

Primjena terapije plesom i pokretom u osoba s demencijom

Lera, Kristina

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:660046>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-11-27**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Primjena terapije plesom i pokretom u osoba s
demencijom

Kristina Lera

Zagreb, rujan 2018.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Primjena terapije plesom i pokretom u osoba s
demencijom

Ime i prezime studenta:

Kristina Lera

Ime i prezime mentora:

Izv. prof. dr. sc. Martinec Renata

Zagreb, rujan 2018.

Željela bih se zahvaliti mentorici, izv. prof. dr. sc. Renati Martinec koja je svojim komentarima, ispravcima i sugestijama pridonijela realizaciji ovog diplomskog rada. Također, zahvaljuje se i ostalim profesorima i asistentima Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta koji su doprinijeli stjecanju znanja i vještina potrebnih za uspješno savladavanje fakultetskih obveza te tako pridonijeli mojoj zainteresiranosti za ovu temu.

Hvala mojoj obitelji, koja je uvijek bila tu za mene i vjerovala u moje potencijale. Posebice hvala mojoj sestri Aleksandri, koja mi nikada nije dopustila da odustanem te je bila moj najveći izvor motivacije.

Također se želim zahvaliti svojim prijateljima, koji su svojim prisustvom u mom životu pridonijeli potpunom iskustvu studiranja.. Posebice hvala Emiliji, koja je u svakom trenutku pisanja ovog diplomskog rada bila moja podrška i držala me za ruku kada mi je to bilo najpotrebnije.

Hvala vam.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Primjena terapije plesom i pokretom u osoba s demencijom* 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: Kristina Lera

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2018.

Naslov rada: Primjena terapije plesom i pokretom u osoba s demencijom

Ime i prezime studentice: Kristina Lera

Ime i prezime mentora: Izv. prof. dr. sc. Renata Martinec

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Edukacijska rehabilitacija/ Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

Sažetak

Demencija je degenerativna bolest koja pogađa približno 36 milijuna svjetske populacije. Najčešće žrtve ove bolesti su osobe starije od 65 godina. Bolest svojom progresijom negativno utječe na različite funkcije, uključujući pamćenje, mišljenje, jezik, perceptivno-motoričko područje te socijalno funkcioniranje i socijalno prihvatljivo ponašanje. Također, tijekom progresije demencije, u preko 80 % slučajeva moguća je pojava bihevioralnih i psiholoških simptoma, uključujući sudjelovanje u nesvršishodnim aktivnostima, deluzije te uzrujanost. Navedeni simptomi imaju negativan utjecaj na funkcioniranje same osobe s demencijom, no također i na članove obitelji i šire okoline osobe s demencijom.

U sprečavanju progresije demencije te u ublažavanju njenih simptoma, mogu se koristiti farmakološke i ne farmakološke metode. Jedna od ne farmakoloških metoda za koju se smatra da može imati pozitivan utjecaj na funkcioniranje osobe s demencijom i njene obitelji, jest i terapija plesom i pokretom. Terapija plesom i pokretom pripada skupini ekspresivnih art-terapija te je u širem profesionalnom krugu dobila priznanje tijekom 50-ih godina prošlog stoljeća. Terapija plesom i pokretom nudi holistički pristup u radu te polazi iz perspektive interakcije uma i tijela. Odnosno, usmjerena je na poremećaje emocionalnog, kognitivnog ili fizičkog podrijetla putem dijagnostičkih i terapijskih intervencija temeljenih na tjelesnom iskustvu. S razvojem ove terapije, počela se uviđati njena dobrobit u radu s različitim populacijama te njena učinkovitost u tretiranju različitih simptoma i posljedica pojedinih teškoća i bolesti.

Cilj ovog preglednog rada bio je istražiti moguće dobrobit primjene terapije plesom i pokretom u osoba s demencijom, odnosno, njenu djelotvornost u području tretiranja simptoma i posljedica ove vrsti bolesti. U tu svrhu proveden je pregled postojeće literature i istraživanja na temelju kojeg se uvidjelo kako terapija plesom i pokretom može imati pozitivan utjecaj na ublažavanje pojedinih simptoma demencije te doprinijeti boljoj kvaliteti života kako osobama s demencijom tako i članovima njihovih obitelji. Međutim, učinci ove terapije ipak imaju određena ograničenja budući da dobrobiti nisu vidljive u svim područjima, posebice u području usporavanja kognitivnog opadanja. Usprkos takvim spoznajama, imajući u vidu da primjena tjelesno orijentiranih tehnika može utjecati na psihosocijalni status i doživljaj sebe u pacijenata, ovakvi pristupi mogu predstavljati prikladnu komplementarnu metodu u okviru cjelovitog i interdisciplinarnog sustava pružanja podrške osobama s demencijom.

Ključne riječi: terapija plesom i pokretom, demencija, dobrobit, ograničenja

Title of work: Application of dance movement therapy with dementia patients

Student's name and surname: Kristina Lera

Mentor's name and surname: Associate professor, PhD Renata Martinec

Study programme/module: Educational rehabilitation/ Inclusive education and rehabilitation

Summary

Dementia is a type of a degenerative disease that affects approximately 36 million people of the world's population. The most common victims of this disease are people older than 65 years. Disease, with its progression, negatively affects different cognitive functions, including memory, thinking, language, perception, motor functions and social functions, including socially acceptable behavior. Through the progression of the disease, in more than 80 % of cases there is a possibility of the development of behavioral and psychological symptoms (*BPSD-behavioral and psychological symptoms of dementia*). Those include participation in un-purposeful behavior, delusions and agitation. Afore mentioned symptoms have a negative impact on the functioning of the person with dementia, as well as negative impact on family members and wider social circles.

Different pharmacological and non-pharmacological methods can be used in the prevention of progression of the disease, and for the treatment of related symptoms that the disease can bring. One of the non-pharmacological methods, which is thought to have a positive impact on the functioning of the person with dementia and on her family, is dance movement therapy. Dance movement therapy is a part of a wider concept of expressive arts-therapies. Dance movement therapy has gained a wider recognition in professional circles during the 1950's. Dance movement therapy offers a holistic approach in therapy and derives from the concept of the integration of the mind and body. For that reason, her focus is on the disturbances of emotional, cognitive or physical origin, through the application of diagnostic and therapeutic interventions focused on physical experience. With the further development of this therapy, the benefits of its usage in treating different symptoms and consequences of different difficulties and diseases have been recognized.

The aim of this review was to further look into the possible benefits of the usage of dance movement therapy in dementia setting. In other words, to further explore the effectiveness of this therapy in treating symptoms and consequences of this disease. For that purpose, the examination of the existing literature and research has been conducted. It was seen how dance movement therapy can have a positive impact on reduction of certain symptoms of dementia and can contribute to an enriched quality of life for the person with dementia, as well as his/her family. However, the effects of this therapy still have certain limitations considering that the benefits are not found in all areas, especially in the area of slowing of cognitive decline. Despite these findings, bearing in mind that the usage of bodily oriented techniques can have an impact on psychosocial status and experience of oneself, this kind of approaches can represent suitable complementary method within the interdisciplinary and plenary framework of support for people with dementia.

Keywords: dance movement therapy, dementia, benefits, limitations

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Terapija plesom i pokretom | 3 |
| 2.1. Povijesna polazišta terapije plesom i pokretom | 4 |
| 2.2. Temeljni principi terapije plesom i pokretom | 6 |
| 2.3. Pristupi u terapiji plesom i pokretom..... | 7 |
| 2.4. Tehnike u terapiji plesom i pokretom | 7 |
| 2.4.1. Strukturalna improvizacija u terapiji plesom i pokretom..... | 9 |
| 2.4.2. Senzorna stimulacija..... | 10 |
| 2.4.3. Neverbalna komunikacija u terapiji plesom i pokretom | 11 |
| 2.4.4. Krug..... | 11 |
| 2.5. Protokol terapijske seanse | 13 |
| 2.6. Opservacija kvalitete pokreta..... | 13 |
| 2.7. Uporaba i dobrobiti terapije plesom i pokretom | 14 |
| 2.7.1. Uporaba terapije plesom i pokretom kod starije populacije | 16 |
| 3. Demencija..... | 20 |
| 3.1. Neurokognitivni poremećaji..... | 20 |
| 3.2. Etiologija | 21 |
| 3.3. Dijagnoza demencije | 22 |
| 3.4. Prevalencija | 24 |
| 3.5. Prevencija | 24 |
| 3.6. Simptomi demencije..... | 25 |
| 3.7. Metode liječenja demencije | 27 |
| 3.7.1. Farmakološke metode..... | 27 |
| 3.7.2. Nefarmakološke metode..... | 28 |
| 3.7.3. Biopsihosocijalni model i osobno usmjereni pristup kod demencije..... | 29 |
| 4. Primjena terapije plesom i pokretom u prevenciji demencije | 31 |
| 5. Specifičnosti primjene terapije plesom i pokretom u ublažavanju simptoma demencije | 33 |
| 5.1. Pregled dosadašnjih istraživanja u području primjene terapije plesom i pokretom s osobama s demencijom..... | 36 |
| 6. Zaključak | 44 |
| Literatura | 45 |

1. Uvod

Neurološki poremećaji česti su u svim zemljama svijeta, te su prisutni kod svih naroda, bez obzira na spol, rasu, životnu dob, obrazovanje i materijalno stanje, te su čest uzrok smanjene kvalitete života i smrtnosti kod osoba kod kojih su prisutni (Žikić i sur., 2009). Neurološki poremećaji koji se prema svojoj definiciji povezuju sa starenjem, čine skupinu tzv. neurodegenerativnih poremećaja. Jedan od najučestalijih neurodegenerativnih poremećaja jesu i demencije. Demencija je zajednički naziv za sindrome koji se javljaju kod raznih organskih poremećaja i bolesti središnjeg živčanog sustava, odnosno kod kojih, kao posljedica oštećenja središnjeg živčanog sustava, dolazi do stečenog progresivnog oštećenja kognitivnih funkcija u kombinaciji s promjenama ličnosti. Navedene posljedice oštećenja mogu postati toliko izražene da utječu na socijalno ponašanje oboljelih od ovih bolesti. Demencije umanjuju kvalitetu života oboljelih, te često dovodi do negativnih psihoemocionalnih reakcija u oboljelih osoba ali također i u članova njihovih obitelji.

Prevalencija demencije postaje to značajnija što je životna dob osobe veća, te se procjenjuje kako se u svakih sedam sekundi javlja novi slučaj oboljenja od ove teške bolesti. Broj osoba oboljelih od demencije svakako je u porastu s obzirom da je uočeno progresivno starenje svjetske populacije (Žikić i sur., 2009). Predviđa se kako će demencija, u suvremenom dobu u kojem živimo, biti jedan od vodećih medicinskih i društvenih problema pošto ova skupina bolesti najčešće svojom progresijom dovodi do radne onesposobljenosti te dugotrajne brige o oboljelim osobama.

Radi problema i poteškoća koje bolest donosi samoj osobi, njenim bližnjima i široj zajednici, nužno je usmjeriti se na metode prevencije, mogućeg liječenja i tretmana demencije. Iako je uporaba farmakoloških metoda kod liječenja i tretmana demencije vrlo česta, te u pojedinim slučajevima neophodna, u novije se doba sve veći naglasak pridaje i nefarmakološkim metodama. Naime, postojeće farmakološke metode, iako korisne, mogu imati i različite neželjene posljedice te se stoga sve veći fokus pridaje i drugim komplementarnim metodama koje mogu doprinijeti ublažavanju simptoma i teškoća koje demencija donosi te tako imati pozitivan učinak i na okolinu u kojoj osoba s demencijom boravi.

Komplementarne metode suportivni su, neinvazivni pristup koji se može koristiti pri stimulaciji psihofizičkog integriteta. Temelje se na senzornom iskustvu, svjesnosti tijela, pozitivnim psihofizičkim reakcijama i osjećajima zadovoljstva i užitka. Postoji širok spektar

komplementarnih metoda i terapija koji se mogu koristiti u području gerijatrije i gerontologije. Na ekspresivne art-terapije može se promatrati iz okvira komplementarnih terapija. Mogu se definirati kao metode prilikom kojih se vizualna umjetnost, glazba, ples i pokret, dramski izražaj, pisanje te drugi kreativni procesi koriste radi osobnog i društvenog doprinosa. Ekspresivne art-terapije temelje se na pretpostavci kako kroz kreativnu ekspresiju i poticanje imaginacije, osoba može ispitati i doprijeti do različitih aspekata sebstva, uključujući senzorna iskustva, simboličku i emocionalnu ekspresiju, poboljšanje kognicije te socijalnih odnosa. Prilikom korištenja ovih metoda i terapija važno je uzimati u obzir potrebe osobe, njene funkcionalne, intelektualne i kognitivne sposobnosti te također i motivaciju i interese (Martinec, 2018). Uzimajući navedeno u obzir, vidljivo je kako komplementarne metode mogu biti korisne u radu s osobama s demencijom.

Kao jedna od prikladnih komplementarnih metoda, u okviru cjelovitog sustava podrške osobama s demencijom, može se razmatrati i terapija plesom i pokretom koja predstavlja jednu od art-ekspresivnih terapija. Terapija plesom i pokretom uključuje korištenje i analizu različitih aspekata tjelesnog iskustva i ekspresije, kao što su pokret, dodir i geste (Levy, 1988). Terapija plesom i pokretom ima široku primjenu u radu s različitim populacijama, odnosno u liječenju, edukaciji i rehabilitaciji osoba s različitim emocionalnim, tjelesnim i senzoričkim poremećajima (Martinec, 2013, Koch i sur., 2014). Rezultati praktične primjene i suvremenih znanstvenih istraživanja također ukazuju na pozitivne učinke primjene ove vrste terapijskog pristupa i osoba s demencijom.

U tom smislu definiran je i cilj ovog rada koji se odnosio na stjecanje uvida o mogućnostima primjene terapije plesom i pokretom u području prevencije i/ili ublažavanja psiholoških, kognitivnih, fizičkih i socijalnih posljedica demencije. U tu svrhu proveden je pregled stručnih i znanstvenih radova dostupnih u bazama Hrcak, ResearchGate, Google Scholar, Scopus i dr. Za potrebe pretraživanja dostupnih radova bile su korištene slijedeće ključne riječi: demencija, Alzheimerova bolest te terapija plesom i pokretom. Na temelju pregleda rezultata istraživanja istaknute su dobrobiti, ali i ograničenja primjene terapije plesom i pokretom u osoba s demencijom, kao i neke smjernice koje bi mogle doprinijeti uspješnijoj primjene ove vrste terapije u okviru kompleksne i interdisciplinarne podrške osoba s demencijom.

2. Terapija plesom i pokretom

Američka asocijacija za terapiju plesom definira istu kao psihoterapijsko korištenje pokreta kako bi se poboljšala emocionalna, socijalna, fizička i kognitivna integracija pojedinca (Martinec, 2013). Ova vrsta terapijskog pristupa razvila se iz ideje kako su um i tijelo nerazdvojni. Glavno polazište kreće iz pretpostavke da pokreti tijela reflektiraju unutrašnja emocionalna stanja te, također, gledajući iz druge perspektive, da tjelesni pokreti, mogu dovesti do promjena u načinu razmišljanja te također doprinijeti zdravlju i osobnom razvoju. Glavni cilj terapije plesom i pokretom jest pomoći pojedincima, bilo da imaju određene teškoće ili samo želju za sudjelovanjem, da dosegnu osjećaj cjelovitosti kroz jedinstvo uma i tijela (Levy, 1988).

Terapija plesom i pokretom nudi holistički pristup koji se, uz uvažavanje kompleksne interakcije uma i tijela, također bavi i poremećajima emocionalnog, kognitivnog ili fizičkog podrijetla kroz intervencije na tjelesnoj razini (Stanton, 1991). Terapeuti u ovom području naučeni su prepoznati specifične aspekte pokreta koji mogu biti odraz razvojnog stupnja, kognitivnog funkcioniranja ili trenutnog emocionalnog stanja pojedinca. Nadalje, stil pokreta koji osoba koristi, u interakciji ili u ciljano usmjerenoj aktivnosti, može nam pružiti određene informacije o njegovoj/njezinoj osobnosti (Stanton, 1991). Uz naznaku da reflektira osobnost, razvojnu razinu te neposredan emocionalni odgovor na situaciju, pokret također može biti vođen nesvjesnim kognitivnim procesima koji se nalaze izvan dohvata naše svijesti. U terapiji plesom i pokretom, terapeut analizira način na koji neverbalni znakovi klijenta ilustriraju njegove poteškoće ili probleme na svjesnoj ili nesvjesnoj razini. Terapeut zrcali pokrete pojedinca, te verbalno interpretira što određen pokret može predstavljati. Terapeut koji se bavi pokretom i plesom, pomaže pojedincu u eksperimentiranju kroz pokret kako bi na taj način do izražaja došle određene emocije koje osoba nosi u sebi te koje su povod za određen pokret (Stanton, 1991). Kao u verbalnoj psihoterapiji, gdje se klijentima pomaže steći uvid u vlastitu situaciju kroz verbalnu razmjenu, tako u terapiji plesom i pokretom, pojedinci dobivaju uvid u to kako ih percipiraju druge osobe te uče kako zamijeniti neodgovarajuće obrasce ponašanja koje koriste u interakciji, sa pristupačnijim i svrsishodnijim obrascima ponašanja (Stanton, 1991).

2.1. Povijesna polazišta terapije plesom i pokretom

Korištenje plesa i pokreta u terapijske svrhe seže u daleku povijest. Prema arheološkim istraživanjima, naznake korištenja plesa u različite svrhe, sežu čak 9 tisuća godina unazad, što se može primjerice vidjeti na Bhimbetka stijenama u Indiji gdje su naslikani plesni elementi. Slični se prikazi na kamenu mogu vidjeti i u drugim civilizacijama, kao primjerice na oslikanim grobnicama u Egiptu (Martinec, 2013). U mnogo primitivnih civilizacija i zajednica, ples se smatrao jednako važnim koliko i osnovne biološke potrebe, poput hranjenja i spavanja. Pružio je pojedincima način na koji se mogu izraziti, komunicirati svoje osjećaje prema drugima te komunicirati s prirodom. Plesni rituali najčešće su bili pratnja velikim životnim promjenama te pružali pomoć u osobnom osjećaju cjelovitosti te u integraciji pojedinca sa zajednicom (Levy, 1988). Također se koristio i kao element kroz koji se može postići stanje transa i ekstaze, koristeći ples zajedno s glazbom i oslikavanjem tijela u iscjeliteljske svrhe. Takav način korištenja plesa još uvijek može biti viđen u nekim zajednicama, primjerice u kulturama brazilske prašume (Martinec, 2013). Imao je značajnu ulogu i u moralnoj podršci ratnicima, kod pričanja i prepričavanja mitova ili pak prilikom postizanja povezanosti između ljudi i bogova (Martinec, 2013).

S vremenom je sve veća složenost svakodnevnog života te stres modernog življenja dovela mnoge ljude do osjećaja otuđenosti, sa samim sobom, zajednicom te prirodom. Ples se u novija vremena počeo koristiti u formalne svrhe, s naglaskom na plesnu tehniku te se vrlo malo pažnje posvećivalo na to kako ples djeluje na samog plesača. Na tijelo i um se gledalo kao na dvije zasebne cjeline, pa stoga su za njihovo zdravlje zadužene zasebne discipline: one koje se bave tjelesnim problemima i komplikacijama i one čiji su interes problemi mentalnog zdravlja. Medicina je počela pridavati snažan interes prema tijelu i tjelesnim simptomima, dok se psihoterapija posvetila umu i mentalnim stanjima (Levy, 1988). Tradicionalna psihoterapija nastojala je nositi se s mogućim teškoćama i problemima kroz razgovor, ne uključujući pokret u terapiji (Levy, 1988).

Tijekom prve polovine 20-og stoljeća, polako dolazi do promjena u području zdravstva. Mnogo različitih disciplina nastojalo je naći načine kako bi pobjegle od tradicionalnih ograničenja medicine i psihoterapije. Iz tog nastojanja, rodila se terapija plesom i pokretom (Levy, 1988). Naime, između ostalog, njen interes bio je zamijeniti rigidne i impersonalne forme umjetnosti s nešto više prirodnijim i ekspresivnijim pokretima stavljajući naglasak na spontanost i kreativnost. U području psihoterapije, počeo se pojavljivati interes za neverbalnim

i ekspresivnim aspektima osobnosti. Iz te novije promjene, razvila se terapija plesom i pokretom, tijekom 40-ih i 50-ih godina prošlog stoljeća (Levy, 1988).

Većina velikih pionira koji su značajno doprinijeli razvoju terapije plesom i pokretom, započeli su kao plesači modernog i suvremenog plesa. Njihovo plesno iskustvo dovelo ih je do pomisli te potom do zaključka kako ples potencijalno može dovesti do raznih dobrobiti u psihoterapiji. U doba kada je terapija plesom tek bila u nastanku, uvriježeni plesni stilovi bili su balet i show dance. Oba plesna stila nisu pridavala značaj unutrašnjim emocionalnim stanjima, te su stoga pioniri terapije plesom odlučili preuzeti određene elemente iz antičkog grčkog kazališta, pošto je ono bilo poznato po pružanju publici katarzičnog doživljaja kroz, kako bi plesu dodali komponente koji dovode do emocionalnog pročišćenja (Levy, 1988).

No, nove promjene u području plesa i terapije plesom nisu bili izolirani događaj, već su bile pod utjecajem drugih značajnih promjena koje su bile aktualne u intelektualnim krugovima toga vremena (kraj 19. i početak 20. stoljeća). Jedan od značajnijih utjecaja na moderan plesni izražaj te stoga i na novonastalu terapiju plesom i pokretom, bio je Francois Delsarte. Deslarte je bio operni pjevač koji je spletom okolnosti izgubio glasovne sposobnosti te se stoga odlučio posvetiti istraživanju i primjeni prirodno ekspresivnih gestikulacija koje bi koristili pjevači i glumci, kako bi zamijenili površne i neprirodne geste koje su dominirale kazalištem u to doba. Njegovo je istraživanje i rad potaknuo mnoge moderne plesače na daljnje istraživanja koja bi utjelovili u plesni izričaj, kako bi ples postao izražajni i bio u mogućnosti proizvesti osjećaje i afektivna stanja. Veliki utjecaj na unapređenje plesnog izražaja također su imali i antropolozi koji su istraživali ulogu plesnih rituala u primitivnim kulturama. Ti primitivni rituali postali su inspiracija za moderni plesni izražaj (Levy, 1988).

U doba razvoja terapije plesom i pokretom, veliki naglasak bio je na prihvaćanju nesvjesnog u čovjeku, što se smatralo da ono može pridonijeti produbljivanju osobne realizacije i refleksiji emocionalnih stanja. Revolucionarni rad Sigmunda Freuda tijekom kasnog 19. stoljeća imao je veliki utjecaj na moderni ples i terapiju plesom i pokretom. Freud je u svome radu bio usmjeren na razumijevanje motivacije i osjećaja koji pokreću ljudsko ponašanje, što je bilo u suprotnosti s popularnim stajalištima 19. stoljeća kako bi emocije trebale biti zatomljene. Novi inovativni pogled Sigmunda Freuda na otvorenu ljudsku ekspresiju, potaknuo je plesače na isto. Osim Sigmunda Freuda, utjecaj na terapiju plesom i pokretom također su imali i drugi psihijatri i psihoanalitičari. Wilhelm Reich, primjerice, bio je jedan od prvih u ovome području koji se posvetio neverbalnom izričaju. Tijekom svog rada u 1920-im

godinama, Reich je uvidio kako, iako neki od njegovih pacijenata nemaju problema s verbalnim izražavanjem svojih misli i osjećaja, drugi pak razviju obrambene mehanizme koji su utemeljeni u tijelu u obliku mišićnih tenzija. Aktivna imaginacija Carla G. Junga također je imala utjecaj na rad plesnih terapeuta, pogotovo prilikom pokušaja izražavanja nesvjesnog kod pojedinaca. Carla G. Jung je kroz korištenje imaginacije najviše težio dopiranju do nesvjesnih dijelova pojedinčeve ličnosti te na izražavanje istog kroz umjetnički izražaj, što je također doprinijelo razvoju terapije plesom i pokretom (Levy, 1988).

2.2. Temeljni principi terapije plesom i pokretom

Tijekom 1960-ih godina, većina plesnih terapeuta svoj rad provodila je individualno, bez potrebe za bivanjem članom profesionalne zajednice. Nakon uspostave Američke asocijacije za terapiju plesom (American Dance Therapy Association - ADTA), terapija plesom i pokretom polako je popločala put prepoznavanja u širim profesionalnim krugovima kao značajna i znanstveno utemeljena metoda kreativne terapije (Levy, 1988). Definicija terapije plesom i pokretom kakvu poznajemo danas, uspostavljena je od strane Američke Asocijacije za terapiju plesom 1972. godine. Nakon njezinog osnutka, naglašeni su temeljni principi terapije plesom i pokretom (Dosamantes-Alperson, 1987):

1. Emocionalno blagostanje i dobrobit vidljivi su integraciji uma i tijela. Emocionalni poremećaji manifestiraju se prilikom disocijacije uma od tijela.
2. Tjelesni pokret medij je kroz koji osoba može iskusiti, izraziti i iskomunicirati određene elemente pojedinih iskustva koje nije u mogućnosti verbalno izraziti, pošto navedeno iskustvo nije pod utjecajem svjesne kontrole.
3. Kada se pojedinci spontano kreću prostorom, njihov pokret reflektira i otkriva njihova emocionalna stanja u tome trenutku. Pokretom se može zabilježiti i način na koji pojedinci izražavaju određene emocija ili iskustva.
4. Kada se pojedinci kreću prostorom u kojem su prisutni i drugi osobe, njihov pokret odaje emocionalnu prirodu odnosa navedenih pojedinaca.
5. Moguće je da se putem terapije plesom i pokretom pojedinac usredotoči na vlastite emocionalne brige ili probleme unutar sigurnog okruženja terapijskog odnosa koji je uspostavljen od strane profesionalnog terapeuta.

2.3. Pristupi u terapiji plesom i pokretom

Što se tiče pristupa koji se koristi u terapiji plesom i pokretom, Karkou i Sanderson (2006) definiraju tri glavna modela u ovom području:

1. Pristupi koji se uglavnom oslanjaju na uporabu plesa i pokreta. Cilj ovih pristupa je istražiti različite tematike i kvalitete pokreta. Primjeri ovog pristupa vidljivi su u radu Rudolfa Labana, ranog zagovornika za terapijsku aplikaciju plesa i pokreta.
2. Drugu skupinu čine pristupi koji naglasak stavljaju na neverbalnu interakciju između klijenta i terapeuta. Dobar primjer ovog modela jest interaktivni model Marian Chace. U njezinom pristupu, važnost se pridaje zrcaljenju pokreta, odnosno, klijentovi pokreti reflektirani su od strane terapeuta, ili u nekim situacijama, od strane grupe.
3. Iduća vrsta pristupa fokusirana je na improvizaciju kroz pokret, s naglaskom na unutrašnja iskustva. Primjer ovog pristupa jest autentični pokret, vrsta terapije plesom i pokretom razvijena od strane američke koreografkinje Mary Whitehouse. U ovoj vrsti terapije plesom, terapeut uglavnom miruje i promatra klijenta, koristeći sebe kao svjedoka. Glazba uglavnom nije prisutna, pošto ista može utjecati na način na koji će pokret biti izražen.

U svim je slučajevima i pristupima terapeut fokusiran na stvaranje značajnog terapijskog odnosa. Tijekom tog odnosa, na terapeutovo se tijelo može gledati kao na sredstvo koje utjelovljuje projekcije pojedinaca ili pak cijele grupe. Te projekcije mogu biti obrađene na verbalan ili neverbalan način, ili na oba, ovisno o stupnju i načinu kognitivnog funkcioniranja osoba uključenih u terapiju plesom i pokretom (Karkou i Sanderson, 2006).

2.4. Tehnike u terapiji plesom i pokretom

Prilikom korištenja terapije plesom i pokretom, postoje različite vrste intervencija, ali glavna struktura ove terapije uključuje slijedeće elemente:

- **Imitacija:** fizička imitacija, odnosno reflektiranje, pokretačeve forme i oblika s istim oblikom sinkronizacije i simultanosti s ciljem da promatrač (terapeut), kroz tjelesnu empatiju osjeti i uskladi pokretačeve obrasce pokreta te također i njegove osjećaje (Fischman, 2009).
- **Zrcaljenje:** prilikom zrcaljenja, terapeut utjelovljuje identične pokrete, oblike i formu koju proizvodi pokretač stvarajući na taj način zrcalnu sliku pokretača oslikavajući ga i

povezujući se s njegovom emocionalnom ekspresivnošću. Na fizičkoj razini, promatrač može modificirati, preuveličati ili pak ukloniti određene kvalitete pokreta, no glavna misao i stil pokreta ostaju prisutni. Konceptom zrcaljenja bavi se i neupoznatost. Istraživanja pokazuju kako se prilikom promatranja druge osobe dok izvodi pokret, u živčanom sustavu promatrača aktiviraju zrcalni neuroni (Martinec, 2013)

- Tjelesna simbolizacija: istraživanje specifičnog držanja tijela, gesti, mimike i pokreta koji su karakteristični prilikom iskustva i ekspresije određenih emocija. Korištenje tjelesne simbolizacije kao oblika simboličke i kinestetičke stimulacije može biti korisno na funkcionalnoj, perceptivnoj i arhetipskoj razini. Istraživanje vlastitih pokreta koji su povezani s nekim dominantnim emocijama može pomoći osobi osvijestiti fizička i emocionalna stanja određenih prošlih iskustava, te analogno tome, utjelovljenje novih pokreta i dinamičkih obrazaca može proizvesti nove obrasce psihosocijalnog ponašanja (Martinec, 2013).
- Istraživanje kroz pokret: analiziranje kako je pojedini pokret ili skupina pokreta povezana s osobnim osjećajima, određenim asocijacijama i sjećanjima, kroz meditaciju u jednom ili više različitih položaja, ili kroz promjenu elemenata različitih elemenata: dinamike, vremena, prostora, težine, toka, itd. (Tortora, 2009)
- Autentični pokret: korištenje spontanog slobodnog pokreta. Takva vrsta pokreta, utemeljena na imaginaciji i improvizaciji, korisna je metoda kreativnog oslobođenja i ekspresije. Ključan element autentičnog pokreta jest slušanje vlastitog tijela, putem kojeg se pozornost pridaje osjećajima i senzacijama te im se pruža mogućnost izražavanja kroz pokret. Ovaj proces dozvoljava tkanje i interakciju stalno prisutnog nesusjesnog materijala sa svjesnim elementima težine, vremena i prostora. Sposobnost slušanja vlastitih unutarnjih potreba tijela i njihovo uvažavanje dovodi do obogaćenog i značajnog odnosa sa samim sobom i s drugima (Musicant, 1994). Nadalje, autentični pokret uključuje pokretača i svjedoka pokreta (Musicant, 1994). Za pokretača to uključuje i namjeru da bude u odnosu sa samim sobom, tj. da otvori dijalog sa nesusjesnim u sebi dajući tjelesnu formu struji koja je dostupna kroz senzacije, osjećaje i slike. Ta povezanost s nesusjesnom strujom u pokretaču zahtjeva prisustvo druge osobe, koje će zadržati to iskustvu i svjedočiti mu. Ta je osoba svjedok procesa autentičnog pokreta. Svjedok je ključan u ovome procesu pošto pokretaču pruža osjećaj sigurnosti, ravnoteže i objektivnosti. Prilikom procesa, svjedok također ulazi u odnos sa samim sobom. Dok prisustvuje iskustvu pokretača, svjedok ostaje u kontaktu s vlastitim iskustvima, te uzima u obzir vlastite osjećaje, slike, senzacije i misli (Musicant, 1994).

Tijekom terapijskog procesa, terapeut je svjedok autentičnog pokreta. Tijekom svjedočenja, cilj je postići optimalan odnos između terapeuta i korisnika pošto njihov uspješan odnos pomaže transformirati korisnikov odnos sa samim sobom (Musicant, 1994).

Koja će se vrsta terapijskog pristupa koristiti ovisi o protokolu, korisnikovim potrebama i sklonostima te također o terapeutovoj adaptaciji na terapijski proces. U mnogo seansi najčešće su pristupi kombinirani ili izvedeni jedan iz drugog (Stanton, 1991). Forma pojedinog tretmana terapije plesom i pokretom može se značajno razlikovati ovisno o tome o kojoj je populaciji riječ (razlike u dobi, spolu te pokretnosti osoba) te provodi li se terapija na individualnoj ili grupnoj razini (Stanton, 1991). Tako će primjerice, terapijska seansa s grupom adolescenata biti znatno dinamičnija i energičnija od seanse u koju su uključena starija populacija. Terapija plesom i pokretom s osobom koja ima određene tjelesne i intelektualne teškoće može u početku zauzeti formu interakcije koristeći se malim gestama ruku i dlanova, s naglaskom na kontakt očima i facijalnu ekspresiju, praćenih jedino sa glasovima koje proizvode klijent i terapeut ili laganom glazbom u pozadini. Kako se korisnikovo stanje mijenja te napreduje kroz terapiju, tako se i stil te kompleksnost pokreta također mijenjaju. Pokret može označavati generalno stanje napretka korisnikovog odnosa prema samome sebi pa tako i prema svojoj okolini (Stanton, 1991).

2.4.1. Strukturalna improvizacija u terapiji plesom i pokretom

U većini grupnih seansi, neovisno o populaciji, koristi se format koji dozvoljava strukturalnu improvizaciju, koja se počela upotrebljavati 1950-ih godina u radu sa psihijatrijskim bolesnicima (Stanton, 1991). U ovoj metodi, sudionici (kojih najčešće nema više od osam) sjede u krugu. Članovi grupe započinju svoju jednosatnu terapiju sa verbalnom diskusijom koja može uključivati postavljanje pitanja svakom članu o njegovom trenutnom emocionalnom stanju, uključujući i spomen o nedavnim pozitivnim i negativnim događajima u svakodnevnom životu. Nakon toga, grupa uz dogovor odabire određenu vrstu glazbe koja će svirati kao pozadina za izvođenje pokreta. Glazba može pripadati različitim žanrovima, od popularne pa do klasične glazbe. Ponekad je glazba jedva čujna, dok je u drugim seansama prisutan snažan ritam, koji pomaže članovima sinkronizirati pokrete i potpomaže kooperaciju i solidarnost grupe. Članovi grupe stoje u krugu dok terapeut vodi kratko zagrijavanje tijela kroz pokret čija je svrha osvještavanje vlastitog tijela te kreiranje opuštajuće atmosfere u kojoj se članovi mogu osjećati dovoljno ugodno kako bi se slobodno kretali i istraživali vlastito tijelo

kroz pokret (Stanton, 1991). Najvažniji element pojedine seanse je prosljeđivanje vodstva u grupi. Naime, od svakog se klijenta zahtijeva da po redu izvede veliki ili mali pokret, koji će ostatak grupe slijediti odnosno zrcalno izvesti. Tijekom pokreta, grupa odgovara na njega riječima ili s nastavljanjem pokreta. Primjerice, ako jedan član grupe započne cirkularni pokret ruke, drugi član nakon toga može komentirati kako ga je taj pokret podsjetio na pokret koji se upotrebljava prilikom plivanja. Navedeni komentar naknadno može potaknuti daljnje asocijacije na ugodne praznike uz obalu ili fantazije o istim. Sljedeća osoba na redu može proizvesti potpuno nepovezan pokret ili pak nastaviti prethodnu ideju, namjerno ili sasvim slučajno. Pojedini pokreti ne navode na verbalnu asocijaciju već na osjećaje ili slike. Tijekom seanse i različitih pokreta koje iz nje mogu proizaći, terapeut je tu kako bi dao grupi do znanja kako su određene vrste pokreta, i popratne slike koje dolaze uz njih, posljedica emocija i osjećaja pojedinaca unutar grupe, kao i grupe kao cjeline (Stanton, 1991).

2.4.2. Senzorna stimulacija

Senzorna stimulacija promovira i potiče neuralne promjene u mozgu, te potpomaže adaptaciju na gubitak pamćenja, pospješuje povezanost uma i tijela te, ono što je najbitnije, pospješuje kvalitetu života. Poboljšana kvaliteta života pozitivno utječe na imunološki sustav, smanjuje razine kortizola u krvi, potiče značajnu i blisku interakciju s drugim ljudima te pospješuje vještine nošenja sa situacijom (eng., *coping skills*) (Goldstein-Levitas, 2006).

Što se tiče utjecaja okruženja u rehabilitaciji, najčešće su uspješne one intervencije koje se provode u suportivnoj okolini koja pruža novu, jedinstvenu i multisenzornu stimulaciju (Dhami i sur., 2015). Pokret koji nastaje prilikom terapijskog procesa potiče senzornu stimulaciju. Također, uporaba tehnika senzorne stimulacije pomaže u uključivanju starijih osoba na različite načine. Naime, terapija plesom i pokretom reintegrira prijašnja senzorna iskustva, poboljšava sposobnosti suočavanja i nošenja s problemima te potiče prisjećanje i kreativnost kod osoba s demencijom (Goldstein-Levitas, 2006). Senzorna stimulacija unutar terapije plesom i pokretom služi kao katalizator pri kognitivnoj stimulaciji i ekspresiji pojedinca, neovisno o njegovoj trenutnoj razini funkcioniranja (Goldstein-Levitas, 2006). Istraživanja provedena na životinjskim modelima potvrđuju kako senzorno obogaćena okolina pospješuje plastičnost mozga, ublažava kognitivne deficite kod raznih neuroloških poremećaja te potencijalno može imati bolje rezultate kao terapija kod kognitivnih poteškoća nego sama fizička aktivnost (Dhami i sur., 2015). Priroda plesa je upravo takva da kombinira fizičko, kognitivno i socijalno uključivanje u jednom pokušaju. Može djelovati na ritmičku i motoričku

koordinaciju, ravnotežu, memoriju, emocionalno uključivanje, afektivnost, socijalnu interakciju, akustičku stimulaciju te glazbeno iskustvo što dovodi do zaključka kako je ples ekvivalent obogaćenju okolini (Kattenstroth i sur., 2010).

2.4.3. Neverbalna komunikacija u terapiji plesom i pokretom

Jedan od načina na koji je neverbalna dimenzija komunikacije opisana u kontekstu terapije plesom i pokretom je koristeći se terminima sinkronije i simbolizacije (Nyström i Lauritzen, 2005). Sinkronija se može promatrati kroz tri aspekta pokreta tijela: prostor, ritam i napor. Prostorna sinkronija odnosi se na potpunu imitaciju pokreta druge osobe, kad osoba odluči odgovoriti na pokret druge osobe koristeći se istim pokretima tijela u jednakim smjerovima. Ritmična sinkronija odnosi se na simultano dijeljenje ritma između dvije ili više osoba, prilikom koje se ritam stvara koristeći se dijelovima tijela. Primjer ritmične sinkronije bio bi u situaciji u kojoj jedna osoba lupa nogama o pod dok druga osoba plješće rukama u istome ritmu. Kada se osobe koriste istom količinom napora prilikom stvaranja poeta, neovisno radi li se o istim ili različitim dijelovima tijela, riječ je o sinkroniji količine napora. Simbolizacija, termin kojim se također može opisati neverbalna dimenzija komunikacije u kontekstu terapije plesom i pokretom, odnosi se na način na koji su iskustva pojedinca, transformirana u tjelesni pokret i tjelesna iskustva. Analiza ovih dimenzija pokazala se korisnom prilikom bilježenja suptilnih i raznolikih aspekata neverbalnog komunikacijskog procesa u terapiji plesom i pokretom (Nyström i Lauritzen, 2005).

2.4.4. Krug

Sama riječ krug ima brojne konotacije, od opisivanja geometrijskog oblika u matematici do njegove uporabe u svakodnevnom jeziku gdje se koristi kako bi opisao životni put. Krug predstavlja cjelinu te u bilo kojem obliku (mandale, bogoslužje, rituali, mitovi, snovi, itd.) označava potpunost (Karampoula i Panhofer, 2018).

Ples u krugu vidljiv je od samih početaka civilizacije, kada je ples obilježavao posebne prilike i rituale. Krug se koristio kao sredstvo koje potiče osjećaj zajedništva i pripadanja, osobito kada je bila riječ o nošenju s teškim osobnim i grupnim problemima i promjenama. Primjeri plesova u krugu vidljivi su u širokom broju u raznim kulturama kao što je Ceili ples u Irskoj, u većini plesova u grčkoj kulturi, kao što je primjerice Sirtaki ples, Hava Nagila u Izraelu te Sardana u Kataloniji (Karampoula i Panhofer, 2018).

Formiranje kruga često se koristi u terapiji plesom i pokretom, javljajući se čak nekoliko puta tijekom jedne seanse. Može uključivati slijedeće elemente: zrcaljenje, odjekivanje emocionalnih stanja, zatvorenost i zadržavanje te fizički kontakt kroz držanje za ruke. Zrcaljenje je snažan proces koji se često koristi u terapiji plesom i pokretom. Može služiti kao sredstvo za pospešivanje empatije kod osoba koje imaju poteškoća sa suosjećanjem, kao što je primjerice slučaj kod poremećaja iz autističnog spektra. Dok se grupa nalazi u krugu, zrcaljenje je višestruko. Kada su pokreti sudionika zrcaljeni od strane veće grupe ljudi, to može imati snažan utjecaj na pojedinca; oni vide kako njihove emocije i pokreti odjekuju grupom što zatim može razviti osjećaj pripadnosti i razumijevanja. Zatim, krug na određen način predstavlja zatvorenost i pripomaže održavanju strukture grupe. (Karampoula i Panhofer, 2018). Nadalje, krug pruža mogućnost držanja za ruke članova grupe. Element držanja za ruke prilikom bivanja u krugu, ima pozitivne posljedice na osobe koje pate od nepoželjnih simptoma težih psihičkih poremećaja. Držanje za ruku u krugu može biti jedini aktivni i ne prijeteći način na koji povučeni i distancirani pojedinci mogu dodirivati i biti dodirivani u sigurnom i zatvorenom okruženju, te na taj način mogu poboljšati svoje socijalne vještine. Držanje za ruke i formiranje kruga stoga su česti pristupi koji se preporučuju u radu sa starijim osobama, te su posebice pozitivne posljedice vidljive u radu s starijim osobama s demencijom (Koch i sur., 2014). Grupne seanse najčešće započinju i završavaju formiranjem kruga, u kojem su svi sudionici okrenuti jedni prema drugima u sjedećem ili stajaćem položaju, kako bi imali direktan pristup međusobnim verbalnim i neverbalnim znakovima. U ovom položaju svi su članovi grupe vidljivi jedni drugima. Krug se može u različitim formama koristiti i tijekom samog plesnog procesa (Karampoula i Panhofer, 2018). Najčešće se upotrebljava tijekom samog početka seanse, tijekom verbalnog dijela prilikom kojeg se sudionici pripremaju potpuno posvetiti terapijskom procesu. Tijekom faze slobodne improvizacije polako nestaje, da bi se ponovno pojavio pri kraju seanse, kada se sudionici polako vraćaju na svoje početne položaje kako bi na verbalan ili neverbalan način priveli seansu kraju (Karampoula i Panhofer, 2018).

2.5. Protokol terapijske seanse

Prema Meekums (2002) protokol terapijske seanse slijedi određeni redoslijed:

1. Inicijalna provjera (5-10 min.): Tijekom inicijalne provjere, predstavljaju se članovi grupe, te dolazi do verbalne procjene osobnog psihofizičkog stanja i definiranje teme seanse.
2. Zagrijavanje (10 min.): Uključuje razgibavanje, istezanje, poticanje kontakta s vlastitim tijelom te usmjeravanje pažnje na osobno iskustvo, prostor i grupnu dinamiku.
3. Fokusiranje na cilj (temu) seanse (25-30 min.): Središnji dio seanse. Uključuje faza inkubacije, odnosno relaksaciju, otpuštanje svjesne kontrole i simbolizaciju pokreta i iluminacije, prilikom koje značenje izbija na površinu.
4. Evaluacija (15 min.): Tijekom ove faze, obrađuju se elementi tjelesnog iskustva, te se potiče emocionalna i kognitivna refleksija kroz korištenje verbalnog i neverbalnog izraza, koristeći se različitim sredstvima: crtež, pokret, ritam, glas, u cilju osvještavanja, izražavanja i podržavanja osobnog uvida.
5. Ritual zatvaranja (5-10 min.): Završna faza pojedine seanse. Uključuje opuštanje i slobodni ples, kroz koji se potiče spontanost, osobno izražavanje i kreativnost.

Svaka faza, odnosno stupanj, sastoji se od niza manjih ciljeva koji kasnije pridodaju većem smislu, tj. cilju. Faze i ciljevi se razlikuju od osobe do osobe. Iako su stupnjevi progresivni, pojedini stupanj se ponavlja nekoliko puta tijekom terapijskog procesa (Meekums, 2002).

2.6. Opservacija kvalitete pokreta

Važan dio terapije plesom i pokretom čini opservacija same kvalitete pokreta. Jedan od najčešće korištenih modela u ovom području je Labanova analiza pokreta (Laban Movement Analysis, LMA) čiji je cilj opservirati, zabilježiti i analizirati različite elemente pokreta. Njegov se model sastoji od tri kategorije koje se opserviraju: 1. oblik, 2., prostor i 3. *effort* (Young i Wood, 2018).

1. Tjelesni oblici

Postoje četiri temeljna tjelesna oblika: strijela, zid, klupko i vijak (eng., *narrow*, *wide*, *curve*, *twist*). Tjelesni oblici mogu biti statični ili se mogu mijenjati. Promatranje tjelesnih oblika od

velike je važnosti pošto nam može dati do znanja o emocionalnim stanjima, stavovima i energetskim kapacitetima osobe (Young i Wood, 2018).

2. Prostor

Postoje različiti načini na koje se tijelo može kretati kroz prostor, bilo da je to prema naprijed, nazad, postranično, lijevo-desno, itd. Može se također promatrati da li osoba koristi širok ili uzak prostor za kretanje. Važna komponenta opservacije pokreta je kinesfera, odnosno prostor oko tijela u kojem ekstremiteti miruju ili se pomiču (Martince, 2013).

3. *Effort*

Ekspresivni i komunikacijski aspekti tjelesnih pokreta mogu se raščlaniti i kodirati koristeći se mnogim varijablama prostornih lokacija i faktora pokreta, koji se zajedničkim imenom nazivaju *effort*. Kada osobe započnu svoju kretnju, njihova tijela se kreću prostorom na načine koji nude značajne kvalitativne razlike koje odaju različite tipove ličnosti. Ovi kvalitativni ili dinamički aspekti pokreta, opisani su terminima *efforta*. U ovoj teoriji (*Effort theory*), postoje četiri faktora pokreta: snaga, prostor, vrijeme i tok. Svaki od četiri faktora ima dva pola, pa su tako polariteti faktora snage: snažno i lagano, prostora: direktno i indirektno, vremena: brzo i polako, i toka: vezano i slobodno (Young i Wood, 2018).

U procesu opservacije i evaluacije također je važno obratiti pažnju na slijedeće varijable: držanje tijela (posturu), geste, mimiku, kontakt očima, facijalne ekspresije, tjelesne osjete, mišićni tonus, interakciju s članovima grupe, dominantan dio tijela u pokretu, dinamičku i kinestetičku energiju, sliku tijela te svjesnost o vlastitom tijelu (Martinec, 2013).

2.7. Uporaba i dobrobiti terapije plesom i pokretom

Ples najčešće pruža užitak pošto ima drugačiji pristup i elemente nego što to imaju konvencionalne rehabilitacijske vježbe (Bassett, 2003). Užitak sudjelovanja u aktivnosti nužan je jer utječe na dalju participaciju u određenoj aktivnosti (Bassett, 2003). Od velikog broja sudionika u plesnim aktivnostima i samih plesača, potvrđeno je kako ples pruža veliki užitak i motivaciju. Razlog tome može biti što je ples socijalna aktivnost, a potvrđeno je kako grupni oblici vježbanja imaju veće stope participacije, vjerojatno iz razloga što je stjecanje socijalnih odnosa usko povezano s užitkom u vježbanju (Dhami i sur., 2015).

Prema Europskom udruženju terapije plesom i pokretom (*European Association Dance Movement Therapy-EADMT*, 2013), terapija plesom i pokretom može se koristiti u području mentalnog zdravlja, u rehabilitaciji, medicinskom i forenzičkom okruženju, u dnevnim centrima za brigu i njegu, volonterskim organizacijama, u školskom sustavu, centrima za socijalnu skrb, kaznionicama u programima, te u programima prevencije bolesti promocije zdravlja.

U istraživanju provedenom sa odraslim osobama bez teškoća i bolesti (Lakes i sur., 2016), pronađeni su pozitivnih utjecaji plesa u paru, koji su korelirali s vremenom provedenim baveći se plesom. Naime, rezultati pokazuju kako ples svakako ima tjelesne dobrobiti. Osobe koje su se bavile plesom dulje vremena izrazile su veće tjelesno zadovoljstvo, na način da im se poboljšala koordinacija i fizička forma. Nadalje, vidljive su i kognitivne dobrobiti koje koreliraju s dobi, starije osobe izrazile su veće kognitivne dobrobiti korištenja plesa, u usporedbi s mlađom populacijom. Emocionalne dobrobiti također su vidljive iz rezultata istraživanja, u nešto većoj mjeri kod žena nego kod muškaraca. Dobrobiti na socijalnom planu, u vidu boljih socijalnih odnosa, također su prisutni. Pretpostavka istraživanje je da su dobrobiti plesa možda čak i evidentnije kod osoba oboljelih od različitih tipova bolesti (Lakes i sur., 2016).

Pylvänäinen (2010) navodi kako terapija plesom i pokretom dovodi do relaksacije koja je posljedica smirenja autonomnog živčanog sustava. Također doprinosi dovođenju na površinu slika, sjećanja i asocijacija, doprinosi simboličkoj ekspresiji sebstva, može dovesti do promjena u doživljavanju i susretanju sa okolinom, dovodi do novih načina interakcija te potiče povezanost sa samim sobom: što osoba može otkriti o/u sebi, povezanost s tijelom i verbalnu ekspresiju iskustava povezanosti (Pylvänäinen, 2010). Jedan od glavnih aspekata terapije plesom i pokretom za koji postoje utemeljeni dokazi djelovanja, jest neverbalna komunikacija, posebice jedan aspekt neverbalne komunikacije: kinestetička empatija (Meekums, 2012). Zrcaljenje kroz pokret, preuzeto iz pristupa Marian Chace, tehnika je koja se znatno koristi kao sredstvo prilikom uključivanja i motivacije korisnika te kao sredstvo za postizanje neverbalne empatije (Meekums, 2012). Evidentni su i pozitivni utjecaji plesnog izražaja na raspoloženje, naime, Zajenowski i suranci (2015) istražili su utjecaj dvoranskih plesova na raspoloženje kod zdravih odraslih osoba i rezultati su pokazali kako ples zaista ima pozitivan utjecaj na raspoloženje kod osoba koje se plesom bave rekreativno.

U današnjem svijetu postoji veliko zanimanje o utjecaju plesa kao terapijske intervencije kod različitih razvojnih, mentalnih ili neuromotornih poremećaja kao što je autizam, shizofrenija i depresija. Pojedine su studije također ukazale kako su osobe koje imaju dugotrajniju povijest bavljenja plesom, bile manje sklone dijagnozi demencije ili iskustvu kognitivnog opadanja povezanog sa starijom dobi (Verghese i sur, 2003). Nadalje, ples može imati pozitivan učinak kod pojedinaca koji imaju pretjeranu težinu na način da im pomaže smanjiti indeks tjelesne mase i obujam struka. Moguće je da ples u paru pokazuje obećavajuće rezultate pri poboljšanju kvalitete života kod osoba s Parkinsonovom bolesti (Hackney i Earhart, 2009). Rezultati meta-analize 23 istraživanja koja je nastojala pronaći utjecaje intervencija terapije plesom i pokretom, dokazuju kako terapija plesom i pokretom pruža obećavajuće rezultate u radu s različitim populacijama i poremećajima; kod osoba koje pate od anksioznosti, osoba s poremećajem iz autističnog spektra, rakom dojke, cističnom fibrozom, depresijom, demencijom, u radu sa starijom populacijom, rizičnom mladeži, osobama s shizofrenijom te kao metoda za uklanjanje ili smanjenje stresa (Koch i sur., 2014).

2.7.1. Uporaba terapije plesom i pokretom kod starije populacije

Fizička neaktivnost često je uočena kod populacije starije od 60 godina. Nedostatak fizičke aktivnosti doprinosi raznim nepovoljnim stanjima i potencijalnim bolestima, uključujući pretilost, rak, koronarne bolesti srca, atrofiju mišića, cerebrovaskularne poremećaje i bolesti, probleme cirkulacije te opću slabost. Na sreću, uključivanje fizičke aktivnosti u svakodnevni život, efektivna je metoda prevencije, kontrole te uklanjanja pojedinih zdravstvenih stanja. Iz tog je razloga važno smanjiti fizičku neaktivnost kod starije populacije (Hwang i Braun, 2015). No, iako velika većina starije populacije ima pozitivne stavove prema fizičkoj aktivnosti i njenim dobrobitima, faktori kao što su karakteristike osobe koja preporučuje upotrebu fizičke aktivnosti u svakodnevnom životu, okruženje u kojem se starije osoba nalazi, troškovi određene fizičke aktivnosti te briga o sigurnosti, utječu na njihovo ponašanje prema određenoj fizičkoj aktivnosti (Hwang i Braun, 2015). Daljnje barijere koje su se pokazale ključnima u kočenju fizičke aktivnosti kod starije populacije uključuju sniženu samo-efikasnost, prethodno postojeća medicinska stanja i dijagnoze, fizička ograničenja, nedostatak vremena te utjecaj kulturnih obilježja. Ples ima potencijala biti atraktivna fizička aktivnost koja može biti prilagođena kako bi odgovarala širokoj populaciji, uključujući dob, kulturu i moguća ograničenja pokreta (Hwang i Braun, 2015).

Naime, terapije plesom i pokretom nudi pristupačan način za sudjelovanje starijih osoba. Može pospješiti mobilnost dijelova tijela te pomoći zadržati određen stupanj aktivnosti. Može proširiti i produbiti samosvijest i pomoći pri razvoju realne slike tijela. Njene dobrobiti također uključuju mogućnost strukturalnog tjelesnog poravnanja i ublažavanje bolnih i kroničnih tenzija u određenim dijelovima tijela, koje se mogu javiti kod starije populacije. Terapija plesom i pokretom pospješuje i funkciju respiratornog i skeletnog sustava te cirkulaciju (Fersh, 1982). U pogledu psihosocijalne dimenzije starenja, ona je najčešće obilježena višestrukim gubicima. Gubici uključuju smrt supružnika, prijatelja ili članova obitelji, no također i gubitak, odnosno opadanje, zdravstvenog stanja te gubitak prihoda, statusa i mogućnosti sudjelovanja u društvu. Starije osobe stoga imaju potrebu izraziti svoje emocije koje su posljedica raznih gubitaka, a neki od njih imaju potrebu ponovno otkriti svrhu vlastitog postojanja (Fersh, 1982). Terapija plesom i pokretom omogućuje starijim osobama proraditi emocije te pridonijeti ponovnom jedinstvu uma i tijela.

Pojedince treba poticati da sudjeluju u aktivnostima koje naglašavaju njihove sposobnosti radije nego njihova ograničenja, pošto sudjelovanje u takvim aktivnostima dovodi do doživljavanja pozitivnih emocija (Fersh, 1982). Starije osobe mogu doživjeti osjećaj vitalnosti kroz spontanu ekspresiju pokreta. Izolacija starijih osoba se na taj način može ublažiti, dok se istovremeno njeguju samopouzdanje i samopoštovanje. Na spiritualnom nivou, terapija plesom i pokretom omogućuje doživljaj transcendentalnog iskustva. To može biti od posebne važnosti starijim osobama, kojima je, suočavajući se s neizbježnim krajem koji im se bliži, potreban pozitivan izvor podrške i unutarnje snage. Terapija plesom i pokretom nudi starijim osobama mogućnost povezivanja s energetskom silom koja podupire kozmički kontinuitet života (Fersh, 1982).

Hwang i Braun (2015) proveli su pregled postojeće literature kojim su nastojali istražiti postoje li, te koje su beneficije uporabe plesa kao fizičke aktivnosti kod starije populacije. Istraživanja uključena u pregled literature bavila su se utjecajem različitih vrsta i stilova plesa, uključujući jazz, pop, dvoranske plesove (foxtrot, salsa, tango, bolero, swing, polka, cha-cha, valcer i merengue), suvremeni te narodni ples (grčki, turski, korejski i kantonski). Rezultati pregleda postojeće literature pokazali su kako ples, neovisno o svojoj vrsti ili plesnom stilu, može značajno poboljšati mišićnu snagu i izdržljivost, ravnotežu te ostale aspekte funkcionalne sposobnosti kod starije populacije. Studije uključene u pregled literature pokazale su pozitivan utjecaj plesa na fleksibilnost, snagu i izdržljivost mišića, ravnotežu i kardiovaskularnu izdržljivost (Hwang i Braun, 2015).

Uz to što ples pruža fizičke dobrobiti kroz fizičku aktivnost koja je potrebna kako bi se izveo plesni pokret, ples uključuje emocije, socijalnu interakciju, senzornu stimulaciju, motoričku koordinaciju i glazbu. Rezultati istraživanja (Kattenstroth i sur., 2010) pokazali su pozitivan utjecaj dugogodišnje plesne intervencije na koncentraciju i pažnju u usporedbi s kontrolnom skupinom. Istraživanje je pokazalo kako je plesna grupa pokazala znatno bolje funkcioniranje u svakodnevnom životu u usporedbi s kontrolnom skupinom, no, ipak nisu sve funkcije značajno bolje očuvane kod starije populacije koja se bavila plesom, u odnosu na kontrolnu skupinu. Naime, ples nije univerzalan alat koji može spriječiti sve učinke starenja, te one funkcije koje značajne opadaju s dobi to čine i kod starijih osoba koje se aktivno bave plesom. No, individualne predispozicije, zajedno s plesnom intervencijom, također imaju značajan utjecaj na opseg kognitivnih i senzornih dobrobiti koje ples može donijeti (Kattenstroth i sur., 2010).

Pošto je populacija starijih osoba sačinjena od raznolike skupine pojedinaca s različitim sposobnostima i razinama funkcioniranja, važno je da terapeut bude svjestan razlika u sposobnosti sudionika u terapiji. Važno je pronaći odgovarajući pristup i tehnike koji će biti u skladu s potrebama i sposobnostima pojedinca (Fersh, 1982). Kod starije populacije, svakako se trebaju uzeti u obzir i moguće različite vrste invalidnosti te kognitivne disfunkcije. Što se tiče organskih sindroma i bolesti koje zahvaćaju živčani sustav, osobe njima zahvaćene najčešće usmjeravaju svoju pažnju na temeljne informacije iz okoline, kao što su vrijeme, mjesto i osoba. Plesne teme koje se bave godišnjim dobima, vremenom, blagdanskim aktivnostima i interakcijama 'sada i ovdje' mogu biti korisne za kognitivnu stimulaciju (Fersh, 1982). U tom se slučaju mogu koristiti pokreti koji oponašaju stvarne aktivnosti, primjerice, oponašanje pokreta zabacivanja štapa za pecanje, gađanje loptice za bejzbol, plivanje, branje jabuka, valjanje tijesta za kruh ili pak oponašanje klizanja na ledu, mogu pospješiti lucidnost kod pojedinca. Pokreti također mogu poslužiti kao sredstvo za pobuđivanje prošlih sjećanja kroz asocijaciju s fizičkim iskustvom. Dugotrajno pamćenje je puno bolje očuvano kod organskih sindroma nego kratkotrajno pamćenje, te stoga oživljavanje prošlih iskustava može poboljšati trenutnu percepciju realnosti. Pokreti povezani sa svakodnevnim aktivnostima, kao što je oponašanje pranja ili vješanja rublja, mogu pospješiti motivaciju za samostalnim funkcioniranjem (Fersh, 1982). Korištenje raznih rekvizita omogućuje senzornu stimulaciju u trodimenzionalnom smislu. U tom kontekstu, starija osoba može izvesti pokret koji je povezan s određenim rekvizitom. Improvizacija pokreta koristeći se predmetima različitih mirisa (npr. cvijeće, parfem, sapun) ili različitih tekstura (npr. svila, brus-papir, gaza) može pomoći oživjeti

sjećanja važnih događaja iz života pojedinca, kao što je vjenčanje ili slavlje zaruka. Drugi rekviziti, kao što je elastična guma ili obruč, imaju više različitih funkcija te potpomažu pokret, svijest o okolini i grupnu interakciju. Elastična guma može se primjerice koristiti kako bi povezala sve članove grupe (Fersh, 1982). Stariji ljudi mogu biti spremniji pokušati izvesti određeni pokret u grupi koji inače ne bi izveli samostalno, kao što je savijanje, ljuljanje sa strane na stranu ili podizanje nogu. Kod starije populacije je također moguća pojava i emocionalnih poteškoća. U tom se slučaju terapeuti koji rade sa starijom populacijom mogu usmjeriti na emocionalne probleme kao što su ljutnja, strah, frustracija, tuga, impotencija, usamljenost, bol, umor, osjećaj bezvrijednosti, osjećaj odbačenosti i krivnja. Nakon što je osoba pronašla i osmislila pokrete koje omogućuju ekspresiju ovih snažnih emocija, terapeut može početi raditi prema cilju osobne dobrobiti. Primjerice, ako starija osoba pati od depresije, terapeut može istraživati razloge koji su doveli do depresije, pokušavajući kroz pokret potaknuti identifikaciju i ekspresiju emocija koje su popratne kod depresije (Fersh, 1982).

3. Demencija

Demencija je zajednički naziv za različite degenerativne bolesti mozga koje pogađaju približno 35.6 milijuna cjelokupne svjetske populacije. Bolest pogađa funkcije pamćenja i mišljenja, ponašanje, emocije, socijalne vještine cjelokupno funkcioniranje osobe (Chen i sur., 2000). Demencija najčešće rezultira smrću 5 do 10 godina nakon nastupanja bolesti. Ova progresivna bolest budi osjećaje frustracije, depresije, anksioznosti i gubitka kontrole, gubitak vlastitog sebstva te u kasnijem stadiju bolesti dovodi i do separacije uma i tijela (Goldstein-Levitas, 2006). Pošto trenutno ne postoje preventivne mjere ili tretmani koji bi usporili patološke procese koji se događaju kod demencije, intervencije koje imaju mogućnost odgode invaliditeta i gubitak samostalnosti kod osobe, od vrlo su velike važnosti (McLaren i sur., 2013).

Iako su demencije široka skupina bolesti, ono što ih ujedinjuje jest činjenica da svaki od tipova ove bolesti čini se ima dugačak (5 do 10 godina) preklinički period tijekom kojeg je bolest aktivna, no nije klinički i medicinski prepoznatljiva. Tijekom prekliničkog razdoblja, bolest se može manifestirati jedino kroz vrlo suptilne promjene koje mogu biti identificirane kroz biokemijske i bihevioralne studije te kroz neuroimaging (Anderson i Oderkirk, 2015).

3.1. Neurokognitivni poremećaji

Prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja Američkog psihijatrijskog udruženja (*American Psychiatric Association*, 2013) terminu demencije pridodan je i novi ekvivalent: veliki neurokognitivni poremećaj, no termin demencija se i dalje koristi u širokoj primjeni. Termin demencija se najčešće koristi kod poremećaja kao što su degenerativne demencije, koje pogađaju stariju populaciju, dok termin neurokognitivni poremećaj ima bolju primjenu, te se široko koristi kod stanja koja pogađaju mlađu populaciju, kao što je, primjerice neurokognitivni poremećaj kao posljedica infekcije HIV-om.

Prema DSM-V klasifikaciji, neurokognitivni se poremećaji mogu podijeliti u značajne i blage. Prema dijagnostičkom kriteriju, blagi neurokognitivni poremećaj dijagnosticiran je u slučaju dokaza postojanja blagog kognitivnog opadanja u usporedbi s prijašnjom razinom funkcioniranja u jednom ili više kognitivnih područja (pažnja, izvršne funkcije, učenje i pamćenje, jezik, perceptivno-motoričko područje ili socijalna kognicija). U slučaju blagog neurokognitivnog poremećaja, kognitivni deficiti ne utječu na samostalnost osobe u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti, primjerice složene aktivnosti svakodnevnog života, poput plaćanja

računa, su održane, no veći stupanj truda, kompenzacijskih tehnika ili prilagodbi mogu biti potrebni osobi. Kriteriji koji također moraju biti zadovoljeni da bi blagi neurokognitivni poremećaj bio dijagnosticiran jest da se kognitivni deficiti ne javljaju samo u kontekstu delirija te ne mogu biti bolje objašnjeni dijagnozom nekog drugog mentalnog poremećaja. Značajan neurokognitivni poremećaj dijagnosticiran je kada postoje dokazi značajnog kognitivnog odstupanja od prijašnje razine funkcioniranja u jednom ili više kognitivnih područja (pažnja, izvršne funkcije, učenje i pamćenje, jezik, perceptivno-motoričko područje ili socijalna kognicija). Kognitivni deficiti utječu na samostalnost u svakodnevnim aktivnostima, na način da je osobi potrebna pomoć i podrška u obavljanju istih. Idući kriterij koji treba biti zadovoljen kako bi bila uspostavljena dijagnoza značajnog kognitivnog poremećaja, jest da se kognitivni deficiti ne javljaju samo u kontekstu delirija. Također, kognitivni deficiti ne mogu bolje biti objašnjeni nekim drugim mentalnim poremećajem (npr. velikim depresivnim poremećajem ili shizofrenijom).

3.2. Etiologija

Prema Internacionalnoj klasifikaciji bolesti (Svjetska zdravstvena organizacija, 2016) demencija pripada organskim (uključujući simptomatske) poremećajima. U sklopu mentalnih poremećaja, demencija se može javiti kao posljedica:

1. Demencija kod Alzheimerove bolesti. Alzheimerova bolest degenerativna je bolest živčanog sustava nepoznate etiologije, s karakterističnim neuropatološkim i neurokemijskim značajkama. Demencija kod Alzheimerove bolesti se nadalje može podijeliti na demenciju u Alzheimerovoj bolesti s ranom (prije 65.godine života) ili kasnom pojavom (nakon 65. godine života), demencija kod Alzheimerove bolesti mješovitog ili atipičnog tipa te demencija u Alzheimerovoj bolesti, nespecificirana.
2. Vaskularna demencija. Vaskularna demencija posljedica je moždanog infarkta koji se javlja zbog vaskularne bolesti, uključujući i hipertenzivsku cerebrovaskularnu bolest. Infarkti koji se javljaju su najčešće manji, no kumulativni su u svojem utjecaju. Pojava ovog tipa demencije je najčešće u poodmakloj dobi. Ova vrsta demencije uključuju više podtipova: vaskularna demencija akutnog nastanka, multi-infarktna demencija, subkortikalna vaskularna demencija, kombinirana kortikalna i subkortikalna vaskularna demencija, druge vaskularne demencije te vaskularna demencija, nespecificirana.
3. Demencije koje se pojavljuju u kombinaciji s drugim bolestima. Pojava demencije kod ovih bolesti može biti u bilo kojem periodu života, no pojava je rijetka u starijoj dobi.

Ovoj skupini demencija pripadaju: demencija kod Pickove bolesti, demencija kod Creutzfeldt-Jakobove bolesti, demencija kod Huntingtonove bolesti, demencija kod Parkinsonove bolesti, demencija kod HIV-a, te demencija kod drugih bolesti (epilepsije, multiple skleroze, neurosifilisa, bolesti Levijevih tijela, itd.).

4. Nespecificirane demencije.

Nadalje, povišene razine kortizola u osobi, pokazuju povezanost s vrlo brзом progresijom u demenciji. Povišene razine kortizola u dugom trajanju kod starije populacije predviđaju smanjenje hipokampalnog volumena, te tako rezultiraju u siromašnoj izvedbi memorijskih zadataka (Ho i sur., 2015). Abnormalne razine kortizola češće su viđene kod osoba s umjerenom demencijom, dok su relativno nepromjenjive razine kortizola viđene u teškim slučajevima demencije (Kovach i sur., 2011).

3.3. Dijagnoza demencije

Prilikom klasifikacija demencija, također se uzima u obzir i moguća pojava popratnih simptoma, te prema tome demencije možemo podijeliti na demencije:

- bez dodatnih simptoma,
- s drugim simptomima, predominantno deluzije
- s drugim simptomima, predominantno halucinacije,
- s drugim simptomima, predominantno depresivnim,
- s drugim mješovitim simptomima (SZO, 2016).

U obzir se uzima i ozbiljnost, odnosno težina demencije, te tako ona može biti:

- blaga
- umjerena
- teška (SZO, 2016).

Da bi dijagnoza demencije bila potvrđena, trebaju biti zadovoljeni određeni uvjeti (SZO, 2016):

1.1. Opadanje u funkciji pamćenja, koje je najvidljivije u području usvajanja novih informacija, iako u težim slučajevima demencije, sjećanje i dosjećanje prijašnje naučenih, informacija, također može biti pogođeno. Teškoće u pamćenju vidljive su podjednako u verbalnom i neverbalnom području. Ozbiljnost opadanja funkcije pamćenja podijeljeno je u tri kategorije:

- Blago opadanje pamćenja dovoljno je da ometa obavljanje svakodnevnih aktivnosti, iako ne utječe na sposobnost osobe da samostalno živi. Glavna komponenta pamćenja koja je pogođena jest usvajanje novih sadržaja. Primjerice, osoba ima poteškoća u pohrani i prisjećanju informacija potrebnih za svakodnevni život, kao što je odlaganje predmeta i kasnije zaboravljanje gdje su sklonjeni te prisjećanje socijalnih dogovora.
- Umjereno opadanje funkcije pamćenja predstavlja ozbiljnu prijetnju samostalnom življenju. Jedino vrlo dobro naučeni ili poznati sadržaji, zadržani su u pamćenju. Novostečene informacije zadržane su u pamćenju sporadično i na vrlo kratak vremenski period. Osoba nije u mogućnosti prisjetiti se osnovnih informacija o tome gdje živi, što je nedavno radila ili pak imena članova porodice.
- U vrlo teškom slučaju opadanja funkcije pamćenja kod demencije, osoba nije u mogućnosti zadržati nove informacije. Samo fragmenti prijašnje naučenih informacija ostaju u pamćenju. Osoba nije u mogućnosti prepoznati niti najbliže članove porodice.

1.2. Opadanje sposobnosti u drugim kognitivnim funkcijama karakterizirano poteškoćama i patološkim promjenama u prosudbi i razmišljanju, kao što je planiranje, organiziranje i procesiranje informacija. Opadanje sposobnosti u ostalim kognitivnim funkcijama, također je podijeljeno u tri kategorije, od blagog prema težem slučaju:

- Blago opadanje u kognitivnim sposobnostima uzrokuje poteškoće u svakodnevnom životu, ali pojedinac ne ovisi o drugim ljudima. Složenije dnevne zadatke ili aktivnosti rekreacije, pojedinac ne može obavljati.
- Umjereno opadanje u kognitivnim sposobnostima uzrokuje nemogućnost pojedinca za samostalno funkcioniranje u izvođenju svakodnevnih aktivnosti kao što su nabavka namirnica i rukovanje novčanom valutom. U kućanstvu, osoba je u mogućnosti obavljati samo najjednostavnije zadatke. Raznolikost i opseg aktivnosti koje osoba može obavljati, vrlo su sužene i teško održive.

- Teško slučaj opadanja ostalih kognitivnih funkcija, karakteriziran je odsustvom razumljivih koncepata.
2. Očuvana svijest o okolini (npr. odsustvo zamagljenosti svijesti) tijekom dovoljno dugog perioda.
 3. Opadanje emocionalne kontrole ili motivacije, ili promjene u socijalnom ponašanju, manifestirane kroz minimalno jedan od sljedećih stanja: emocionalna labilnost, iritabilnost, apatija ili neprihvatljivo socijalno ponašanje
 4. Kako bi klinička dijagnoza bila sa potpunom sigurnošću uspostavljena, kriteriji koji opisuju opadanje funkcije pamćenja te ostalih kognitivnih funkcija, trebaju biti prisutni minimalno šest mjeseci (SZO, 2016).

3.4. Prevalencija

Prevalencija neurokognitivnog poremećaja varira, odnosno razlikuje se kad se kriteriji dobi i etiološkog podtipa uzmu u obzir. Među pojedincima starijim od 60 godina, prevalencija se eksponencijalno povećava s dobi. Prevalencija demencije (tj. velikog neurokognitivnog poremećaja) u cjelokupnoj populaciji je između 1 i 2 posto, u dobi od 65 godina, te čak 30 posto do dobi od 85 godina. Procjena prevalencije blagog neurokognitivnog poremećaja među starijom populacijom izrazito varira, u rasponu od 2 do 10 posto u dobi od 65 godina, te u rasponu od 5 do 25 posto do 85. godine (*American Psychiatric Association*, 2013).

3.5. Prevencija

Prema dosadašnjim medicinskim saznanjima, kod pojedinih je oblika demencija moguća prevencija. Pošto se smatra da će demencija u budućnosti predstavljati ozbiljan problem pošto će, već sad visoka prevalencija, biti dva puta veća, obveza je zdravstvenog i socijalnog sustava rješavati moguća kognitivna opadanja starijeg stanovništva kroz uporabu farmakoloških terapija u kombinaciji s nefarmakološkim mjerama zaštite (Žikić i sur., 2009).

Istraživanja te samo iskustvo medicinske prakse, pokazuju kako je kod osoba s velikim prethodnim znanjem i visokim stupnjem obrazovanja te osobe sa širokim spektrom interesa, manja pojava demencije u starijoj dobi. Nadalje, svakodnevna fizička aktivnost u trajanju od najmanje pola sata, u kombinaciji sa izbjegavanjem pušenja, kako aktivnog, tako i pasivnog, značajno utječu na održavanje optimalnih kognitivnih funkcija (Žikić i sur., 2009). Nadalje,

raznolika ishrana svježim namirnicama bogatim vitaminima i mineralima (Žikić i sur., 2009), te općenito zdrava prehrana, koja uključuje pretežito mediteransku hranu (riba, maslinovo ulje, cjelovite žitarice, voće i povrće te orašasti plodovi) pridonosi prevenciji demencije (Mimica, 2016).

Nadalje, valja uzeti u obzir i rizične čimbenike koji mogu doprinijeti razvoju demencije, a koji se u pojedinim slučajevima mogu spriječiti. Osobe s težom povredom glavu imaju veću šansu za razvoj (Alzheimerove) demencije. Nadalje, osobe starije od 60 godina koje boluju od dijabetesa, čak dvostruko češće razvijaju demenciju. Uz dijabetes, povišen kolesterol smatra se rizičnim faktorom za razvoj demencije. Visoki krvni tlak, uz ostale rizike za nastanak srčanih i kardiovaskularnih bolesti, doprinose nastanku demencije. Stoga se može reći kako izbjegavanje ozljeda te kontroliranje visokog šećera, kolesterola i krvnog tlaka svakako može doprinijeti smanjenom riziku nastanka ove opasne bolesti (Mimica, 2016). Ono što se također smatra vrlo važnim u smanjenju rizika jest i kognitivna aktivnost. Kognitivna aktivnost može se stimulirati na razne načine, a neki od primjera su igranje društvenih igara, rješavanje križaljki, rebusa i ostalih stimulirajućih igara (Mimica, 2016).

3.6. Simptomi demencije

Osobe koje su pogođene ovom bolešću, mogu imati različite simptome, uključujući: gubitak pamćenja, nemogućnost pronalaska pravih riječi u odgovarajućem trenutku, poteškoće u razumijevanju sugovornika, poteškoće u obavljanju jednostavnih, svakodnevnih zadataka, česte promjene raspoloženja ili čak potpune promjene osobnosti. Popratna stanja koja se mogu javiti u kombinaciji s neurokognitivnim poremećajem su psihotični simptomi, depresija, anksioznost, agitacija, bihevioralni simptomi (kao što su poremećaji spavanja: insomnija, hipersomnija, poremećaji ciklusa spavanja), apatija (Chiu i sur., 2006). Ovi simptomi onemogućuju osobi komuniciranje s okolinom, utječu na njenu uključenost u aktivnosti zajednice te mogu dovesti do apatije i/ili agresivnosti ili pak depresije (Chen i sur., 2000). Susretanje s kognitivnim, emocionalnim ili socijalnim izazovima može povećati rizik pojavljivanja neprihvatljivih načina ponašanja kao što su uznemirenost, lutanje ili dezinhibicija (Shaji i sur., 2009; Krishnamoorthy i Anderson, 2011).

Kod, u prosjeku 5 od 6 osoba s demencijom, s napretkom bolesti javljaju se bihevioralni i psihološki simptomi. Ti su simptomi snažno povezani i međusobno utječu jedni na druge. Kod 20 % osoba s demencijom, kod kojih inicijalno bihevioralni simptomi nisu bili prisutni, isti će

se pojaviti dvije godine nakon inicijalne dijagnoze. Nadalje, kod najmanje 50 % osoba s demencijom simptomi su vidljivi na mjesečnoj bazi. Simptomi poput nadraženosti, u kombinaciji s depresijom, svakako dovode u pitanje provedbu raznih aktivnosti i sudjelovanje u socijalnim odnosima koje je osoba prethodno njegovala te tako pridonose osjećaju nemoći i tuge kod same sobe s demencijom i njenih bližnjih (Abraha i sur., 2016).

Chiu i suradnici (2006) proveli su istraživanje s osobama koje boluju od demencije, kako bi utvrdili koji se bihevioralni i psihološki simptomi najčešće pojavljuju kod različitih tipova demencije. Rezultati su pokazali kako je najčešći simptom demencije poremećaji u aktivnosti. Najčešći problem poremećaja aktivnosti sudjelovanje je u nesvrshodnim aktivnostima, praćeno s lutanjem te sudjelovanjem u socijalno neprihvatljivim aktivnostima. Idući najčešći simptom, paranoidne su i deluzijske ideje, s paranojom/sumnjičavošću kao najčešćim simptomom među ovom skupinom simptoma. Nadalje, vrlo česti simptom čine anksioznost i fobije. Četvrti najčešći simptom, prema rezultatima istraživanja, jest agresivnost (Chiu i sur., 2006).

Uz poviše navedene simptome, uzrujanost se smatra jednim od simptoma koji vrlo često pojavljuje kada je riječ o demenciji, čak u 70 % slučajeva. Uzrujanost, tj. uznemirenost, može se opisati kao nemirno ponašanje ili neodgovarajuće verbalno i neverbalno ponašanje koje može dovesti do problema članovima obitelji, njegovateljima i široj okolini. Često je povezana s teretom koji njegovatelj osjeća, te može dovesti do sindroma pregorijevanja. Također, uznemirenost kod jedne osobe s demencijom može potaknuti uznemirenost kod drugih osoba s demencijom, ako je slučaj da svi korisnici žive zajedno (Ijaopo, 2017). Iako manifestacije bihevioralnih i psiholoških simptoma kod osoba s različitim tipovima demencije mogu imati različite uzroke, odnosno mogu biti pod utjecajem različitih faktora, njihov su primarni uzrok neurobiološke promjene koje se događaju u mozgu (Chiu i sur, 2006).

Nadalje, osobe s uznapredovanim stadijem demencije imaju oslabljenu funkciju imuniteta, poteškoće u kogniciji, te sniženu toleranciju na fizičke i psihosocijalne stresore. Iz razloga što fizički, okolinski i psihosocijalni stresori aktiviraju os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda, kako bi ona potaknula sekreciju kortizola, promjene u funkciji ove osi mogu utjecati na fizičke i emocionalne reakcije na stresore te daljnje ugroziti fizički i kognitivni status osobe (Kovach i sur., 2011).

3. 7. Metode liječenja demencije

Simptomi demencije se mogu tretirati koristeći se farmakološkim i nefarmakološkim metodama (Abraha i sur., 2016). Tijekom liječenja demencije, literatura u ovom području naglašava važnost tretmana koje stavljaju naglasak na holistički pristup, odnosno fizičke, emocionalne, socijalne, kognitivne i spiritualne procese koji su skloni promjeni prilikom nastupanja bolesti (Kitwood, 1993).

3.7.1. Farmakološke metode

U radu s osobama s demencijom, najčešće se koristi farmakološki pristup, no to nikako ne znači da je to nužno i najbolji pristup. Naime, kao i većina lijekova, lijekovi koji se koriste prilikom liječenja osoba s demencijom, mogu imati razne nuspojave, uključujući pretjeranu tromost osobe, moguće padove te čak mogu doprinijeti sniženoj kvaliteti života i blagostanju, te mogu pogoršati i ubrzati kognitivno opadanje osobe. Neprikladno i nepotrebno prepisivanje lijekova osoba s demencijom, postao je značajni problem te su čak više od 40 % osobama s demencijom koji žive u ustanovama za brigu i njegu u razvijenom zemljama, pripisani neuroleptici (Douglas i sur., 2004). Uz neuroleptike, najčešće se prepisuju i antidepresivi, sedativi/hipnotici te anksiolitici. Američka Agencija za hranu i lijekove nije odobrila ni jedan lijek koji bi se mogao posve sigurno koristiti u tretmanu neuropsihijatrijskih simptoma, no izdali su nekoliko važnih obavijesti i upozorenja, uključujući povećan rizik od moždanog udara i smrtnosti asociran s korištenjem nekih od lijekova (osobito antipsihotika) kod starije populacije s demencijom (Ijaopo, 2017). Iako inhibitori kolinesteraze mogu poboljšati određene aspekte kognitivnih i bihevioralnih funkcija kod pojedinih pacijenata, klinički utjecaj (djelovanje) ovih lijekova ostaje skroman i kontroverzan (McLaren i sur., 2013). Ograničena efikasnost farmakoloških intervencija stavlja važan naglasak na ulogu njegovatelja i ne farmakoloških strategija u brizi i njezi za stariju populaciju s demencijom. Termin ne farmakološke metode, zajednički je naziv za širok spektar usluga koje se pružaju pacijentu, njegovim njegovateljima i članovima obitelji (McLaren i sur., 2013).

3.7.2. Nefarmakološke metode

Ne farmakološki pristup uključuje jednostavne i složene intervencije koje su najčešće kombinirane te se pružaju osobama u sklopu pristupa usmjerenom prema samoj osobi (Ijaopo, 2017). Mogu se podijeliti na standardne i alternativne terapije. Standardne terapije uključuju bihevioralnu i realitetnu terapiju, terapiju prizivanja sjećanja te terapiju potvrđivanja vlastite vrijednosti (Douglas i sur., 2004). Drugi način podjele ne farmakoloških intervencija usmjerenih na tretiranje bihevioralnih i psiholoških simptoma, uključuje i podjelu na: intervencije za senzornu stimulaciju, kognitivnu stimulaciju te intervencije koje se usredotočuju na izražavanje emocija (poput terapije prizivanja sjećanja ili čiji je cilj pospješiti osjećaj vlastite vrijednosti) (Abraha i sur., 2016). Također se koriste i tehnike koje za cilj imaju upravljanje i reguliranje ponašanja, te druge intervencije kao što su tjelovježba i korištenje kućnih ljubimaca u terapijske svrhe. Intervencije senzorne stimulacije koje se mogu koristiti za tretiranje bihevioralnih i psiholoških simptoma kod osoba s demencijom uključuju akupunkturu i aroma terapiju, masažu, terapiju svjetlom, stimulaciju senzornim vrtom, kognitivnu stimulaciju, terapiju plesom i pokretom te glazbenu terapiju i pjevanje, snoezelen terapiju i TENS terapiju (Abraha i sur., 2016). Nažalost, nefarmakološke intervencije, iako je njihova svjetska popularnost i uvriježenost u porastu, i dalje nisu u potpunosti prihvaćene u kliničkoj praksi (Ijaopo, 2017).

U posljednje vrijeme, znanstvenici pridaju veću važnost tjelovježbi i glazbenim aktivnostima tvrdeći kako one mogu potaknuti plastičnost mozga te ublažiti kognitivne i tjelesne teškoće kod mnogih neuroloških poremećaja, uključujući demenciju (Dhami i sur., 2015). Različite intervencije, kao što su aerobik, vježbanje ravnoteže i fleksibilnosti te druge vrste tjelovježbe pokazuju pozitivan utjecaj na funkcioniranje i kvalitetu života osobe, te doprinose odgodi opadanja izvršnih funkcija, barem na kraći period. (McLaren i sur., 2013). Prema rezultatima istraživanja, dokazano je kako hipokampus, moždana struktura odgovorna za funkciju pamćenja, te je jedna od prvih struktura koja počinje propadati prilikom nastupanja demencije, proporcionalno povećava svoj volumen ovisno o količini vježbanja, što dovodi do zaključka kako aktiviranje neurohormonskih mehanizama kroz vježbanje može inducirati kognitivni boljitak (Ho i sur., 2015). No, korištenje tih metoda također ima određena ograničenja te je nužno pronaći druge potencijalne vrste tretmana i terapija (Dhami i sur., 2015).

Ples može biti korisna alternativa glazbenim i tjelesnim aktivnostima koja se može koristiti u neurorehabilitaciji. Kao fizička aktivnost, ples može poboljšati tjelesno

funkcioniranje, no također, drugi plesni elementi mogu imati pozitivan utjecaj na kognitivnu stimulaciju. Usporedba između plesača i kontrolne skupine dovela je do zaključka kako plesni trening nema samo pozitivan učinak na posturu i ravnotežu kod plesača u odnosu na kontrolnu skupinu, već i na kogniciju, uključujući i područja pamćenja. Utvrđeno je kako profesionalni plesači imaju strukturalno drugačije senzimotorne mreže u živčanom sustavu te također strukturalne razlike u hipokampusu. Nalazi istraživanja sugeriraju kako plesni trening može postići plastične promjene na mozgu (Dhami i sur., 2015). Ples se može smatrati idealnom kombinacijom fizičke i kognitivne stimulacije, odnosno vrste multimodalnog treninga. Studije oslikavanja mozga pokazale sveobuhvatnu moždanu aktivnost tijekom uvježbavanja plesnih pokreta (Dhami i sur., 2015).

3.7.3. Biopsihosocijalni model i osobno usmjereni pristup kod demencije

Spector i Orrell (2010), predložili su revidirani verziju biopsihosocijalnog modela demencije koji raščlanjuje psihosocijalne i biološke procese, s ciljem boljeg razumijevanja njihovog međusobnog odnosa. Njihova verzija biopsihosocijalnog modela također dijeli i faktore koji utječu na bolest i njenu pojavu u dvije skupine: one sklone promjenama i ustaljene faktore, odnosno aspekte koji se odnose na povijest bolesti, genetiku, i rizične faktore te stoga nisu sklone promjenama. Primjeri promjenjivih psihosocijalnih faktora uključuju kognitivnu stimulaciju, raspoloženje, strategije suočavanja, psihologiju osobe i socijalnu okolinu, dok su ustaljeni psihosocijalni faktori usko vezani s crtama ličnosti osobe, prijašnjim životnim događajima te edukacijom. Ovaj biopsihosocijalni model nastoji potaknuti zdravstvene djelatnike i istraživače u ovome području, da na demenciju gledaju kao na promjenjivo stanje, gdje je promjena, prilagodba te poboljšanje, moguće (Spector i Orrell, 2010). Iako njihov model još uvijek nije empirički testiran, nudi opsežan i razumljiv okvir, u kojem je demencija i njezin utjecaj na osobu i njenu okolinu prikazan kao proces, a ne samo kao (neophodan i negativan) krajnji produkt, te time dopuštajući intervencijama da utječu na taj proces (Spector i Orrell, 2010).

Važnost uključivanja iskustva osoba s demencijom te nastojanje da se razumije njihovo gledište, postalo je značajno tijekom 1990-ih godina. Tom Kitwood svakako je imao veliki doprinos, ustanovivši koncept osobno-usmjerene njege za osobe s demencijom, u kojem osoba s demencijom čini glavni temelj tretmana (Kitwood, 1993). Njegovo mišljenje bilo je kako je psihološko stanje osobe s demencijom pod utjecajem gledišta socijalne okoline koja o osobi skrbi. Prema njegovom mišljenju, klinička manifestacija demencije može se pojaviti kao

posljedica složene interakcije osobnosti, biografije, tjelesnog zdravlja, neuroloških oštećenja i socijalne psihologije (Kitwood, 1993). Kvaliteta i osjećajnost u interpersonalnom odnosu osobe s demencijom i njegovatelja, jedna je od ključnih stavki osobno-usmjerenog odnosa. Te su komponente također važne i u glazbenoj terapiji te u terapiji plesom i pokretom gdje je građenje odnosa kroz glazbenu ili plesnu interakciju u središtu terapijske intervencije (McDermott i sur., 2014). Njihov je cilj poboljšanje osjećaja sebstva i sprečavanje njegovog gubitka kod osoba s demencijom (Wilkinson i sur., 1998). Ove metode naglašavaju važnost senzornih i afektivnih iskustava te potiču samo-ekspresiju i socijalizaciju. Unatoč kognitivnoj deterioraciji, afektivni odgovori kod osoba s demencijom mogu ostati relativno očuvani te stoga osobe koje boluju od demencije često doživljavaju razdoblja vrlo izražene frustracije, anksioznosti, tuge, ljutnje i nadraženosti. Iako afektivnost ostaje uglavnom intaktna, osobe s demencijom gube sposobnost izražavanja svojih osjećaja na koherentan način. Kreativne terapije pružaju mogućnost organiziranijeg izražavanja osjećaja kroz uporabu metafora (Wilkinson i sur., 1998).

4. Primjena terapije plesom i pokretom u prevenciji demencije

Kako se broj starijih osoba u suvremenom društvu povećava i kako učestalost demencija eksponencijalno raste, oduprijeti se kognitivnom opadanju koje dolazi s poodmaklom dobi, izazovan je ali i važan problem zemalja razvijenog svijeta. Naime, iako pojedina istraživanja ukazuju na poboljšanje u kognitivnim funkcijama s dobi, većina njih ipak pokazuje opadanje u kognitivnim sposobnostima kao i u području percepcije, pamćenja i motorike (Coubard i sur., 2011). Ipak, način na koji kognitivne funkcije opadaju s dobi, nije uniforman. Pošto prefrontalna područja mozga pokazuju raniju deterioraciju, tako izvršne funkcije gube svoje sposobnosti ranije i u većoj mjeri nego što to čine funkcije povezane s drugim moždanim regijama (Coubard i sur., 2011). Izvršne funkcije uključuju veliki broj ponašanja koja su nam potrebna za svakodnevno funkcioniranje kao što su: postavljanje ciljeva, planiranje, svrsishodno ponašanje usmjereno ka cilju, odlučivanje te usmjeravanje i održavanje pažnje. Iako ove funkcije polako počinju opadati s poodmaklom dobi, ipak postoje načini i metode putem kojih se one mogu održati pri optimalnoj razini funkcioniranja ta na taj način spriječiti pojavu demencije. Preventivno se ples može koristiti kao sredstvo poboljšanja ovih funkcija.

Coubard i sur. (2011) proveli su istraživanje sa sudionicima u dobi od 65 do 83 godine kako bi usporedili učinkovitost korištenja motoričke aktivnosti na poboljšanje pozornosti kod starije populacije. Motoričke aktivnosti korištene u ovom istraživanju bile su: suvremeni ples, program prevencije padova koji se fokusira na poboljšanje ravnoteže i snage u donjim ekstremitetima kod starije populacije, te borilačka vještina Thai Chi Chuan kod koje je naglasak na razvijanju unutarnje energije i snage te poboljšanje ravnoteže i osjećaja smirenosti. Rezultati istraživanja pokazali su kako je program suvremenog plesa pozitivno utjecao na pozornost, što je bilo vidljivo putem boljih rezultata tijekom finalne procjene na zadatku promjene pravila u testu s kartama (Rule Shift Card Test), u odnosu na inicijalnu procjenu. Isti rezultat nije bio vidljiv tijekom finalne procjene nakon korištenja druge dvije motoričke aktivnosti. Prema tome, može se zaključiti kako se plesna improvizacija svakako može koristiti kao metoda koja pospješuje kognitivnu fleksibilnost kod tipične starije populacije, te na taj način prevenirati nastanak Alzheimerove bolesti i ostalih tipova demencije (Coubard i sur., 2011).

Osobe s višim stupnjem obrazovanja otporniji su na posljedice demencije pošto imaju veću kognitivnu rezervu te složenije neuralne sinapse. Kao i edukacija, sudjelovanje u slobodnim aktivnostima može utjecati na smanjenje rizika od pojave demencije kroz poboljšanje kognitivnih rezervi. Studije slučaja pokazuju kako starije osobe koje u većoj mjeri

sudjeluju u aktivnostima slobodnog vremena pripadaju skupini smanjenog rizika za pojavu demencije, u usporedbi s osobama koje su u istima sudjelovale u manjoj mjeri (Verghese i sur., 2003). Iako se putem dobivenih rezultata može zaključiti kako aktivnosti slobodnog vremena imaju zaštitnu ulogu kada je riječ o pojavi demencije, također je moguće i drugo objašnjenje. Naime, kod većine tipova demencije, postoji dug period polaganog opadanja kognitivnih sposobnosti prije nego li se dijagnoza demencije uspostavi. Smanjeno sudjelovanje u raznim aktivnostima tijekom ovog prekliničkog perioda može biti posljedica, a ne uzrok kognitivnog opadanja, kako se uglavnom smatra. Nadalje, početno intelektualno stanje osobe, njena razina obrazovanja te moguća depresija mogu dodatno zakomplicirati odnos između aktivnosti slobodnog vremena i same demencije (Verghese i sur., 2003).

Verghese i suradnici (2003) nastojali su istražiti utjecaj različitih tipova slobodnih aktivnosti na smanjenje rizika pojave demencije. Sudionici istraživanja bile su osobe u dobi od 75 do 85 godina. Aktivnosti čiji se učinak istraživao mogu se podijeliti na kognitivne i tjelesne aktivnosti. Kognitivne aktivnosti uključivale su čitanje, pisanje, rješavanje križaljki ili igranje društvenih igara, sudjelovanje u organiziranoj grupnoj diskusiji te sviranje glazbenih instrumenata, dok su tjelesne aktivnosti uključivale igranje tenisa ili golfa, plivanje, ples, tjelovježbu, sudjelovanje u timskim sportovima, obavljanje kućanskih poslova te čuvanje djece. Sve navedene aktivnosti, čija se učinkovitost istraživala i promatrala kroz dulji vremenski period, bile su aktivnosti u kojima su sudionici spontano sudjelovali u svom svakodnevnom životu. Rezultati istraživanja pokazali su kako, od kognitivnih aktivnosti, pozitivnu korelaciju sa smanjenim rizikom nastanka demencije pokazuju čitanje, igranje društvenih igara te sviranje glazbenih instrumenata. Jedina tjelesna aktivnost koja je pozitivno korelirala sa smanjenim rizikom pojave demencije bio ples (Verghese i sur., 2003).

5. Specifičnosti primjene terapije plesom i pokretom u ublažavanju simptoma demencije

S povećanjem broja osoba kojima je dijagnosticirana demencija, važno je prilagoditi psihoterapeutske intervencije i tretmane koji se temelje na aktivnoj ulozi pacijenata. (Hamill i sur., 2012). Posljednje smjernice donesene od strane NICE-a (National Institute for Health and Care Excellence -NICE, 2015) upućuju na važnost raznolikih metoda i pristupa u liječenju i radu s osobama s demencijom, uključujući i nefarmakološke metode. Takve metode, odnosno intervencije, mogu poboljšati ekspresiju emocija, stimulirati kognitivne funkcije s ciljem prevencije ili smanjenja psiholoških ili bihevioralnih poteškoća koje su često popratna pojava bolesti kako ona napreduje (Hamill i sur., 2012).

Brojna istraživanja pokazuju kako tjelovježba, rad na mišićnoj snazi te koordinacijske aktivnosti imaju pozitivan utjecaj na kognitivne sposobnosti. No, tjelesne aktivnosti u velikoj mjeri variraju u stupnju senzimotorne složenosti, kognitivnog zahtjeva koji je potreban za izvedbu aktivnosti, te u stupnju socijalne interakcije koja se od sudionika očekuje, te stoga se može zaključiti kako ublažavanje kognitivnog opadanja kod starije populacije svakako ovisi o vrsti vježbanja o kojemu je riječ (Borhan i sur., 2018). Ples stoga može biti korisna intervencija koja istovremeno može utjecati na poboljšanje kognitivnih i tjelesnih funkcija. Ples se sastoji od složenih elemenata, kao što su sinkronizacija pokreta s glazbom, pamćenje redoslijeda pokreta, te socijalne interakcije, za koju se smatra kako ima pozitivno djelovanje na kogniciju (Borhan i sur., 2018). Ples zahtjeva simultanu uključenost nekoliko kognitivnih i tjelesnih funkcija, poput percepcije, pažnje i motoričke vještine (Borhan i sur., 2018).

Terapija plesom i pokretom, može doprinijeti odgodi kognitivne deterioracije, poboljšanju raspoloženja i socijalne interakcije osoba s demencijom, kroz:

1. Korištenje pokreta s ciljem tjelovježbe ili plesnog izričaja
2. Korištenje glazbe
3. Terapeutski odnos
4. Pojedine specifične karakteristike terapije plesom i pokretom (Karkou i Meekums, 2017).

1. Korištenje pokreta

Pošto terapija plesom i pokretom koristi tijelo kao glavno sredstvo u radu s korisnicima, očekuje se da će prilikom ili nakon uporabe dijelova tijela tijekom tjelovježbe ili plesa, doći do određenih psiholoških promjena. Rezultati korištenja tjelovježbe u poboljšanju psihološkog funkcioniranja evidentni su u literaturi koja istražuje utjecaj programa tjelovježbe na funkcioniranje osoba s demencijom (Forbes i sur., 2015). Istraživanja na području uporabe plesa, pokazuju kako određeni plesni izričaji, kao što je tango, mogu pridonijeti prevladavanju patoloških promjena koji se događaju u mozgu i koje su povezane s ravnotežom i hodom kod osoba koje boluju od Parkinsonove bolesti (Hackney i sur., 2007). Tango kao plesna tehnika, dijeli mnogo elemenata s terapijom plesom i pokretom, uključujući čestu inicijaciju pokreta, raznolikost brzina pokreta, ritmičke varijacije, itd. (Hackney i sur., 2007). Istraživanja također pokazuju kako pojedinci koji redovito plešu, imaju manju sklonost razvoju demencije, odnosno pokazuju bolju izvedbu u funkciji pamćenja, u usporedbi s osobama koje nisu bile uključivane u nikakvu vrstu vježbanja (Carcel i sur., 2012). Plesni pokret također utječe i na sposobnosti proceduralnog pamćenja, te na motoričke i kognitivne vještine, te ga je moguće primjenjivati u radu s osobama s demencijom pošto je motoričko učenje vrlo dobro očuvano kod ove populacije (Harrison i sur., 2007).

2. Korištenje glazbe

Iako nije ključni **element**, česta je praksa koristiti glazbu tijekom terapije plesom i pokretom u radu s osobama s demencijom. Glazba pruža mnoštvo mogućnosti za auditivnu stimulaciju sa sposobnošću uključivanja emocionalnih i kognitivnih elemenata (Dhami i sur., 2015). Prema istraživanjima, glazba može imati pozitivan utjecaj na smanjivanje bihevioralnih simptoma kod demencije, može stimulirati verbalno izražavanje i poboljšati socijalno i emocionalno funkcioniranje (Karkou i Meekums, 2017). Može se koristiti čak i u kontekstu vrlo teškog oblika demencije. Njegovatelji osoba s demencijom i njihove obitelji naglasili su kako su slušanje glazbe, pjevanje i ples vrlo značajni u radu i provođenju različitih aktivnosti. Nadalje, sposobnost uživanja i cjenjena glazbe ostaje sačuvana čak i nakon što kognitivne sposobnosti počinju opadati (McDermott i sur., 2014). Iako glazba sama po sebi uspješno djeluje na kognitivnu stimulaciju, kombinacija plesa i glazbe može doprinijeti čak i većoj moždanoj aktivnosti, pošto za razliku od pasivnog slušanja glazbenih djela, kombinacija istih s izvođenjem plesnih pokreta svakako je kognitivno zahtjevnija. Usporedba plesa bez glazbe s izvođenjem plesnih pokreta uz glazbu, pokazala je kako ples uz glazbenu pozadinu aktivira

određene regije mozga, kao što su prednji vermis malog mozga, putamen te medijalni genikulatni korteks, regije mozga za koje se smatra da su uključene u sinkronizaciju pokreta s glazbenim ritmom tijekom plesa (Brown i Parsons, 2008). Za razliku od pasivnog slušanja glazbe koji ne zahtjeva podjelu pozornosti i pažnje na različite komponente u okolini, ples traži od pojedinca slušanje i procesuiranje glazbenih informacija te kretanje u prostoru u skladu s glazbenim djelom, što zahtjeva podjelu pažnje (Dhami i sur, 2015).

3. Terapeutski odnos

Terapeutski odnos može znatno utjecati na psihološke promjene kod klijenta. Primjerice, u verbalnoj psihoterapiji, utjelovljen odnos između terapeuta i klijenta, može imati značajan utjecaj na klijenta. U sklopu terapije plesom i pokretom, utjelovljeno znanje, tjelesna memorija i pridavanje smisla situacijama i stanjima, znatno je izraženo (Macaskie i sur., 2012). Nadalje, empatija, kao glavna komponenta terapeutskog odnosa, znatno se koristi u terapiji plesom i pokretom u obliku kinestetičke empatije (Meekums, 2012). Razvoj terapeutskog odnosa glavni je aspekt terapeutskog rada, a njegova je relacijska priroda od izrazitog značaja kada su kognicija, samopouzdanje, vlastiti identitet te orijentacija u vremenu i prostoru pod prijetnjom, kao što je to slučaj kod osoba s demencijom. Također je važno naglasiti kako je održavanje socijalnih i terapeutskih odnosa od velike važnosti u radu s osobama s demencijom. Razvoj terapeutskog odnosa je jedna od glavnih razlika između terapije plesom i pokretom i plesa koji se koristi u druge svrhe.

4. Specifične karakteristike terapije plesom i pokretom

Prema Karkou i Sanderson (2006), pozitivne promjene koje donosi terapija plesom i pokretom, mogu biti povezane s nekim od značajnih karakteristika terapije plesom i pokretom, posebice: utjelovljenjem, kreativnošću i improvizacijom, imaginacijom temeljenom na pokretu, korištenjem simboličkog pokreta i korištenjem pokreta kao oblika metafore. Metafore uključene u simbolički pokret mogu poslužiti kao važno sredstvo komunikacije kod osoba s demencijom (Young i sur., 2011). Kreativnost i improvizacija omogućuju osobama novi način bivanja u svijetu, bivanja sa samim sobom i u interakciji s drugima (Karkou i Sanderson, 2006), te to može dovesti do poboljšanja emocionalnog i socijalnog funkcioniranja. Simboli i metafore mogu pridonijeti emocionalnom distanciranju od uznemiravajućih sjećanja i osjećaja te također pružiti sigurno istraživanje kroz pokret koje može promijeniti kogniciju i osjećaje (Karkou i Meekums, 2017).

Kako demencija napreduje, tako osobe gube sposobnost procesuiranja senzornih informacija te sposobnost prilagodbe i uključivanja u okoline. Stoga mogu biti uočene posljedice senzorne deprivacije, kroz neprilagođeno ponašanje kao što su repetitivni pokreti, primitivna vokalizacija, agresija i lutanje, koji su često prisutni kod osoba s demencijom. Intervencije senzorne stimulacije kao što su eksploracija olfaktornih i taktilnih rekvizita te slušanje glazbe, promoviraju strukturirane, adaptivne odgovore na okolinu te značajnu interpersonalnu interakciju (Goldstein-Levitas, 2006). Senzorno stimulirajući predmeti kao što su rekviziti, glazba i zvučni efekti, često se koriste od strane terapeuta kako bi pridonijeli kognitivnoj stimulaciji te kako bi se potaknula interakcija i povezanost među članovima grupe. Geste koje klijenti čine koristeći se rekvizitima (šalovi, vrpce, itd.) potiču imaginaciju i sjećanja (Goldstein-Levitas, 2006).

5.1. Pregled dosadašnjih istraživanja u području primjene terapije plesom i pokretom s osobama s demencijom

U području primjene terapije plesom i pokretom u osoba s demencijom, proveden je određeni broj istraživanja koja se razlikuju se po svojoj metodološkoj valjanosti, broju sudioniku, vrsti terapijskog programa te trajanju terapije.

Jedno od istraživanja (Hokkanen i sur., 2008) o primjeni terapije plesom i pokretom kod osoba s demencijom uključivalo je 29 osoba s različitim tipovima demencija (Alzheimerova bolest, vaskularna demencija te nespecificirani tip demencije) koje su živjele domu za starije i nemoćne osobe. Osobe su bile podijeljene u kontrolnu i eksperimentalnu skupinu. Eksperimentalna skupina, sudjelovala je u 9 tjednih tretmana terapije u trajanju od 30 do 45 minuta, dok je kontrolna skupina provodila istu količinu vremena u redovnim aktivnostima doma. Istraživanjem su se nastojale uvidjeti dobrobiti korištenja terapije plesom i pokretom te njen utjecaj na različite aspekte funkcioniranja pojedinaca s demencijom. Rezultati provedenog istraživanja nisu bili u skladu s očekivanjima, odnosno, uočene su minimalne razlike u sposobnostima između eksperimentalne i kontrolne promjene, no, ipak, uočeno je kako su promjene bile u korelaciji sa samom plesnom intervencijom. Eksperimentalna skupina pokazala je poboljšanje u vizuospacijalnim zadacima i zadacima koji zahtijevaju planiranje, što je dokazano Testom crtanja sata. Navedene pozitivne promjene nisu uočene kod kontrolne skupine, te je kod nje čak uočeno i blago opadanje sposobnosti. Na području pamćenja nisu uočena poboljšanja. Djelomično su vidljiva poboljšanja u području izgovorenog sadržaja osoba

s demencijom. Bihevioralni simptomi ostali su relativno stabilni, no blago se poboljšala sposobnost o vlastitoj brizi (Hokkanen i sur., 2008).

Iako prethodno navedeni rezultati istraživanja nisu ukazali na pozitivan utjecaj u području pamćenja, u idućem istraživanju, vidljivi su nešto drugačiji rezultati. Rösler i suradnici (2002) nastojali su ispitati implicitno pamćenje kod osoba s Alzheimerovom demencijom. Naime, u radu s osobama s demencijom, u pojedinim bi se situacijama moglo zaključiti kako je kod ovih osoba proceduralno pamćenje djelomično očuvano. Kako bi ispitali do kojih promjena dolazi u području pamćenja kod osoba s demencijom te uvidjeli ostaje li kod ovih osoba očuvana sposobnost za učenje novih vještina, Rösler i suradnici (2002) odlučili su kao sredstvo koristiti podučavanje valcera. Kontrolnu skupinu u ovom istraživanju činile su osobe s velikim depresivnim poremećajem. Satovi valcera provodili su se tijekom perioda od dva tjedna. Rezultati su pokazali kako su osobe s demencijom, u usporedbi s osobama s velikim depresivnim poremećajem, značajne napredovale u vještinama izvođenja plesnih pokreta tijekom perioda od 12 dana. Značajnije pozitivne promjene bile su vidljive u području ritma i lakoće pokreta te implicitnog pamćenja. Razlike nisu pronađene u eksplicitnom pamćenju između ove dvije skupine. Poticanje implicitnog pamćenja može doprinijeti stjecanju novih vještina, ili obnavljanju postojećih te tako pospješiti samostalnost i kvalitetu života kod osoba s demencijom (Rösler i sur., 2002).

Nadalje, pregledom literature, uočeno je kako se na terapiju plesom i pokretom može promatrati iz perspektive aktivnosti, odnosno procesa, te iz perspektivne ishoda dobivenih terapijom. Naime, u literaturi o ekspresivnim art-terapijama naglašava se razlika između terapije i aktivnosti. Drugim riječima, bitno je naglasiti što je cilj same terapije. Je li cilj sudjelovanje u samom procesu ekspresivnih art terapija kao aktivnostima slobodnog vremena (aktivnost), ili su pak cilj određeni ishodi tretmana, kao što su redukcija simptoma i/ili poboljšanja na ponašajnom aspektu funkcioniranja (terapija) (Beard, 2012). Prema pojedinim autorima, većina ekspresivnih art terapija koje se koriste u radu s osobama s demencijom trebale bi pripadati kategoriji uporabe terapije kao aktivnosti, koja za cilj ima osjećaj užitka i satisfakcije kod osoba s demencijom. Drugi autori naglašavaju samu kreativnost, koja je izražena u ekspresivnim art terapijama, kao temeljni doprinos terapijskom učinku, te time naglašavaju potencijal ekspresivnih art terapija u neverbalnoj komunikaciji i u procesu osnaženja osobe (Beard, 2012). Dosadašnje spoznaje o korištenju terapije plesom i pokretom kod osoba s demencijom, pokazuju je kako je njezin glavni cilj terapijski proces temeljena na motoričkoj i ekspresivnoj vrijednosti plesnog izražavanja (Beard, 2012). Pojedine studije

ukazale su na blago opadanje nepoželjnih bihevioralnih i psiholoških simptoma, kao što je smanjenje osjećaja uznemirenosti i uzrujanosti, poboljšanje osobne brige i njege te poboljšanje u kognitivnoj izvedbi ili proceduralnom učenju. Navedene dobrobiti postižu se korištenjem terapije plesom i pokretom kao aktivnosti, a uključuju: poboljšanu komunikaciju i interakciju, prisjećanje i prihvaćanje šireg spektra afektivnih iskustava (Beard, 2012).

Kao bitno područje na koje terapija plesom i pokretom može utjecati je područje verbalne i neverbalne komunikacije. U suprotnosti s medicinskim modelom koji se uglavnom fokusira na komunikacijske barijere, terapija grupnog plesa pokazuje kako se pokret može koristiti kao supstitut ili potpora govoru, te također kao sredstvo za izražavanje misli, osjećaja i sjećanja. Naime, osobe s demencijom mogu imati razne popratne teškoće, kao što je afazija (patološka promjena koje dovode do nesposobnosti govora), agnozija (poteškoće u sposobnosti definiranja objekata), te apraksija (nesposobnost činjenja voljnih pokreta tijela). Navedena stanja svakako negativno utječu na sniženu kvalitetu života u povezanosti s interpersonalnom komunikacijom. (Nyström i Lauritzen, 2005). Naime, jednim od istraživanja nastojala se istražiti kvaliteta komunikacije osoba s demencijom koje žive u ustanovama i njegovatelja. Rezultati su ukazali na nezadovoljstvo njegovatelja radi poteškoća u komunikaciji s osobama s demencijom uslijed slabije mogućnosti interpretacije neverbalnih znakova oboljelih osoba. Kada se osoblje treba osloniti na neverbalnu ekspresiju osoba s demencijom, primjerice prilikom hranjenja, to može dovesti do različitih nedoumica kao i do etičkih konflikata. Osobe s blažim oblikom demencije, koje i dalje žive u vlastitim domovima, čini se, u mogućnosti su razviti strategije kojima kompenziraju poteškoće koje bolest donosi (Nyström i Lauritzen, 2005). Pošto verbalna komunikacija ne zadovoljava uvjete uspješne komunikacije, nastoje se upotrijebiti alternativni oblici sporazumijevanja. Jedna od alternativnih oblika komunikacije jest i terapija plesom i pokretom. Svrha terapije plesom i pokretom nije naučiti korisnike kako plesati, već pospješiti njihov osjećaj blagostanja i osobne dobrobiti, kroz proširenje repertoara pokreta. Kod terapije plesom i pokretom, govor ima inferiorniju ulogu u odnosu na pokret, geste i ostale neverbalne oblike, čak i u slučaju prisutnosti govora (Nyström i Lauritzen, 2005). Sudionici navedenog istraživanja bile su osobe s dijagnozom demencije starije od 70 godina, koje su živjele u domu za starije i nemoćne. Osobe su se razlikovale prema stupnju teškoća u komunikaciji. Terapija je provodila kroz deset susreta te je glavno sredstvo komunikacije bio sam ples. Interakciju sa cijelom grupom ponajviše je inicirao terapeut. Inicijacija komunikacija od strane članova grupe je uglavnom bila usmjerena prema jednoj ili dvije osobe, a ne prema cijeloj grupi. Članovi grupe očekivali su od terapeuta da započne interakciju. Jedini korisnik

koji bi najčešće preuzimao inicijativu pri interakciji bio je jedini muškarac u skupini. Navedena činjenica, zajedno s informacijom da je i sam terapeut također bio muškarac, mogu usmjeriti prema odgovoru na pitanje zašto ostale članice nisu započinjale interakciju u ovom kontekstu. Naime, takvo ponašanje može biti posljedica sjećanja na ranija iskustva plesnih druženja iz njihove mladosti, gdje su socijalne norme predodređivale muškarcima iniciranje poziva na ples. Nakon što bi interakcija tijekom seanse započela, u interesu istraživanja bilo je analizirati istu, s obzirom na vrstu (verbalna i neverbalna) i cilj (kako bi izrazila iskustva, misli i osjećaje) komunikacije. Kroz terapiju, korisnici su uglavnom odgovarali kroz različite načine sinkronije tjelesnog pokreta. Čini se kako sinkronija u ovom slučaju služi kao sredstvo koje pomaže osobi s demencijom ostati u interakciji. Pokreti tijela koristili su se kako bi potpomogli, izrazili ili odgovorili na interakciju drugih sudionika. Pokreti tijela u ovom su se kontekstu koristili kako bi zamijenili govor ili pak u raznim kombinacijama zajedno s govorom. Primjerice, kod govornog dijaloga, pokreti tijela koristili su se kako bi zamijenile riječi kojih se osoba s demencijom nije mogla prisjetiti a bile su joj potrebne da izrazi željenu misao. Kod korištenja dijaloga uz pomoć pjesme i glazbe, u ovom je istraživanju vidljivo kako su ovi mediji doprinijeli generiranju sjećanja i misli, koje su potom izražene verbalno te kroz pokret. U fantaziji kroz pokret, kao načinu izražavanja, vidljive su dodatne mogućnosti za izražavanje na slobodnijem i zaigranijem načinu. U ovom je načinu izražavanja značajnu ulogu imao sam terapeut čije su interpretacije pokreta i odgovori na pokrete korisnika pomogli razviti i održati interakciju te pridonijeli daljoj refleksiji i komunikaciji (Nyström i Lauritzen, 2005).

Hamill i suradnici (2012) u svojem su istraživanju, između ostalog, također istraživali kvalitetu komunikacije, no u kontekstu terapije plesom i pokretom u krugu. Naime, promatrali su učinak terapije plesa u krugu na dobrobit i blagostanje osoba s demencijom i njihovih njegovatelja. Rezultati su pokazali kako je ova vrsta plesnog izražaja imala pozitivan utjecaj na odnos između oboljelih i njihovih bližnjih (partnera ili djece). Takva vrsta intervencije potencijalno može imati pozitivan učinak na ponovno povezivanje oboljelih s njihovim prošlim iskustvima (koja su vjerojatno zaboravili) i odnosima, te može poboljšati njihov osjećaj sebstva i povezanost sa sobom (Hamill i sur., 2012). Krug ima poseban pozitivan učinak, pošto pruža utisak sigurne okoline i simbolizira povezanost i dijeljenje. Ples u krugu potječe još iz dana tradicionalnih zajednica koje su plesale zajedno s ciljem osnaživanja i povezivanja zajednice. Krug je odabran u ovom istraživanju pošto pruža mogućnost sudjelovanja osobama svih dobi i sposobnosti, sa ciljem sudjelovanja svih članova grupe. Sama kvaliteta izvedbe plesnih pokreta pada u drugi plan. Ples u krugu pruža mogućnost provođenja različitih aktivnosti i radnji, kao

što je međusobno dodirivanje, držanja za ruke, te zajedničko kretanje kroz prostor. Sudjelovanje i izvođenje aktivnosti u krugu, članovima grupe daje osjećaj pripadnosti. Navedene mogućnosti plesa u krugu doprinose ponovnom povezivanju oboljelih s njihovim članovima porodice te povezivanje sa širom okolinom, jer se komunikacija provodi kroz neverbalne medije te se na taj način nadilaze poteškoće koje za ovu populaciju može zadavati verbalna komunikacija. Za osobe s demencijom, koje imaju poteškoća u orijentaciji u vremenu i prostoru i čiji osjećaj sebstva može biti poremećen, ova metoda može pružiti osjećaj integracije i povezanosti sa samim sobom i okolinom, te tako otkloniti strah i izolaciju, barem tijekom vremena trajanja seanse (Hamill i sur., 2012).

Navedena istraživanja navode pojedine dobrobiti plesa kod osoba s demencijom. No, postoje li dodatni pozitivni utjecaji plesa na zdravlje i blagostanje osoba s demencijom? Također, postoje li određene komponente koje su jednake ili bar slične u svim istraživanjima? Lyons i suradnici (2018), proveli su pregled dosadašnjih istraživanja kojim su željeli uvidjeti zasad utvrđene dobrobiti terapije plesom i pokretom u radu s osobama s demencijom. U pregled literature bila su uključena uglavnom kvalitativna istraživanja, čija se metodološka kvaliteta znatno razlikovala od studije do studije, te je potrebno isto uzeti u obzir prilikom interpretacije rezultata (Lyons i sur., 2018). Prijašnja istraživanja u ovome području kritizirana su radi usmjerenja pažnje ponajviše na ublažavanje simptoma demencije, a nedovoljno pažnje na ostale čimbenike koji mogu na to utjecati, uključujući kontekst i iskustva osobe, tip i stadij demencije, te način na koji se terapija primjenjuje (Beard, 2012). Iako i dalje postoje poteškoće pri utvrđivanju konsensusa kliničkog procesa ekspresivnih art-terapija, pošto je riječ o relativno mladim disciplinama i područjima, važno je bolje se upoznati s terapijskim komponentama korištenim u radu sa starijim osobama s demencijom. Stoga je važno usmjeriti se na sam proces terapije i samu kreativnost koja je sastavni dio ove terapije (Lyons i sur., 2018). Cilj pregleda literature bilo je istražiti široki spektar rezultata istraživanja o uporabi terapije plesom i pokretom, zatim, identificirati teoretska polazišta i metodologije koje su u studijama korištene, te usmjeriti se na pozitivne terapijske ishode u području zdravlja i blagostanja te na sama iskustva osoba s demencijom koja su u istraživanjima sudjelovali (Lyons i sur., 2018). Izvršeno je pretraživanje provedenih istraživanja, koristeći se ključnim pojmovima, te su odabrana ona istraživanja koja su odgovarala kriteriju uključenja. U istraživanjima koja su odgovarala kriteriju uključenja, vidljivo je kako je većina studija bila upoznata s osobno-usmjerenim modelom podrške (Lyons i sur., 2018). Navedena istraživanja ukazala su na važnost nestrukturiranosti vremena i dramskih scenarija prilikom seanse. Također, velika važnost

pridana je improvizaciji, spontanosti pri ekspresiji, ritmičkoj sinkroniji i simbolizaciji, te uporabi dodira, kao jednim od ključnih terapijskih komponenti (Lyons i sur., 2018). U velikoj većini odabranih studija spominje se i Marian Chance, jedna od pionirki terapije plesom i pokretom čiji je rad u ovom području značajno pridonio razvoju i značajnosti ove terapije. Istraživanja navode tehnike kojima se Marian Chace koristila u svome radu, uključujući tehniku zrcaljenja te uporabu kruga kako bi se kreiralo sigurno okruženje. Istraživanja uključena u pregled istraživanja navode određen slijed u seansi terapije plesom i pokretom, koji uključuje zagrijavanje pri samom početku seanse, praćeno uvođenjem određene teme seanse te zatim postupnim hlađenjem tijela ili zatvaranjem terapijske seanse. Pokreti koji su korišteni u ovim istraživanjima, bili su poznati sudionicima istraživanja pošto su iste koristili u aktivnostima svakodnevnog života (kao što je primjerice pokret potresanja i mahanja ruku). Iz pregleda je vidljivo kako je prisjećanje bilo značajno u samom procesu terapije te je isto bilo stimulirano putem korištenja različitih stimulusa, uključujući vizualne, auditivne, taktilne i kinestetičke podražaje, koji su pripomogli ponovnom stjecanju osjećaja vlastitog identiteta kod same osobe s demencijom (Lyons i sur., 2018). Pojedina istraživanja uključena u ovaj pregled literature koristila su video kao u metodu u svome radu. Ista se smatra izrazito korisnom pošto omogućuje prepoznavanje ključnih elemenata u seansi, koji mogu doprinijeti zdravlju i dobrobiti starijih osoba s demencijom. U velikom broju studija, naglašeni su značajni trenutci u kojima se čini kako osobe s demencijom odgovaraju na integriraniji način, stvarajući odnose i veze između misli, osjećaja i tjelesnih senzacija. Iako je pregled literature pridonio razumijevanju dobrobiti ove terapije, također je uočeno kako postoji nedostatak suglasnosti kada je riječ o ishodima terapije, te kako se ti ishodi vrednuju. Također, nedostatak eksperimentalnih istraživanja u kojem postoji i kontrolna skupina, ne omogućuje dovoljno razumijevanje i informiranosti o učinkovitosti terapije plesom i pokretom. Nadalje, nedostatak istraživanja koja su uključena u pregled literature bio je i nedovoljno pojašnjen tip i težina demencije osoba uključenih u istraživanja (Lyons i sur., 2018). Zamjerkom istraživanja uključenih u pregled smatra se i nedostatak izjava samih osoba s demencijom o iskustvu terapije plesom i pokretom (Lyons i sur., 2018). Može se zaključiti kako, iako istraživanja u kojim je korištena terapija plesom i pokretom imaju određene nedostatke, svojim rezultatima nude korisna saznanja te pružaju temelj za razvoj boljih i učinkovitih intervencija u budućnosti (Lyons i sur., 2018).

Značajno područje, u kontekstu primjene plesa i pokreta u osoba s demencijom, je definiranje terapijskih programa i projekata. Tako su, primjerice, Coaten i suradnici (2013)

evaluira li projekt "Sjećanja u pokretu" ("Moving memories") pokrenut od strane engleske organizacije Dancemind, koja je usmjerena na promociju zdravlja i tjelesne dobrobiti kroz ples i pokret. U svojoj je suštini, projekt je bio usmjeren na podizanje svijesti o dobrobitima pokreta, plesa, te drugih, financijski isplativih, nefarmakoloških, umjetnički usmjerenih pristupa, u radu sa starijom populacijom, uključujući i one s demencijom te njihove negovatelje. Program "Sjećanja u pokretu" osmišljen je s ciljem provedbe satova plesa 1 x tjedno. Program je trajao više od godine dana, a sudionici u projektu bile su osobe s različitim stupnjem progresije demencije, uglavnom blagog ili umjerenog stadija. Program se provodio u prostorijama doma za stare i nemoćne u Northamptonshireu. U plesnim seansama sudjelovalo je 10 do 14 starijih osoba s demencijom, te najčešće 2 do 3 negovatelja. Seanse su se uvijek održavale u istoj prostoriji kako bi se kod osoba s demencijom održao osjećaj kontinuiteta te osjećaj sigurnosti. U tjednim seansama koristila se glazba i pokret, s ciljem razvoja osjećaja utjelovljenja, razvoja socijalne interakcije te uspostave samo-ekspresije i komunikacije. Tijekom projekta, provodio se sustav evaluacije kojim su se bilježile promjene, mogući napredak te stečena znanja i vještine.

Rezultati o učinkovitosti projekta pokazuju kako je isti uspješno ispunio željeni cilj, odnosno, omogućio je godišnju izvedbu redovnih seansi plesa, koje su pridonijele dijeljenju iskustva sudionika, užitak u sudjelovanju te poticanje kreativnosti kod osoba s demencijom. Drugi cilj programa bio je istražiti potencijale uporabe plesa, pokreta i glazbe na korisnikov cjelokupan osjećaj dobrobiti. Iako je teško procijeniti je li drugi cilj bio ispunjen s obzirom da nije korišten ni jedan dokazano učinkovit mjerni instrument, korištenjem dnevnika, fotografija, upitnika i video zapisa bile su uočene znatne opće dobrobiti za osobe s demencijom (Coaten i sur., 2013).

Iako su postojali mnogi izazovi u evaluaciji programa, naglašava se važnost opservacije osoba koji su u programu sudjelovale. Odnosno, važno je usmjeriti pozornost na samu osobu, uživa li ona u aktivnosti te sudjeluje li u interakciji, odnosno usmjeriti se na sam proces, a ne nužno na samo izvršavanje aktivnosti, odnosno rezultate. Najčešće je teško odmaknuti se od promatranja situacije samo kroz prizmu krajnjeg uspjeha, no to je nužno u radu s osobama s demencijom. Važno je usmjeriti pozornost na njihove potrebe, makar one bile izrazito zahtjevne. Naime, iako psihotropni lijekovi djeluju na osobu tako da ju umire, oni vrlo često imaju i neizbježne posljedice, u smislu da je osoba pospana i ne reaktivna (Coaten i sur., 2013). Stoga je važnost terapeuta plesom i pokretom učiniti seanse zanimljivima, zabavnima i interaktivnima.

Uspjeh projekta bio je, ne samo pospješivanje dobrobiti osoba s demencijom, već i promjene u perspektivi njegovatelja koji brinu o osobama s demencijom. Program je omogućio njegovateljima da korisnike sagledaju na nov način, odnosno kroz drugo, najčešće pozitivnije svjetlo. Novi način sagledavanja situacije smatra se izrazito korisnim pošto omogućuje njegovateljima drugačiji način ophođenja prema osobama s demencijom. Time se može zaključiti kako psihosocijalno okruženje ima značajan utjecaj na način manifestacije bolesti (Coaten i sur., 2013). Može se zaključiti kako je projekt bio izrazito uspješan te je pomogao budućoj implementaciji redovitih tjednih seansa terapije plesom i pokretom.

6. Zaključak

Demencije predstavljaju sve veći problem u današnjem razvijenom društvu, te je njihova prevalencija svakim danom sve veća. S obzirom na neujednačenu i kompleksnu simptomatologiju, ne postoji jedinstvena metoda koja bi bila pristupačna svim oblicima demencija. Vidljivo je kako se pojam demencije veže uz raznovrsne teškoće kognitivnog, emocionalnog i socijalnog funkcioniranja koje negativno utječu na kvalitetu života oboljele osobe te njene okoline. Iz tog je razloga nužno upotrijebiti metode i moguća sredstva kako bi se poboljšao život ovih osoba. No, prije samog tretmana demencije, veliku važnost ima i njena prevencija. Kroz pregled literature vidljiv je značajan doprinos terapije plesom i pokretom u produbljivanju i građenju socijalnih odnosa i komunikacije, koji su posebice značajni u starijoj dobi te promiču i podupiru kognitivnu fleksibilnost. Nadalje, kao metoda tretmana, terapija plesom i pokretom pokazuje svoju učinkovitost u području poboljšanja kvalitete života koja opada kako demencija napreduje. Iako nisu vidljivi značajni doprinosi terapije plesom i pokretom u području poboljšanja kognitivnih funkcija osoba s demencijom, svakako doprinose stjecanju novih i produbljivanju prošlih iskustva. Terapija plesom i pokretom pruža osobi s demencijom podršku te joj daje ponovan osjećaj sigurnosti, koji biva narušen strahom i strepnjom od progresije bolesti. Dijeljenje iskustva kroz grupnu terapiju omogućuje oboljelim osobama osjećaj povezanosti i zadržavanje u sadašnjosti. Također, utjecaj terapije plesom i pokretom vidljiv je i na širu zajednicu koja okružuje osobe s demencijom. Naime, iako njihovi bližnji ne sudjeluju u terapiji, doprinos koji ona ima na oboljele, prenosi se i na osobe koji o njima brinu te se osjećaju nemoćno. Ova vrsta terapije nudi dašak novine i, iako ne može spriječiti samu progresiju bolesti, nudi bogato iskustvo samim osobama s demencijom, koji doprinosi njihovom osjećaju vrijednosti i značajnosti. Terapija plesom i pokretom pruža mogućnost pronalaska radosti i ispunjenja te pronalaska ponovne svrhe kod oboljelih s demencijom.

Literatura

1. Abraha, I., Rimland, J., M., Trotta, F., M., Dell' Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., Cherubini, A. (2016): Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), 1-28. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
2. American Psychiatric Association. (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Anderson, G., Oderkirk, J. (2015): Dementia research and care: Can big data help? <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228429-en>
4. Bassett, S., F. (2003): The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZ journal of physiotherapy*, 31(2), 60–66.
5. Beard, R., L. (2012): Art therapies and dementia care: A systematic review. *Dementia*, 11(5), 633-656. <https://doi.org/10.1177/1471301211421090>
6. Borhan, A., Hewston, P., Merom, D., Kennedy, C., Ioannidis, G., Santesso, N., Santaguida, P., Thabane, L., Papaioannou, A. (2018): Effects of dance on cognitive function among older adults: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, 7(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0689-6>
7. Brown, S., Parsons, L., M. (2008): The neuroscience of dance. *Scientific American*, 299, 78–83. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0708-78>
8. Burzynska, A., Z., Finc, K., Taylor, B., K., Knecht, A., M., Kramer, A., F. (2017): The dancing brain: Structural and functional signatures of expert dance training. *Frontiers in human neuroscience*, 11, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00566>
9. Carcel, C., Dasig, D., Noble, P., Ledesma, L., Adapon, H., Tuason, J. (2012): Can ballroom dancing make you smarter? An investigation on its relationship with hippocampal volume and memory performance in older adults. *Alzheimer's and dementia 2012 conference: Alzheimer's Association international conference, Vancouver BC, Canada 2012*, 8(4), 142. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.05.378>
10. Chen, Y. L., Ryden, M.B., Feldt, K., Savik, K. (2000): The relationship between social interaction and characteristics of aggressive, cognitively impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 10–17. <https://doi.org/10.1177/1533317517704301>
11. Chiu, M., J., Chen, T., F., Yip, P., K., Hua, M., S., Tang, L., Y. (2006): Behavioral and psychologic symptoms in different types of dementia. *Journal of the Formosan medical association*, 105(7), 556-562. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(09\)60150-9](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(09)60150-9)
12. Coaten, R., Heeley, T., Spitzer, N. (2003): Dancemind's 'Moving Memories' evaluation and analysis; a UK based dance and health project for people living with dementia and their care-staff. *UNESCO observatory multi-disciplinary journal in the arts*, 3(3), 1-14.
13. Coubard, O., A., Duretz, S., Lefebvre, V., Lapalus, P., Ferrufino, L. (2011): Practice of contemporary dance improves cognitive flexibility in aging. *Frontiers in aging neuroscience*, 3, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2011.00013>
14. Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset. Posjećeno 5.7. na mrežnoj stranici National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16>

15. Dhami, P., Moreno, S., DeSouza, J. F. (2015): New framework for rehabilitation—fusion of cognitive and physical rehabilitation: the hope for dancing. *Frontiers in psychology*, 5, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01478>
16. Dosamantes-Alperson, E. (1987): Transference and countertransference issues in movement psychotherapy. *The arts in psychotherapy*, 14(3), 209-214. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(87\)90003-7](https://doi.org/10.1016/0197-4556(87)90003-7)
17. Douglas, S., James, I., Ballard, C. (2004): Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in psychiatric treatment*, 10(3), 171-177. <https://doi.org/10.1192/apt.10.3.171>
18. Fersh, I., E. (1982): Dance/movement therapy: A holistic approach to working with the elderly. *Activities, adaptation and aging*, 2(1), 21-30. https://doi.org/10.1300/J016v02n01_04
19. Fischman, D. (2009): Therapeutic relationship and kinaesthetic empathy. U Chaiklin S., Wengrower, H. (ur.): *The art and science of dance movement therapy* (str.33-53). New York – London: Routhlidge.
20. Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C. M., Thiessen, E. J., Forbes, S. (2015): Exercise programs for people with dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, 4, 1-79. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>
21. Goldstein-Levitas, N. (2006): Dance/movement therapy and sensory stimulation: A holistic approach to dementia care. *American journal of dance therapy*, 38(2), 429-436. <https://doi.org/10.1007/s10465-016-9221-5>
22. Hackney, M., E., Earhart, G., M. (2009). Health-related quality of life and alternative forms of exercise in Parkinson Disease. *Parkinsonism and related disorders*, 15(9), 644–648. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.03.003>
23. Hackney, M. E., Kantorovich, S., Levin, R., Earhart, G. A. (2007). Effects of tango on functional mobility in Parkinson’s disease: A preliminary study. *Journal of neurologic physical therapy*, 31(4), 173–179. <https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e31815ce78b>
24. Hamill, M., Smith, L., Röhricht, F. (2012). ‘Dancing down memory lane’: Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia—a pilot study. *Dementia*, 11(6), 1-16. <https://doi.org/10.1177/1471301211420509>
25. Harrison, B., E., Son, G., R., Kim, J., Whall, A., L.(2007): Preserved implicit memory in dementia: a potential model for care. *American journal of Alzheimer's disease & other dementias*, 22(4), 286-293. <https://doi.org/10.1177/1533317507303761>
26. Ho, R., Cheung, J., Chan, W., Cheung, I., Lam, L. (2015): A 3-arm randomized controlled trial on the effects of dance movement intervention and exercises on elderly with early dementia. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0123-z>
27. Hokkanen, L., Rantala, L., Remes, A. M., Härkönen, B., Viramo, P., Winbald, I. (2008): Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study. *Journal of the American geriatric society*, 56(4), 771-712. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01611.x>
28. Hwang, P., W., Braun, K., L. (2015): The Effectiveness of dance interventions to improve older adults’ health: A systematic literature review. *Alternative therapies in health and medicine*, 21(5), 64-70.
29. Ijaopo, E., O. (2017): Dementia-related agitation: a review of non-pharmacological interventions and analysis of risks and benefits of pharmacotherapy. *Translational psychiatry*, 7(10), 1-11. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.199>

30. Karampoula, E., Panhofer, H. (2018): The circle in dance movement therapy: A literature review. *The arts in psychotherapy*, 58(2018), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.02.004>
31. Karkou, V., Meekums, B. (2017): Dance movement therapy for dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-28. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011022.pub2>
32. Karkou, V., Sanderson, P. (2006): *Arts therapies: A research-based map of the field*. Edinburgh: Elsevier.
33. Kattenstroth, J., C., Kolankowska, I., Kalisch, T., Dinse, H., R. (2010): Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multiyear dancing activities. *Frontiers in aging neuroscience*, 2, 31. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2010.00031>
34. Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., Cruz, R. (2014): Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.004>
35. Kovach, C., R., Woods, D., L., Logan, B., R., Raff, H. (2011): Diurnal variation of cortisol in people with dementia: relationship to cognition and illness burden. *American journal of Alzheimer's disease & other dementias*, 26(2), 145-150. <https://doi.org/10.1177/1533317510397329>
36. Krishnamoorthy, A., Anderson, D. (2011): Managing challenging behaviour in older adults with dementia. *Progress in neurology and psychiatry*, 15(3), 20-27. <https://doi.org/10.1002/pnp.199>
37. Lakes, K., D., Marvin, S., Rowley, J., San Nicolas, M., Arastoo, S., Viray, L., Orozco, A., Jurnak, F. (2016): Dancer perceptions of the cognitive, social, emotional, and physical benefits of modern styles of partnered dancing. *Complementary therapies in medicine*, 26, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.007>
38. Levy, F. J., ur. (1988): *Dance movement therapy: A healing art*. Reston: National Dance Association.
39. Lyons, S., Karkou, V., Roe, B., Meekums, B., Richards, M. (2018): What research evidence is there that dance movement therapy improves the health and wellbeing of older adults with dementia? A systematic review and descriptive narrative summary. *The arts in psychotherapy*, 60(2018), 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.03.006>
40. Macaskie, J., Meekums, B., Nolan, G. (2012): Transformational education for psychotherapy and counselling: A relational dynamic approach. *British journal of guidance and counselling*, 4(4), 351-62. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.726348>
41. Martinec, R. (2013): Dance movement therapy in the concept of expressive art therapy. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(Supplement), 143-153.
42. Martinec, R. (2018): Complementary and art-therapies as a supportive approach in gerontology and geriatrics. *Gerontology & geriatrics studies*, 3(1), 1-4.
43. McDermott, O., Orrell, M., Ridder, H., M. (2014): The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & mental health*, 18(6), 706-716. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.875124>
44. McLaren, A., N., LaMantia, M. A., Callahan, C., M. (2013): Systematic review of nonpharmacologic intervention to delay functional decline in community dwelling

- patients with dementia. *Aging & mental health*. 17(6), 655–666. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.781121>
45. Meekums, B. (2002): *Dance movement therapy*. London: SAGE Publications Inc.
 46. Meekums, B. (2012): Kinesthetic empathy and movement metaphor in dance movement psychotherapy. U Reynolds, D., Reason, M. (ur.): *Kinaesthetic empathy in creative and cultural practices* (str.51-67). Preuzeto s <https://books.google.com>
 47. Mimica, N. (2016). Je li moguća prevencija demencije? Zbornik sažetaka - Druga edukativna konferencija o Alzheimerovoj bolesti (EdukAl 2016) / Huić, Tomislav (ur.). Zagreb : Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest , 12-12.
 48. Musicant, S. (1994): Authentic movement and dance therapy. *American journal of dance therapy*, 16(2), 91-106. <https://doi.org/10.1007/BF02358569>
 49. Nyström, K., Lauritzen, S., O. (2005): Expressive bodies: demented persons' communication in a dance therapy contex. *Health: An interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, 9(3), 2005. <https://doi.org/10.1177/1363459305052902>
 50. Pylvänäinen, P. (2010): The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic: Explorations in body image and interaction. *Body, movement and dance in psychotherapy*, 5(3), 219-230. <https://doi.org/10.1080/17432979.2010.518016>
 51. Rösler, A., Seifritz, E., Krauchi, K., Spoerl, D., Brokuslaus, I., Proserpi, S., Gendre, A., Savaskan, E. i Hofmann, M. (2002): Skill learning in patients with moderate Alzheimer's disease: a prospective pilot-study of waltz-lessons. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(12), 1155-1156. <https://doi.org/10.1002/gps.705>
 52. Shaji, K. S, George, R. K, Prince, M. J., Jacob, K. S. (2009): Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia. *Indian journal of psychiatry*, 51(1), 45–49. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.44905>
 53. Spector, A., Orrell, M. (2010): Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 967–965. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000840>
 54. Stanton, K. (1991): Dance movement therapy: An introduction. *The British journal of occupational therapy*, 54(3), 108-110. <http://dx.doi.org/10.1177/030802269105400308>
 55. Svjetska zdravstvena organizacija. (2016): ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. Preuzeto s <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
 56. Tortora, S. (2009): Dance movement therapy in early childhood treatment. U Chaiklin S., Wengrower, H. (ur.): *The art and science of dance movement therapy* (str.159-180). New York – London:Routledge.
 57. Verghese, J., Lipton, R., B., Katz, M., J., Hall, C., B., Derby, C., A., Kuslansky, G., i sur. (2003): Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England journal of medicine*, 348(25), 2508–2516. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa022252>
 58. What is dance movement therapy?. Posjećeno 28.6. 2018. na mrežnoj stranici Europskog udruženja Terapije plesom i pokretom: <http://www.eadmt.com/?action=article&id=22>
 59. Wilkinson, N., Srikumar, S., Shaw, K., Orrell, M. (1998): drama and movement therapy in dementia: a pilot study. *The art sin psychotherapy*, 25(3), 195-201. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(97)00102-0)

60. Young, J., Manthrop, C., Howells, D., Tullo, E. (2011): Developing a career communication intervention to support personhood and quality of life in dementia. *Ageing and society*, 23, 7, 1003–1025. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001182>
61. Young, J., Wood, L. (2018). Laban: A guide figure between dance/movement therapy and drama therapy. *The art sin psychotherapy*, 57(2018), 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.09.002>
62. Zajenkowski, M., Jankowski, K. S., Kołata, D. (2015): Let's dance - feel better! Mood changes following dancing in different situations. *European Journal of Sport Science*, 15(7), 640-646. <https://doi.org/10.1080/17461391.2014.969324>
63. Žikić, M., Žikić, T., R., Semnic, M., Semnic, R., Đajić, V., Ješić, A., Vujković, Z., Miljković, S. (2009): Epidemiologija, etiologija, klasifikacija, dijagnoza diferencijalna dijagnoza i -tretman demencija. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 17(2), 47-52.