

Kreativna terapija u podržavanju kvalitete života osoba s malignim oboljenjem

Grgić, Andrej

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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:158:272196>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-07-27**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Kreativna terapija u podržavanju kvalitete života osoba s malignim
oboljenjem

Ime i prezime studenta:

Andrej Grgić

Zagreb, rujan 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Kreativna terapija u podržavanju kvalitete života osoba s malignim
oboljenjem

Ime i prezime studenta:

Andrej Grgić

Ime i prezime mentora:

Doc. dr. sc. Damir Miholić

Zagreb, rujan 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao rad *Kreativna terapija u podržavanju kvalitete života osoba s malignim oboljenjem* i da sam njegov autor.

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: Andrej Grgić

Mjesto i datum: Zagreb, 2. rujna 2020.

Zahvale:

Zahvaljujem se svom mentoru Doc. dr. sc. Damiru Miholiću na savjetima, preporukama, strpljenju i predanosti tijekom izrade ovog rada. Zahvaljujem se svojim roditeljima na razumijevanju i podršci koju su mi pružali kroz cijelo vrijeme studija. Zahvale upućujem i prijateljima i kolegama, koji su se uvijek iskreno radovali mojim uspjesima.

Kreativna terapija u podržavanju kvalitete života osoba s malignim oboljenjem

Ime i prezime studenta: Andrej Grgić

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

Program/modul: Edukacijska rehabilitacija; Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

Sažetak

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, maligna oboljenja su drugi najčešći uzrok smrti u Republici Hrvatskoj. Incidencija malignih oboljenja je sve veća, te predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Pojava malignog oboljenja ima veliki utjecaj na sve aspekte života bolesnika, ali i njegove obitelji. Brojni komplementarno-suportivni pristupi uvidjeli su potrebu holističke rehabilitacije osoba oboljelih od malignih bolesti, a jedan od njih je kreativna terapija.

U ovom diplomskom radu bit će prikazan utjecaj kreativne terapije (likovna terapija, glazbena terapija, terapija pokretom i plesom, psihodrama, biblioterapija, terapija filmom) na različite dimenzije kvalitete života osoba s malignim oboljenjem. Brojna istraživanja pokazuju, kako kreativna terapija, kao jedan od komplementarnih pristupa, ima pozitivan utjecaj na kreiranje mehanizama suočavanja osoba s malignim oboljenjem te na smanjenje stresa, depresije i anksioznosti koji se javljaju u dugotrajnom procesu liječenja i rehabilitacije bolesnika.

U prošlosti je naglasak stavljen isključivo na medicinsku rehabilitaciju osoba s malignim oboljenjem, dok su psihosocijalne implikacije oboljenja bile zanemarene. Percepcija se značajno promijenila pojavom psihosocijalne onkologije. Psihosocijalna onkologija je interdisciplinarno područje čiji je glavni cilj razvoj suvremenih stavova o malignim oboljenjima te razumijevanje psihosocijalnih i psiho-emocionalnih problema oboljelih.

U diplomskom radu bit će prikazan razvoj i glavne odrednice kvalitete života, te izazovi s kojima se suočavaju djeca, adolescenti i odrasli oboljeli od malignih bolesti. Također, bit će prikazani i rezultati relevantnih istraživanja koja su se bavila doprinosom kreativne terapije u rehabilitaciji osoba s malignim oboljenjem, te metode i tehnike koje koristi kreativna terapija prilikom suočavanja i rehabilitacije osoba s malignim oboljenjem.

Ključne riječi: kreativna terapija, kvaliteta života, maligno oboljenje, psihosocijalna onkologija, palijativna skrb

Creative therapy in the support of quality of life for people with a malignant diseases

Name and surname of the student: Andrej Grgić

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

Programme/Modul: Educational rehabilitation; Inclusive education and rehabilitation

Abstract

According to the data from the Croatian Institute for Public Health, malignant diseases are the second most common cause of death in the Republic of Croatia. The incidence of malignant diseases is increasing and presenting a large public health problem. The appearance of malignant diseases has a great impact on all aspects of a patient's life including his family. Many complementary supportive approaches have seen the need of holistic rehabilitation for people suffering from a malignant disease. One of them is called creative therapy.

In this graduate thesis an influence of the creative therapies (art therapy, music therapy, dance and movement therapy, psychodrama, bibliotherapy, movie therapy), on diverse dimensions of a quality of life for people suffering from a malignant disease, will be discussed. Numerous researches show that the creative therapies approach, as one of the complementary approaches, has a positive effect on creating mechanisms for confronting people with a malignant disease, as well as on lowering stress levels, depression and anxiety, which can appear in long-term processes of healing and rehabilitation of the patient.

In the past, an emphasis on exclusively medical rehabilitation for people diagnosed with a malignant disease was put, while the psychosocial implications were neglected. The perception has significantly changed with the appearance of psychosocial oncology. Psychosocial oncology is an interdisciplinary field with the main goal of developing contemporary attitudes about malignant diseases and the understanding of psychosocial and psycho emotional problems of patients.

In this graduate thesis the development and main entries of quality of life, as well as the challenges with which children, adolescent and adults that suffer from a malignant disease are faced, will be explained. In addition, the results of relevant researches that were concentrated on the contribution of creative therapy in the rehabilitation of people with a malignant disease

will be shown. Furthermore, the methods and techniques that creative therapy uses during rehabilitation and facing with people that have a malignant disease will also be discussed.

Key words: creative therapy, quality of life, malignant disease, psychosocial oncology, palliative care

Sadržaj

1.Uvod.....	1
2.Kreativna terapija.....	3
2.1. Art terapija.....	5
2.2. Terapija glazbom.....	9
2.3. Biblioterapija.....	13
2.4. Psihodrama.....	15
2.5. Terapija pokretom i plesom.....	19
2.6. Terapija filmom.....	21
3.Kvaliteta života	22
4.Maligna oboljenja	27
4.1.Maligna oboljenja kod djece	29
4.2.Maligna oboljenja kod odraslih.....	30
5.Psihosocijalna onkologija	31
5.1.Faktori koji utječu na prilagodbu na maligno oboljenje	32
5.2.Intervencije i stilovi suočavanja s malignim oboljenjem.....	33
5.3. Psihosocijalna onkologija u dječijoj i adolescentskoj dobi.....	34
5.4.Psihosocijalna onkologija i palijativna skrb.....	37
6.Doprinos kreativne terapije u suočavanju s malignim oboljenjem.....	38
7.Zaključak.....	40
8.Literatura.....	42

1.Uvod

Rak je jedan od najvećih javnozdravstvenih problema današnjice, te drugi najvažniji uzrok smrti u Republici Hrvatskoj, odmah nakon bolesti srca i krvnih žila (Šeparović i sur., 2018). Početkom 19. stoljeća dijagnozu raka se klasificiralo jednako kao i smrt. Lijekovi i uzroci nisu bili poznati. Otkrivanje dijagnoze pacijentu smatrano je okrutnim i nehumanim, zbog toga što bi pacijent izgubio svu nadu. Otkrićem anestezije i radijacije u 20. stoljeću liječenje postaje moguće, te se razvijaju kampanje i edukacijski programi koji podižu svijest o raku te informiraju javnost o ranim znacima raka (Holland, 2015).

Još u antičkoj Grčkoj Hipokrat je smatrao da psihološki čimbenici mogu djelovati na zdravlje. Međutim, uloga psihosocijalnih čimbenika dugo je bila zanemarivana. Sredinom 20. stoljeća formuliran je biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja, prema kojemu su zdravlje i bolest podjednako određeni interakcijom bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Prema ovome modelu, bolest se više nije smatrala isključivo kao poremećaj tjelesnih procesa (Engel, 1977 prema Tadinac, 2004). Ovakvo promijenjeno tumačenje zdravlja i bolesti potaknulo je brojna istraživanja usmjerena na ispitivanje uloge psihosocijalnih čimbenika u zdravlju odnosno bolesti (O'Leary, 1990.; Wiedenfeld i sur., 1990 prema Tadinac, 2004). U ovom razdoblju razvija se holistički pristup liječenju koji podupire temeljnu cjelovitost ljudskog bića i naglašava važnost ravnoteže u osobi i između osobe i njene okoline. Uključuje fiziološke, sociološke, ekonomske, psihološke i duhovne dimenzije te na taj način omogućava mogućnost zbrinjavanja bolesnika kao cjeline u odnosu na njegov životni kontekst (Kovačević i Sinožić 2014).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite životne stvarnosti u svjetlu kulturalnih i vrijednosnih sustava u kojima netko živi, a s obzirom na očekivanja, vlastite ciljeve i standarde (Krizmanić i Kolesarić, 1989 prema Crnković, Rukavina i Ostrogonac, 2015). Kvaliteta života je multidimenzionalni konstrukt koji u sebi sadrži objektivne i subjektivne čimbenike. Objektivni čimbenici, kao što su bruto društveni dohodak, pokazatelji zaposlenosti i sl., donedavno su bili glavne komponente kvalitete života. Međutim, dokazalo se da sveukupna kvaliteta života ne može biti ispravno procijenjena bez ravnopravne evaluacije subjektivnih čimbenika. Subjektivni čimbenici uključuju: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu (Vuletić i sur., 2011). Kvalitetu života čini međudnos

objektivnih i subjektivnih čimbenika na mikro, mezo i makro razini (Bratković i Rozman, 2006). Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije, te učestalost simptoma i nuspojava tretmana (Pinjatela, 2008).

Temeljem novih spoznaja u medicini i zdravstvu, razvoja koncepta kvalitete života, sve veće uspješnosti u liječenju raka te stvaranja pokreta i organizacija koje promiču ljudska prava, 70-ih godina 20. stoljeća razvija se disciplina psihosocijalna onkologija, koja za cilj ima proučavanje psiholoških (psihoemocionalnih) reakcija pacijenata, članova obitelji i medicinskog osoblja u različitim stadijima liječenja; proučavanje psiholoških, bihevioralnih, bioloških i socijalnih faktora koji utječu na otkrivanje i rizik nastanka raka te primjenu komplementarnih, edukacijskih, rehabilitacijskih i terapijskih metoda usmjerenih na podržavanje psihosomatskih, somatopsihičkih i psihosocijalnih funkcija, te općenito kvalitete života osobe (Martinec, Miholić i Stepan-Giljević, 2012). Istraživanja ukazuju da tijekom dijagnoze i liječenja raka dolazi do brojnih psiholoških problema kao što su: depresija, anksioznost, socijalni poremećaji, te poremećaji spavanja i hranjenja (Leedham i sur., 2002; Stanton, 2006 prema Antoni, 2013). Znanstveno utemeljene intervencije koje se koriste u području psihosocijalne onkologije su kognitivno-bihevioralne intervencije, vježbe za opuštanje stresa, tehnike za rješavanje problema te grupe podrške (Holland i sur., 2015). Navedene intervencije za cilj imaju razvoj strategija suočavanja i nošenja s malignim oboljenjem, smanjenje stresa, anksioznosti i depresije kod pacijenata te poboljšanje sveukupne kvalitete života.

U sklopu psihosocijalne onkologije koriste se različiti komplementarno suportivni pristupi. Dokazano je da neki pristupi, kao akupunktura, meditacija, relaksacija i kreativna terapija imaju pomažući učinak (Holland, 2015). Početak njihova korištenja veže se uz psihijatriju, željom da se postigne što humaniji pristup osobama s poremećajima mentalnog zdravlja (Malchiodi, 2005). Kreativna terapija, kao komplementarno-suportivni pristup, svoju primjenu danas pronalazi u medicini, edukaciji, rehabilitaciji, radu s osobama s teškoćama u razvoju, osobama s problemima mentalnog zdravlja te osobama s poremećajima u ponašanju. U okviru kreativne terapije koriste se različite umjetničke tehnike i mediji, te u odnosu na njih razlikujemo art terapiju, terapiju glazbom, biblioterapiju, psihodramu, terapiju pokretom i plesom i terapiju filmom. Svaka od ovih metoda ima svoje zakonitosti, te ukoliko ih ne provodi posebno educiran terapeut, neće imati terapijski učinak. U ovom diplomskom radu biti će

opisana svaka od navedenih metoda, povijest njihova razvoja, tehnike, pristupi i metode rada, kao i potencijalne dobrobiti svake metode.

2. Kreativna terapija

Konstrukt kreativnosti bio je predmet istraživanja brojnih znanstvenika. Međutim, većina znanstvenika slaže se da je kreativnost proces proizvodnje nečega što je originalno i vrijedno (Sternberg, 1996 prema Arar i Rački, 2003). Prva objašnjenja pojma kreativnosti potiču iz antičke Grčke, u kojoj se kreativnost smatrala darom od Boga (Runco i Pritzker, 1999). Konstrukt kreativnosti predmet je rasprava brojnih znanstvenika, te stoga nailazimo na pet pristupa kreativnosti. Lubart (1994 prema Arar i Rački, 2003) navodi: mistični, psihodinamski, kognitivni, socijalno – psihološki i konfluentni. Mistični pristup tvrdi kako je osoba prazno vozilo koje božanska osoba ispuni inspiracijom. U psihodinamskom pristupu nailazimo na raskorak između svjesnih i nesvjesnih želja i potreba. Kognitivni navodi da je kreativnost nužna kako bi se smanjile napetosti u procesima ličnosti. Socijalno – psihološki navodi okruženje u kojem osoba boravi, kao glavnu inspiraciju za kreativnost, dok konfluentni model kao najvažnije karakteristike kreativnosti navodi inteligenciju, znanje, stilove mišljenja, ličnost, motivaciju i okolinu (Arar i Rački, 2003).

Kreativna terapija je metoda korištenja vizualne umjetnosti, glazbe, plesa / pokreta, drame, poezije, pisanja i drugih kreativnih procesa za poticanje dubokog osobnog rasta i razvoja zajednice (Miholić i Martinec, 2013).

Glavni benefiti kreativne terapije su poboljšanje kognitivnih i senzo-motornih funkcija, povećanje samopoštovanja i svijesti o sebi, postizanje emocionalnog zadovoljstva, unapređenje vještina socijalne kompetencije te smanjenje sukoba i stresa (American Art Therapy Association).

Kreativne terapije su prepoznate kao značajna metoda u pristupu poremećajima mentalnog zdravlja, rehabilitaciji i medicini. McNiff (1981 prema Malchiodi, 2005) navodi da je početak korištenja kreativnih terapija u rehabilitacijske svrhe započeo još u antičkoj Grčkoj kao metode prevencije i oporavka. Ideja o korištenju umjetnosti kao dodatka medicinskom liječenju potiče krajem 19. stoljeća u psihijatriji, željom da se postigne humani tretman osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Šira primjena kreativnih terapija počinje između 1930. i 1940. godine, kada su psihoterapeuti shvatili da mogu potaknuti izražavanje upotrebom „non-

verbal“ metoda, koristeći bojanje, stvaranje glazbe ili pokret. Mnoge psihijatrijske bolnice su u svoje programe počele uvoditi umjetničke medije kao modalitet koji ima višestruke psihoterapijske dobrobiti (Malchiodi, 2005).

Atkinson i Wells (2000) navode 7 dimenzija kreativnog rada:

- Okruženje
- Članstvo
- Radni odnos
- Radni proces
- Podsvijest
- Osjećaji
- Učinkovitost

Okruženje se ne odnosi samo na fizički prostor, nego ima šire značenje. Odnosi se na šire okruženje koje uključuje procese planiranja i brige o kreativnoj grupi, fizičko okruženje i psihološko okruženje. Važan čimbenik je i odabir članova grupe prilikom čega treba voditi računa o uključivanju članova koji će imati koristi od sudjelovanja u grupi te izbjegavanje uključivanja članova kojima bi članstvo u kreativnoj grupi moglo naškoditi. Važno je također formirati grupu na način da osigura i podršku i izazove za članove. Članovi bi trebali imati želju i potencijal za istraživanje vlastitih interpersonalnih i intrapersonalnih iskustava koristeći kreativne medije. Treća dimenzija mora uključivati spremnost i terapeuta i grupe, stvarajući osjećaj međusobnog povjerenja i sigurnosti. Članovi grupe trebaju steći osjećaj povezanosti i zajedništva. Radni proces usmjeren je na ostvarenje kako ciljeva grupe, tako i individualnih ciljeva. Podsvijest se odnosi na skrivene ciljeve kreativnog procesa. Šesta dimenzija navodi kako se za vrijeme kreativnog rada članovima grupe javljaju razne emocije, te kako bi svi ostali članovi trebali podržati osobu u nošenju s različitim emocionalnim stanjima. Posljednja dimenzija navodi odgovornosti članova grupe i voditelja za uspjeh procesa (Atkinson i Wells, 2000).

Ključni koncepti u kreativnoj terapiji su:

- Transfer – Odnos koji klijent uspostavlja prema terapeutu
- Kontratransfer – Odnos koji terapeut uspostavlja prema klijentu
- Projekcija – Izmještanje unutarnjih procesa osobe na vanjski objekt
- Identifikacija – Poistovjećivanje s vanjskim sadržajem (Miholić, 2015)

Kreativne terapije se razlikuju u odnosu na korišteni medij te stoga razlikujemo: art terapiju, terapiju glazbom, biblioterapiju, psihodramu, terapiju pokretom i plesom i terapiju filmom.

2.1. Art terapija

Art terapija se počela razvijati neovisno u Velikoj Britaniji i SAD-u. Prvi art terapeuti nisu imali formalno obrazovanje iz art terapije, te su organizirali prve radionice s pacijentima na psihijatriji. Izraz „art terapija“ prvi uvodi umjetnik Adrian Hill 1942. Smatrao je da pacijentima art terapija omogućuje oslobađanje kreativne energije, a samim time i oslobađanje od negativnih emocija. Ocem art terapije u Velikoj Britaniji smatra se Edward Adamson, čiji je pristup bio „neintervencijski“ te je uključivao vrlo malo razgovora i interpretacije. U isto vrijeme art terapiju u SAD-u razvijaju Margaret Naumburg i Edith Kramer. Margaret Naumburg razvila je „psihodinamsku art terapiju“ u čijem središtu nije samo likovno izražavanje, nego i komunikacija s terapeutom (Ivanović, Barun i Jovanović, 2014).

Koristi se za poticanje osobnog rasta, povećanje samorazumijevanja i emocionalni napredak osobe. Može se koristiti s djecom, obiteljima, odraslima i skupinama. Može biti koristan modalitet koji omogućava svim dobnim skupinama postignuće emocionalnog opuštanja, rješavanje sukoba i problema i osjećaj blagostanja (Malchiodi, 1998 prema Malchiodi, 2003).

Art terapija vjeruje kako svi imaju kapacitet za kreativno izražavanje, te da je sam produkt manje važan od terapijskog procesa. Pored art terapeuta, likovno stvaralaštvo kao terapiju koriste i psiholozi, psihijatri, socijalni radnici i fizičari. Iako prepoznata kao učinkovit model intervencije, art terapija ostaje misterija za mnogim stručnjacima, koji ne poznaju njenu bogatu povijest, benefite, ograničenja i njenu evaluaciju (Malchiodi, 2003). Art terapija omogućava pojedincima da odrede granice i dubinu sadržaja, te da istovremeno govore o problemima emocionalnog funkcioniranja, komunikacije i obiteljskih odnosa. Metode u art terapiji su prilagođene individualnim potrebama pojedinca, ovisno o kulturalnom kontekstu, načinu života i funkcioniranja (Halužan, 2012). Važno je naglasiti kako nije svako likovno izražavanje terapijsko. Terapijski potencijal likovnog izražavanja zasniva se na mogućnostima izražavanja, sadržavanja i procesuiranja emocija, strukturiranju misli, izražavanju individualnosti kreativnošću te oslobađanju od stresa pri kontaktu s materijalima. Margaret

Naumburg je prepoznala kako čovjekove misli i emocije, koje dolaze iz nesvjesnog i predsvjesnog, prije mogu biti izražene slikom nego riječima (Ivanović i sur., 2014).

Za razliku od psihoterapije gdje je terapijski proces dvosmjernan (odnos klijent – terapeut), u art terapiji proces je trosmjernan (odnos klijent – slika – terapeut). Slika kao dodatni element, može procese transfera učiniti složenijima, ali može otvoriti mogućnosti i za dodatne spoznaje. Primjerice, klijent može dio transfera izraziti kroz sliku, a dio kroz komunikaciju s terapeutom (Ivanović i sur., 2014).

Najveći utjecaj na razvoj art terapije u 20. stoljeću imali su psihoanalitički i analitički pristup. Predstavnik psihoanalitičkog pristupa je Sigmund Freud. Njegov najvažniji doprinos je koncept nesvjesnog. Njegova teorija nesvjesnog utjecala je na razvoj psihoanalitičkog pristupa umjetničkoj terapiji kao i na razvoj tehnika projektnog crtanja. Potpuno drukčiji stav imao je Carl Jung, predstavnik analitičkog pristupa. Koristio je umjetnost kao metodu samoanalize i osobnog iskustva kao temelj za svoja razmišljanja. Smatrao je važnim uspostavljanje dijaloga između svjesnog i nesvjesnog kako bi se uspostavila psihička ravnoteža (Malchiodi, 2003). Iz psihoanalitičkog i analitičkog pristupa proizašli su i najvažniji koncepti u art-terapiji: transfer, spontano izražavanje i tehnike pojačanja i aktivne imaginacije.

Transfer je nesvjesna klijentova projekcija osjećaja prema terapeutu. Te projekcije koje potječu od potisnutih situacija u klijentovom životu trebale bi postati suština terapije, a uspjeh tretmana ovisi o njihovoj detaljnoj analizi. Naumburg (1996 prema Malchiodi, 2003) vjerovala je da transferom klijent stječe emocionalnu povezanost ne samo prema terapeutu nego i prema samoj umjetnosti, te kako ona može zamijeniti i smanjiti utjecaj terapeuta. Schaverien (1992 prema Malchiodi, 2003) smatra kako slike nisu samo ilustracija transfera, već odražavaju elemente transfera koje se mogu pojačati u terapijskom kontekstu. Ona razlikuje dvije vrste slika: dijagramičke slike (koje su opisne) i sadržajne slike (koje sadrže dublja simbolička značenja) (Malchiodi, 2003).

I psihoanalitički i analitički pristup slažu se da spontano izražavanje omogućava uvid u nesvjesno. Spontano izražavanje je svako djelo koje nije usmjereno, svaki crtež, boje ili skulptura izrađeno po želji osobe, kao i sloboda izbora materijala koje klijent želi upotrijebiti. Svrha spontanog izražavanja je omogućiti klijentu izražavanje vlastitih problema i konflikata. Uloga terapeuta je postizanje što boljeg međusobnog odnosa s klijentom sa svrhom otkrivanja dubljeg značenja u djelu. Od terapeuta se očekuje objašnjenje načina na koji se materijal koristi. Spontano izražavanje najveći doprinos ima kada klijent prolazi kroz važan životni događaj, kao

što je emocionalna kriza, bolest ili smrt bliske osobe. Furth (1988 prema Malchiodi, 2003) smatra kako projektni zadatci (primjerice zahtijevanje crtanja kuće, drveta ili osobe) kao i druge aktivnosti koje su usmjerene od strane terapeuta jednako otkrivaju nesvjesni materijal te posjeduju potencijal poboljšanja tijekom terapije. Jedan od načina koji se koristi je tehnika pisanja. U najjednostavnijem obliku uključuje niz linija, te pomoću njih prepoznavanje oblika, figura ili objekata koji kasnije mogu biti obogaćeni drugim detaljima ili bojama (Malchiodi, 2003).

Pojačanje je isključivo analitički pristup. Prema ovome pristupu, slika ne može biti interpretirana samo prema njenom kontekstu, već treba ukazivati na ono što sadržaj može simbolizirati a samom simbolu treba dati smisleni kontekst. Drugim riječima, svaki element slike može biti reprezentacija života klijenta i njegovih trenutnih okolnosti. Pojačanje se razlikuje od slobodnih asocijacija u tome što se klijent povezuje sa slikom te se završni produkt promatra iz različitih aspekata. Postoje 2 pristupa pojačanju: objektivni i subjektivni. Prilikom objektivnog pojačanja terapeut koristi teme iz religije, mitologije i drugih izvora kako bi otkrio simbole. U subjektivnom pristupu klijent koristi aktivnu imaginaciju kako bi pronašao povezanost sa simbolom. Aktivna imaginacija je proces oslobodjenja kreativnosti koristeći fantaziju i snove (Malchiodi, 2003).

Art terapija se koristi u radu i s djecom i s odraslima. Koristi od art terapije prilikom rada s djecom su: smanjenje anksioznosti, poboljšanje pamćenja i poboljšanje komunikacijskih vještina. Prilikom rada s djecom važno je omogućiti djeci slobodno likovno izražavanje. Prilikom interpretacije djetetovog crteža važno je uzeti u obzir kontekst u kojem je napravljen, kao i djetetovo viđenje svijeta. Sve dobrobiti art terapije koje se odnose na djecu, odnose se i na odrasle: neverbalna komunikacija, mogućnost izražavanja osjećaja, misli i pogleda na svijet, te nudi mogućnost istraživanja problema, snaga i mogućnosti za promjenu. Koristi se u radu s osobama koje se nose s bolešću, osobama s invaliditetom, problemima s ovisnošću, osobama koje prolaze kroz obiteljsku krizu, nasilje u obitelji ili smrt bliske osobe, kao i s osobama koje su doživjele emocionalne traume (Malchiodi, 2003).

Važno je naglasiti da su sva djela nastala u procesu art terapije povjerljiva, te da se ne mogu publicirati ili izdavati bez dopuštenja klijenta. Slika koja je nastala za vrijeme terapijskog procesa je dio klijentova unutarnjeg svijeta, te se promatra kao dio terapijskog procesa. Svaki sudionik posjeduje subjektivnu interpretaciju djela, ali suština art terapije je pomoć klijentu da dođe do njenog značenja. Slici možemo pristupiti na deskriptivnoj, elaboracijskoj i

interpretacijskoj razini. Na deskriptivnoj razini opisujemo karakteristike slike, ono što vidimo. Na elaboracijskoj razini promatramo unutrašnjost slike i stvaramo asocijacije. Na interpretacijskoj razini stvara se povezanost između slike i individualnog i kolektivnog simbolizma (Ivanović i sur., 2014).

Art terapija, kao i ostale kreativne terapije, najčešće se izvode u grupi. Grupe mogu biti otvorene, zatvorene ili poluotvorene (Ivanović i sur., 2014). Sudjelovanje u grupi ljudima omogućava prilike za komunikaciju, interakciju i pregovaranje. Irving Yalom, poznati psihijatar koji se proslavio radom u grupama, navodi kako članstvo u grupi ima kurativni potencijal, od kojih se mnogi mogu primijeniti na art terapiju (Malchiodi, 2003).

Neki od njih su:

- Ulijevanje nade – Art terapija omogućava osobama da budu članovi suportivne zajednice ljudi. Iskustvo grupne podrške i dijeljenja ulijeva nadu, posebice kad članovi grupe dijele pozitivna iskustva prevladavanja problema, te njihove vlastite borbe s traumama, gubitkom, bolešću, obiteljskim sukobima ili ovisnošću (Malchiodi, 1998 prema Malchiodi, 2003).
- Interakcija – Grupni pristup omogućava prilike za socijalnu interakciju i socijalnu podršku. Grupna art terapija omogućava prilike članovima grupe za međusobno povezivanje kroz grupne projekte i dijeljenje vlastitih umjetničkih produkata (Malchiodi, 1998 prema Malchiodi, 2003).
- Univerzalnost – Grupe omogućuju prilike članovima da prepoznaju kako i druge osobe imaju slične probleme, brige i strahove, te kako su ljudska iskustva više slična nego različita. Iako su iskustva univerzalna, likovna djela također mogu imati univerzalno značenje, ali na jedinstven način. Dijeljenje zajedničkih simbola i iskustava je važan čimbenik funkcioniranja kreativne grupe i pomaže smanjenju izolacije kroz komunikaciju (Malchiodi, 1998 prema Malchiodi, 2003).
- Altruizam – Grupna terapija naglašava važnost pomaganja drugima u nošenju s teškim periodima života. Osjećaj altruizma može biti koristan čimbenik, kako i za osobu koja pomaže, tako i za osobu kojoj je pomoć potrebna. Grupna art terapija omogućuje međusobnu podršku omogućavajući kreativne aktivnosti kroz koje članovi zajednički djeluju na pozitivne načine (Malchiodi, 1998 prema Malchiodi, 2003).

Postoji nekoliko načina grupnog rada u art terapiji. Povijesno prvi način rada u art terapiji naglasak je stavljao na likovnom procesu, bez verbalne analize i grupne diskusije. Danas se ovaj način rada koristi pretežito s težim psihijatrijskim bolesnicima. Drugi način rada je putem individualnog pristupa unutar grupe, koji promatra osobne procese klijenta, bez grupne dinamike. U ovom pristupu proces je više usmjeren na likovno izražavanje i materijale, te na prepoznavanje emocija. Ovaj pristup je koristan na početku seansi kada se korisnici dobro ne poznaju, kako bi razvili međusobno povjerenje i dobre međuljudske odnose. U grupno-interaktivnom pristupu fokus se stavlja i na individualne procese, ali i na grupnu dinamiku. Često postoji previše materijala za rad te se tako terapeut mora odlučiti želi li pažnju usmjeriti na likovni proces ili na grupnu koheziju. Posljednji način je analitička art terapija, prilikom koje se analizira transfer i kontratransfer. U ovakvom obliku art terapije tema nije zadana, te se crtež može analizirati i iz perspektive osobnih i grupnih procesa (Ivanović i sur., 2014)

Struktura seanse art terapije sastoji se od 3 dijela :

- Uvod i zagrijavanje
- Glavna aktivnost
- Diskusija

U prvom dijelu seanse najčešće se razgovara o događajima koji su obilježili klijentov život protekli tjedan te se zajednički odabire tema seanse. Prilikom glavne aktivnosti važno je sa terapeut ne prekida klijente kako ne bi nestalo inspiracije. Ovo je ključni dio seanse, gdje klijenti kroz neverbalno izražavanje, koristeći boje, bojice ili glinu projektiraju vlastita emocionalna stanja na papir. Važno je uzeti u obzir prirodu i osobnost članova grupe, te u odnosu na to odlučiti da li se tijekom glavne aktivnosti razgovara ili ne. Prilikom diskusije važno je pravilno uređenje prostora, kako bi članovi mogli vidjeti jedni druge dok razgovaraju. Velika korist može biti i pozicioniranje klijenata u krugu, kako bi se postigla što bolja povezanost (Malchiodi, 2003).

2.2. Terapija glazbom

Terapija glazbom je znanstvena disciplina koja koristi glazbu kao osnovno terapijsko sredstvo u svrhu poboljšanja, održavanja ili liječenja mentalnog, fizičkog ili emocionalnog

zdravlja osobe (Bulatović Stanišić, 2019). Terapija glazbom ima izravan utjecaj na čovjekov um, raspoloženje i zdravlje. Polazi od pretpostavke da su sve osobe muzikalne te da je muzikalnost ukorijenjena u našem mozgu te da na muzikalnost ne utječu teška neurološka oštećenja (Kovačević i Mužinić, 2015).

Uvažavajući biopsihosocijalni model, prema kojemu se bolest sastoji od bioloških, psiholoških i socijalnih faktora, muzikoterapija koristi biološke, psihološke i psihoterapijske metode kako bi potakla oporavak i povećala kvalitetu života pacijenata. Usmjeren je na vraćanje sposobnosti i ponovno razvijanje potencijala osobe, te zbog toga svoju primjenu nalazi u bolnicama, centrima za mentalno zdravlje, domovima za starije i nemoćne i školama (Kovačević i Mužinić, 2015).

Počeci muzikoterapije sežu u rane godine 20.stoljeća, kada su fizijatri u SAD-u pozivali glazbenike da sviraju glazbu pacijentima, vjerujući kako glazba može poboljšati metaboličke funkcije i smanjiti stres. Za vrijeme II svjetskog rata terapija glazbom počinje se razvijati, a od glazbenika se zahtijevalo da verificiraju svoj rad i evaluiraju korištene metode. Iz tog razloga se 1950. osniva Nacionalna udruga za muzikoterapiju, a 1971. Američka udruga za muzikoterapiju. Ove dvije udruge su se 1998. povezale u jedinstvenu Američku udrugu za muzikoterapiju (AMTA). Muzikoterapija je uskoro registrirana kao profesija, te je predmet učenja na brojnim sveučilištima (Bunt i Stige, 2014).

Glazbeni razvoj čovjeka započinje već od 16.tjedn prenatalne dobi. Tijekom života, glazbu čuje kroz različite oblike: od pasivnog slušanja glazbe, kao novorođenče do aktivnog sudjelovanja u pjesmama. Glazbena terapija sve je češće prepoznata u medicini, a najviše se koristi u području fizikalne medicine i rehabilitacije, pretežito za rad s djecom s motoričkim poremećajima. Terapija glazbom potiče uključenost cijelog tijela, te pridonosi zdravlju i kvaliteti života osoba s motoričkim poremećajima (Divljaković i sur., 2014). Prije početka seanse terapije glazbom, terapeut mora poznavati snage i potrebe klijenta, svoju ulogu u terapijskom procesu te kako u njemu upotrijebiti glazbu (Sarapa Burić i Katušić, 2012).

Glavne prednosti terapije glazbom su: poticanje socijalizacije, rješavanje sukoba, razvoj pažnje i koncentracije, razvoj vještina suočavanja i opuštanje, samoizražavanje na verbalan i neverbalan način, razvoj pozitivnih oblika ponašanja, neovisnosti i postizanje pozitivnih promjena u emocionalnom izražavanju i raspoloženju. Također, terapija glazbom razvija i osjećaj pripadnosti skupini, potiče društvenost i suočavanje sa stvarnošću (Kovačević i Mužinić, 2015). Najpoznatiji modeli terapije glazbom su: Bonnyjev model „glazbom vođene

mašte“, Priestlyjev model analitičko orijentirane muzikoterapije, Alvinov model improvizacijske muzikoterapije te Nordoff-Robinsonov model kreativne muzikoterapije. Terapiju usmjerenu na korisnika razvio je Carl Rogers, koji je naglašavao međusobno povjerenje između terapeuta i korisnika, te bezuvjetno prihvatanje korisnika i empatiju (Kovačević i Mužinić, 2015).

U Bonnyjevom modelu klijenti slušaju unaprijed komponiranu glazbu, te zamišljaju kontekst u kojem je ona nastala. U ovom modelu glazba nije samoj sebi svrha, nego probuđivanje i pojačavanje osjećaja (Pavlicevic, 1997). U analitičkom modelu terapeut i klijent zajednički improviziraju te pokušavaju razumjeti što se događalo u njihovom umu tijekom improvizacije (Eschen, 2002). U improvizacijskom modelu naglasak je na „glazbenom usklađivanju“, gdje se terapeut povezuje s klijentovim glazbenim izrazom. Termin „glazbeno usklađivanje“ označava uporabu improvizirane glazbe koja je u skladu s glazbenim izrazom osobe. To često uključuje usklađivanje s klijentovim pulsom, ritmičkim obrascima pokreta ili glazbene igre, dinamičnim oblicima izražavanja (Kim, Wigram i Gold, 2009). U Nordoff-Robinsonovom modelu kreativne muzikoterapije usmjerava se na razvoj klijentova unutarnjeg potencijala, grupnom radu, kreativnosti i slobodi u glazbenom izražavanju, poticanju motivacije i samoaktualizacije. Prema stajalištu ovog modela sva djeca su rođena muzikalna, što nudi prilike za samoaktualizaciju, kreativnost, hrabrost, slobodu, spontanost, integraciju i samoprihvatanje (Swedberg Yinger, 2018).

Glazbeni terapeuti mogu koristiti 2 osnovna pristupa u terapiji glazbom: aktivni i receptivni pristup. U aktivnom pristupu klijent samostalno stvara glazbu koristeći glas ili glazbene instrumente. Za ovaj oblik terapije nije potrebno prethodno glazbeno obrazovanje, te se može primjenjivati individualno ili grupno. Koristi se u radu s osobama s teškoćama govora, poremećajem iz spektra autizma ili osobama s Parkinsonovom ili Alzheimerovom bolešću, kao i s osobama s teškoćama pažnje i koncentracije. Omogućava ekspresiju potisnutih osjećaja, povećanje samopoštovanja i samopouzdanja te izražavanje kroz glazbu, a ne riječi. U receptivnom modelu, terapeut u početku obavi razgovor s klijentom, kako bi napravio glazbeni izbor u skladu s klijentovim godinama, glazbenom kulturom i psihološkim stanjem. Prema dobijenim odgovorima terapeut odabire glazbu, koja se u nastavku može mijenjati. Glavni cilj je da se terapeut približi pacijentu, ostvari međusobno povjerenje, te potiče maštu slušanjem glazbe. Koristi se u radu s starijim osobama, osobama s Alzheimerovom bolešću, osobama s invaliditetom te osobama oboljelim od malignih oboljenja (Bulatović Stanišić, 2019).

U terapiji glazbom koriste se brojni instrumenti, od gitare, klavira i flaute do onih manje poznatih, kao što su primjerice klaves ili djembe (afrički drveni bubanj). Izbor glazbenih instrumenata ovisi i o terapeutu, ali i preferencijama klijenta prema određenom instrumentu, kao i činjenica ispunjava li instrument svoju terapijsku svrhu (Bulatović Stanišić, 2019).

Ovisno o modelu, struktura seanse terapije glazbom, razlikuje se u svojoj formi. Tako primjerice, u Bonnyjevom modelu „glazbom vođene mašte“, terapeuti omogućuju aktivno slušanje glazbe svojim klijentima, s ciljem oslobađanja slika, simbola i dubokih emocija iz podsvijesti. Prema ovom modelu seansa traje između 90 i 120 minuta, i uključuje 4 koraka (Strongwater, 2018):

- Početni razgovor kako bi se potakla prisnost između klijenta i terapeuta
- Uvodna skladba, s namjerom poticanja opuštanja i koncentracije
- Period slušanja glazbe
- Dijeljenje iskustava i osjećaja (Strongwater, 2018)

U drugom najpoznatijem modelu, Nordoff Robinsovom, koji se koristi u radu s mlađom djecom i osobama s poremećajem iz spektra autizma, seansa traje 30 minuta. Seansa počinje uvodnom pjesmom, a nakon toga slijedi improvizacijska faza stvaranja glazbe, koja se temelji na dječijim pokretima i reakcijama s namjerom stvaranja zajedničkog glazbenog iskustva s djetetom. Zatim terapeut koristi unaprijed sastavljenu glazbu odabranu u svrhu postizanja terapijskih ciljeva. Seansa se završava pozdravnom pjesmom (Guerrero i Turry, 2013 prema Strongwater, 2018). U ovom modelu, seansa se može sastojati i od 3 koraka: uvodna pjesma, glazbene aktivnosti i pozdravna pjesma (Beer, 1990 prema Strongwater, 2018).

Terapija glazbom ima značajan utjecaj na razvoj kognitivnih i komunikacijskih vještina. Istraživanja pokazuju da osobe s Alzheimerovom bolešću imaju veću mogućnost pamćenja riječi pjesmama, nego govorom, kao i veću mogućnost učenja novih pojmova (Kovačević i Mužinić, 2015). Dokazano je da terapija glazbom ima pozitivne učinke i na inteligenciju osoba s poremećajem iz autističnog spektra, te na održavanje pažnje. Vokalna improvizacija pruža neverbalnim osobama alternativni i augmentativni način komunikacije, kojim mogu izraziti svoje osjećaje i misli kroz glazbu. Seanse glazbene terapije osiguravaju mirno okruženje koje potiče komunikaciju, stvarajući prilike za korištenje gesti, mimika i verbalizacije (Sarapa Burić i Katušić, 2012).

Terapija glazbom pozitivno utječe i na psihosocijalno i emocionalno stanje osobe. Holmes i sur. (2006 prema Kovačević i Mužinić, 2015) navodi da glazba ima značajan utjecaj na smanjenje apatije, tj. ravnodušnosti, te su zaključili da glazba pozitivno utječe na osobe s umjerenom i težom demencijom. Budući da Alzheimerovu bolest često prate stanja anksioznosti, terapija glazbom može biti okidač različitih emocija te omogućiti oboljelima da se verbalno izraze (Kovačević i Mužinić, 2015). Pozitivni učinci pokazali su se i prilikom smanjenja nepoželjnih ponašanja i negativnih emocija osoba s poremećajem iz spektra autizma te stvaranja socijalnih odnosa (Sarapa Burić i Katušić, 2012).

2.3. Biblioterapija

Biblioterapija se definira kao uporaba odabranih knjiga i književnog gradiva kao terapijskih pomagala u medicini i psihoterapiji, kao i rješavanje osobnih problema vođenim/usmjerenim čitanjem (Antulov, 2019). Knjige su bile cijenjene još od drevnih civilizacija, a nerijetko im je bilo pripisano i božansko porijeklo. Drevne civilizacije također su vjerovala u ljekovitu moć svetih knjiga. Tako su prema vjerovanju, svete knjige imale moć liječenja bolesti (Antulov, 2019). Termin biblioterapija uvodi prezbiterijanski svećenik i radnik u bolnici Samuel McChord Crothers, koji je smatrao da će pomoći bolesnicima vodeći ih kroz razumijevanje djela iz književnosti (Piskač, 2017).

Glavni cilj biblioterapije je osvješćivanje dubokih emocija, te se sastoji od 4 procesa (Antulov, 2019):

- Identifikacija – Nakon identifikacije problema i spoznaje da i drugi dijele slične brige i probleme olakšava se proces prihvaćanja (Antulov, 2019).
- Projekcija – Pristupanje problemu s gledišta zamišljenih likova. Može se shvatiti i kao prebacivanje krivnje (Antulov, 2019).
- Katarza – Emocionalno uzbuđenje koje se javlja tijekom čitanja dovodi do smanjenja emocionalne napetosti (Antulov, 2019).
- Uvid – Uvidom u vlastite reakcije na probleme čitatelj bolje osvješćuje svoje probleme, te načine na koji ih može svladati (Antulov, 2019).

Osnovne vrste biblioterapije su: institucionalna, klinička i razvojna biblioterapija. U institucionalnoj biblioterapiji, biblioterapiju su provodili liječnici s hospitaliziranim pacijentima. Klinička biblioterapija namijenjena je osobama s emocionalnim teškoćama i problemima u ponašanju. Razvojna biblioterapija namijenjena je osobama koje nemaju bolest ili poremećaj, u svrhu osobnog razvoja (Antulov, 2019).

Transferom u biblioterapiji, biblioterapeut kreira situaciju u kojoj klijent prenosi svoje nesvjesne emocije, posredstvom književnog djela, na terapeuta (Lecher-Švarc i Radovančević, 2015). Za biblioterapiju, pored već spomenute katarze, važan pojam je i „Thanatos“. Pojam je nastao na osnovu djela „Patnje mladog Werthera“, Johann Wolfgang Goethea, koji je uzrokovao sve veću stopu depresije i samoubojstava mladih. Njegov učinak je u problematiziranju dubokih psiholoških problema koji se kriju u najdubljim porama ljudske podsvijesti (Lecher-Švarc i Radovančević, 2015).

Važan čimbenik uspjeha terapijskog procesa je i odabir literature. Svaki čovjek je individua, te se često događaju različite reakcije na isti tekst. Unatoč različitim reakcijama, postoje pravila kojima se treba voditi prilikom izbora literature. Neke teme, kao što su osjećaj beznađa, nasilje i traumatičnost nisu preporučljive za biblioterapiju. Važno je odabrati univerzalni materijal radi mogućnosti čitateljeve identifikacije. Treba voditi računa i o raaspoloženju grupe, tako ako je primjerice tema depresija, vrlo važno je da se u književnom djelu nalazi osjećaj nade, pozitivnih emocija i optimizma. Treba izbjegavati i materijale koji pružaju osjećaj konfuznosti i anksioznosti te ne pružaju mogućnost suočavanja s negativnim osjećajima, te materijale koji sadržavaju negativna emocionalna stanja, poput samoubojstva (Antulov, 2019).

Biblioterapija se provodi u grupi, te je važno voditi računa o spolu, dobi, kulturnim i etničkim čimbenicima, obrazovnom i društvenom statusu. Zbog toga se formiraju biblioterapijski timovi, koji su specijalizirani za rad s određenom populacijom – primjerice tim za rad s djecom razvedenih roditelja ili ovisnicima. Sudjelovanjem u biblioterapiji svaki klijent na neki način postaje koautor književnog djela. Na taj način potiče se mašta i suočavanje sa životnim problemima (Antulov, 2019).

Glavne dobrobiti biblioterapije su: povećanje kapaciteta za odgovor, povećanje samorazumijevanja, povećanje svjesnosti o važnosti međuljudskih odnosa i poboljšanje orijentiranosti u životu (McCarty Hines, 2018).

Povećanje kapaciteta za odgovor uključuje stimuliranje i obogaćivanje klijentovih slika, koncepata ili osjećaja biblioterapijskim materijalom. Ukoliko terapijski proces bude uspješan, klijent će imati bolji uvid u sebe, odnose s drugima i životnu stvarnost. Važan čimbenik za ostvarenje ovog cilja predstavlja mašta i održavanje fokusa, koncentracije i pažnje na književno djelo. Budući da se biblioterapija provodi s različitim populacijama, primjerice osobama s ADHD-om, od terapeuta se zahtjeva rad na aktivnom zadržavanju pažnje klijenata (McCarty Hines, 2018).

Važno je naglasiti da biblioterapija pomaže u samorazumijevanju. Književna djela omogućuju zrcaljenje, prilikom čega se klijenti mogu poistovijetiti s djelom. Važno je razumjeti da tijekom poistovjećivanja, suočavanje sa samim sobom ne mora biti ugodno. Tuga i bol su često dio ovog procesa (McCarty Hines, 2018).

Povećanje svijesti o važnosti međuljudskih odnosa vrlo je važno za osobe s problemima mentalnog zdravlja te narcističke osobe. Vrlo je važno ukazati na važnost na koji način ih okolina promatra. Biblioterapeuti se često moraju fokusirati na razvoj socijalizacijskih vještina. Biblioterapeut je dužan uspostaviti pravila: poštivanje drugih, čekanje reda i dosljednost u dolasku na seanse. Često se klijenti boje iskazati svoja mišljenja i odgovore, te im je važno ukazati da nema točnog ili netočnog odgovora. Uloga biblioterapije je i u razvoju empatije, razumijevajući osjećaje drugih oko nas (McCarty Hines, 2018).

Poboljšanje orijentiranosti u životu pomaže osobama s problemima mentalnog zdravlja u boljem povezivanju s vlastitom životnom situacijom. Biblioterapeut također potiče klijente da koriste svoje misli i uspomene kako bi istražili dublji problem vlastite emocionalne, socijalne i psihološke stvarnosti. Primjerice, upečatljiva slika može nam otkriti jesmo li stvarno otpustili problem, koji nas je mučio u prošlosti (McCarty Hines, 2018).

2.4. Psihodrama

Psihodrama je oblik grupne psihoterapije koji kao sredstvo izražavanja, osim verbalizacije, misli i osjećaja primjenjuje govor tijela i pokret (Mindoljević Drakulić, 2010). Utemeljitelj psihodrame je Jacob Levy Moreno. Prema njegovoj teoriji uloga, koja se temelji na teoriji uma, svaka osoba igra različite uloge, od kojih svaka može biti identificirana, imenovana, preispitana i modificirana. Svaka uloga je kombinacija osobnih i društvenih

komponenti, budući da je svaka osoba definirana prošlim iskustvima i kulturnim normama koje definira društvena sredina (Jakovina Žurić i Jakovina, 2017).

Moreno smatra da postoje 3 vrste uloga: socijalne uloge, psihosomatske uloge i psihodramske uloge. Socijalne uloge odražavaju socijalnu dimenziju, pokazujući kako se povezujemo s drugima, primjerice uloga majke oca, zaposlenika, učenika ili učitelja. Psihosomatske uloge odražavaju psihosomatsku dimenziju, primjerice uloga spavača. Te uloge su zajedničke za sve ljude. Psihodramske uloge odnose se na psihološku dimenziju, kao što je mašta koja pomaže u mentalnom razvoju pojedinca (Jakovina Žurić i Jakovina, 2017).

Također, postoje i 3 grupe uloga, koje se razvijaju odrastanjem. Prva grupa odnosi se na uloge koje dijete usvaja u ranim godinama kada je dijete ovisno i pasivno. Povezano je s majčinskim funkcijama (hranjenje, njegovanje), te uključuje uloge sina, kćeri, učenika. Druga grupa uloga razvija se kada dijete postaje sve više neovisno, kada se povezuje sa svijetom te postaje sve aktivnije i snažnije. Povezano je s očinskim funkcijama (rad, samopouzdanje, kapacitet za uspjeh). Treća grupa uloga povezana je s bratskim/sestrinskim ulogama, a uključuje kompetitivnost, sudjelovanje, rivalstvo. Kroz ove uloge razvija se asertivnost, postavljaju granice te mogućnost odbrane od napada drugih (Jakovina Žurić i Jakovina, 2017).

Tijekom psihodramske seanse, klijenti zauzimaju različite uloge. Osoba čiji se problem odigrava naziva se protagonist. Terapeut koji vodi proces naziva se redatelj, a ostali članovi su pomoćna ega. Središte psihodramske radnje naziva se pozornica (Blatner, 2000).

Termin protagonist koristi se za ulogu namijenjenoj osobi koja želi razraditi vlastiti problem ili razviti mehanizme suočavanja s problemom. Protagonist ima glavnu ulogu u cijelom procesu, a njegovo iskustvo postaje fokus grupe. Tijekom psihodramske akcije protagonist može zamijeniti uloge s drugim članovima, igrati dvostruke uloge ili postati režiser cijelog procesa. Protagonisti često glume spontanije ako imaju mogućnosti interakcije s drugim ljudima, koji se u psihodrami nazivaju pomoćna ega. Često, prilikom zrcaljenja, pomoćna ega igraju uloge protagonista. Terapeut, voditelj procesa, posjeduje znanja o psihodramskim tehnikama i načinima kako voditi cijeli proces (Blatner, 2000).

Važan element psihodramskog procesa je i publika. Psihodramski proces čini između 6 i 20 ljudi. Često je nekoliko ljudi iz publike izabrano da budu pomoćna ega. Publika ima ulogu svjedoka, ali i značajnu ulogu u diskusiji po završetku psihodramske radnje. Pozornica na kojoj se provodi psihodrama treba biti fleksibilna te u mogućnosti predstaviti svaku situaciju koja se odigrava (Blatner, 2000).

Psihodramski proces sastoji se od zagrijavanja, psihodramske akcije i dijeljenja osjećaja (sharing). Tijekom zagrijavanja koriste se brojne tehnike čiji je cilj razvoj grupne kohezije, spontanosti, povjerenja u terapeuta te sigurnosti u grupi (Blatner, 2000). Mogu se koristiti razne aktivnosti kao što su: igre upoznavanja, kontaktne igre, improvizirane igre uloga, dramske igre, osjetilne vježbe, vođena imaginacija, razgovor, crtanje, glazba, ples i pokret (Miholić, 2018). Psihodramska akcija počinje promatranjem protagonistovih osjećaja. Scena uobičajeno prikazuje događaje koji su se nedavno dogodili u protagonistovom životu. Protagonist postavlja scenu i objašnjava funkcije predmeta na sceni. Nakon toga, protagonist uvodi likove i objašnjava njihove uloge. Nakon uvoda, psihodramska akcija počinje, s dijalozima i pokretima. Terapeut vodi psihodramsku akciju, nadgleda dijaloge, pokrete i ponašanja, promatra emocionalne reakcije protagonista, te traži načine na koje protagonist i njegovi osjećaji dolaze do potpunog izražaja. Njegova je uloga da otkloni sve podražaje koji bi mogli utjecati na emocionalni izražaj protagonista (Djuric, Veljkovic i Tomic, 2005). Nakon završetka psihodramske akcije, članovi se skupljaju u krugu, te se suočavaju s protagonistom dajući povratnu informaciju o njihovom viđenju psihodramske akcije. Ostali članovi pričaju o svojim emocijama i životnim događajima, koji se mogu referirati na situaciju protagonista, ali bez davanja savjeta ili analize njegova ponašanja. Ovaj proces se zove dijeljenje (sharing), te se označava kao trenutak jedinstva između grupe i protagonista (Djuric i sur., 2005).

Psihodramske tehnike označavaju postupke kroz koje se artikulira tijek psihodramske akcije. Osnovne psihodramske tehnike su: igranje uloga, zamjena uloga, zrcaljenje, dvojniki i pojačavanje (Miholić, 2018). Osnovna forma psihodramskog rada je igranje uloga. Omogućuje iskustvo slikovitog prikazivanja scene u prostoru, za razliku od verbalnog opisivanja (Miholić, 2018). Zamjena uloga se događa kada protagonist zamijeni uloge s pomoćnim egom. Ovo je najvažnija tehnika u psihodrami, koja omogućuje socijalizaciju i integraciju (Jakovina Žurić i Jakovina, 2017). Omogućuje promatranje događaja iz perspektive druge osobe, te predstavljanje i razumijevanje osobnih predodžbi o događaju (Miholić, 2018). Prilikom zrcaljenja, protagonist se postavlja u stranu te kao u zrcalu promatra sebe putem akcije pomoćnog ega, te se na taj način pospješuje suočavanje (Mindoljević Drakulić, 2010). Dvojniki uključuje empatiju te zauzimanje uloge protagonista te govorenjem teksta i činjenjem događaja koji se dvojniku čine ispravnim u određenoj situaciji, a što protagonist ne uviđa ili nije u mogućnosti verbalizirati (Mindoljević Drakulić, 2010). Pojačavanje omogućuje iskustvo porasta vlastitog angažmana i snage u verbalnom i neverbalnom izražavanju tijekom događaja na sceni (Miholić, 2018).

Najvažniji koncept Morenove drame je spontanost. On je smatrao da je spontanost fizički i mentalni proces koji najbolje određuje kreativnost. Iako drugi često zamišljaju kreativne ljude kao osobe koje dugo razmišljaju, planiraju i razlučuju, često je kreativnost praćena improvizacijom. Kako bismo razlikovali kreativnost i spontanost, važno je razlučiti da se kreativnost odnosi na aktivnost stvaranja, dok se spontanost odnosi na spremnost za stvaranje, te uključuje snažnije emocionalno i tjelesno stanje, kao i individualnu ili grupnu uključenost. Također, ljudi mogu biti izrazito spontani iako nisu kreativni, kao i izrazito kreativni iako nisu spontani (Blatner, 2000). Spontanost ovisi o ulogama i situacijama u koje smo uključeni. Tako čovjek može biti izrazito spontan u nekoj ulozi ili situaciji, dok u drugima ne mora biti. Spontanost je izrazito ovisna o raspoloženju, kontekstu i mentalnoj inerciji. Spontanost se razvija kroz vrijeme, i ponekad na nju utječu fizička, psihološka i društvena ograničenja (Blatner, 2000).

Ipak, većina kreativnosti proizilazi iz spontanosti. Jedna od Morenovih najvažnijih spoznaja bila je da je spontanost „zagrijavanje“ za kreativnost. Općenito, čovjek ne postaje kreativan razmišljanjem, nego uključivanjem u vlastiti problem. Improviziranje, mašta, razgovor, fizičko kretanje pobuđuje razvoj novih ideja i spoznaja (Blatner, 2000).

Psihodrama ne istražuje samo unutarnje misli i osjećaje osobe, nego i situacije koje se još nisu dogodile, susrete s osobama koje fizički nisu prisutne, predviđanje budućnosti, te različite percepcije prošlosti i sadašnjosti. Ta prikrivena dimenzija iskustva naziva se višak stvarnosti – dodatna dimenzija stvarnosti (Djuric i sur., 2005).

Psihodrama se pokazala korisnom metodom u radu s mnogim populacijama. Koristi se pri radu s ovisnicima o alkoholu, drogi, kocki, osobama s govorno – jezičnim poteškoćama, adolescentima, osobama s poremećajem iz spektra autizma, poremećajima prehrane, osobama s malignim oboljenjima, seksualno zlostavljanim osobama i osobama koje prolaze kroz neku krizu. Psihodrama se može koristiti i s običnim ljudima kako bi riješili probleme i trenutačne krize kroz koje prolaze (Kellermann, 1992). Nasuprot tomu, psihodrama nije preporučljiva niskofunkcionirajućim kroničnim osobama. Naime, te osobe mogu imati koristi od sudjelovanja u grupi, strukturiranih aktivnosti, ali su u nemogućnosti integrirati cjelokupan emocionalni doživljaj psihodrame. Također, ne preporuča se osobama s bolestima srca, kako bi se izbjegla nagla emocionalna uzbuđenja. Osobama koje su previše narcistične, te koje imaju poteškoća u čekanju reda, isto tako se ne preporučuje sudjelovanje u psihodrami. Sudjelovanje

u psihodrami također nije korisno za akutne psihotične, suicidalne, manične, anksiozne, depresivne i sociopatske osobe (Kellermann, 1992).

2.5. Terapija pokretom i plesom

Terapija pokretom i plesom je psihoterapijska metoda koja se temelji na upotrebi pokreta i plesa kroz koju osoba može kreativno sudjelovati u procesu kako bi unaprijedila svoju emocionalnu, kognitivnu, tjelesnu i društvenu integraciju (Karkou i Meekums, 2014 prema Vidučić i Rusac, 2018). Terapija pokretom i plesom proučava tijelo i njegovu posturu te načine na koje ono utječe na percepciju, smanjenje napetosti unutar tijela koji sprečavaju akciju i osjećaje, svijest o disanju koje se koristi ili zadržava te osjetilnu uporabu dodira (Chaiklin i Wengrower, 2009). Primjenjuje se u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a način rada može biti individualni i grupni (Payne, 1992). Cilj terapije je razvoj i unapređenje predodžbe koje pojedinac ima o sebi, njegovih neverbalnih komunikacijskih vještina te raspon i kvalitetu doživljavanja emocija (Škrbina, 2013 prema Vidučić i Rusac, 2018).

Terapija pokretom i plesom uključuje različite mogućnosti tjelesnih iskustava i izražavanja kao što su pokret, mimika, pantomima, gesta i dodir (Hećimović, Martinec i Runjić, 2014). Terapija pokretom i plesom povezana je s umjetničkim aspektom plesa, koja podržava kreativnost aktivnim korištenjem tijela. Improvizirani pokreti i geste, potječući od unutarnjih impulsa povezanih s ritmom, ne moraju biti razumljivi, ali zasigurno imaju značenje u životu pojedinca (Chaiklin i Wengrower, 2009).

Labanova analiza pokreta najpoznatiji je model terapije pokretom i plesom. Svrha ovog modela je u promatranju, bilježenju i analizi različitih vrsta pokreta. Uključuje 3 kategorije – oblik tijela, prostor i napor (effort) (Martinec, 2015). Oblik tijela može se mijenjati ili biti statičan. Oblik tijela terapeutu daje informacije o emocionalnim stanjima, stavovima i kapacitetu energije. Važna dimenzija prostora je „*kinesfera*“; prostor koji se nalazi oko tijela. Ekspresivni i komunikacijski aspekti tjelesnih pokreta mogu biti zabilježeni koristeći se položajem u prostoru i faktorima pokreta; effortom. Postoje 4 faktora pokreta: prostor, težina, vrijeme i protok. Faktori pokreta pomažu terapeutima da prepoznaju neverbalne izražaje emocija, nagone i namjere klijenta (Martinec, 2015).

Jedan od ključnih elemenata u terapiji pokretom i plesom je improvizacija. Ona omogućuje svojevrsan bijeg od uobičajenih razmišljanja, promatrajući ih iz druge perspektive,

te nudi prilike za istraživanje novih i nepoznatih pokreta. Ilustrira reciprocitet odnosa između plesa i umjetnosti (Chaiklin i Wengrower, 2009).

Osnovni principi u terapiji pokretom i plesom su: imitacija, zrcaljenje, simbolizacija tijelom, istraživanje pokreta i izvorni/autentični pokret (Hećimović i sur., 2014). Imitacija se odnosi na fizičku imitaciju partnerovog oblika, sekvence ili napora, s ciljem da se promatrač kroz kinestetičku empatiju uskladi s pokretima i osjećajima partnera (Fischman, 2009 prema Miholić, 2015). Zrcaljenje je postupak koji je korišten od strane terapeuta, s namjerom postizanja prisnosti s klijentom, te povećava uzajamno emocionalno razumijevanje. Zrcaljenje se javlja kada dvoje ljudi učini slične tjelesne pokrete, koji su koordinirani u vremenu (Fitzpatrick, 2018). Simbolizacija tijelom uključuje istraživanje posture, mimike, gesti i pokreta koje su karakteristične prilikom izražavanja određenih emocija (Martinec, 1995 prema Martinec, 2013). Korištenje simbolizacije tijelom može biti korisno iz razloga što omogućava kinestetičku stimulaciju, koja ima pozitivan utjecaj na tjelesne, perceptivne i imaginativne funkcije (Martinec, 2013). Istraživanje pokreta odnosi se na analizu kako se određeni pokret povezuje s našim osjećajima i uspomnama, kroz zadržavanje u jednoj poziciji. Istraživanje pokreta pomaže u suočavanju s vlastitim emocijama (Martinec, 2013). Autentični pokret je korištenje slobodnog i autentičnog pokreta. Temelji se na mašti i improvizaciji, te je učinkovita metoda kreativnog oslobađanja i izražavanja (Martinec, 2013).

Meekums (2002 prema Martinec, 2015) navodi kako se seansa terapije pokretom i plesom odvija u 4 koraka: 1. Priprema (zagrijavanje za seansu); 2. Inkubacija (opuštanje, svjesna kontrola, simbolizacija pokreta); 3. Iluminacija (pojava značenja pokreta, koje može imati pozitivan i negativan utjecaj) i 4. Evaluacija (diskusija o emocionalnim reakcijama tijekom seanse te priprema za njen završetak). Svaki od koraka ima specifične ciljeve, koje treba ispuniti kako bi se seansa pokazala uspješnom. Ciljevi se prilagođavaju prema individualnim mogućnostima klijenta (Martinec, 2015).

Glavne prednosti korištenja terapije pokretom i plesom su: integracija uma, tijela, emocija, kreativnosti i duhovnosti; uključivanje relaksacije, vježbi disanja unutar terapijskog procesa; korištenje dodira, zrcaljenja, sinkronizacije i tjelesne empatije kao i mogućnosti tjelesnog i emocionalnog suočavanja (Goodill, 2005). Budući da ples ima značajan utjecaj na oblikovanje unutaršnjeg svijeta osobe i razvoj socijalnog i kulturnog identiteta, terapija pokretom i plesom se često koristi za rad s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti. Ples

omogućava razvoj samopouzdanja te osjećaj kontrole, te je važan čimbenik u suočavanju sa stresom (Vidučić i Rusac, 2018).

2.6. Terapija filmom

Terapija filmom se odnosi na uporabu filmova kao podrške u procesu učenja, razvoja i sazrijevanja (Dumtrache, 2014). Pogrešno je poistovjetiti terapiju filmom s gledanjem filmova. Terapija filmom je terapijski pristup koji uključuje pažljivu selekciju filmova te procesuiranje klijentovih iskustava kroz terapijsku seansu. Sudjelovanje u terapiji filmom može pružiti klijentu priliku za rješavanje problema, poticanje osobnog razvoja, preusmjerenje problema te izgradnju pozitivnih odnosa s drugim ljudima (Molaie, Abedin i Heidari, 2010 prema Powell, Newgent i Lee, 2016).

Na početku seanse terapeut vodi klijenta zahtijevajući od njega da se, metaforički, uživi u ulogu nekog od likova u filmu, te da pokuša doživjeti radnju na emocionalnoj i kognitivnoj razini (Wedding i Niemec, 2003 prema Powell, 2018). Pretpostavlja se da će se klijent poistovjetiti s likom koji ima slične probleme kao i on, pronaći potporu i prihvaćanje, doživjeti katarzu, povećati svijest o problemu te potencijalno pronaći rješenje za problem (Lampropoulos i Spengler, 2005 prema Powell, 2018). Nakon toga, terapeut će zajedno s klijentom pokušati otkloniti psihološke stresore te procesuirati na koje načine je film povezan s njegovim stvarnim životom (Sharp, Smith i Cole, 2002 prema Powell, 2018).

Pristup terapiji filmom može biti direktivan i nedirektivan, kao i strukturiran i nestrukturiran. Kottler i Brown (2000 prema Powell, 2008) smatraju da je direktivnost mogućnost utjecaja na osobu na način da je motivira za stvaranje pozitivnih promjena. U direktivnom pristupu terapeut preuzima inicijativu, postavlja granice, strukturu seanse, nudi prijedloge (Powell i Newgent, 2008 prema Powell, 2018). U nedirektivnom pristupu klijent preuzima kontrolu nad terapeutom te vodi terapijski proces. U ovom pristupu terapeut s klijentom obrađuje metafore pronađene u filmu, te se suzdržava od povezivanja informacija s klijentovim životom. Smatra se da će ovim pristupom klijent sam pronaći povezanost, te samostalno pronaći temu za diskusiju. Terapeut olakšava to povezivanje ističući sličnosti između filma i klijentovog života (Powell, 2018). U strukturiranom pristupu terapeut određuje problem i temu o kojoj će se razgovarati. U ovom pristupu klijent obrađuje određene dijelove filma, zbog toga što terapeut smatra kako će određeni isječak filma imati najbolji terapijski

učinak na klijenta. U nestrukturiranom pristupu klijent sam bira koji isječak filma želi gledati, te o kojem problemu želi razgovarati. Taj problem ne mora biti nužno povezan s tematikom isječka (Powell, 2018).

Kroz terapiju filmom, klijent stvara vlastiti unutarnji svemir, te identificirajući se s glavnim glumcem ili temom filma može promijeniti vlastiti život otkrivajući nove mehanizme suočavanja prilikom dnevnih aktivnosti. Doživljaj određenih scena iz filma pomaže klijentu definirati vlastite potrebe, brige te neizrečene želje i očekivanja (Dumtrache, 2014). Terapija filmom može klijentu ponuditi načine da prevlada neki životni problem, na način da eksternalizira problem, kako bi klijent mogao započeti promjenu ponašanja. Terapija filmom odvija se u 3 koraka: procjena, gledanje filma, razgovor (Jones Rufer, 2014). Terapija filmom pokazuje pozitivne učinke u klijentovu odnosu samom prema sebi, u odnosu prema vlastitom egu, u odnosu prema obitelji, u odnosu prema prijateljima te u socijalnim i profesionalnim odnosima (Dumtrache, 2014).

Filmovi su koristan alat u razvoju emocionalne inteligencije čovjeka. Scena, glazba, vrijeme i izrazi lica također doprinose emocionalnom razvoju. Zilman(1988 prema Jones Rufer, 2014) predlaže koncept upravljanja raspoloženjem. Smatra kako su svi filmovi stvoreni da stvore zadovoljstvo. Čak su i horor filmovi stvoreni s tom namjerom – zadovoljstvo oslobađanja ili rješavanja napetosti. Mares, Oliver i Canton (2008 prema Jones Rufer, 2014) nude razvojno objašnjenje za privlačnost određenih filmskih žanrova. Oni smatraju da užitak može biti složeniji od pozitivnog utjecaja, te da prilikom gledanja filmova dolazi do kognitivnih promjena.

Umjetnost, bez obzira o kojem mediju se radi, potiče emocionalne promjene. Gledanje filmova potiče empatiju, omogućavajući gledatelju da se postavi u kožu glumca. Oliver(2008 prema Jones Rufer, 2014) uspoređujući biblioterapiju i terapiju filmom, smatra kako terapija filmom omogućuje kvalitetnije povezivanje s likom, budući da filmovi potiču i vidnu i slušnu stimulaciju.

3. Kvaliteta života

Pojam kvaliteta života sadrži brojne i složene komponente, te ga je zbog toga teško definirati. Kvaliteta života je složen koncept koji uključuje fizičko stanje, psihološko stanje,

stupanj samostalnosti, socijalne odnose, osobna uvjerenja i odnos prema bitnim značajkama okoline (Bilić i Bratković, 2004). Polazišta u definiranju mogu biti različita, ovisno govorimo li o kvaliteti života općenito, kvaliteti života u određenom društvu, kvaliteti života određene populacije ili pak kvaliteti života pojedinca (Bratković i Rozman, 2006). WHO definira kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite životne stvarnosti u svjetlu kulturalnih i vrijednosnih sustava u kojima netko živi, a s obzirom na očekivanja, vlastite ciljeve i standarde (Krizmanić i Kolesarić, 1989 prema Crnković i sur., 2015). Kvaliteta života prije svega je psihološki fenomen, odnosno vrsta općeg stava prema vlastitom životu i njegovim aspektima. Uključuje kognitivnu i afektivnu evaluaciju objekta stava, pri čemu zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu (Felce i Perry, 1993 prema Vuletić i sur., 2011). Različiti termini koriste se za opisivanje kvalitete života, kao što su subjektivna dobrobit, sreća, zadovoljstvo životom i subjektivna kvaliteta života. Međutim, oni nužno ne moraju imati isto značenje i odnositi se na iste pojmove (Vuletić i sur., 2011)

Tijekom povijesti definicije kvalitete života su se mijenjale i razlikovale. Sredinom dvadesetog stoljeća pod pojmom kvaliteta života podrazumijevao se životni standard, a istraživanja su bila rađena na području ekonomije. S povećanjem životnog standarda istraživanja kvalitete života usmjerila su se i na proučavanje osobnih i društvenih potreba. Šezdesetih godina 20. stoljeća počelo se razlikovati subjektivne i objektivne čimbenike, dok su se sedamdesetih godina istraživanja usmjerila pretežito na subjektivne čimbenike. Razlikujemo dva pristupa konceptualizaciji pojma kvalitete života: skandinavski i američki (Vuletić i sur., 2011). U skandinavskom pristupu naglasak je stavljen na objektivne čimbenike, dok se u američkom pristupu naglasak stavlja na subjektivne čimbenike (Lučev, 2008 prema Vuletić i sur., 2011).

Do nedavno, glavne komponente kvalitete života bili su objektivni čimbenici, kao što su bruto društveni dohodak, pokazatelji zaposlenosti i sl., zajednički se nazivajući socio-ekonomski status. Pokazalo se da u procjeni kvalitete života objektivni pokazatelji nisu dovoljni, nego treba uključiti i subjektivne pokazatelje. Objektivne mjere su normativni pokazatelji stvarnosti, dok se u subjektivnim mjerama ukazuje na razlike u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta života. Subjektivna kvaliteta života uključuje: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu (Vuletić i sur., 2011). Odnos subjektivne i objektivne kvalitete nije linearan, odnosno, promjene u objektivnim čimbenicima ne znače i promjene u subjektivnim čimbenicima (Lawton, 1991; Cummins, 2000 prema Vuletić i sur., 2011). Cummins (1995 prema Vuletić i

sur., 2011) smatra da prilikom loših socijalnih uvjeta života, poboljšanjem uvjeta povećat će se i subjektivna kvaliteta života. Međutim, kada su zadovoljene osnovne potrebe pojedinca, povećanje materijalnih dobara ne utječe značajno na subjektivnu kvalitetu života. Značajna povezanost subjektivnih i objektivnih pokazatelja kvalitete života nalazi su u situacijama siromaštva i bijede, odnosno kada osnovne potrebe čovjeka nisu zadovoljene (Vuletić i sur., 2011).

Kvaliteta života je multidimenzionalni i interakcijski proces koji obuhvaća veliki broj međusobno povezanih faktora. Zajedničko obilježje svih pristupa je da naglašavaju promatranje kvalitete života iz perspektive pojedinca. Važno je naglasiti da pojedinci žive u okolini koja je obilježena različitim fizičkim, društvenim, ekonomskim, kulturnim i političkim obilježjima. Uzimajući u obzir različite aspekte kvalitete života, teško je odrediti kriterije i standarde njene procjene, budući da faktori variraju ovisno o pojedincu, s obzirom na životne uvjete i promjene u okolini. Kako bismo napravili procjenu i vrednovanje kvalitete života, važno je odrediti osnovne indikatore (Bratković i Rozman, 2006).

Lindstrom(1992 prema Bratković i Rozman, 2006) navodi četiti glavna aspekta s kojih se može promatrati kvaliteta života: osobni (tjelesne, psihološke i duševne značajke); međuljudski (obiteljske, prijateljske i mreže socijalnih odnosa); okolinski (uvjeti rada, stanovanja, prihodi i sl.) i globalni (kulturne specifičnosti, stanje ljudskih prava i društvena skrb za pojedinca). Hogg (1995 prema Bratković i Rozman, 2006) predlaže podjelu na: socijalne indikatore, glavna životna područja, važna životna događanja, psihološke faktore, psihosocijalne faktore, obilježja ponašanja i prosudbe sveobuhvatne kvalitete života. Socijalni indikatori dalje se dijele na: društvene i individualne. Društveni indikatori označavaju obilježja zajednice kao što su: smrtnost, obolijevanje i standard života. Individualni faktori su prihodi, zdravstveni i obiteljski status. Glavna životna područja odnose se na: obiteljski život, susjedstvo, aktivnosti slobodnog vremena, religijska uvjerenja, obrazovanje, socijalne kontakte i prijateljstva. Važni životni događaji mogu biti brak, razvod, bolest, umirovljenje ili preseljenje. Psihološki indikatori uključuju rješavanje problema, samopoštovanje, pojavu i intenzitet pozitivnih i negativnih emocija. Psihosocijalni indikatori uključuju socijalnu interakciju, kontakte, socijalnu podršku i stres. Prema ovim autorima, procjena kvalitete života uključuje: samoprocjenu sveukupne kvalitete života, zadovoljstvo kvalitetom životnih područja, zadovoljstvo važnim životnim pitanjima te procjenu važnosti različitih područja života i životnih pitanja (Bratković i Rozman, 2006).

Do sada su razvijeni brojni modeli kvalitete života, no najviše se koriste tri modela: „Top-down model“ (deduktivni model); „Bottom-up model“ (induktivni model) i model dinamičke ravnoteže (Vuletić i sur., 2011). Feist i sur. (1995 prema Vuletić i sur., 2011) navode kako „Top-down model“ smatra da ljudi imaju urođene dispozicije za interpretaciju života na pozitivne i negativne načine. Te dispozicije utječu na procjenu zadovoljstva na raznim životnim područjima. Prema ovome, jedna opća (ukupna) procjena može se razložiti na pojedinačne dijelove (Vuletić i sur., 2011). „Bottom-up model“ smatra da se osjećaj zadovoljstva kombinira zbrajanjem zadovoljstava u različitim životnim područjima, primjerice brak, posao i obitelj (Feist i sur., 1995 prema Vuletić i sur., 2011). U ovom modelu veći značaj imaju objektivne okolnosti. Prema ovom modelu, zadovoljstvo određenim komponentama kvalitete života ima utjecaj na sveukupnu kvalitetu života, kao što i cjelokupna kvaliteta života ima utjecaj na određene komponente. Prvo se vrednuju komponente života (primjerice brak ili obitelj), na način da se komponente uspoređuju s različitim standardima uspjeha, nakon čega se oblikuje konačna procjena (Vuletić i sur., 2011). Autori Headey i Wearing (1989 prema Vuletić i sur., 2011) navode kako treći model, model dinamičke ravnoteže, uključuje utjecaj različitih dimenzija ličnosti na procjenu zadovoljstva. Navedeni model ne odnosi se samo na utjecaj dimenzija ličnosti, nego uključuje i objektivne i subjektivne pokazatelje procjene kvalitete života. Ovaj model smatra kako u slučaju kada određeni životni događaji naruše dinamičku ravnotežu, dolazi do promjene stanja subjektivne dobrobiti. Dimenzije ličnosti prema ovome modelu treba promatrati kao osnovne prediktore zadovoljstva životom, ali u obzir treba uzeti i utjecaj različitih životnih događaja koji mogu utjecati na procjenu zadovoljstva kvalitete života (Penezić, 2006 prema Vuletić i sur., 2011).

Kvalitetu života čini međuočnos različitih objektivnih i subjektivnih čimbenika na mikro, mezo i makro razini (Bratković i Rozman, 2006). Renwick i sur. (2000 prema Bratković i Rozman, 2006) objašnjavaju ovaj složeni međuočnos kroz holistički pristup koncepta kvalitete života usmjerenog na osobu. Ovaj pristup smatra kako pojedinci žive u sklopu svoje okoline: fizičkog okoliša te društvenih i kulturnih skupina, te da u tom konceptu treba promatrati kvalitetu života. Holistički pristup vjeruje da su različiti aspekti života pojedinca (fizički, psihološki i duhovni) u neprekidnom dinamičkom međuočnosu s različitim aspektima okoline (fizički, društveni, politički, kulturni i ekonomski aspekti). Tijekom vremena, suživotom pojedinca i njegove okoline oba aspekta utječu međusobno jedan na drugi (Renwick i Brown, 1996 prema Bratković i Rozman, 2006).

Postoje brojne razrađene tehnike (ankete i upitnici), kojima dobijamo uvid u zadovoljenje ciljeva i aspiracija u različitim životnim područjima, za ispitivanje osobnih iskustava i dimenzija ličnosti. Ove tehnike odnose se na psihologijske mjerne instrumente kojima na indirektan način određujemo kvalitetu života pojedinca (Gojčeta, Joković Oreb i Pinjatela, 2008). Kvaliteta života ispitivala se u mnogim istraživanjima. Najviše je korištena za ispitivanje kvalitete života osoba oboljelih od različitih bolesti, međutim kvaliteta života procjenjuje se i kod mnogih drugih populacija, kao što su osobe s invaliditetom, mladi i adolescenti, studenti, osobe treće životne dobi, osobe s problemima mentalnog zdravlja kao i marginalizirane skupine osoba.

Istraživanje koje su proveli autori Crnković i sur. (2015) ispitivalo je kvalitetu života laringektomiranih osoba. U istraživanju je sudjelovalo 35 osoba nakon totalne laringektomije. Mjerni instrument koji je korišten je Indeks osobne dobrobiti za procjenu kvalitete života i dobrobiti prije i poslije zahvata laringektomije, te upitnik za samoprocjenu kvalitete života EORTC QLQ-C30. Rezultati su pokazali da percipirana kvaliteta života osoba s laringektomijom ne odstupa od vrijednosti koje nalazimo u općoj populaciji. Ispitanici su svoju kvalitetu života procijenili znatno višom prije provođenja zahvata. Izuzetak su osobe koje se bave sportskom aktivnošću, koje svoju kvalitetu života procjenjuju boljom i prije i nakon zahvata. Od simptoma koji se povezuju s osjećajem dobrobiti, odnosno kvalitetom života ističu se umor i gastrointestinalne smetnje (Crnković i sur., 2015). U istraživanju autorica Gojčeta i sur. (2008) ispitivala se razlika u percipiranoj kvaliteti života adolescenata sa i bez cerebralne paralize. Uzorak ispitanika podijeljen je na 80 adolescenata sa cerebralnom paralizom i 80 adolescenata bez cerebralne paralize. Primijenjen je „Upitnik za samoprocjenu kvalitete života“. Rezultati su pokazali da se ove dvije skupine ispitanika razlikuju u nekim aspektima kvalitete života. Adolescenti sa cerebralnom paralizom ističu veće zadovoljstvo u socijalnim aspektima života, dok adolescenti bez cerebralne paralize ističu veće zadovoljstvo u psihološkim aspektima. Težina motoričkih ispada je utjecala na neke aspekte procjene kvalitete života. Utjecaj spola, dobi i vrste srednje škole nije se pokazao statistički značajnim (Gojčeta i sur., 2008). U istraživanju autora Karahasanović, Ostojić i Jukić (2013) uspoređivala se kvaliteta života 50 studenata socijalnog rada i kvaliteta života 50 osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije. Mjerni instrument koji je korišten je „Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije“. Istraživanje je pokazalo da osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u remisiji procjenjuju svoju kvalitetu lošijom od studenata socijalnog rada u domeni socijalnih odnosa. Razlike nisu pronađene u domenama psihičkog zdravlja, fizičkog

zdravlja i okolišne dimenzije (Karahasanović i sur., 2013). Autorice Kuzma, Zovko i Vrcelj (2018) ispitivale su kvalitetu života 100 ispitanika treće životne dobi. Korišteni su sljedeći upitnici: „Skala potreba kvalitete života“; „Skala općeg zadovoljstva životom“ i „UCLA skala usamljenosti“. Definirane su sljedeći pokazatelji: financije, zdravstvena skrb, socijalni kontakti, aktivnosti i usamljenosti. Rezultati su pokazali kako su ispitanici uglavnom zadovoljni svojim financijskim stanjem. Rezultati pokazatelja zdravstvene skrbi ukazuju kako ispitanici potrebu za zdravstvenom skrbi ocjenjuju osrednjom. U pokazateljima socijalni kontakti ispitanici su potrebu za dodatnim socijalnim kontaktima procijenili kao djelomično potrebne. Rezultati koji se odnose na pokazatelje aktivnosti pokazuju da osobe koje se bave različitim aktivnostima pokazuju visok stupanj zadovoljstva životom, bolje zdravlje i imaju osjećaj koristi. Rezultati pokazatelja usamljenosti značajno odstupaju od ostalih pokazatelja te je dokazano kako se ispitanici procjenjuju vrlo usamljenima (Kuzma i sur., 2018).

4.Maligna oboljenja

Rak ili tumor je naziv za abnormalnu nakupinu tkiva koja može biti benigna, dobroćudna ili nekancerogena i maligna, zloćudna ili kancerogena. Maligni tumori napadaju okolna tkiva i metastaziraju, te se svakodnevno šire velikom brzinom (onkologija.hr). Rak je jedan od najvećih javnozdravstvenih problema današnjice, te drugi najvažniji uzrok smrti u Republici Hrvatskoj, odmah nakon bolesti srca i krvnih žila. Proteklih godina, najveći teret borbe s rakom nosile su visokorazvijene zemlje, no danas se bilježi sve veći porast incidencije u srednjerazvijenim i niskorazvijenim zemljama (Šeparović i sur., 2018). Prema podacima Registra za rak Republike Hrvatske u našoj zemlji godišnje se dijagnosticira oko 21000 novih slučajeva, a umre oko 13000 ljudi. U Europi se godišnje dijagnosticira 3,2 milijuna slučajeva raka, a 1,7 milijuna osoba premine (Ebling, Strnad i Šamija, 2007).

Rizični faktori koji utječu na razvoj malignih oboljenja dijele se na: genetske čimbenike i čimbenike okoliša. Primjerice, kod žena čije su majka ili sestra imale rak dojke, rizik od razvoja dojke kod njih samih se povećava od 1,5 do 3 puta. Neki karcinomi dojke povezani su i sa specifičnom mutacijom gena. Također i druge vrste raka, primjerice rak kože i debelog crijeva mogu biti povezani s genetskim faktorima. Ipak, najčešći rizični faktori su faktori okoliša. Pušenje cigareta povećava rizik za nastanak raka pluća, grkljana i mokraćnog mjehura. Dugotrajna izloženost ultraljubičastom zračenju može biti uzrok raka kože, dok se nepravilna prehrana povezuje s rakom želučanocrijevnog sustava. Osobe koje piju velike

količine alkohola podložne su nastanku raka jednjaka. Mnoge kemikalije mogu biti uzrok raka; primjerice dugotrajna izloženost azbestu povećava rizik od nastanka raka pluća. Rak može biti uzrokovan i pojavom virusa, tako primjerice Papiloma virus uzrokuje rak grlića maternice, Citomegalovirus uzrokuje Kaposijev sarkom a virus hepatitisa B može uzrokovati rak jetre (MSD).

Prevenција raka dijeli se na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Primarna prevencija odnosi se na smanjenje izloženosti čimbenicima rizika za rak. Primarna prevencija obuhvaća pravilnu prehranu (hrana s malo masnoća, soli i šećera), uzimanje raznovrsnog voća i povrća, nepušenje, zaštitu od sunca, održavanje odgovarajuće tjelesne težine, tjelesnu aktivnost i umjereno konzumiranje alkohola (Balducci, 2000 prema Strnad, 2005). Sekundarna prevencija se najčešće provodi kod osoba koje imaju neke simptome bolesti, no može se koristiti i kod osoba koje nemaju simptome bolesti. Odnosi se na odgovarajuće postupke i testove kojima se sprečava razvoj bolesti. Tercijarna prevencija provodi se kada je bolest dijagnosticirana, sa svrhom sprečavanja dodatnih komplikacija bolesti. Obuhvaća sve vrste rehabilitacije, psihosocijalnu podršku i sve metode koje za cilj imaju povećanje kvalitete života oboljelih (Strnad, 2005).

U liječenju oboljelih osoba najučinkovitijim se pokazao multidisciplinarni pristup. Multidisciplinarni pristup liječenju odnosi se na integrirani timski pristup u kojemu liječnici i ostalo zdravstveno osoblje razmatraju sve relevantne mogućnosti liječenja te u skladu s tim izrađuju individualni plan liječenja za svakog pacijenta. Budući da su u medicinski tretman osoba uključeni brojni stručnjaci, postoji mogućnost za osiromašenom komunikacijom i koordinacijom među njima, stoga je multidisciplinarni pristup prepoznat kao najbolji u omogućavanju visokokvalitetnog tretmana za osobe oboljele od raka (Silbermann i sur., 2013). Brojna istraživanja pokazuju da ovaj pristup povećava zadovoljstvo i psihološku dobrobit pacijenata, pruža opsežan tretman koji se temelji na odlukama stručnog tima, poboljšava njegu u bolnicama i institucijama te pruža priliku zdravstvenim djelatnicima za dodatno obrazovanje (Look Hong, Wright, Gagliardi i Paszat, 2010).

Metode koje se koriste u tretmanu osoba oboljelih od raka su: kirurški zahvat, liječenje zračenjem, kemoterapija, hormonska terapija, imunoterapija i kombinirano liječenje. Kirurški zahvat je jedan od najstarijih oblika liječenja raka, a prognoza ovisi o težini i proširenosti raka. Zračenje razara stanice koje se brzo dijele. Terapija zračenjem pokazala se uspješnom u tretmanu brojnih tumora kao što su primjerice Hodgkinova bolest te rani stadiji raka pluća i

dojke. Terapija zračenjem također može ublažiti simptome kod nekih uznapredovalih vrsta raka kao i u situacijama metastaziranja raka na druge organe. Kemoterapija označava upotrebu lijekova koji se najčešće kombiniraju zajedno. Hormonska terapija povećava ili snižava razinu nekih hormone te na taj način ograničava rast raka. Imunoterapija koristi metode kao što su modifikatori biološkog odgovora, terapija stanicama ubojicama i humoralna terapija da se potakne tjelesni imunološki sustav protiv raka. Kombinirano liječenje predstavlja kombinaciju kirurškog zahvata, zračenja i kemoterapije. Kirurškim zahvatom ili zračenjem tretira se rak koji je ograničen na jednom mjestu, dok se kemoterapijom ubijaju stanice raka koje su se proširile izvan primarnog tumora (MSD).

4.1. Maligna oboljenja kod djece

Iako učestalost malignih bolesti raste sa životnom dobi, tumori dječje dobi uzrokuju 10% svih smrti u djece. Tumori dječje dobi razlikuju se od tumora odrasle dobi po dinamici rasta tumora (Kudek Mirošević, 2010). Rak je drugi najveći uzrok smrti djece dobi od 5 do 14 godina (nakon nesreća) i treći najveći uzrok smrti djece mlađe od 5 godina (nakon nesreća i kongenitalnih anomalija) (Munn Bracken, 2010).

Tumore u dječjoj dobi možemo podijeliti na:

- Leukemije i limfome(45%)
- Solidne maligne tumore (55%): tumori CNS (19%); neuroblastomi (8%); sarkomi mekih tkiva (7%); tumori bubrega (6%); tumori kostiju (5%); tumori zametnog epitela (3%); retinoblastomi (3%); tumori jetre (1%); tumori gonada (1%); ostali tumori (Čepulić, 2001 prema Miholić i sur., 2013).

Ovisno o vrsti i kliničkoj proširenosti tumora djeteta s malignim oboljenjem suočeno je s brojnim drugim procesima koji utječu na normalno funkcioniranje organizma: krvarenja, infekcije, nepokretnost, amputacije, bol, strah. Dodatno korištenje lijekova kao što su kortikosteroidi i citostatici mijenjaju izgled djeteta (adipoznost, crvenilo lica, gubitak kose) (Prstačić, 1991). Iskustva s kojima se suočavaju djeca s malignim oboljenjem izazivaju različite razine stresnih reakcija. Djelovanje ovih čimbenika stresa potiče brojne i složene simptome i probleme tijekom i nakon tretmana (Hooke i sur., 2011; Sheperd i sur., 2010; Ruland i sur., 2009; Hockenberry, 2007; Hinds, 2007; Meek, 1997 prema Miholić i sur., 2013). Prstačić (2003 prema Miholić i sur., 2013) navodi različita problemska područja za pristup djetetu s malignim oboljenjem: potrebe djeteta za zaštitom od opasnosti, boli i usamljenosti; posljedice

konvencionalnog liječenja (amputacije, opadanje kose, povraćanje, umor, nesаница); odvajanje i egzistencijalna napetost; smetnje raspoloženja; osjećaj inferiornosti i krivnje; anksioznost; depresija; problemi u odnosima djeteta-obitelj, djeteta-liječnik.

Kontakt između roditelja i djeteta je ključan za njihov razvoj, a pojavom malignog oboljenja može doći do privremenog prekida kontakta, zbog smještaja u bolnicu. To može dovesti do pojave hospitalizma, ili anaklitičke depresije, koja se definira kao skup psiholoških poteškoća koje se javljaju kod djece za vrijeme duljeg boravka u bolničkoj ustanovi dok su odvojeni od svoje obitelji (Nikolić, 1996; Van Horn, 2003 prema Kolak i sur., 2013). Hospitalizam se može opisati kroz razdoblja koja djeca prolaze tijekom prilagodbe na bolničku sredinu:

- razdoblje protesta – javlja se odmah nakon odvajanja i obilježeno je prekomjernom općom aktivnosti djeteta, plačem, bijesom na okolinu te obično traje prvih nekoliko dana;
- razdoblje očajja – dijete gubi nadu da će se roditelj vratiti, motorički se smiruje, ali je apatično te može doći do problema s hranjenjem i spavanjem;
- razdoblje prividnog prihvaćanja – dijete polako počinje prihvaćati određeni stupanj neizvjesnosti, zbog nemogućnosti podnošenja velike količine negativnih emocija počinje se baviti drugim sadržajima, ali se posljedice očituju nakon izlaska iz bolnice (mucanje, tepanje, sisanje prsta) (Havelka, 2002; Jančec i sur., 2012; Nagero, 1978 prema Kolak i sur., 2013).

Način suočavanja s malignim oboljenjem ovisi o individualnim karakteristikama svakog djeteta. Uvjetovan je dobi, osobinama ličnosti, vrsti i težini bolesti, neugodnosti simptoma, vrsti liječenja, odnosu medicinskog osoblja prema djetetu i dr. (Prstačić, 2006; 1991; 1996 prema Miholić i sur., 2013).

4.2. Maligna oboljenja kod odraslih

Onkolozi i drugi kliničari dijele tumore na dvije skupine:

- Solidni tumori – odnose se na rak nekog organa ili tkiva. Solidni tumori dijele se na: 1. karcinome (zloćudne bolesti epitelnih stanica); 2. sarkome (zloćudne bolesti potpornog i vezivnog tkiva) i 3. tumore središnjeg živčanog sustava (zloćudne bolesti nastale u mozgu i leđnoj moždini)

- Hematološki tumori – razvijaju se u krvi, koštanoj srži i limfnim čvorovima. Uključuju leukemije, limfome i mijelome (onkologija.hr).

Najučestalije vrste raka kod muškaraca u Republici Hrvatskoj su: rak pluća, kolorektalni rak, rak prostate, rak mokraćnog mjehura i rak želuca, dok su kod žena najučestalije vrste: rak dojke, kolorektalni rak i rak jajnika (Ebling i sur., 2007). Incidencija raka pluća u svijetu i kod nas neprestano raste. Procjenjuje se da incidencija svake godine naraste 2%. Rizični čimbenici za rak pluća su: pušenje; izloženost određenim kemijskim elementima (primjerice azbest, krom); onečišćenost atmosfere; zračenje; ožiljci; nepravilna prehrana i genetska predispozicija. (Grbac, Bašić-Grbac i Ostojić, 2001). Simptomi ovise o lokalizaciji i veličini primarnog tumora; pojavi metastaza; imunosnom stanju organizma; životnim navikama; spolu; dobi i komplikacijama samog tumora. Najčešći simptomi su respiracijski simptomi kao što su kašalj, dispneja i torakalna bol. Međutim, oni nisu specifični jer su simptomi i brojnih drugih bronhopulmalnih bolesti. U pravilu, prođu 3 mjeseca od pojave prvih simptoma do konačne dijagnoze i liječenja (Grbac i sur., 2001). Rak dojke je važan javnozdravstveni problem, budući da je stopa smrtnosti relativno visoka: 15,7/100000, što znači da je rak dojke na trećem mjestu po broju smrti od raka, nakon raka pluća i raka debelog crijeva. Rizični čimbenici za obolijevanje od raka dojke su: dob; naslijeđe; prehrana i način života; reproduktivna aktivnost; socioekonomski status i rasna pripadnost (Boranić, 2006). Rak dojke pojavljuje se kod žena već prije tridesete godine života, te se rizik obolijevanja svakih deset godina udvostručuje. Čak 10% svih slučajeva raka dojke pripisuje se genetskim čimbenicima. Ženski spolni hormoni također povećavaju rizik od raka dojke, kao i prehrambene navike (velike količine masnoća). Zaštitnu ulogu pripisuje se fizičkoj aktivnosti, te prehranu bogatu voćem, povrćem i vitaminima (Boranić, 2006).

5. Psihosocijalna onkologija

Početak 19. stoljeća dijagnozu raka se klasificiralo jednako kao i smrt. Lijekovi i uzroci nisu bili poznati. Otkrivanje dijagnoze pacijentu smatrano je okrutnim i nehumanim, zbog toga što bi pacijent izgubio svu nadu. U 20. stoljeću kirurško liječenje postaje moguće, otkrićem anestezije i radijacije. Poboljšanjem tretmana razvijaju se kampanje i edukacijski programi koji su doprinikli podizanju svijesti o raku te informiranju javnosti o ranim znacima raka. Paralelno s otkrićem kemoterapije 1937. podiže se svijest o pravima pacijenata da saznaju vlastitu dijagnozu i mogućnosti liječenja, kao i da aktivno sudjeluju u odlukama koje se tiču

njihovog liječenja. Nakon 2.svjetskog rata razvijaju se etički kodeksi u tretmanu onkoloških bolesnika te se veća pažnja pridaje komunikaciji i odnosu između liječnika i pacijenta (Holland, 2015).

Psihosocijalna onkologija se počinje razvijati sredinom 1970-ih godina u SAD-u, povećanjem optimizma o uspješnosti liječenja raka te razvojem društvenih pokreta za promicanje ljudskih prava. Godine 1986. osniva se međunarodno psihoonkološko društvo. Psihosocijalna onkologija dodatno se razvija 1990-ih godina, razvojem mišljenja kako pacijenti trebaju postati proaktivni u vlastitom liječenju. Pacijenti počinju upotrebljavati širok raspon terapija koje im pomažu u suočavanju s dijagnozom, primjerice komplementarne terapije. Dokazano je da akupunktura, meditacija, relaksacija i art-ekspresivne terapije imaju pomažući učinak (Holland, 2015). Psihosocijalna onkologija se definira kao područje multidisciplinarnog interesa koje je povezano s različitim područjima u medicini te prirodnim i društvenim znanostima, kao što su: epidemiologija, patologija, biologija, imunologija, psihijatrija, sociologija, socijalni rad, palijativna skrb, njegovanje te bioetika (Prstačić i sur., 2004). Istraživanja u okviru psihosocijalne onkologije usmjeravaju se na: proučavanje psiholoških (psihoeemocionalnih) reakcija pacijenata, članova obitelji i medicinskog osoblja u različitim stadijima liječenja; proučavanje psiholoških, bihevioralnih, bioloških i socijalnih faktora koji utječu na otkrivanje i rizik nastanka raka te primjenu komplementarnih, edukacijskih, rehabilitacijskih i terapijskih metoda usmjerenih na podržavanje psihosomatskih, somatopsihičkih i psihosocijalnih funkcija, te općenito kvalitete života osobe (Martinec i sur., 2012).

5.1.Faktori koji utječu na prilagodbu na maligno oboljenje

Brojni faktori utječu na psihološku adaptaciju osobe i prihvaćanje oboljenja. Dijagnoza raka, kao i liječenje je izrazito stresno. Glavne brige pacijenta uključuju: strah od ponovnog vraćanja raka, nuspojave invazivnih tretmana, smrt, te smanjenje sudjelovanja u društvenim aktivnostima i svakodnevnom životu (Stanton, 2006; Spencer i sur., 1999 prema Antoni, 2013). Istraživanja pokazuju da tijekom dijagnoze i liječenja raka dolazi do brojnih psiholoških problema kao što su: depresija, anksioznost, socijalnih poremećaja, te poremećaja spavanja i hranjenja (Leedham i sur., 2002; Stanton, 2006 prema Antoni, 2013). Prema autoru Antoni (2013) faktore koji utječu na psihološku adaptaciju osobe možemo podijeliti na: kognitivne, bihevioralne i socijalne faktore. Kognitivni faktori se odnose na samoprocjenu iskustva raka te utječu na adaptaciju i kvalitetu života osobe za vrijeme i nakon liječenja. Bihevioralni faktori

(primjerice tehnike opuštanja tijekom perioda liječenja) imaju značajan utjecaj na smanjenje stresa te bolju adaptaciju nakon tretmana. Brojni drugi bihevioralni faktori također utječu na adaptaciju, primjerice vježbanje, pravilna prehrana i redovito uzimanje lijekova (Andersen, Glaser i Kiecolt-Glaser, 1994; McGregor i Antoni, 2009 prema Antoni, 2013). Socijalnu podršku, koju najčešće pružaju prijatelji i članovi obitelji pacijenta pridonose smanjenju stresa. Pored socijalne podrške, važan faktor su i interpersonalne vještine, kako bi pacijent mogao naglasiti svoje potrebe i želje vezane uz liječenje i tretman. Istraživanja pokazuju da pacijent ima bolju psihološku adaptaciju, te da se bolje suočava s izazovima liječenja ukoliko posjeduje tri navedene skupine faktora (Antoni, 2013).

Istraživanja pokazuju da početna prilagodba pacijenata na rak ovisi o brojnim psihosocijalnim faktorima kao što su: bračni status, uvjeti života, depresija, mentalno zdravlje, financije, prijateljstva, obrazovanje i zapošljavanje. Osobe koje imaju dijagnozu raka mogu iskusiti visoke razine stresa, te su u svrhu identifikacije pacijenata s visokom razinom stresa korištene brojne tehnike i standardizirani instrumenti (Zabora i sur., 2000). Jedna od najpoznatijih tehnika je „Distress Thermometer“, u kojoj pacijenti sami određuju razinu vlastitog stresa na skali od 0-10. Također navodi i listu dodatnih poteškoća s kojima se pacijent susreće, kao što su: obiteljski problemi, emocionalni problemi, duhovni problemi i fizički problemi (Holland i sur., 2015).

5.2. Intervencije i stilovi suočavanja s malignim oboljenjem

U području psihosocijalne onkologije najčešće se koriste nefarmakološke intervencije. Znanstveno utemeljene nefarmakološke intervencije su: kognitivno-bihevioralne intervencije, vježbe za opuštanje stresa, tehnike za rješavanje problema (COPE model) te grupe podrške (Holland i sur., 2015). Kognitivno-bihevioralne intervencije su tehnike koje su dizajnirane sa svrhom modificiranja specifičnih emocionalnih, bihevioralnih i socijalnih problema, te smanjenja anksioznosti, depresije i stresa. Cilj kognitivno-bihevioralnih intervencija je razvoj osjećaja osobne kontrole te samoefikasnosti usprkos bolesti. Kognitivne tehnike prilikom suočavanja doprinose relaksaciji te smanjuju intenzitet stresnog iskustva. COPE model uključuje kreativnost, optimizam, planiranje te informacije stručnjaka. Vježbe za opuštenje od stresa uključuju vježbe za povećanje energije, poboljšanje spavanja, krvnog pritiska i imunoloških funkcija, te smanjenje depresije, anksioznosti i boli. Grupe podrške prepoznate su posljednjih 30 godina kao značajna metoda u suočavanju s rakom te poboljšanju kvalitete

života. Također pozitivno doprinose promjeni raspoloženja, smanjenju depresije i percepciji boli (Holland i sur., 2015).

Ključ intervencija je pomoć pacijentima i njihovim obiteljima u suočavanju s bolešću. (Holland i sur., 2015). Suočavanje se definira kao mogućnost otpora stresnim situacijama ili faktorima te zbroj svih kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih reakcija koje pojedinac koristi prilikom otpora (Aydogan i sur., 2016). Greer i Watson (1987 prema Moorey i Greer, 2012) su identificirali 5 stilova suočavanja: borbeni duh, izbjegavanje, fatalizam, bespomoćnost i beznade te anksioznost. Borbeni duh se odnosi na osobu koja bolest gleda kao izazov, te ima pozitivne stavove prema konačnom ishodu. Uključuje različita ponašanja, kao što su traženje prikladnih informacija o bolesti, preuzimanje aktivne uloge u oporavku te normalan život, koliko je to moguće. Izbjegavanje je stil u kojemu osobe negiraju utjecaj bolesti. Prijetnja bolesti se promatra kao minimalna, stoga problemi kontrole nisu važni te osoba dijagnozu procjenjuje dobrom. U fatalizmu dijagnoza predstavlja relativno manju prijetnju, te da je kontrola nad situacijom nemoguća. Nedostatak kontrole treba se prihvatiti staloženo. Ovaj stil često se zove pasivno prihvaćanje. Bespomoćnost i beznade označava preplavljenost i zaokupljenost prijetnjom raka. Fokus je usmjeren na gubitak života ili bolest kao životni poraz. Dijagnoza je promatrana kao najveća prijetnja, a prate je osjećaj nedostatka kontrole i očekivanje negativnog ishoda. Aktivne strategije za borbu protiv raka ne postoje, a prisutna je i redukcija u ostalim aktivnostima. Stil anksioznosti odnosi se na veliku brigu vezano za mogućnost povratka bolesti, a bilo koji fizički simptom je promatran kao znak nove bolesti. Kao rezultat osoba gubi samopouzdanje, koristi alternativnu medicinu te učestalo traži informacije o raku. Osobe teško postižu kontrolu, a budućnost vide neizvjesnom (Moorey i Greer, 2012).

5.3. Psihosocijalna onkologija u dječjoj i adolescentskoj dobi

Maligna oboljenja su nakon automobilskih nesreća, najveći izvor smrtnosti u dječjoj dobi (Miholić, Prstačić i Nikolić, 2013). Liječenje ne utječe samo na dijete, nego i na njegovu obitelj (Abrams, Muriel i Wiener, 2016). Die-Trill(1998 prema Miholić, Prstačić i Martinec, 2013) predlaže model koji objašnjava faze kroz koje svaki roditelj prolazi u suočavanju s bolešću svoga djeteta: 1.) početni efekt (sami početak krize, prisutni su simptomi anksioznosti i neorganiziranost; 2.) negiranje; 3.) žalovanje (prisustvo tugovanja i osjećaja krivnje); 4.) fokusirana pažnja (javljaju se mehanizmi suočavanja s trenutnom situacijom) te 5.) zatvaranja (prihvaćanje da je bolest narušila obiteljski život i pokretanje mehanizama prilagođavanja).

Prstačić (2003 prema Miholić i sur., 2013) navodi različita područja važna za onkološki pristup djetetu: potrebe djeteta za zaštitom od opasnosti, boli i usamljenosti; posljedice liječenja (amputacije, umor, nesаница, povraćanje); odvajanje i egzistencijalna napetost; promjene raspoloženja; osjećaj infantilnosti i krivnje; anksioznost; depresija; emocionalni stres te problemska područja u odnosima djeteta s obitelji i liječnicima (Miholić i sur., 2013). Komunikacijske vještine su ključne kompetencije u liječenju usmjerenog prema pacijentu, te utječu na ishode liječenja, pacijentovu privrženost i osjećaj ukupnog zadovoljstva liječenjem (Meyer i sur., 2009 prema Abrams i sur., 2016). Prilikom liječenja pedijatrijskih pacijenata liječnici ne trebaju prikladno komunicirati samo s djetetom, nego se i maksimalno povezati s roditeljima ili skrbnicima (Abrams i sur., 2016). Učinkovita komunikacija s pedijatrijskim pacijentima i njihovim roditeljima ili skrbnicima ključna je za konačan ishod liječenja te emocionalnu dobrobit pacijenta (Rutihouser, 2003 prema Abrams i sur., 2016). Uz medicinsko liječenje, važnim čimbenikom smatra se uključivanje sustava psihosocijalne podrške, vezanu uz psihoemocionalni, edukacijski, socijalni i ekonomsko pravni status djeteta (Miholić i sur., 2013). Psihosocijalna podrška također pomaže liječničkom timu prilikom razumijevanja obiteljskog konteksta te ukazivanjem na karakteristike obitelji koje mogu biti prepreka u komunikaciji. Trijadna komunikacija između djeteta, pacijenta i roditelja moraju se zasnivati na činjenici da roditelji najbolje poznaju svoje dijete te da moraju biti partneri liječnicima u borbi protiv malignog oboljenja. Liječnici imaju obvezu sve relevantne informacije vezane uz dijagnozu i liječenje pružiti pacijentu (Abrams i sur., 2016). Način suočavanja s malignim oboljenjem ovisan je o individualnim karakteristikama svakog djeteta te je uvjetovan dobi, osobinama ličnosti, vrsti i težini bolesti, neugodnosti simptoma, vrsti liječenja te odnosu medicinskog osoblja prema djetetu (Prstačić, 2006, 1991, 1996 prema Miholić i sur., 2013). Peterson (prema Miholić i sur., 2013) navodi 8 područja koje kod djeteta predstavlja izvor suočavanja sa stresom: osobine ličnosti, senzitivnost i socijalna percepcija, moralnost, perceptivno-motoričke vještine, pažnja, kognitivno-lingvističke sposobnosti, motivacija i humor.

Adolescenti s dijagnozom raka nose se sa specifičnim psihosocijalnim izazovima, koji se razlikuju od izazova s kojima se nose djeca i odrasli. Ovo je period kada adolescenti doživljavaju brojne socijalne i emocionalne promjene: odvajanje od roditelja, razvoj identiteta, razvoj vršnjačkih, intimnih i seksualnih odnosa. Kako bi se spriječile poteškoće uzrokovane pojavom raka, adolescentima se trebaju omogućiti prilike da sudjeluju što je više moguće u svakodnevnim aktivnostima (D'Agostino, Penney i Zebrack, 2010). Dijagnoza raka utječe na

ranjivost adolescenata, njihovo samopouzdanje te na sve aspekte kvalitete života. U početnom periodu nakon saznavanja dijagnoze postoji mogućnost da adolescent neće imati razvijene vještine suočavanja s malignim oboljenjem (Bleyer i sur., 2017). Adolescentima treba omogućiti bihevioralni stil suočavanja s malignim oboljenjem, u kojemu će aktivno tražiti informacije i podršku kada im je ona potrebna. Neke od intervencija koje se koriste su: učenje novih vještina, kao što je primjerice rješavanje problema,; kognitivno bihevioralna terapija i kontrola stresa (Bleyer i sur., 2017). Holland (2015) predlaže 5 područja koja kod adolescenata s malignim oboljenjem predstavljaju izvor stresa: međuosobni odnosi; ovisnost-neovisnost; uspjeh; slika tijela te egzistencijalna pitanja. Nakon saznavanja dijagnoze adolescenti imaju potrebu za podrškom prijatelja. Adolescenti koji imaju manju socijalnu podršku i viši stupanj nesigurnosti podložni su nastanku psihosocijalnog stresa. To može dovesti do razvoja depresije, anksioznosti i deprivacije koja posljedično može utjecati na seksualne i intimne odnose. Česta pojava je i ovisnost o roditeljima tijekom borbe s bolešću. Razgovori ponekad mogu dovesti do pojačanih emocija. Ponekad adolescenti žele zaštititi roditelje od brige, stresa ili osjećaja krivnje. Odnosi između adolescenata i roditelja mogu postati napeti, zbog toga što se adolescenti nalaze na raskrižju između željene neovisnosti i prisiljene ovisnosti o roditeljima. Treći faktor koji kod adolescenata predstavlja izvor stresa je uspjeh, a odnosi se na planiranje karijere, obrazovanje i zapošljavanje. Postojanje dijagnoze može utjecati na postizanje ovih ciljeva, te su tako adolescenti suočeni sa školskim neuspjehom, otkazom na poslu ili teškoćama u socijalnom funkcioniranju (Holland, 2015). Slika tijela se definira kao integralna komponenta slike o sebi, a njen razvoj je određen socijalno-kulturnim utjecajem, osobinama ličnosti i egzistencijalnim iskustvom u osobe (Martinec, 2013). Kod adolescenata je prisutan strah da se njihovo tijelo nikada neće vratiti u normalno stanje, ili da će postati neprepoznatljivo, što posljedično dovodi do srama, izolacije i regresivnih ponašanja. Povezana je i sa seksualnim identitetom a istraživanja pokazuju da se adolescenti oboljeli od raka smatraju manje atraktivnima u usporedbi s vršnjacima. Posljedna stavka su egzistencijalna pitanja, a njihov glavni čimbenik je razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kod adolescenata. Kako bi se spriječila pojava PTSP-a kod adolescenata vrlo je važna komunikacija liječnika, obitelji i prijatelja s adolescentom; podržavajuća socijalna okolina; razvoj vještina suočavanja s bolešću te duhovnost/religioznost. Ovi pozitivni aspekti imaju važan doprinos u poboljšanju međusobnih odnosa, osjećaju zahvalnosti i osobne snage te jačanju duhovnosti (Holland, 2015).

5.4. Psihosocijalna onkologija i palijativna skrb

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije palijativna skrb se definira kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji, suočavajući se s problemima vezanim uz bolest koja prijeti životu. Čini to putem sprečavanja i olakšanja trpljenja, pomoću rane identifikacije i besprijekorne prosudbe i liječenja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (WHO, 2003 prema Brkljačić, 2019). Hospiciji ili jedinice palijativne skrbi nalaze se gotovo u svakoj državi zapadnog svijeta, a palijativna skrb se smatra osnovnim ljudskim pravom (Jušić, 2001). Nudeći program palijativne i potpomognute skrbi hospiciji nude alternativu agresivnoj, kurativno usmjerenoj skrbi. U ovom obliku skrbi nije cilj ubrzati ili produljiti pacijentovu smrt, nego stvaranje osjećaja ugone, olakšanje bolnih simptoma i štovanje života (Smith, 2000 prema Brkljačić, 2019). Palijativna skrb obuhvaća tri područja: 1. smirivanje simptoma; 2. psihosocijalna podrška štićenicima i njihovim obiteljima i 3. etički problemi vezani uz kraj života (Jušić, 2001). Palijativnu skrb pruža interdisciplinarni tim koji čine: liječnik educiran u području palijativne skrbi, medicinska sestra, fizijatar, socijalni radnik, duhovnik, ljekarnik, psiholog i nutricionist (Brkljačić, 2019).

Psihosocijalna onkologija nalazi svoju primjenu u palijativnoj medicini kroz psihološko savjetovanje, razgovore o ciljevima i očekivanjima palijativne skrbi te je važno uključiti i ove čimbenike u onkološku njegu pacijenata s agresivnim simptomima bolesti. Uspješnim se pokazao biopsihosocijalni multidisciplinarni pristup koji smatra da su smanjenje stresa i ublažavanje simptoma ključni za palijativnu njegu (Marcus, 2016). Prilikom pružanja psihosocijalne podrške središnje mjesto zauzima bolesnik, čije želje i potrebe se uzimaju u obzir. Važno je u cijeli proces uključiti i prijatelje i/ili obitelj bolesnika (Jušić, 2001). Pacijenti na kraju svog života doživljavaju emocionalnu, društvenu ili duhovnu bol, koja je praćena tjeskobom, bijesom, nesanicom, depresijom, razdražljivošću ili tjelesnom boli. Kod većine pacijenata javljaju se strahovi, i to strahovi od neolakšane boli, strahovi od samoće te strah od bespomoćnosti. Bolesnike i njihove obitelji treba poticati na razgovor, dopustiti im da iskažu svoje osjećaje i strahove, te ciljanim pitanjima pomoći da sagledaju sve aspekte proživljavanja bolesti. Takve razgovore vode educirane osobe kao što su psiholozi, psihijatri i socijalni radnici (Brkljačić, 2019). Bolesnici i stručnjaci često nailaze na komunikacijske prepreke, koje mogu uključivati visoke zahtjeve od strane bolesnikove obitelji, jake emocije, teškoće u odnosu između pacijenta i liječnika, bespomoćnost, privrženost te obećanja koja ne mogu biti

ispunjena. Bez jasnog cilja komunikacije, komunikacija može izgubiti svoju svrhu što dovodi do više razine stresa pacijenata, liječnika i članova obitelji (Marcus, 2016).

6. Doprinos kreativne terapije u suočavanju s malignim oboljenjem

Brojna istraživanja ispitivala su utjecaj kreativne terapije, kao komplementarno-suportivnog pristupa, na načine nošenja i suočavanja s malignim oboljenjem. U istraživanju autora Prstačić, Nikolić i Sabol (1987) ispitivao se utjecaj kreativne terapije u postoperativnom liječenju žena nakon mastektomije. Program kreativne terapije obuhvaćao je osam terapijskih seansi. Seanse su se sastojale od faze relaksacije i faze vođene imaginacije kroz osam odabranih tema: san, odbijanje, prihvaćanje, srdža, radost, tuga, ljubav i rođenje. Rezultati su pokazali pozitivan utjecaj kreativne terapije na samopercepciju i doživljavanje sebe kod pacijentica (Prstačić i sur., 1987). Autori Miholić i sur. (2015) ispitivali su promjene u mehanizmima suočavanja, emocionalnom doživljaju i izražavanju kod djeteta oboljelog od osteosarkoma, primjenom sofrologije i metoda art/ekspresivnih terapija. Rezultati su pokazali značaj korištenja art/ekspresivnih terapija u okviru kompleksnog liječenja i rehabilitacije osoba s malignim oboljenjima (Miholić i sur., 2015). U istraživanju koje su proveli Milutinović, Braš Đorđević (2017) ispitivala su se iskustva pacijentice nad kojom je provedena art terapija. Pacijentica se liječila od raka dojke. Istraživanje je pokazalo kako rak dojke značajno utječe na emocionalno, kognitivno i socijalno funkcioniranje žena. Također rezultati pokazuju kako je važno poticati mehanizme obrane kod pacijentica koje boluju od karcinoma kako bi uspjele pokazati osjećaje koji su potisnuti. Uočen je također pozitivan utjecaj na samospoznaju i samoaktualizaciju pacijentice (Milutinović i sur., 2017). U istraživanju koje su proveli autori Barrera, Rykov i Doyle (2002) ispitivao se utjecaj interaktivne terapije glazbom na smanjenje anksioznosti i povećanje osjećaja ugođe hospitalizirane djece oboljele od raka. Rezultati su pokazali značajno poboljšanje u djetetovim pozitivnim osjećajima nakon terapijskog procesa. Istraživanje je pokazalo i značajan utjecaj interaktivne terapije glazbom na djetetovu dobrobit (Barrera i sur., 2002). Autorica Schneider (2012) ispitivala je utjecaj biblioterapije na anksioznost djece oboljele od raka. Istraživanje je ispitivalo kako čitanje priča čija je tematika povezana s bolešću i literature koja potiče strategije suočavanja utječe na stres djeteta. Rezultati su pokazali da su percepcije interpersonalnog funkcioniranja i fiziološke uzbuđenosti smanjena nakon inicijalnog čitanja. Značajan napredak pronađen je i nakon nekoliko mjeseci nakon

inicijalnog čitanja (Schneider, 2012). Autori Menichetti, Gusti, Fossati i Vegni (2015) ispitivali su prilagodbu na rak pacijenata koji su bili uključeni u psihodramsku grupu. Cilj je bio ispitati subjektivni doživljaj pacijenata te načine na koje iskustvo raka utječe na sudjelovanje u psihodramskoj grupi. Rezultati su pokazali pozitivan utjecaj psihodrame. Pacijenti su osnaženi za davanje ili zahtjevanje pomoći te osnaženi za sudjelovanje u procesu žalovanja (Menichetti i sur., 2015). U istraživanju autora Sandel i sur. (2005) ispitivao se utjecaj terapije pokretom i plesom na kvalitetu života pacijentica koje su preživjele rak dojke. Istraživanje je pokazalo da pacijentice koje su uključene u terapiju svoju kvalitetu života procjenjuju višom, u odnosu na kontrolnu grupu. Također, dokazan je utjecaj terapije pokretom i plesom na samopercepciju slike tijela kod pacijentica. Istraživači navode kako terapija pokretom i plesom doprinosi boljem fizičkom i emocionalnom stanju pacijentica (Sandel i sur., 2005). Autorica Martinec (2013) ispitivala je povezanost različitih dimenzija doživljaja slike tijela kod pacijentica s rakom dojke tijekom postoperativnog liječenja i rehabilitacije. Rezultati su pokazali da veliki broj čimbenika utječu na doživljaj slike tijela kod žena s rakom dojke, kao i kompleksnost njihove povezanosti (Martinec, 2013). U istraživanju autorice Kudek Mirošević (2009) proučavao se utjecaj jednog oblika kreativne terapije kroz dramatizaciju teksta kod hospitalizirane djece s onkološkog odjela te pokušaj interpretacije kroz utjecaj stresnih situacija i njihovih posljedica, kao što su sindrom potiskivanja, trajnog izbjegavanja, razvitak depresije i antisocijalnog ponašanja te smanjenje opće psihofiziološke napetosti. Rezultati istraživanja pokazuju velik utjecaj komplementarnih suportivno-terapijskih programa tijekom kompleksnog liječenja i rehabilitacije djece oboljele od malignih bolesti. Kroz područje egzistencijalne napetosti djeteta s malignim oboljenjem koja je kod te djece ispunjena negativnim emocijama, depresijom, negativnim predodžbama, odvojenosti od obitelji i vršnjaka, strahom od teške bolesti može se vidjeti vrijednost metode kreativne terapije kao metode intervencije (Kudek Mirošević, 2009). Navedena istraživanja naglašavaju pozitivan utjecaj koji kreativne terapije imaju u podržavanju socijalnih i emocionalnih karakteristika osoba koje se suočavaju s dijagnozom malignog oboljenja. Istraživanja naglašavaju kako kreativna terapija, kao komplementarno-suportivni pristup, može imati veliku važnost u cjelokupnom, holističkom, oporavku pacijenata.

7. Zaključak

Povećana incidencija malignih oboljenja u Republici Hrvatskoj i svijetu postavlja sve veće izazove stručnjacima, kako u liječenju, tako i u prevenciji socijalnih, emocionalnih i psiholoških teškoća bolesnika. Istraživanja pokazuju da se kod brojnih osoba, po saznanju dijagnoze malignog oboljenja, javlja širok spektar dodatnih posljedica, koje ne smiju ostati zanemarene. Neke od najčešćih posljedica su: stres, strah od smrti, anksioznost, depresija, promjene u slici tijela, egzistencijalna napetost, problemi u obitelji, potiskivanje i mnogi drugi. Uvažujući biopsihosocijalni model i holistički pristup liječenju nužno je prilikom liječenja i rehabilitacije bolesnika, pored medicinskih tretmana, koristiti razne psihoterapeutske i komplementarno-suportivne pristupe, kako bi se spriječila pojava navedenih posljedica. U ovom radu opisane su kreativne terapije te sve njene metode, kao i prikaz dosadašnjih spoznaja o utjecaju ovih metoda na samopercepciju, stilove suočavanja, kvalitetu života, psihofizičku napetost te cjelokupno emocionalno, socijalno, kognitivno i psihološko funkcioniranje osoba oboljelih od malignih bolesti. Veliki broj istraživanja pokazuje pozitivan utjecaj kreativne terapije na navedene teškoće. Usmjeravanju na emocionalne, psihološke i socijalne čimbenike funkcioniranja osoba s malignim oboljenjem dodatno je doprinijela relativno nova znanstvena disciplina pod nazivom psihosocijalna onkologija. Njen glavni postulat je promatranje čovjeka kao cjelovitog bića, te se u skladu s tim povezuje s brojnim drugim znanostima, kao što su medicina, psihologija, psihijatrija, palijativna skrb, socijalni rad i sociologija. Jedan od najvažnijih fokusa psihosocijalne onkologije je i u razvoju mehanizama suočavanja s oboljenjem. Autori Greer i Watson (1987 prema Moorey i Greer, 2012) navode 5 mehanizama suočavanja te navode da bi težnja psihosocijalne onkologije trebala težiti razvoju borbenog duha bolesnika, čime se dijagnoza gleda kao izazov te razvija pozitivne stavove prema konačnom ishodu. Posebna pažnja u ovom diplomskom radu pridaje se najranjivijim skupinama oboljelih: djeci i adolescentima te osobama koje se nalaze u palijativnoj skrbi. Budući da psihički, fizički i emocionalni rast osobe nije završen u djetinjstvu i adolescenciji, pored već opisanih poteškoća koje donosi dijagnoza malignog oboljenja, javljaju se i dodatne poteškoće kao što su osjećaj infantilnosti, nemogućnost samozastupanja, strah od napuštanja, razvoj identiteta, manjak vršnjačke podrške i smanjeno samopouzdanje. Iz tog razloga, strategije suočavanja s malignim oboljenjem trebaju biti drukčije strukturirane i provedene od strategija suočavanja s odraslim osobama. Kada uobičajene metode liječenja ne daju pozitivne rezultate, pacijente se često upućuje na palijativnu skrb. Pored psihosocijalne podrške, njen

fokus se usmjerava na smirivanje simptoma te etičke probleme vezane uz kraj života (Jušić, 2001). Psihosocijalna onkologija nalazi svoju primjenu u palijativnoj skrbi kroz psihološko savjetovanje, razgovore o ciljevima i očekivanjima palijativne skrbi te je važno uključiti i ove čimbenike u onkološku njegu pacijenata s agresivnim simptomima bolesti (Marcus, 2016). Kroz ove pristupe, tretmane i metode doprinosi se dostojanstvenom i sveobuhvatnom liječenju i rehabilitaciji osoba sa zdravstvenim teškoćama, što je u osnovi brojnih međunarodnih dokumenata kao što su „Opća deklaracija o pravima čovjeka(UN)“ te „Konvencija o pravima djeteta(UNICEF)“.

8.Literatura

1. American Art Therapy Association (AATA). Posjećeno 09. travnja 2020 na mrežnoj stranici <https://arttherapy.org>
2. Abrams, N. A., Muriel, A. C., Wiener, L. (2016). *Pediatric Psychosocial Oncology: Textbook for Multidisciplinary Care*. New York: Springer International Publishing.
3. Antoni, M. H. (2013). Psychosocial Intervention Effects on Adaptation, Disease Course and Biobehavioral Processes in Cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, str. 88-98.
4. Antulov, Z. (2019). Uloga knjižnice u biblioterapiji. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, str. 151-165.
5. Arar, L., Rački, Ž. (2003). Priroda kreativnosti. *Psihologijske teme*, str. 03.
6. Atkinson, K., Wells, C. (2000). *Creative Therapies: A Psychodynamic Approach Within Occupational Therapy*. Cheltenham: Stanley Thorne Publishers.
7. Aydogan, U., Doganer, Y. C., Komurcu, S., Ozturk, B., Ozet, A., Saglam, K. (2016). Coping Attitudes of Cancer Patients and Their Caregivers and Quality of Life of Caregivers. *Indian J Palliat Care*, str. 150-156.
8. Barrera, M. E., Rykov, M. H., Doyle, S. E. (2002). The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: A pilot study. *Psycho-Oncology*, str. 379-388.
9. Bilić, M., Bratković, D. (2004.). Neki pokazatelji subjektivnog doživljaja kvalitete življenja odraslih osoba s mentalnom retardacijom smještenih u domu za samostalno stanovanje. *Savez defektologa Hrvatske*, str. 257-266.
10. Blatner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama*. New York: Springer Publishing Company.
11. Bleyer, A. W., Barr., R., Albritton, K. H., Ries, L. A. G. (2017). *Cancer in Adolescents and Young Adults*. Cham: Springer International Publishing.
12. Boranić, M. (2006). Etiologija i patogeneza tumora dojke. *Medicinski vjesnik*, str. 33-42.
13. Bratković, D., Rozman, B. (2006). Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 101-112.
14. Brkljačić, M. (2019). Medicinska etika u palijativnoj skrbi. *Obnovljeni Život*, str. 513-527.
15. Bulatović Stanišić, S. (2019). Muzikoterapija - Muzika kao lijek. *Varaždinski učitelj*.
16. Bunt, L., Stige, B. (2014). *Music Therapy: An art beyond words*. New York: Routledge.

17. Chaiklin, S., Wengrower, H. (2009). *The Art and Science of Dance/movement Therapy: Life is Dance*. New York: Routledge.
18. Crnković, I., Rukavina, M., Ostrogonac, K. (2015.). Kvaliteta života laringektomiranih osoba. *JAHŠ*, str. 107-118.
19. D'Agostino, N. M., Penney, A., Zebrack, B. (2010). Providing Developmentally Appropriate Psychosocial Care to Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *International Workshop on Adolescents and Young Adults with Cancer: Towards Better Outcomes in Canada* (str. 2329-2334). Toronto: Wiley Online Library.
20. Divljaković, K., Lang Morović, M., Kraljević, M., Matijević, V., Maček Trifunović, Z. (2014). Terapija glazbom i ritmičke slušne stimulacije u radu s hospitaliziranom djecom. *Fizikalna rehabilitacija i medicina*, str. 1-11.
21. Djuric, Z., Veljkovic, J., Tomic, M. (2005). *Psychodrama: A Beginner's Guide*. London: Jessica Kingsley Publishers.
22. Dumtrache, S. D. (2014). The effects of a cinema-therapy group on diminishing anxiety in young people. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, str. 717-721.
23. Ebling, Z., Strnad, M., Šamija, M. (2007). Nacionalni program prevencije i ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj. *Medicinski Vjesnik*, str. 19-29.
24. Eschen, J. T. (2002). *Analytical Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
25. Fitzpatrick, M. (2018). Mirroring, Social Learning and Dance Movement Therapy with Childhood Autism Spectrum Disorder: A Literature Review . *Expressive Therapies Capstone Theses*.
26. Gojčeta, M., Joković Oreb, I., Pinjatela, R. (2008). Neki aspekti kvalitete života adolescenata sa i bez cerebralne paralize. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 39-47.
27. Goodill, S. W. (2005). *An Introduction to Medical Dance/Movement Therapy: Health Care in Motion*. London: Jessica Kingsley Publishers.
28. Grbac, I., Bašić-Grbac, M., Ostojić, J. (2001). Rak pluća. *MEDICUS*, str. 179-190.
29. Halužan, M. (2012). Art therapy in the treatment of alcoholics. *Alcoholism 2012*, str. 99-105.
30. Hećimović, I., Martinec, R., Runjić, T. (2014). Utjecaj terapije pokretom i plesom na sliku tijela adolescentica sa slabovidnošću. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 14-25.
31. Holland, J. C. (2015.). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
32. Holland, J., Golant M. B., Greenberg. D., Hughes, M., Levenson, J. A., Loscalzo, M., Pirl, W. (2015). *Psycho-oncology: A Quick Reference on the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. New York: Oxford University Press.
33. Ivanović, N., Barun, I., Jovanović, N. (2014). Art terapija - teorijske pretpostavke, razvoj i klinička primjena. *Socijalna psihijatrija*, str. 190-198.

34. Jakovina Žurić, I., Jakovina, T. (2017). Role theory and role analysis in psychodrama: A contribution to sociology. *Socijalna ekologija*, str. 151-169.
35. Jones Rufer, L. (2014). *Magic at the Movies: Positive Psychology for Children, Adolescents and Families*. University of Pennsylvania .
36. Jušić, A. (2001). Palijativna medicina - palijativna skrb. *Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb*, str. 247-253.
37. Karahasanović, A., Ostojić, D., Jukić, V. (2013). Kvaliteta života studenata socijalnog rada i osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u fazi remisije. *Ljetopis socijalnog rada*, str. 437-451.
38. Kellermann, P. F. (1992). *Focus on Psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*. London: Jessica Kingsley Publishers.
39. Kim, J., Wigram, T., Gold, C. (2009). The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
40. Kolak, Ž., Sečić, A., Matijević, V., Bartolović, J., Kovačić-Percela, D., Hajdaš, M., Mlinar, M. (2013). Dječja igra u humanizaciji boravka djece u bolnici. *Fizikalna medicina i rehabilitacija*, str. 42-49.
41. Kovačević, A., Mužinić, L. (2015). Muzikoterapija kao rehabilitacijska metoda za osobe s Alzheimerovom bolešću. *Socijalna psihijatrija*, str. 12-19.
42. Kovačević, J., Sinožić, T. (2014). Personalizirani pristup bolesniku s potkoljeničnim vrijedom miješane etiologije. *Acta Medica Croatia*, str. 81-85.
43. Kudek Mirošević, J. (2009). Dramatizacija teksta - mogući pristup u kreativnoj terapiji djece sa solidnim tumorima. *Napredak*, str. 168-189.
44. Kudek Mirošević, J. (2010). Dijete s malignim oboljenjem i klinička procjena utjecaja komplementarnih suportivno-terapijskih programa. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 33-40.
45. Kuzma, D., Zovko, A., Vrclj, S. (2018). Kvaliteta života osoba treće životne dobi. U N. Ličen i M. Mezgec, *Sodobne paradigme raziskovanja izobraževanja in učenja odraslih* (str. 379-391). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
46. Lecher-Švarc, V., Radovančević, L. (2015). Psihodinamski aspekti biblioterapije i prevencije suicida. *Socijalna psihijatrija*, str. 20-25.
47. Look Hong, N., Wright, F. C., Gagliardi, A. R., Paszat, L. F. (2010). Examining the Potential Relationship Between Multidisciplinary Cancer Care and Patient Survival: An International Literature Review. *Journal of Surgical Oncology*, str. 125-134.
48. Malchiodi, C. A. (2003). *Handbook of Art Therapy*. New York: The Guilford Press.
49. Malchiodi, C. A. (2005). *Expressive Therapies*. New York: Guilford Publications.

50. Marcus, J. D. (2016). Psychosocial Oncology and Palliative Communication. *Journal of Palliative Care & Medicine*.
51. Martinec, R. (2013). Dance movement therapy in concept of expressive arts-therapy. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 143-153.
52. Martinec, R. (2013). Multidimenzionalna procjena doživljaja slike tijela u žena s rakom dojke. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 54-68.
53. Martinec, R., Miholić, D., Stepan-Giljević, J. (2012). Psihosocijalna onkologija i neki aspekti kompleksne rehabilitacije u odraslih osoba i djece oboljelih od malignih bolesti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 145-155.
54. McCarty Hines, A. (2018.). *Bibliotherapy: The Interactive Process*. New York: Routledge.
55. Menichetti, J., Giusti, L., Fossati, I., Vegni, E. (2015). Adjustment to cancer: exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European Journal of Cancer Care*, str. 1-13.
56. Miholić, D. (2015). *Interni materijal za kolegij: Kreativna terapija I*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
57. Miholić, D. (2018). *Interni materijal za kolegij "Praktikum iz psihodrame"*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
58. Miholić, D., Martinec, R. (2013). Some aspects of using expressive arts-therapies in education and rehabilitation. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, str. 221-240.
59. Miholić, D., Prstačić, M., Martinec, R. (2013). Art/ekspresivne terapije i psihodinamika djeteta - roditelj u konceptu sofrologije i psihosocijalne onkologije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 115-128.
60. Miholić, D., Prstačić, M., Nikolić, B. (2013). Art/ekspresivne terapije i sofrologija u analizi mehanizama suočavanja u djeteta s malignim oboljenjem. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 73-84.
61. Milutinović, L., Braš, M., Đorđević, V. (2017). Art terapija kao suportivno-ekspresivna terapija u liječenju karcinoma dojke. *Socijalna psihijatrija*, str. 262-269.
62. Mindoljević Drakulić, A. (2010). Terapijske interpretacije u psihodrami s adolescentima u školskom okruženju. *Napredak*, str. 121-132.
63. Molaie, A., Abedin, A., Heidari, M. (2010). Comparing the Effectiveness of Group Movie Therapy (GMT) Versus Supportive Group Therapy (SGT) for Improvement of Mental Health Grieving Adolescent Girls in Tehran. *Social and Behavioral Sciences*, str. 832-837.
64. Moorey, S., Greer, S. (2012). *Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. New York: Oxford University Press.
65. MSD. Posjećeno 18. svibnja 2020. Na mrežnoj stranici <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr>

66. Munn Bracken, J. (2010). *Children With Cancer: A Comprehensive Reference Guide for Parents*. New York: Oxford University Press.
67. onkologija.hr. Posjećeno 17. svibnja 2020. Na mrežnoj stranici <http://www.onkologija.hr>
68. Pavlicevic, M. (1997). *Music Therapy in Context: Music, Meaning and Relationship*. London: Jessica Kingsley Publishers.
69. Payne, H. (1992). *Dance Movement Therapy: Theory, Research and Practice*. New York: Routledge.
70. Pinjatela, R. (2008). Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* , str. 79-98.
71. Piskač, D. (2017). Biblioterapija i psihoanalitička kritika u kontekstu teorije sustava. *Kroatologija*, str. 60-81.
72. Powell, M. (2018). *Improving the Empirical Credibility of Cinematherapy: A single-Subject Interrupted Time_Series Design, Counseling Outcome Research and Evaluation*. Arkansas: Theses and Dissertations.
73. Prstačić, M., Eljuga, D., Matijević, A., Nikolić, B., Čepulić, M., Stepan, J. (2004). Psihosocijalna onkologija. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 77-90.
74. Prstačić, M. (1991). Posredni objekt u kreativnoj terapiji djeteta s malignim oboljenjem. *Defektologija*, str. 17-33.
75. Prstačić, M., Nikolić, B., Sabol, R. (1987). Kreativna terapija kao suportivna metoda u postoperativnom liječenju žena nakon mastektomije. *Defektologija*, str. 217-228.
76. Runco, M., Pritzker, S. (1999). *Encyclopedia of Creativity*. San Diego: Academic Press.
77. Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Oullette, R., Majczak, M. (2005). Dance and Movement Program Improves Quality-of-Life Measures in Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, str. 301-309.
78. Sarapa Burić, K., Katušić, A. (2012). Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autističnog spektra. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 124-132.
79. Schneider, N. (2012). *Bibliotherapy's Effect on Anxiety in Children with Cancer*. Newberg: Graduate Department of Clinical Psychology .
80. Silbermann, M., Pitsilides, B., Al-Alfi, N., Al-Jabri, K., Elshamy, K., Ghrayeb, I., Livneh, J., Daher, M., Charalambous, H., Jafferri, A., Fink, R., El-Shamy, M. (2013). Multidisciplinary care team for cancer patients and its implementation in several Middle Eastern countries . *Annals of Oncology* , str. 41-47.
81. Strnad, M. (2005). Starija životna dob i rak. *MEDICUS*, str. 251-256.
82. Strongwater, P. (2018). Planning for Spontaneity: Music Therapy Session Preparation, Structure and Procedures . *Expressive Therapies Capstone Theses*.

83. Swedberg Yinger, O. (2018). *Music Therapy: Research and Evidence-Based Practice*. St. Louis: Elsevier.
84. Šeparović, R., Vazdar, L., Tečić Vuger, A., Pavlović, M., Gnjidić, M., Prejac, J., Goršić, I., Trivanović, D., Čonkaš, M., Vojnović, Ž, Horvatić-Herceg, G., Alduk, A., Dedić Plavetić, N., Vrbanec, D. (2018). Smjernice za provođenje dijagnostičkih pretraga prije početka liječenja onkološkog bolesnika - kliničke preporuke Hrvatskog društva za internističku onkologiju HLZ-a. *Liječnički Vjesnik*, str. 77-91.
85. Tadinac, M. (2004). Biopsihosocijalne odrednice bolesti i zdravlja. U Šebec, G. Sabol, M. Šakić, M. Kotrla Topić, *Mozak i um - trajni izazov čovjeku* (str. 165-173). Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
86. Vidučić, M., Rusac, S. (2018). Uloga kreativnih metoda u radu s oboljelima od Alzheimerove demencije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, str. 85-96.
87. Vuletić, G., Benjak, T., Brajković, L., Brkljačić, T., Davern, M., Golubić, R., Ivanković, D; Jokić-Begić, N; Lipovčan Kaliterna, Lj; Misajon, R; Mišura, D; Mustajbegović, J; Nujić, S; Prizmić Larsen, Z; Sjerobabski Manec, I; Šincek, D; Vuger Kovačić, D. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.
88. Zabora, J., Brintzenhofe Szoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2000). The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site. *Psycho-Oncology*, str. 19-28.