow, P., Jacobsen, P., Loscalzo, M., McCorkle, R. (2015): *Psycho-Oncology*, Oxford University press, New York
27. Healthy People. Posjećeno 06.07.2018. na mrežnoj stranici www.healthypeople.gov
28. Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., Ghazal, S. (2001): A body image scale for use with cancer patients, *European Journal of Cancer*, 37, 189-197
29. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Posjećeno 28.06.2018. na mrežnoj stranici www.hzjz.hr

30. Humphrey, L., Hill, D. Carroll, K., Rourke, M., Kang, T., Feudtner, C. (2015): Psychological Well-Being and Family Environment of Siblings of Children with Life Threatening Illness, *Journal of Palliative Medicine*, 18 (11), 981-984
31. Hunter, B., Fernandez, M., Lacy-Martinez, C., Dunne-Sosa, A., Coe, M. (2007): Male Preventive Health Behaviors: Perceptions From Men, Women, and Clinical Staff Along the U.S.-Mexico Border, *American Journal of Men's Health*, 1(4), 242-249
32. Ivanović, N., Barun, I., Jovanović, N. (2014): Art terapija- teorijske postavke, razvoj i klinička primjena, *Socijalna psihijatrija*, 42(3), 190-198
33. Jaaniste, J., Linnell, S., Ollerton, R., Slewa-Younan, S. (2015): Drama therapy with older people with dementia-Does it improve quality of life?, *The Arts in Psychotherapy*, 43, 40-48
34. Jones Rufer, L. (2014): *Magic at the Movies: Positive Psychology for Children, Adolescents and Families*. University of Pennsylvania
35. Jourt-Pineau, C., Guetin S., Vedrine, L., Moulec, S., Poirier, J-M, Ceccaldi, B. (2012): Effects of music therapy on pain and anxiety in treating cancer patients:A feasibility study
36. Jurić, S., Jonjić, D., Miličević, J. (2016): Kvaliteta života onkoloških bolesnika, *Zdravstvena njega odraslih osoba*, 21, 132-136
37. Kemper, K., Danhauer, S. (2005): *Music as Therapy*, Southern Medical Association, 98 (3), 282-288
38. Kossak, M. (2009): Therapeutic attunement: A transpersonal view of expressive arts therapy, *The Arts in Psychotherapy*, 36, 13-18
39. Kraljević, N. (2012): Limfedem u žena s rakom dojke, *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 23 (3-4), 132-144
40. Kudek Mirošević, J. (2010): Dijete s malignim oboljenjem i klinička procjena utjecaja komplementarnih suportivno-terapijskih programa. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46(1), 33-40
41. Lahad, M. (1999): Drama Therapy With Crisis Intervention Groups, Following mass evaluation, *The Arts in Psychotherapy*, 26 (1), 27-33
42. Livingston, J. i sur (2009): Theater as a Tool to Educate African americans About Breast Cancer, *Journal of Cancer Education*, 24, 1-4
43. Malchiodi, CA. (2001): Using drawing as Intervention with Traumatized Children, *Trauma and Loss Journal*, 1 (1), 1-13

44. Malchiodi, C. (2005): *Art Therapy*. U Malchiodi, C. (ur): *Expressive Therapies* (1-15). New York: Guilford Publications
45. Martinec, R. (2008): Slika tijela: Pregled nekih interdisciplinarnih pristupa u edukaciji, dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44 (1), 105-118
46. Martinec, R., Miholić, D., Stepan-Giljević, J. (2012): Psihosocijalna onkologija i neki aspekti kompleksne rehabilitacije u odraslih osoba i djece oboljelih od malignih bolesti, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(2), 145-155
47. Martinec, R., Šiškov, T., Pinjatela, R., Stijačić, D. (2014): Primjena psihoterapije pokretom i plesom u osoba s depresijom, *Socijalna psihijatrija*, 42, 145-154
48. Miholić, D., Prstačić, M., Nikolić, B. (2013): Art/ekspresivne terapije i sofrologija u analizi mehanizama suočavanja u djeteta s malignim oboljenjem, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 73-84
49. Miholić, D., Prstačić, M., Martinec, M. (2013): Art/ekspresivne terapije i psihodinamika djeteta-roditelj u konceptu sofrologije i psihosocijalne onkologije, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (2), 115-128
50. Milutinović, L., Braš, M., Đorđević, V. (2017): Art terapija kao suportivno-ekspresivna terapija u liječenju karcinoma dojke, *Socijalna psihijatrija*, 262-269
51. Molaie, A., Abedin, A., Heidari, M. (2010): Comparing the Effectiveness of Group Movie Therapy (GMT) Versus Supportive Group Therapy (SGT) for Improvement of Mental Health Grieving Adolescent Girls in Tehran, *Social and Behavioral Sciences*, 5, 832-837
52. Monti, Peterson, Kunkel, Hauck, Pequignot, Rhodes, Brainard (2006): A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer, *Psycho-Oncology*, 15, 363-373
53. Mullins, L., Cushing, C., Suorsa, K., Tackett, A., Molzon, E., Mayes, S., McNall-Knapp, R., Mullins, A., Gamwell, K., Chaney, J. (2016): Parent illness appraisals, parent adjustment, and parent-reported child quality of life in pediatric cancer, *Pediatric Hematology and Oncology*, 33 (5), 314-326
54. Nainis, N., Paice, J., Ratner, J., Wirth, J., Lai, J., Shott, S. (2006): Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy, *Journal of Pain and Symptom Management*, 31 (2), 162-169

55. Naniwadekar, K. (2016): Impact of Drama as a Therapy for Teaching Social-Communication Skills on Children with ASD, *International Journal of Education and Psychological Research*, 5 (4), 48-51
56. Newgent, R., Powell, M. (2010): Improving the Empirical Credibility of Cinematherapy: A single-Subject Interrupted Time_Series Design, *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1 (2), 40-49
57. North American Drama Therapy Association (NADTA). Posjećeno 15.08.2018. na mrežnoj stranici: <http://www.nadta.org>
58. Pahljina-Reinići, R. (2004): Psihosocijalna prilagodba na rak dojke, *Psihologijske teme* 13 (2004), 69-90
59. Pinjatela, R. (2008): Neke karakteristike kvaliteta života osoba sa i bez malignog oboljenja, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44 (2), 79-98
60. Parr, R. (2015): The Use of Expressive Art in Making Sense of Traumatic Experiences, *Philippine Journal of Psychology*, 48 (2), 133-159
61. Pellicciari, A. i sur. (2012): Drama Therapy and Eating Disorders A Historical Perspective and an Overview of a Bolognese Project for Adolescents, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18 (00), 1-6
62. Post, M. (2014): Definition of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On, *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20 (3), 167-180
63. Ravlić Ivančić, I. (2014): Psycho-oncological approach to breast cancer patients, *Libri Oncology*, 1 (3), 71-73
64. Registar za rak republike Hrvatske (2018): Incidencija raka u Hrvatskoj 2014, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Bilten, 40
65. Rimac Jurinović, M. (2016): Procesna drama kao učinkovit pristup u postizanju odgojnih ishoda u suvremenoj osnovnoj školi, *Hrvatski*, 14 (1), 53-72
66. Roganović, J. (2009): Moja prijateljica je bolesna. Maligne bolesti u djece, Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb
67. Shaw, E., Scott, J., Ferrante, J. (2013): The Influence of family Ties on Men's Prostate Cancer Screening, Biopsy and Treatment Decisions, *American Journal of Men's Health*, 7(6), 461-471
68. Shechtman, Z. (2009): Bibliotherapy as a Method of Treatment. U Shechtman, Z. (ur): *Treating Child and Adolescent Aggression Through Bibliotherapy* (21-37). Springer Science

69. Slavuj, L. (2012): Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života, *Geoadria*, 17(1), 73-92
70. Štalekar, V. (2014): O umjetnosti i psihoterapiji, *Socijalna psihijatrija*, 42. 180-189
71. Strnad, M. (2005): Starija životna dob i rak, *Medicus*, 14 (2), 251-256
72. Strnad, M., Šogorić, S. (2010): Rano otkrivanje raka u Hrvatskoj, *Acta Med Croatica*, 64, 461-468
73. The British Association of Art Therapists (BAAT). Posjećeno 30.06.2018. na mrežnoj stranici <http://www.baat.org>
74. Vick, R. (2003): A Brief History of Art Therapy. U Malchiodi, C. (ur): *Handbook of Art Therapy* (15-15). The Guilford Press
75. Visser, A., Hoog, M. (2008): Education of Creative Art Therapy to Cancer Patients: Evaluation and Effects, *Journal of Cancer Education*, 23, 80-84
76. Vrdoljak, Šamija, Kusić, Petković, Gugić, Krajina (2013): *Klinička onkologija*. Medicinska naklada, Zagreb
77. Vukota, Lj., Mužinić L. (2015): Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelim od raka dojke, *JAHS*, 1(2). 97-106
78. Warren, B. (2003): *Using the creative arts in therapy*, Taylor and Francis e-Library, 2003
79. Wenger, L., Oliffe, J., Bottorff, J. (2016): Psychosocial Oncology Supports for Men: A Scoping Review and Recommendations, *American Journal of Men's Health*, 10(1), 39-58
80. World Health Organization (WHO). Posjećeno 28.06.2018. na mrežnoj stranici www.who.int
81. Žitnjak, D., Soldić, Ž, Kust, D., Bolanča, A., Kusić, Z. (2015): Demographic and Clinicopathologic features of Patients with primary breast cancer treated between 1997 and 2010: A single Institution Experience, *Acta Clin Croat*, 54, 295-302