

# Muzikoterapija i likovna terapija u rehabilitaciji osoba s demencijom

---

**Krvavica, Nada**

**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:158:315159>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-09-10**



*Repository / Repozitorij:*

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



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Muzikoterapija i likovna terapija u  
rehabilitaciji osoba s demencijom**

Nada Krvavica

Zagreb, siječanj, 2020.

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Muzikoterapija i likovna terapija u  
rehabilitaciji osoba s demencijom**

Nada Krvavica

Zagreb, siječanj, 2020.

## Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Muzikoterapija i likovna terapija u rehabilitaciji osoba s demencijom* i da sam njegova autorica.

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

Ime i prezime: Nada Krvavica

Mjesto i datum: Zagreb, siječanj, 2020.

## Zahvala

*Zahvaljujem se svom mentoru doc.dr.sc. Damiru Miholiću na neizmjernom strpljenju, podršci, usmjeravanju i prenesenom znanju.*

*Hvala mojim sestrama Ani i Antoniji koje su uvijek bile uz mene, koje su me nasmijavale, tješile i dijelile sa mnom dobro i zlo tijekom svih pet godina studiranja.*

*Zahvale upućujem i roditeljima. Hvala što ste mi oduvijek ukazivali na vrijednost obrazovanja, vjerovali i ulagali u mene te mi pomogli da ostvarim svoj san.*

*Hvala i mojim prijateljima na podršci, lijepim riječima i dugim razgovorima.*

## **Muzikoterapija i likovna terapija u rehabilitaciji osoba s demencijom**

Studentica: Nada Krvavica

Mentor: doc.dr.sc. Damir Miholić

Program/modul: Edukacijska rehabilitacija/Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

### **Sažetak rada:**

Demencija je degenerativna bolest koja pogađa približno 36 milijuna svjetske populacije. Kod osoba s demencijom dolazi do pogoršanja kognitivnih funkcija, poteškoća u komunikaciji, izražavanju i prepoznavanju emocija te do agresije, razdražljivosti i problema sa spavanjem. Navedeni kognitivni, psihosocijalni i bihevioralni simptomi imaju negativan utjecaj na funkcioniranje osobe s demencijom, ali i na članove obitelji i šire zajednice. U liječenju demencija mogu se koristiti farmakološke i nefarmakološke metode. Nefarmakološke metode koje imaju izrazito pozitivan utjecaj na funkcioniranje osobe s demencijom su muzikoterapija i likovna terapija.

Cilj ovog preglednog rada je prikazati osnove primjene muzikoterapije i likovne terapije u rehabilitaciji osoba s demencijom, odnosno, njihovu djelotvornost u području liječenja simptoma bolesti. U svrhu toga, proveden je pregled istraživanja na temelju kojeg se uvidjelo kako muzikoterapija može imati pozitivan utjecaj na kognitivne i komunikacijske vještine, što je vidljivo kroz poboljšanu mogućnost imenovanja i prepoznavanja osoba nakon individualnih satova pjevanja, bolju verbalnu fluentnost te bolje pamćenje tekstova uz glazbu. Doprinos muzikoterapije na psihosocijalno i emocionalno stanje istaknut je kroz povećanu smirenost i zadovoljstvo, a utjecaj na bihevioralno stanje vidljiv je kroz smanjenje problema sa spavanjem, smanjeno agresivno ponašanje i besciljno lutanje. Osobe s demencijom imaju relativno očuvanu sposobnost imaginacije i kreativnosti pa tako primjena likovne terapije u rehabilitaciji osoba s demencijom utječe na razvoj kreativnosti, spontanosti, potiče i razvija komunikaciju te doprinosi osjećaju velikog zadovoljstva. Također, poboljšava kvalitetu života oboljelih i njihovih skrbnika i utječe na smanjenje bihevioralnih teškoća. Od svih dobrobiti koje umjetnost pruža, jedan od najvažnijih je osjećaj povezanosti ili transcendencije, a ta povezanost je bitna za osobe s demencijom jer je korisnikov odnos s drugim osobama i vlastitim identitetom izložen sve većem propadanju. S obzirom na navedene doprinose, muzikoterapija i likovna terapija predstavljaju prikladne komplementarne metode u okviru interdisciplinarnog sustava pružanja podrške osobama s demencijom.

**Ključne riječi:** demencija, muzikoterapija, likovna terapija

## **Music therapy and art therapy in the rehabilitation of people with dementia**

Name of the student: Nada Krvavica

Name of the mentor: doc.dr.sc. Damir Miholić

The program/modul in which the final exam is taken: Educational Rehabilitation/  
Rehabilitation, Sophrology, Creative therapy and art/expressive therapy

### **Summary:**

Dementia is a type of a degenerative disease that affects approximately 36 million of the world's population. People with dementia experience worsening of cognitive function, communication problems, problems with expression and emotions, aggression, irritability and problems with sleep. These cognitive, psychosocial and behavioral symptoms have a negative impact on the functioning of the person with dementia, but also on family members and the wider community. Pharmacological and non-pharmacological methods may be used in the treatment of dementia. Non-pharmacological methods that have a particularly positive effect on the functioning of a person with dementia are music therapy and art therapy.

The aim of this review paper is to present the basics of the use of music therapy and art therapy in the rehabilitation of people with dementia. In other words, to further explore the effectiveness of this therapy in treating symptoms and consequences of this disease. For that purpose, the examination of the existing literature and research has been conducted. It was seen how music therapy can positive impact on cognitive and communication skills, which is evident through improved ability to name and identify individuals after individual singing lessons, better verbal fluency and better memorization of texts with music. The effects of music therapy to psychosocial and emotional state are evident through increased calmness and well-being. The effects on behavioral state is evident through reduced sleep problems, reduced aggressive behavior and aimless wandering. Furthermore, people with dementia have a relatively preserved capacity for imagination and creativity. So the use of art therapy in the rehabilitation of people with dementia can affects on the development of creativity, spontaneity, encourages and develops communication, and contributes to a sense of great satisfaction. It has also been confirmed that it can improve the quality of life of patients and their caregivers and have the effect of reducing behavioral problems. Of all the benefits that art provides, one of the most important is a sense of connectedness or transcendence. That connection is essential for people with dementia because the user's relationship with others and their own identity is exposed to decay. Given these contributions, music therapy and art therapy represent appropriate complementary methods within an interdisciplinary system to support people with dementia.

**Key words:** dementia, music therapy, art therapy

## SADRŽAJ

1. Uvod .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2. Demencija .....	2
2.1. Etiologija i podjela .....	2
2.2. Klinički oblici demencije .....	3
2.2.1. Alzheimerova bolest .....	3
2.2.2. Vaskularna demencija .....	3
2.2.3. Demencija kod Parkinsonove bolesti.....	4
2.2.4. Demencija Lewyevih tjelešaca .....	4
2.2.5. Frontotemporalna demencija.....	4
2.2.6. Demencija kod progresivne supranuklearne paralize .....	5
2.3. Epidemiologija .....	5
2.4. Dijagnostika .....	5
2.5. Liječenje .....	6
3. Muzikoterapija .....	7
3.1. Povijest muzikoterapije .....	8
3.2. Funkcije i način provođenja muzikoterapije.....	10
3.3. Utjecaj glazbe na čovjeka – glazba kao terapijsko sredstvo.....	11
3.4. Muzikoterapija u starijoj životnoj dobi .....	13
4. Likovna terapija .....	16
4.1. Povijest likovne terapije .....	17
4.2. Načini rada u likovnoj terapiji .....	17
4.3. Učinkovitost likovne terapije kod pojedinih populacija.....	19
4.4. Likovno izražavanje u starijoj životnoj dobi .....	20
5. Pregled dosadašnjih spoznaja .....	22
5.1. Utjecaj muzikoterapije na kognitivno funkcioniranje osoba s demencijom.....	22
5.2. Utjecaj muzikoterapije na bihevioralno stanje osoba s demencijom .....	25
5.3. Utjecaj muzikoterapije na emocionalno i psihosocijalno stanje osoba s demencijom...28	
5.4. Utjecaj likovne terapije na funkcioniranje osoba s demencijom .....	31
6. Zaključak .....	38
7. Literatura.....	39



# 1. Uvod

Demencija je klinički sindrom obilježen stečenim gubitkom kognitivnih i emocionalnih sposobnosti koji ometa svakodnevno funkcioniranje osobe i značajno smanjuje njegovu kvalitetu života. Danas je poznato više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju, od kojih je najčešća Alzheimerova bolest (Chen i sur., 2000). To je progresivna neurodegenerativna bolest središnjeg živčanog sustava čiji je prvi i dominantan simptom poremećaj epizodičkog pamćenja. Ostali simptomi su poremećaj govornih funkcija, praksije, gnostike i izvršnih funkcija, a u kasnim fazama bolesti dolazi i do razvoja depresije, halucinacija, deluzija i paranoidnih ideja. Osim Alzheimerove bolesti, postoje i druge vrste demencija kao što su vaskularna demencija, demencija Leweyevih tjelešaca, frontotemporalna demencija te demencije koje se javljaju u sklopu drugih poremećaja: demencija kod Parkinsonove bolesti, Huntingtonove bolesti, Pickove bolesti ili progresivne supranuklearne paralize (Brinar i sur., 2009).

Zbog problema i poteškoća koje bolest donosi osobi, ali i užoj i široj zajednici, vrlo važno je usmjeriti se na liječenje demencije. Tijekom liječenja demencije, naglasak se stavlja na holistički pristup, odnosno kognitivne, emocionalne, fizičke i socijalne procese koji su skloni promjeni prilikom nastupanja bolesti (Kitwood, 1993). Uz farmakološke metode liječenja sve veći naglasak pridaje se nefarmakološkim metodama (Abraha i sur., 2016). Velik je broj nefarmakoloških, komplementarnih metoda i terapija koje se mogu koristiti u području gerijatrije i gerontologije, a kod osoba s demencijom često se koriste muzikoterapija, likovna terapija, biblioterapija i terapija plesom i pokretom.

U tom smislu definiran je cilj ovog rada koji se odnosi na prikaz korištenja muzikoterapije i likovne terapije u rehabilitaciji osoba s demencijom, s posebnim naglaskom na utjecaj muzikoterapije na kognitivno funkcioniranje, komunikacijske vještine, emocionalno te bihevioralno stanje oboljele osobe te utjecaj likovne terapije na razvoj komunikacije, spontanosti, smirenosti i bolje kvalitete života.

## 2. Demencija

Demencija je zajednički naziv za različite degenerativne bolesti mozga koje pogađaju približno 36 milijuna cjelokupne svjetske populacije. U navedenim bolestima dolazi do pogoršanja kognitivnih funkcija i emocionalnog stanja te smanjene mogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Demencije se mogu kategorizirati prema etiologiji, neuropatologiji ili kliničkoj prezentaciji. Bolest pogađa funkcije pamćenja i mišljenja, emocije, ponašanje, socijalne vještine te cjelokupno funkcioniranje osobe (Chen i sur., 2000). Demencija najčešće rezultira smrću 5 do 10 godina nakon nastupanja bolesti. Ova progresivna bolest budi osjećaje frustracije, depresije, anksioznosti i gubitka kontrole, a u kasnijem stadiju bolesti dovodi i do separacije uma i tijela (Goldstein-Levitas, 2006). Demencije su uglavnom progresivne i ireverzibilne bolesti, ali ipak 15% demencija je reverzibilno (Frančišković i sur., 2011). S obzirom na lokalizaciju oštećenja dijele se na kortikalne demencije (Alzheimerova), subkortikalne demencije (Parkinsonova, Huntingtonova i Wilsonova) i mješovite oblike gdje oštećenja mogu biti u svim područjima mozga (Duraković i sur., 2007).

### 2.1. Etiologija i podjela

Prema Internacionalnoj klasifikaciji bolesti (Svjetska zdravstvena organizacija, 2016) demencija pripada organskim poremećajima. Prema kliničkim znakovima, demencije se često dijele na kortikalne i subkortikalne. Kortikalne demencije dovode do selektivnih kognitivnih poremećaja kao što su oštećenje kratkotrajnog pamćenja, promjene u ponašanju i osobnosti bez fokalnih neuroloških ispada. Subkortikalne demencije odlikuju se usporenim mentalnim funkcijama s promjenama raspoloženja, izostankom motivacije, pri čemu je kognitivno oštećenje manje naglašeno, ali zato su češće prisutni ekstrapiramidni poremećaji (Žikić i sur., 2009).

Mogući uzroci demencije su: degenerativne bolesti središnjeg živčanog sustava, cerebrovaskularne bolesti, traumatske, upalne i infektivne bolesti mozga, metabolički, endokrini i sustavni poremećaji. Glavne vrste demencija su Alzheimerova bolest, vaskularna demencija, demencija Lewyevih tjelešaca, frontotemporalna demencija i demencija povezana

s HIV infekcijom. Demencije koje se javljaju u sklopu drugih poremećaja su demencija kod Parkinsonove bolesti, Huntingtonove bolesti, Pickove bolesti, progresivne supranuklearne paralize i Creutzfeldt-Jakobove bolesti. Osobe mogu imati više od jednog tipa demencije (MSD priručnik, 2014).

## **2.2. Klinički oblici demencije**

### **2.2.1. Alzheimerova bolest**

Alzheimerova bolest je progresivna degenerativna bolest središnjeg živčanog sustava. Prvi i dominantan simptom je poremećaj epizodičkog pamćenja, te kasnije dolazi do poremećaja govornih funkcija, gnostike, praksije i izvršnih funkcija. (Brinar i sur., 2009). Progresijom oštećenja pamćenja dolazi do dezorijentacije u vremenu i prostoru, a zatim dolazi i do razvoja depresije te psihomotoričke agitiranosti. Nadalje, u kasnijim fazama bolesti dolazi do razvitka psihičkih poremećaja poput halucinacija, deluzija i paranoidnih ideja i oboljele osobe sve više gube socijalni kontakt (Uzun i sur., 2018). Smrt nastupa 5 do 10 godina nakon pojave prvih simptoma. Postoje mnogi rizični čimbenici za pojavu Alzheimerove bolesti, a primarni čimbenici rizika su životna dob, pozitivna obiteljska anamneza te ženski spol u osoba starijih od 80 godina. Drugi rizični čimbenici uključuju cerebrovaskularne faktore rizika kao što su hipertenzija, pretilost i šećerna bolest (Brinar i sur., 2009).

### **2.2.2. Vaskularna demencija**

Za vaskularnu demenciju karakteristično je akutno ili kronično kognitivno propadanje zbog difuznog ili fokalnog moždanog udara koji je najčešće povezan s cerebrovaskularnom bolesti. Vaskularna demencija drugi je najčešći uzrok demencija kod starijih osoba. Nastaje kad više malih moždanih udara uzrokuje neuronalni gubitak i oštećuje moždanu funkciju. Kod osoba s vaskularnom demencijom, također, dolazi do oštećenja pamćenja, afazije, apraksije, agnozije te poremećaja izvršnog funkcioniranja. Nastaje češće kod osoba koje imaju vaskularne rizične čimbenike kao što su hipertenzija, šećerna bolest, hiperlipidemija, pušenje i kod onih koji su

imali nekoliko moždanih udara. Mnogi imaju istovremeno vaskularnu demenciju i Alzheimerovu bolest (MSD priručnik, 2014).

### **2.2.3. Demencija kod Parkinsonove bolesti**

Demencija kod Parkinsonove bolesti većinom nastaje u starijoj životnoj dobi, a definirana je kao idiopatski poremećaj pokreta. Pojavljuju se znakovi bolesti kao što su tremor u mirovanju, lice poput maske, rigiditet u obliku zupčanika i teški hod. Uzrok bolesti nije poznat kod većine bolesnika (Brinar i sur., 2009).

### **2.2.4. Demencija Lewyevih tjelešaca**

Demencija Lewyevih tjelešaca je kronično kognitivno propadanje karakterizirano staničnim inkluzijama u Lewyevim tjelešcima. Treća je najučestalija demencija, a obično nastaje u osoba starijih od 60 godina. Kod demencije Lewyevih tjelešaca poremećene su razine neurotransmitera i živčani putovi između striatuma i neokorteksa. Klinička slika je varijabilna, sastoji se od više simptoma koji su prisutni s različitom učestalošću. Prisutan je deficit pamćenja te poremećaj pažnje, izvršavanja i snalaženja u vremenu i prostoru. Više od polovice bolesnika ima psihotične poremećaje poput deluzija koje su paranoidne te halucinacija (Apostolova, 2012).

### **2.2.5. Frontotemporalna demencija**

Frontotemporalna demencija odnosi se na sporadičan nasljedni poremećaj koji zahvaća frontalne i temporalne režnjeve mozga. Dva su glavna oblika frontotemporalne demencije: frontalni (sa simptomima promjena u ponašanju) i temporalni (sa simptomima koji uključuju probleme u komunikaciji). Frontalni režnjevi mozga odgovorni su za sposobnost zaključivanja i ponašanje u društvenim situacijama pa tako osobe s frontotemporalnom demencijom imaju probleme u održavanju društveno prihvatljivog ponašanja. Pickova bolest je oblik frontotemporalne demencije, koja može biti patološki obilježen jakom atrofijom neurona, gliozom i prisutnošću abnormalnih neurona u kojima se nalaze inkluzije (Liščić, 2009).

### **2.2.6. Demencija kod progresivne supranuklearne paralize**

Progresivna supranuklearna paraliza je neurodegenerativna bolest karakterizirana ranom posturalnom nestabilnosti i padanjem, vertikalnom supranuklearnom paralizom s parezom pogleda prema dolje te rigidnim simetričnim parkinsonizmom. Ostali specifični simptomi su smetnje vida, poremećaji raspoloženja, smetnje govora i gutanja, grčevi u mišićima te popuštanje sfinktera. Demencija je najčešće frontalnog tipa s distrofijom (blažim oblikom depresije), apatijom i anksioznosti (Apostolova, 2012).

## **2.3. Epidemiologija**

Prevalencija neurokognitivnog poremećaja varira, odnosno razlikuje se prema kriterijima dobi i etiološkom podtipu. Među pojedincima starijim od 60 godina, prevalencija se eksponencijalno povećava s dobi. Prevalencija demencije (tj. velikog neurokognitivnog poremećaja) u cjelokupnoj populaciji je između 1 i 2 posto, u dobi od 65 godina, te čak 30 posto u dobi od 85 godina. Procjena prevalencije blagog neurokognitivnog poremećaja među starijom populacijom izrazito varira, u rasponu od 2 do 10 posto u dobi od 65 godina, te u rasponu od 5 do 25 posto do 85. godine (American Psychiatric Association, 2013). U Republici Hrvatskoj, Zavod za zaštitu zdravlja u Zagrebu 1986. godine proveo je istraživanje o kroničnim nezaraznim bolestima te su objavili da je učestalost psihoorganskih simptoma u populaciji iznad 65 godina iznosila 14 posto. U većini zemalja natalitet je sve niži, a životna dob stanovništva se povećava pa se očekuje da će demencija postati jedan od najozbiljnijih medicinskih i društvenih problema (Jakovljević, 2004).

## **2.4. Dijagnostika**

Često korištena metoda za utvrđivanja demencije je neurološki status koji uključuje i kognitivno testiranje. Ako su kognitivne funkcije osobe teško oštećene, nekoliko pitanja koja vrednuju orijentaciju i pamćenje dovoljno je za dijagnozu. Također, crtanje sata, produljenje vremena potrebnog za prisjećanje riječi i generiranje popisa riječi često može otkriti postoje li

problemi. Međutim, za procjenu blage ili umjerene razine demencije u kliničkoj se praksi najčešće koriste Mini-Mental State Examination (MMSE) te Montreal Cognitive Assessment (MoCa). Provođenje Mini-Mental State Examination testa traje između pet i deset minuta, a skala sadrži 11 vrsta zadataka kojima se ispituju kognitivne sposobnosti ispitanika na području orijentacije, registriranja, pažnje i računanja, prisjećanja, imenovanja, ponavljanja, sposobnosti slijeđenja upute, čitanja, pisanja koherentne, morfološki i sintaktički ispravne rečenice te ispravnog preslikavanja crteža. Ukupan maksimalni broj bodova koji je moguće ostvariti na testu *MMSE* iznosi 30. Broj bodova iznad 25 upućuje na normalne kognitivne funkcije, vrijednosti od  $\leq 9$  bodova na teške, 10-20 na umjerene, a vrijednosti od 20-25 na neznatne ili blage poremećaje kognitivnih funkcija. Pritom je važno istaknuti da rezultat postignutih bodova ovisi o stupnju obrazovanja te životnoj dobi bolesnika (O'Bryant i sur., 2008). Kako bi klinička dijagnoza bila s potpunom sigurnošću uspostavljena, kriteriji koji opisuju opadanje funkcije pamćenja te ostalih kognitivnih funkcija, trebaju biti prisutni minimalno šest mjeseci (SZO, 2016).

## 2.5. Liječenje

Simptomi demencije mogu se liječiti farmakološkim i nefarmakološkim metodama (Abraha i sur., 2016). Tijekom liječenja demencije, naglasak se stavlja na holistički pristup, odnosno fizičke, emocionalne, kognitivne i socijalne procese koji su skloni promjeni prilikom nastupanja bolesti (Kitwood, 1993). U radu s osobama s demencijom, najčešće se koristi farmakološki pristup. Naime, kao i većina lijekova, lijekovi koji se koriste prilikom liječenja osoba s demencijom, mogu imati razne nuspojave, uključujući pretjeranu tromost osobe, a mogu čak doprinijeti sniženoj kvaliteti života i ubrzati kognitivno slabljenje osobe. Neprikladno prepisivanje lijekova osobama s demencijom postao je značajni problem. Kod više od 40 % osoba s demencijom koje žive u ustanovama za brigu i njegu u razvijenim zemljama pripisani su neuroleptici. Uz neuroleptike, najčešće se prepisuju i antidepresivi, sedativi/hipnotici te anksiolitici. Iako inhibitori kolinesteraze mogu poboljšati određene aspekte kognitivnih i bihevioralnih funkcija kod pojedinih pacijenata, kliničko djelovanje ovih lijekova ostaje kontroverzno (Douglas i sur., 2004). Uz spomenute farmakološke intervencije, u liječenju osoba oboljelih od demencija bitna je uloga nefarmakoloških metoda i njegovatelja.

Nefarmakološke metode uključuju intervencije koje su najčešće kombinirane te se pružaju osobama u sklopu pristupa usmjerenom prema samoj osobi (Ijaopo, 2017). Mogu se podijeliti na standardne i alternativne terapije. Standardne terapije uključuju bihevioralnu, terapiju prizivanja sjećanja i realitetnu terapiju (Douglas i sur., 2004). Nadalje, koriste se i tehnike koje za cilj imaju upravljanje i reguliranje ponašanja, te druge intervencije kao što su tjelovježba i korištenje kućnih ljubimaca u svrhu terapije. Intervencije senzorne stimulacije koje se mogu koristiti za liječenje bihevioralnih i psiholoških simptoma kod osoba s demencijom uključuju akupunkturu i aroma terapiju, muzikoterapiju, likovnu terapiju, terapiju svjetlom, stimulaciju senzornim vrtom, masažu, kognitivnu stimulaciju i terapiju plesom i pokretom (Abraha i sur., 2016). Nažalost, iako je svjetska popularnost i uvriježenost nefarmakoloških metoda liječenja u porastu, one i dalje nisu u potpunosti prihvaćene u praksi (Ijaopo, 2017). U posljednje vrijeme, znanstvenici pridaju veću važnost tjelovježbi i glazbenim aktivnostima tvrdeći kako one mogu potaknuti plastičnost mozga te ublažiti kognitivne i tjelesne teškoće kod mnogih neuroloških poremećaja, uključujući demenciju. S druge strane, korištenje tih metoda također ima određena ograničenja te je nužno pronaći druge potencijalne vrste tretmana i terapija (Douglas i sur., 2004).

### **3. Muzikoterapija**

Muzikoterapija je postupak koji je nastao kroz posljednjih pedeset godina iz različitih profesionalnih disciplina u različitim zemljama. Naziv muzikoterapija prvi put se spominje 1918. godine (Breitenfield i Vrbanić, 2011). Svjetska udruga za glazbenu terapiju (WFMT – World Federation of Music Therapy) 2011. godine definirala je muzikoterapiju kao: „korištenje glazbe i/ili njenih elemenata (zvuk, ritam, melodija, harmonija) što provodi kvalificirani glazbeni terapeut na osobi ili grupi u procesu koji je osmišljen kako bi osigurao i unaprijedio komunikaciju, učenje, potaknuo izričaj, organizaciju i druge bitne terapeutske ciljeve u svrhu postizanja fizičkih, emocionalnih, mentalnih, društvenih i kognitivnih potreba“ (Breitenfield i Vrbanić, 2011).

Sučić i Lovrinčević (2013) navode „muzikoterapija je organizirano korištenje zvukova i glazbe koji stvaraju zajedničku poveznicu između klijenata i terapeuta podržavajući i pojačavajući fizičko, mentalno, socijalno i emocionalno zdravlje.“ Škrbina (2013) opisuje muzikoterapiju kao „psihoterapijsku metodu u kojoj slušanje glazbe, odnosno receptivna glazboterapija, te kombinacija sviranja instrumenata, pjevanja, pokreta, odnosno aktivna glazboterapija, predstavljaju medij za funkcionalnu upotrebu glazbe.“

Muzikoterapija se dijeli na dva modaliteta: ekspresivnu i receptivnu muzikoterapiju. Ekspresivna muzikoterapija uključuje pjevanje, sviranje, improvizaciju, skladanje, odnosno muzikoterapeut primjenjuje različite tehnike s ciljem ostvarivanja individualnih potreba i mogućnosti putem izvođenja glazbe. Receptivna muzikoterapija podrazumijeva slušanje ranije snimljene glazbe pod vodstvom muzikoterapeuta, slušanje glazbe uz relaksaciju te slušanje glazbe uz vođenu imaginaciju (Stark, 2012).

Upotreba glazbenog izraza razlikuje muzikoterapiju od drugih oblika terapije. Posebnost korištenja muzikoterapije zasniva se na kvaliteti prožimanja zvuka, kao što su ritam i melodija koje utječu na fiziološke reakcije, emocije, duhovnu dimenziju i kreativnost osobe. Za sudjelovanje u muzikoterapiji nije potrebno posjedovanje određenog znanja o glazbi i instrumentalnoj tehnici. Spontana improvizacija pomoću instrumenta i glasa može služiti osobi kao temelj za izražavanje i ostvarivanje kontakta (Bulatović-Stanišić, 2019). Muzikoterapija predstavlja strukturiranu upotrebu glazbe s ciljem pomaganja ljudima svih dobnih skupina. Sredstvo je ostvarivanja kontakta, komunikacije i iskustva (Stark, 2012).

### **3.1. Povijest muzikoterapije**

Glazba se u terapijske svrhe koristi već stoljećima. U davnoj prošlosti, primitivni čovjek glazbom je umirivao zle duhove, a glazba mu je služila za olakšavanje svakodnevnog rada, podizala je ratničku borbenost i pružala osobno zadovoljstvo (Škrbina, 2013). Kod starih Grka, glazba se proučavala kao znanost povezana s matematikom, fizikom i medicinom. Imala je vrlo važno mjesto u obrazovanju djece i adolescenata te se smatrala neophodnom za formiranje karaktera. Među starim Grcima bilo je muzikoterapeuta koji su svojim pjesmama utjecali na raspoloženje ljudi, koristeći instrumente kao što su lira i aulos. Grčki filozofi, Hipokrat i Platon bavili su se značenjem glazbe i isticali njezin utjecaj na čovjeka. Naime,



Hipokrat je još u 5. stoljeću prije nove ere koristio glazbu kako bi liječio ljude s raznim psihičkim poremećajima, a Platon u svom djelu „Država“ opisuje glazbu kao važan dio obrazovanja. Nadalje, Platon ističe kako glazba utječe na emocije čovjeka i pokreće našu dušu.

Nakon Prvog i Drugog svjetskog rata, glazbenici, profesionalci i amateri nastupali su u bolnicama u Europi i Sjedinjenim Američkim Državama te svirali tisućama veterana koji su patili od fizičkih i emocionalnih trauma (Degmenčić i sur., 2005). Sve više liječnika i medicinskih sestara traže zapošljavanje glazbenika u bolnicama zbog pozitivnog utjecaja glazbe na tjelesno i emocionalno stanje pacijenta. Tijekom tog razdoblja, medicina doživljava pomak prema holističkom pristupu i koristi se pogotovo za liječenje psihijatrijskih bolesti (Reschke-Hernandez, 2011). S vremenom se shvaća da je potrebna edukacija bolničkih glazbenika iz područja medicine i psihologije, kako bi se glazba mogla koristiti u terapijske svrhe u svom punom kapacitetu (Degmenčić i sur., 2005). Istraživanja koja su se bavila kakvoćom i količinom muzikoterapije omogućila su objektivno mjerenje utjecaja glazbe na čovjeka, posebno na njegovo ponašanje (Škrbina, 2013).

Prvi akademski program muzikoterapije osnovan je na Michigan State University 1944. godine, a American Association of Music Therapy 1971. Godine 1958. osnovano je „Društvo za muzikoterapiju i ljekovitu glazbu“ (Society for Music Therapy and Remedial Music) koje je uskoro preimenovano u Britansko društvo za muzikoterapiju. Nadalje, smjer muzikoterapije na Guildhall School of Music and Drama u Londonu, koji je podučavala jedna od pionirki muzikoterapije Juliette Alvin, pokrenut je 1968. godine. Paul Nordoff i Clive Robbins počeli su podučavati 1974. godine u Goldie Leigh Hospital u Londonu (Bunt, 1994). Zatim, 1985. godine osnovana je Svjetska federacija muzikoterapeuta (Reschke-Hernandez, 2011).

Godine 1947. u specijalnom zavodu za rehabilitaciju djece u Zagrebu započelo se s primjenom glazbe u rekreacijske svrhe, a kasnije i kao nastavni program, rekreacija i terapija. U specijalnom zavodu za rehabilitaciju djece s intelektualnim teškoćama u Velikoj Gorici, 1968. godine glazba se počela primjenjivati najprije kao predmetna nastava, a kasnije i kao muzikoterapija. Danas se muzikoterapija provodi u većini centara za rehabilitaciju djece i mladih s teškoćama te u bolnicama i drugim ustanovama Republike Hrvatske (Breitenfeld i Majsec-Vrbanić, 2011).

### 3.2. Funkcije i način provođenja muzikoterapije

Glazba djeluje na brojne sustave u tijelu, utječe na hipotalamo – hipofizarnu os, amigdalnu, autonomni živčani sustav, endokrini te imunološki sustav. Ima značajnu ulogu u životu čovjeka jer opušta i osnažuje njegove unutarnje mehanizme, a neke od osnovnih funkcija muzikoterapije su poboljšanje socijalnih vještina, poboljšanje koncentracije i pažnje, opuštanje, jačanje samopoštovanja, podupiranje zdravih osjećaja i misli, postizanje pozitivnih promjena u raspoloženju i emocionalnim stanjima te smanjivanje bihevioralnih poteškoća kao što su agresija i problemi sa spavanjem kod osoba s demencijom. Nadalje, muzikoterapija potiče usvajanje pozitivnih oblika ponašanja, razvija neovisnost, samoizražavanje na verbalan i neverbalan način te bolje suočavanje sa stvarnošću (Breitenfeld i Vrbanić, 2011).

Najčešći oblici provođenja muzikoterapije su individualno i grupno te aktivno i receptivno. U ranoj fazi bolesti provodi se uglavnom grupna terapija koju čine pet do sedam članova ili kombinacija grupne i individualne terapije s naglaskom na aktivno pjevanje, a u kasnijoj fazi bolesti provodi se individualna terapija i to uglavnom receptivno, odnosno slušanjem (Aldridge, 2000). Prosječno trajanje sata muzikoterapije je četrdeset minuta. Priestlyjev model analitičko orijentirane muzikoterapije, Bonnyjev model „glazbom vođene mašte“, bihevioralni model te Alvinov model improvizacijske muzikoterapije najpoznatiji su modeli primjene muzikoterapije (Wigram i sur., 2002). Psiholog Carl Rogers razvio je korisničku usmjerenu terapiju, a smatrao je kako je osnovni temelj muzikoterapije bezuvjetno prihvaćanje svakog korisnika te iskazivanje empatije (Burić i Katusić, 2012).

Ciljevi u muzikoterapiji dijele se na kratkoročne i dugoročne, a mogu se mijenjati ovisno o okruženju, muzikoterapeutu te populaciji klijenata. Naime, ciljevi mogu biti edukativni, rehabilitacijski, rekreativni, psihoterapijski i preventivni, a oslanjaju se na kognitivne, emocionalne, socijalne, fizičke i duhovne potrebe osobe. Prije svega su individualni i razvijaju se kako terapija napreduje i pod utjecajem su promjenjivih potreba korisnika (Škrbina, 2013).

Muzikoterapija se primjenjuje kod različitih stanja, u terapiji boli kod starijih osoba, kod depresivnih stanja, za razvijanje komunikacije kod osoba s oštećenjem mozga, u pripremi za

teške operativne zahvate, kod osoba s intelektualnim teškoćama, osoba s motoričkim poremećajima, kod anksioznog poremećaja, reumatoloških i kardiovaskularnih oboljenja te osoba s demencijom (Škrbina, 2013). U provođenju muzikoterapije kod osoba s demencijom osnovni ciljevi do kojih se pokušava doći su: uspostavljanje kontakta i razvoj kognitivnih i socijalnih vještina, opuštanje, jačanje samopouzdanja i samopoštovanja, pružanje povjerenja i osjećaja sigurnosti te podrška u procesu tugovanja (Aldridge, 2000).

### **3.3. Utjecaj glazbe na čovjeka – glazba kao terapijsko sredstvo**

Brojna istraživanja ističu kako slušanje i izvođenje glazbe stimulira određene regije u mozgu i utječe na pamćenje, motoričku kontrolu i jezik. Naime, Dermarin i sur. (2016) zaključili su kako sviranje glazbenog instrumenta kod djeteta dovodi do reorganizacije veza u mozgu te time utječe i na bolju koordinaciju i motoriku u kasnijem razvoju.

Glazba ne utječe samo na plastičnost mozga kod djece, već na moždane živce u svim fazama čovjekova razvoja – od fetusa do odrasle osobe. Istraživanja koju su uspoređivala glazbenike i „neglazbenike“ te učenike glazbe i „neučenike“ glazbe pokazala su kako glazba utječe na neuralno učenje i podešavanje, a taj pozitivan utjecaj glazbe traje kroz dugo razdoblje kod osoba koje su aktivno uključene u procese izvođenja i učenja glazbe (Abbott, 2002). Nadalje, Lappe i sur. (2008) zabilježili su promjene kod mjerenja ERP-a putem EEG-a kod mladih odraslih osoba nakon dva tjedna intenzivnog učenja glazbe. Istraživan je utjecaj kratkotrajnog unimodalnog i multimodalnog glazbenog treninga na plastičnost mozga. Jedna skupina (senzomotorna auditivna) naučila je svirati klavir, dok je druga skupina (auditorna) slušala i donosila prosudbe o glazbi koji su svirali sudionici prve skupine. Pokazalo se kako su povezani senzomotorni i slušni sustavi te kako senzomotorni-auditivni trening uzrokuje plastičnu reorganizaciju u korteksu mozga.

Osim toga, slušanje glazbe potiče fiziološke reakcije čovjeka uključujući promjene u otkucajima srca, disanju, tlaku, temperaturi kože, tonusu mišića te provodljivosti kože (Hallam, 2010). Pelletier je svojom meta analizom 22 eksperimenata zaključio kako opuštajuća glazba ima značajan učinak na smanjenje pobuđenosti i hiperaktivnosti, ali način na koji

glazba djeluje ovisi o dobi, glazbenim preferencijama, stresorima i ranijim glazbenim iskustvima.

Nadalje, glazba utječe i na emocionalno stanje, odnosno izaziva promjene u emocionalnom izražavanju stimulacijom autonomnog živčanog sustava (Hallam, 2010). Utjecaj glazbe na stres istraživali su Labbea i sur. (2007) i potvrdili su kako klasična glazba i relaksirajuća glazba koju je izabrao pojedinac nakon izloženosti stresnom događaju, značajno smanjuje anksioznost i povećava osjećaj relaksacije. Sljedeće istraživanje pokazuje kako muzikoterapija potiče socijalnu interakciju, verbalnu komunikaciju te predstavlja ugodno, sigurno i motivirajuće okruženje za osobe s poremećajem iz spektra autizma (Geretseggeri i sur., 2014).

Kognitivni ili misaoni učinak povezan je s različitim moždanim funkcijama i kompetencijama, a razvija se dugotrajnim i aktivnim bavljenjem glazbom. Rezultat je razvoj pamćenja, vremensko-prostornih kompetencija, opće inteligencije te kompetencija vezanih uz čitanje. Postoji i nekognitivan učinak glazbe, a povezan je s motivacijom, samodisciplinom, socijalnim vještinama i osobnosti (Gazibara i Živković, 2009).

Pomoću glazbe osobe s progresivnom mišićnom distrofijom mogu razvijati svoje latentne sposobnosti, manifestirati svoju kreativnost te ponovno osjetiti snagu u svojim oslabljenim mišićima. Oboljela osoba na taj način proširuje svoju interesnu sferu te je manje zaokupljena osobnim problemima. Također, sviranjem glazbenih instrumenata održava se funkcija respiratornih mišića, u svrhu preveniranja respiratornih infekcija kojima su podložne osobe oboljele od mišićne distrofije. Sviranje melodike posebno je pogodno jer su relativno velike tipke i već na mali pritisak uz lagano puhanje proizvodi se ton. To je velika prednost jer osobe s mišićnom distrofijom nemaju dovoljno snage da dosegnu velike otvore na fruli zbog slabih mišića prstiju, dok tipkama melodike s lakoćom rukuju (Breitenfeld i Videc, 1973).

Nadalje, zahvaljujući glazbi, kod žena podvrgnutih mastektomiji dolazi do smanjenja anksioznosti. U istraživanju je sudjelovalo 120 žena koje su metodom slučaja raspoređene u eksperimentalnu i kontrolnu skupinu. Glazba se slušala pomoću uređaja za reproduciranje glazbe i slušalica od prvog dana nakon kirurškog zahvata sve do treće prijave u bolnicu na kemoterapije. Testom State Anxiety Scale mjerila se anksioznost, a rezultati ukazuju na statistički značajno smanjenu anksioznost u eksperimentalnoj skupini u odnosu na kontrolnu

skupinu. Prema rezultatima istraživanja, Li i sur (2011) zaključuju kako muzikoterapija utječe na smanjenje anksioznosti kod žena podvrgnutih mastektomiji.

Glazba, odnosno muzikoterapija, primjenjiva je u dijagnostici, terapiji i prevenciji i kod drugih poremećaja kao što su psihoza, neuroza, shizofrenija, intelektualne teškoće, cerebralna paraliza, oštećenje sluha i govora te poremećaj iz spektra autizma (Gazibara i Živković, 2010).

### **3.4. Muzikoterapija u starijoj životnoj dobi**

Starijim osobama posebno se lako može obratiti glazbom, jer osim što poboljšava opće stanje, smanjuje bol i povećava opuštanje, glazba značajno utječe i na raspoloženje i ponašanje te pruža mogućnost za novo učenje. Nadalje, glazba djeluje i na povećanje samopouzdanja te stvara osjećaj vrijednosti kod osoba starije životne dobi, koje inače doživljavaju gubitak neovisnosti i samopoštovanja zbog tjelesnih i kognitivnih promjena (Breitenfeld i sur, 2011).

Prinsley navodi kako se primjenom muzikoterapije u starijoj životnoj dobi smanjuje potreba za propisivanjem lijekova i hipnotika u bolnicama. Ističe psihološke ciljeve liječenja muzikoterapijom vezane uz podizanje raspoloženja i samoizražavanje, intelektualne ciljeve vezane uz poticanje govora i mentalnih procesa, socijalne ciljeve vezane uz interakciju i suradnju te fizičke ciljeve poticanja senzorne stimulacije i motoričke integracije (Aldridge, 1994).

U istraživanju utjecaja slušanja glazbe na osobe starije životne dobi koje boluju od depresije provedenom u Singapuru, sudjelovalo je pedeset ispitanika od kojih je dvadeset i četiri bilo u eksperimentalnoj skupini, a dvadeset i šest u kontrolnoj skupini (Chan i sur., 2012). Ispitanici su slušali glazbu trideset minuta tjedno u razdoblju tijekom osam tjedana. Ponuđena su četiri glazbena žanra koja su imala slične karakteristike: kineska, malezijska, indijska i zapadnjačka glazba. Vlastiti odabir glazbe bio je od velikog značenja za efektivan učinak terapije. Svaki tjedan tijekom trajanja terapije mjerila se razina depresije Gerijatrijskom skalom depresije, GDS-15, koja se sastoji od petnaest pitanja i pomaže u procjeni razine depresije kod osoba starije životne dobi. Značajne razlike između eksperimentalne i kontrolne skupine pokazale su se već nakon četvrtoga tjedna. Naime, kod skupine koja je sudjelovala u muzikoterapiji

postepeno se smanjivala razina depresije u usporedbi s početnim mjerenjem (Chan i sur., 2012).

Od svih kreativnih terapija, likovne terapije, biblioterapije, terapije plesom i pokretom, glazba ipak privlači najveći broj osoba starije životne dobi. Ciljano odabrana omiljena glazba potiče pozitivne emocije poput radosti, užitka i optimizma što je jako važno za osobe starije životne dobi koje su inače često melankolične, emocionalno introvertirane ili depresivne. Ritmom se može potaknuti osjećaj za vrijeme i prostorne odnose, a pjevanjem vježbati pamćenje (Breitenfeld i Majsec-Vrbanić, 2011). Starije osobe često imaju oslabljeno pamćenje, oslabljeni sluh i slabu vremensku i prostornu orijentaciju pa im glazbeni elementi, ritam i melodija, izuzetno pomažu. Ritam ima vrlo značajnu koordinirajuću ulogu u području ljudske svjesnosti i spoznaje, dok melodija ima određenu vremensku strukturu tako da ritam olakšava prepoznavanje glazbenog intervala i njegovu integraciju u kognitivnom smislu (Aldridge, 1994). Upravo zato glazba može imati funkciju katalizatora u smislu vježbanja i poticanja drugih ne-glazbenih kognitivnih procesa (Brotons, 2000).

Grieder (2001) navodi kako se misli, osjećaji i volja kod čovjeka te melodija, harmonija i ritam kod glazbe međusobno podudaraju te se na temelju tog međuodnosa razvijaju programi intervencije za grupe ili pojedince. U nastavku svog rada, opisuje kako kod starijih osoba dolazi do teškoća unutar ljudskih elemenata (volja, misli, osjećaji) i do teškoća u glazbenim elementima. Nadalje, Grieder (2001) ističe kako je upravo uloga muzikoterapeuta pružiti korisniku priliku da nadomjesti nedostajuće elemente, bilo da se radi o ritmu, melodiji ili harmoniji. Prvi i najčešće naglašavan glazbeni element je ritam. Jednom kad je ritam uspostavljen, uvodi se element melodije koja najčešće ne dolazi sama od sebe, već zahtijeva snagu mašte. Harmonija je glazbeni element koji se javlja kada nekoliko osoba zajedno svira. U harmoniji s nekim potiče se razvijanje osjećaja. Glazba se pokazala kao holistički fenomen i pomoću glazbe osoba može doživjeti sebe na jači i potpuniji način.

Sljedeće istraživanje ispitivalo je percepciju grupne muzikoterapije kod osoba starije životne dobi u staračkim domovima na Tajvanu. Za ispitivanje iskustva grupne muzikoterapije koristila se metoda fokus grupe. Analizirali su se transkripti audiozapisanih intervjua. Održale su se tri fokus grupe sa sedamnaest osoba starije populacije. Analiza mišljenja sudionika o grupnoj muzikoterapiji otkrila je dvije glavne teme: snaga dobivena iz grupne dinamike i poboljšana kvaliteta života. Prva tema uključuje osjećaj energije, smanjivanje patnje i potvrda

osobnosti, a drugu temu čini motivacija za vježbanje, učenje pozitivnog oblika ponašanja te zadovoljstvo životom. Rezultati ukazuju da starije osobe staračkog doma u Tajvanu pozitivno gledaju na iskustva s provedbom grupne muzikoterapije, a to bi trebalo potaknuti zdravstvene djelatnike da uključe program muzikoterapije za osobe u staračkim domovima kako bi im pružili novo iskustvo, osigurali osjećaj autonomije te poboljšali kognitivne funkcije (Chen i sur., 2009).

Slušanje glazbe, kao i njezino izvođenje pomaže u regulaciji razine serotonina, epinefrina, dopamina i oksitocina. Stoga, nije ni čudo da glazba utječe na smanjivanje simptoma depresije jer navedeni neurotransmiteri imaju značajnu ulogu u patofiziologiji depresije (Mallik i Levitin, 2017).

Trappe i Voit (2016) mjerili su utjecaj različitih glazbenih stilova na razinu kortizola, krvnog tlaka i frekvencije srca. Šezdeset ispitanika raspoređeno je u tri grupe i svaka grupa je slušala drugu skladbu: Mozartovu Simfoniju br. u g-molu KV550, plesove Johanna Straussa Mlađeg i pjesme grupe ABBA, a kontrolna skupina nije slušala nijednu izvedbu. Najznačajniji rezultati zabilježeni su nakon slušanja Mozartove i Straussove glazbe, došlo je do smanjivanja krvnog tlaka kod ispitanika te grupe. Primijećen je slabiji učinak popularne glazbe, u ovom slučaju pjesme grupe ABBA, što istraživači pripisuju tekstu koji može rezultirati negativnim utjecajem zbog pojačavanja tužnih emocija. Kod svih triju skupina uočene su smanjene koncentracije hormona kortizola nakon slušanja izvedbi. Ovim istraživanjem pokazan je utjecaj muzikoterapije na smanjenje hormona kortizola i krvnog tlaka te se može zaključiti kako je važna primjena glazbe u radu s osobama starije životne dobi jer one imaju velike probleme s kardiovaskularnim i metaboličkim sustavom.

Slušanje klasične glazbe ima opuštajući i blagotvoran učinak na fiziološke funkcije organizma, snižavanje krvnog tlaka i smanjenje hormona stresa što može biti od velikog značenja za osobe starije životne dobi koje često imaju problema s povišenim krvnim tlakom i povećanom razinom kortizola. Nadalje, glazba može poslužiti kao sredstvo reguliranja stresa i utjecati na smanjivanje razine depresije koja se često javlja u sklopu nekih poremećaja kod starije populacije (Novotney, 2013).

## 4. Likovna terapija

Likovna terapija je oblik psihoterapije koji koristi stvaralački likovni proces, tj. slikanje, crtanje i modeliranje kao sredstvo komunikacije i izražavanja (Ivanović i sur., 2014). Likovni izraz je psihobiološka konstanta koja opisuje pojedinca i pomoću koje osoba komunicira s okolinom. Naime, likovnim procesom se izražavaju svjesni i nesvjesni motivi, misli, afektivni otpori, konflikti te motivacija da se prikažemo kako mi uistinu želimo da nas okolina vidi (Pražić, 1987). Upravo, jedna od začetnica likovne terapije, Margaret Naumburg (1958) prepoznala je kako čovjekove osnovne misli i osjećaji koji dolaze iz predsvjesnog i nesvjesnog puno prije nalaze svoj izraz u slikama nego u riječima. Terapijski potencijal likovnog izražavanja ističe se kroz likovni proces i produkt koji pružaju mogućnost izražavanja emocija, strukturiranje misli, izražavanje samostalnosti i individualnosti, oslobađanje od stresa kontaktom s materijalima, ponovno proživljavanje procesa fuzije i separacije, razvoj imaginacije te uspostavljanje kontakta s nesvjesnim (Ivanović i sur., 2014).

Verbalna poruka koja se iznosi likovnim izrazom je velika i svaki pojedinac može birati na koji će se način izraziti i koliko će sudjelovati što ovisi o stupnju motivacije te osobnim sposobnostima i interesima. Za vrijeme likovnog izražavanja između oboljele osobe i crteža postoji direktna i duboka komunikacija, a preko crteža se može ostvariti i komunikacija između oboljele osobe i terapeuta (Škrbina, 2010). Za razliku od verbalne psihoterapije, gdje postoji odnos između klijenta i terapeuta, u likovnoj terapiji odnos je trosmjieran, odnosno odvija se između klijenta, slike i terapeuta u svim smjerovima. Slika daje mogućnost za dodatne spoznaje, ali čini procese transfera i kontratransfera još složenijima. Naime, klijent može dio transfera prikazati pomoću slike umjesto direktne komunikacije s terapeutom. Primjerice, prosipanjem boja po papiru može izraziti ljutnju, a poklanjanjem slike terapeutu može izraziti zahvalnost (Ivanović i sur., 2014).

U osoba oboljelih od demencije, posebno kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti kreativnost i sposobnost zamišljanja ne nestaje u potpunosti pa tako slika može biti neverbalni most preko kojeg oboljela osoba izražava svoje osjećaje i iskustva.



## **4.1. Povijest likovne terapije**

U Velikoj Britaniji, umjetnik Adrian Hill prvi je 1942. godine koristio izraz „art terapija“ za likovno stvaralaštvo s terapijskim ciljem. Do spoznaje o terapijskim svojstvima došao je tijekom liječenja tuberkuloze u jednom od lječilišta u kojem je poticao i ostale osobe na crtanje i slikanje. Hill je vidio vrijednost likovne terapije u oslobođenju kreativne energije što je pomagalo osobama s različitim bolestima da se „zaštite“ od negativnih emocija. Ipak, Edward Adams se smatra ocem likovne terapije u Velikoj Britaniji jer je proširio Hillov rad i osnovao otvoreni studio unutar psihijatrijske bolnice Netherne kraj Londona gdje su oboljele osobe mogle doći slikati (Hill, 1948).

Kasnih 1940-ih, psihologinja Margaret Naumburg razvila je „psihodinamsku art terapiju“. Naime, navedeni pristup karakterizira ne samo pacijentova ekspresija kroz spontano stvaranje slika, već i značajna verbalna komunikacija s art terapeutom u čijem su središtu pacijentovi sukobi i problemi (Naumburg, 1996).

Druga pionirka likovne terapije u Sjedinjenim Američkim Državama bila je Edith Kamer koja je rođena u Beču gdje je studirala umjetnost, slikarstvo i kiparstvo. Najveći dio svog djelovanja posvetila je djeci koja nisu u stanju uspješno objasniti vlastite osjećaje i misli riječima (Ivanović i sur., 2014).

Različite škole psihoanalize koje su se razvile u drugoj polovici dvadesetog stoljeća, ne samo klasične psihoanalize, nego i teorije objektnih odnosa, Jungove analize, post-Junijskog pristupa i drugih, daju značajan doprinos poboljšanju teorije i tehnika likovne terapije. Razvoj drugih područja psihoterapije u ovom razdoblju, kao što su humanistički usmjereni klijenti, fenomenološki, Gestalt-terapijski i drugi pristupi doveli su do značajnog jačanja pozicije umjetničke psihoterapije kao jednog od oblika ostvarivanja potencijala za očuvanje zdravlja vizualne umjetnosti (Ivanović i sur., 2014).

## **4.2. Načini rada u likovnoj terapiji**

Slike nastale u likovnoj terapiji, isto kao i cijeli likovni proces, su povjerljive te se ne mogu izlagati, objavljivati niti pokazivati bez dopuštenja klijenta. Naime, slike su pokazatelj klijentovih misli, osjećaja, unutarnjeg svijeta i pristupa im se bez prosuđivanja s poštovanjem i razumijevanjem (Ivanović i sur., 2014). Slika se može sagledati s više razina, a to su deskriptivna, elaboracijska i interpretacijska razina. Na deskriptivnoj razini navode se obilježja slike, na elaboracijskoj se oživljava unutrašnjost slike odnosno stvaranjem asocijacija proširujemo ono što „vidimo“. Nadalje, na interpretacijskoj razini uspostavlja se odnos između slike i individualnog i kolektivnog simbolizma (Maclagan, 2015). Slike se u likovnoj terapiji ne promatraju kao gotov produkt, već kao dio terapijskog procesa. Osoba koja promatra sliku, pa tako i sam terapeut, ima subjektivan doživljaj, ali terapeutaova svrha je pomoći klijentu da on dođe do svojih značenja (Ivanović i sur., 2014).

U likovnoj terapiji važno je strpljenje i ostajanje na razini vizualnog istraživanja jer samo verbaliziranje može suziti iskustvo. Likovna terapija se može provoditi u obliku individualnog ili grupnog rada, a za pohađanje terapijskih seansi nije potrebna stručnost u likovnoj umjetnosti ili prethodno iskustvo u likovnom izražavanju. Terapijske grupe mogu biti otvorene, zatvorene ili poluotvorene, a stupanj otvorenosti ovisi o populaciji klijenata, njihovim potrebama i ciljevima te fazi terapije (Liebmann, 2005). Rad na zadanu temu je koristan kod populacije od koje se traži struktura i sadržavanje, primjerice kod djece s ADHD-om, osoba s problemima u ponašanju te osoba s težim psihijatrijskim poremećajima jer neusmjerenost može utjecati na iskazivanje nesigurnosti osobe. S druge strane, zadavanje teme može biti ograničenje osobe, jer terapeut kontrolira dubinu likovnog procesa i nema istraživanja međusobnih odnosa članova (Mc Neilly, 1983). Kod nedirektivnog pristupa teme se javljaju spontano, suptilnije su i takvim načinom rada prati se individualni proces i ritam koji zahtijeva više vremena za istraživanje i otkrivanje osobnih tema i značenja. Naime, takav način rada otvara prostor nesvjesnim temama i motivima, omogućava razvoj kreativnosti, mašte i igre.

Osim individualnog pristupa unutar grupe u kojem je prisutan rad s refleksijom na slike i osobne procese bez uključivanja grupe, postoje još i grupno-interaktivni pristup te analitička likovna terapija. Grupno-interaktivni pristup usmjeren je na individualne procese, ali i grupnu dinamiku te može uključivati analizu transfera, dok je kod analitičke likovne terapije fokus stavljen na analizu transfera i kontratransfera između klijenta i terapeuta, te prema slici (Hogan, 2009). Naime, u takvoj grupi nema određene teme za rad, slike i likovni proces

pružaju dodatnu dimenziju, a slika se promatra kao izraz osobnih procesa i kao izraz grupnih procesa (McNeilly, 1983).

### **4.3. Učinkovitost likovne terapije kod pojedinih populacija**

Važnost likovne terapije leži u tome da se komunikacija na svjesnoj ili pre-svjesnoj razini može ostvariti bez verbalizacije. Naime, osobama sa shizofrenijom likovna terapija omogućuje uključivanje u odnos s drugom osobom i terapeutom na način na koji to verbalni terapijski modaliteti ne uspijevaju. U terapijskom procesu, osoba razvija svjesnost sebe u prostoru i razvija vlastiti identitet izvan identiteta osobe sa psihičkim poremećajem te osjećaj prihvaćenosti i pripadanja jer terapeut prihvaća sve što je izraženo na papiru. Nadalje, razvija se i osjećaj autonomije biranjem umjetničkog pribora i materijala te mogućnošću odabira uključivanja ili neuključivanja drugih u stvaralački proces (Patterson, 2011).

Likovna terapija pokazala se učinkovitom i u radu s djecom i adolescentima s problemima u ponašanju te emocionalnim i razvojnim problemima jer potiče pozitivnu promjenu kontaktom s terapeutom i materijalima u sigurnom okruženju (Škrbina, 2013). Kovačević (2006) ističe kako se crtež djece koristi u dijagnostičke i terapijske svrhe jer je moćno sredstvo za izražavanje dječjih potreba i oslobađanja od raznih psihičkih napetosti. Isto tako, De Zan (2013) navodi kako je najbolje moguće rješenje u komunikaciji s neverbalnim djetetom korištenje spontanosti, igre, ali posebno korištenje likovnog izraza. Prema De Zenu (2013) slikanje i crtanje bliži su nesvjesnom nego neverbalna komunikacija te je zato crtežom lakše izraziti nesvjesne sadržaje.

Nadalje, u terapijske svrhe crtež se koristi i kod djece koja su proživjela traumatsko iskustvo poput rata te kod zlostavljane i zanemarene djece. Naime, crtež zlostavljanoj djeci omogućuje prenošenje traumatičnog iskustva na papir i dijete napušta pasivnu ulogu te aktivno eksternalizira traumatska iskustva (Bilić, 2011). Likovna terapija može se koristiti i kod različitih medicinskih stanja, kod karcinoma, bolesti bubrega, kroničnih bolesti, teških opekline (Škrbina, 2013). Kod djece s poremećajem iz spektra autizma, potrebno je planirati visoko strukturiranu fizičku okolinu te prilagodbu aktivnosti, a upravo, kreativnim

radionicama moguće je preusmjeriti nepoželjna samostimulirajuća i destruktivna ponašanja u svrhovito ponašanje (Škrbina, 2013).

Nekoliko istraživanja potvrdilo je učinak likovne terapije i u psihosocijalnoj onkologiji na povećanje osjećaja kontrole. Naime, Nainis i sur. (2006) navode značajno smanjenje simptoma raka s nižim rezultatima na subskali depresija, anksioznosti, somatskim i generaliziranim simptomima. Istraživanja su, također, pokazala da likovna terapija u psihosocijalnoj onkologiji ima pozitivan učinak na ishod liječenja jer povećava samopouzdanje, jača vlastiti identitet i poboljšava sveukupno zdravlje (Reynolds i sur., 2000 prema Milutinović i sur., 2017).

Likovna terapija koristi se i u radu s osobama s graničnim (borderline) poremećajem osobnosti koje imaju intenzivne i polarizirane emocije, te tenzije koje se javljaju između želje za socijalnim kontaktom i strahom od povezivanja s drugima, koji se očituje i u odnosu s terapeutom. Naime, Morgan i sur. (2012) naglašavaju transcendirajuće mogućnosti likovne terapije u propitivanju tih „suprotnih“ osjećaja terapijskog odnosa koji neizbježno utječu na proces terapije. Također, Springham i sur. (2012) pokazali su kako likovna terapija može doprinijeti mentalizaciji u osoba s graničnim poremećajem osobnosti.

#### **4.4. Likovno izražavanje u starijoj životnoj dobi**

Likovne aktivnosti pozitivno utječu na psihičko i fizičko zdravlje osoba treće životne dobi. Istraživanja ukazuju na činjenicu kako je kreativno razmišljanje i izražavanje sposobnost pojedinca koja ne nestaje s porastom kronološke dobi te kako likovno izražavanje u starijoj dobi obilježava cjeloživotno opažanje, osobna sjećanja, sintezu i mudrost (Adams-Price, 1998). Isto tako, Bickerstaff i sur. (2003) ističu kako osobe starije životne dobi kroz likovno izražavanje mogu prepoznati osobni rast te prihvatiti gubitke.

Cohen i sur. (2006) provode istraživanje u kojem sudjeluju osobe kronološke dobi od 65 do 100 godina uključene u raznovrsne likovne programe. Nakon godinu dana provođenja programa skupina je pokazala bolje zdravlje, manje je posjećivala liječnike i uzimala je manje

lijekova od osoba iste dobi koji nisu bili uključeni u program. Također, pokazalo se smanjenje depresije, usamljenosti i pada morala.

Na temelju kvalitativne analize odgovora koji se odnose na psihološku ulogu i značaj kreativnog likovnog izražavanja u starijoj dobi izdvojeno je šest potkategorija (likovni izraz kao način suočavanja sa stresom i stresnim situacijama, razvoj kreativnog potencijala, motivacija za učenje i napredovanje, poboljšanje kvalitete života, povećanje samopouzdanja te učenje drugih likovnih tehnika) koje ukazuju da likovni izraz u starijoj dobi doprinosi razvoju emocionalne stabilnosti, kreativnog potencijala, održavanju kvalitete života i povećavanju samopouzdanja osoba starije dobi (Isić i Fejzić, 2018).

Nadalje, Mc Garry i Prince (1998) ističu kako kreativne aktivnosti pozitivno utječu na stariju populaciju koja je smještena u instituciji. Ispitanici koriste različite kreativne medije poput crteža, slikarstva i glazbe s ciljem poticanja pojedinaca na izražavanje emocija, verbalizaciju osobnog iskustva te interakciju s ostalim članovima unutar grupe. Nakon više terapijskih seansi, prednost kreativnosti i likovnog izražavanja kod starijih osoba pokazala se kroz veće samopouzdanje, osobno zadovoljstvo, poboljšanu sposobnost rješavanja problema, osjećaj pripadnosti i samostalnosti.

Buchalter (2011) navodi i dodatne dobrobiti kreativnosti u starijoj životnoj dobi kao što su pomoć u rješavanju problema i usmjeravanju pažnje, mogućnost suočavanja, izražavanje tjeskoba i strahova, mogućnost praćenja napretka pojedinca, učenje novih vještina, što podiže samopouzdanje, pomoć pri nošenju s bolešću i želju za dodatnim učenjem i razvijanjem.

Sljedeće istraživanje pokazuje kako se kroz umjetnost, igru ili maštu može djelovati na neke funkcije organizma kao što su krvni tlak, brzina disanja, otkucaji srca te tjelesna temperatura (Chilton i Wilkinskon, 2010). Nadalje, Kliček (2001) navodi kako se crtanjem, slikanjem ili modeliranjem može utjecati na koncentraciju, napetost, vrtoglavicu, nervozu, psihozu, cirkulaciju, disanje i depresiju.

Lindauer (2003) smatra kako se kreativnost pojedinca ne smanjuje značajno u starosti, već kako se nastavlja razvijati, a sudjelovanje u različitim kreativnim aktivnostima osoba treće životne dobi može se povećati. Mnogi istraživači proučavaju utjecaj kreativnosti, pa tako i utjecaj likovnog izražavanja kao kompenzaciju za neke izgubljene sposobnosti i funkcije.

Primjerice, Rosenblatt (2005), Fornazzi (2005), Hannemann (2006), Espinel (2007) jedni su od istraživača koji se bave implementacijom kreativnih aktivnosti kao terapijskog sredstva u starijoj životnoj dobi kod osoba s različitim oblicima demencije. Nalazi navedenih istraživanja pokazuju kako kreativne aktivnosti potiču aktivno sudjelovanje pojedinaca u aktivnostima, povećavaju samopoštovanje, olakšavaju komunikaciju, poboljšavaju sposobnost rješavanja problema, smanjuju depresivne simptome te osiguravaju osjećaj osobnog zadovoljstva. Stoga, postoji pozitivna korelacija između kreativnosti te psihičkog i fizičkog blagostanja u starijoj životnoj dobi (Škrbina, 2010).

## **5. Pregled dosadašnjih spoznaja**

### **5.1. Utjecaj muzikoterapije na kognitivno funkcioniranje osoba s demencijom**

Iako su demencije trenutno neizlječive, razna neurološka istraživanja potvrdila su očuvanost kognitivnih funkcija povezanih s procesuiranjem glazbe, čak i u kasnijim fazama bolesti. Naime, moždana područja, koja su zadužena za obradu glazbenog materijala među posljednjima propadaju. (Brotons, 2000).

Aldridge (2000) navodi kako je za jezičnu obradu zadužena jedna moždana hemisfera, dok procesuiranje glazbe podrazumijeva razumijevanje interakcije obje moždanih hemisfera. Nadalje, niz istraživanja potvrdilo je utjecaj glazbe na poboljšanje kratkotrajnog pamćenja te komunikacijskih vještina osoba s demencijom.

U istraživanju koje su proveli Simmons-Stern i sur. (2010) sudjelovalo je 13 osoba s kliničkom dijagnozom Alzheimerove bolesti i 14 zdravih odraslih osoba. Sudionici su pojedinačno ispitani u jednoj seansi koja je trajala otprilike 30 minuta, a tijekom faze proučavanja sudionicima su vizualno prezentirani stihovi od 40 pjesama. Dvadeset tekstova pjesama bilo je praćeno odgovarajućim otpjevanim snimkama, a dvadeset bez popratne glazbe. Sudionici su obaviješteni kako će biti provjereno njihovo pamćenje teksta, a nakon svake prezentacije moraju odgovoriti jesu li prethodno poznavali pjesmu koju su upravo čuli.

Rezultati istraživanja bili su procjena razlike u pamćenju tekstova uz glazbu i pamćenju bez glazbe. Pokazalo se kako se osobe s Alzheimerovom bolešću mogu točno prisjetiti riječi uz pomoć poznate melodije za razliku od kontrolne skupine (zdravih osoba) kod kojih nije bilo razlike u pamćenju neovisno radilo se o pamćenju riječi uz glazbu ili bez glazbe. Naime, moždana područja koja služe za obradu glazbe relativno su sačuvana kod Alzheimerovih bolesnika pa im je tako olakšano prepoznavanje, a i sama glazba povećava uzbuđenost i potiče veću pažnju i bolje pamćenje (Simmons-Stern i sur., 2010).

Prickett i Moore (1991) uvidjeli su da osobe oboljele od demencije imaju veću sposobnost pamćenja riječi pjesama prilikom pjevanja, nego u slučaju govora, a postotak sjećanja bio je veći kad se radilo o starim, a ne novim pjesmama. Navedeno istraživanje utvrdilo je i veću mogućnost učenja novog materijala u slučaju da je taj materijal prezentiran u kontekstu pjesme.

Sljedeće istraživanje ispituje utjecaj muzikoterapije na komunikacijske vještine i verbalnu fluentnost osoba s demencijom. U istraživanju je sudjelovalo 26 osoba (18 žena i 8 muškaraca). Kognitivno funkcioniranje sudionika procijenjeno je testom „Mini-Mental State Exam“ (MMSE), a komunikacijske vještine testom „Western Aphasia Battery“ koji je sastavljen od četiri skale: spontani govor, usmeno-slušno razumijevanje, ponavljanje i imenovanje. Evaluacija se provodila tjedan dana prije i jednom tijekom svake intervencijske faze. Sudionici su bili uključeni u muzikoterapiju dva puta tjedno u trajanju od 30 minuta (ukupno 60 minuta tjedno) te u terapiju razgovorom dva puta tjedno. Na svakoj seansi muzikoterapije pjevale su se pjesme, uz pratnju na gitari, vezanu uz različite teme (životinje, cvijeće, proljeće) kako bi se stvorila struktura za naknadnu raspravu i razgovor. Seanse muzikoterapije započinjale su pozdravnom pjesmom prilikom koje su se svi mogli predstaviti, potom bi uslijedila prva aktualna pjesma, a zatim su postavljana pitanja za razgovor i raspravu. Za svaku je pjesmu slijedio isti postupak, a sve su pjesme otpjevane dva puta. Svaka pjesma je popraćena slikama predmeta, događaja ili pojavama imenovanim u pjesmama. Terapija koja je uključivala razgovor s osobama s demencijom odvijala se na sličan način, samo bez prisutnosti glazbe. Rezultati su pokazali kako je muzikoterapija više utjecala na sadržaj govora i verbalnu fluentnost u usporedbi s terapijom koja je uključivala razgovor. Zaključno, pokazao se pozitivan utjecaj muzikoterapije na sadržaj govora i verbalnu fluentnost kod osoba s demencijom (Brotons, 2000).

Nadalje, Brotons (2000) ispituje kognitivne sposobnosti u području povezivanja imena i lica osoba kod oboljelih od demencije. U istraživanju je sudjelovalo sedam sudionika, a njih četvero je ispravno povezal ime s licem osobe neposredno nakon pjevanja, za razliku od sudionika koji nisu prethodno bili izloženi glazbi. Brotons (2000) zaključuje kako kod osoba s demencijom dolazi do poboljšanja imenovanja i prepoznavanja osoba nakon individualnih satova pjevanja i razgovora.

Istraživanje Palisson i sur. (2015) podržava upotrebu glazbe kao mnemotehničku tehniku kako bi se poboljšalo verbalno epizodičko pamćenje kod oboljelih. U istraživanju su sudjelovale dvije skupine, jednu skupinu čini 12 osoba s Alzheimerovom bolesti, a drugu skupinu čini 15 zdravih osoba. Navedene dvije skupine učile su tekstove predstavljene s glazbom (otpjevani tekstovi) i bez glazbe (izgovoreni tekstovi). Koristila su se tri teksta, a svaki tekst je sadržavao osam redaka i jednak broj riječi. Svaki tekst imao je drugačiju temu vezano uz svakodnevni život (npr. praznici, popis za kupovinu, rođendan). Tijekom početne faze kodiranja, sudionici su upućeni da pažljivo slušaju i zapamte svaki tekst kako bi se ih kasnije prisjetili. Glavni rezultati pokazuju da su pjevani tekstovi bolje zapamćeni od izgovorenih tekstova, odmah i nakon odgode u obje skupine.

Irish i sur. (2006) otkrili su kako slušanje pozadinske glazbe (Vivaldijeva opera Četiri godišnja doba, proljeće) poboljšava pamćenje tj. „autobiografski intervjuu ispitivanja pamćenja“ kod deset osoba s blagim do umjerenim simptomima Alzheimerove bolesti u usporedbi s tišinom. Wallace (1994) ističe kako se osobe s demencijom lakše prisjećaju verbalnih informacija kada se pjevaju, a ne izgovaraju.

Nadalje, Foster i Valentine (2001) proučavali su sposobnost prisjećanja činjenica iz osobnog života kod osoba s demencijom kroz tri životna razdoblja (daleka prošlost, srednje daleka i nedavna prošlost). Sudionici su bili izloženi različitim okolinskim, zvučnim čimbenicima: tišina, buka u kafiću, poznata glazba i nova glazba. Okolinski čimbenici mijenjani su svaki tjedan pa se tako svaki sudionik prisjećao svoje prošlosti, jedan tjedan u tišini, jedan tjedan prilikom slušanja poznate glazbe, a jedan prilikom slušanja nove glazbe. Statistički značajna razlika pokazala se samo u izvedbi (prisjećanju) uz prisutnost zvučne okoline u odnosu na tišinu. To znači da su se osobe s demencijom lakše i bolje prisjećale događaja iz daleke i srednje daleke prošlosti uz buku, slušajući staru ili novu glazbu u usporedbi s prisjećanjem prošlosti u tišini.



Istraživanje Chu i sur. (2014) ispituje učinkovitost muzikoterapije na smanjenje simptoma depresije, ali i učinkovitost muzikoterapije na odgađanje pogoršanja kognitivnih funkcija kod osoba s demencijom. Eksperimentalna skupina sudjelovala je u 12 seansi muzikoterapije u trajanju od 30 minuta (1 seansa), a kontrolna skupina je dobivala uobičajenu njegu. Podaci su prikupljeni četiri puta: jedan tjedan prije uključenja u muzikoterapiju, nakon sudjelovanja u šestoj seansi, nakon svih 12 seansi te mjesec dana nakon zadnje seanse muzikoterapije. Zabilježeno je kako su se kognitivne funkcije osoba s demencijom značajno poboljšale na šestoj seansi, nakon svih 12 seansi te nakon mjesec dana, a posebno se poboljšalo kratkotrajno pamćenje.

Lyu i sur. (2018) ispituju učinak muzikoterapije na kognitivne funkcije i mentalno blagostanje osoba s Alzheimerovom bolesti. U istraživanju je sudjelovalo 298 osoba s blagom, umjerenom i težom demencijom koje su podijeljene u tri skupine, a to su bile: skupina koja je sudjelovala u muzikoterapiji, skupina koja je sudjelovala u biblioterapiji i kontrolna skupina. Navedene tri skupine uključene su u različite intervencije tijekom tri mjeseca, a svaki sudionik je prošao niz testova kojim su se provjeravale kognitivne funkcije, psihološko stanje te aktivnosti svakodnevnog života na početku, nakon tri mjeseca te nakon šest mjeseci. Rezultati istraživanja pokazuju kako osobe s demencijom koje su sudjelovale u muzikoterapiji imaju veću verbalnu fluentnost od skupine koja je bila uključena u biblioterapiju. Nadalje, pokazalo se kako su i kratke slušne stimulacije (glazba koja svira u pozadini dok osobe rješavaju zadatke pamćenja) i dugotrajne slušne stimulacije (muzikoterapija) poboljšale verbalnu fluentnost kod osoba s demencijom. Verbalna fluentnost nakon muzikoterapije bila je bolja kod osoba s demencijom u odnosu na dvije ostale skupine nakon tri mjeseca intervencije, a učinak je trajao i 3 mjeseca nakon završetka muzikoterapije. Zato, Lyu i sur. (2008) zaključuju kako je muzikoterapija učinkovita za poboljšanje pamćenja i jezičnih sposobnosti u osoba s blagom demencijom.

## **5.2. Utjecaj muzikoterapije na bihevioralno stanje osoba s demencijom**

Osobe s demencijom imaju probleme u ponašanju poput razdražljivosti, agresije, obmane, halucinacija, lutanja, besciljnog hodanja, uzrujanosti te problema sa spavanjem (Brotons,

2000). Cohen-Mansfield i Martin (1999) navode kako osobe s demencijom pokazuju neprihvatljivo ponašanje koje nije u skladu s društvenim normama, ponavljajuće radnje te agresivno i autoagresivno ponašanje. Kada se razmišlja o samom uzroku poteškoća u ponašanju, ističu smanjenu mogućnost izražavanja oboljele osobe, smanjeno zadovoljavanje potreba te mogućnost postojanja destimulirajućeg okruženja ili pretjeranih zahtjeva s kojima se oboljela osoba mora nositi (Cohen i Martin, 1999). Zbog bihevioralnih poteškoća u rehabilitaciji osoba s demencijom često se koristi muzikoterapija (Ivanović i sur., 2014).

Brotons i Pickett-Cooper (1996) ispitali su učinak muzikoterapije na agitacijsko ponašanje osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti za vrijeme i nakon intervencije muzikoterapije. Agitacijsko ponašanje definirano je kao ponašanje koje ukazuje na nemir, hiperaktivnost ili tjeskobu osobe. Ispitanike čini 20 osoba u dobi od 70 do 96 godina koji su odabrani prema sljedećim kriterijima: dijagnoza demencije s medicinskim i bihevioralnim poteškoćama, prisutna uznemirenost i dovoljna razina verbalne sposobnosti tako da mogu odgovoriti na jednostavna pitanja. Sudjelovali su u pet seansi muzikoterapije u trajanju od 30 minuta. Korišten je „The Agitation Scale of the Disruptive Behavior Rating Scales“ (DBRS) za procjenu agitacije prije, tijekom i poslije sudjelovanja u muzikoterapiji. Brotons i Pickett-Cooper (1996) utvrdili su kako osobe s demencijom sudjelovanjem u nizu glazbenih aktivnosti, poput pjevanja, sviranja, plesanja uz glazbu i igrama, postaju znatno smirenije, odnosno pokazuju manje besciljnog hodanja po sobi, nemogućnosti ležanja i sjedenja na jednom mjestu te manje brzopletog govora i plakanja. Smanjena uznemirenost je održana u prosjeku 20 minuta poslije muzikoterapije, a slično su primijetili i muzikoterapeuti i njegovatelji.

Istraživanje koje su proveli Choi i sur. (2009), također, proučava učinak muzikoterapije na ponašanje osoba s demencijom, ali i na skrbnike. Pokazalo se smanjenje verbalne i fizičke razine agitacije uključujući i smanjenje halucinacija, agresije i razdražljivosti kod oboljelih osoba, a time su se naknadno smanjili stres i anksioznost kod njihovih skrbnika.

Oboljele osobe od demencije imaju probleme sa spavanjem, izražene su poteškoće u uspjavanju i održavanju sna, a rezultati lošeg noćnog sna su dnevni umor i poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju (Weintraub i sur., 2008). Pokazalo se da oboljele osobe imaju smanjenu kvalitetu sna, sporo okretanje očiju prilikom spavanja (NREM), san sa sporim valovima (SWS) kao i smanjenu kvalitetu REM faze sna (Holth i sur., 2017). Poremećaji

spavanja mogu se pojaviti i godinama prije pojave problema u kognitivnom funkcioniranju osobe i time se može predvidjeti demencija. Upravo, muzikoterapija je intervencija koja pomaže u kontroliranju nekih oblika destruktivnog i agresivnog ponašanja te poteškoća sa spavanjem. Naime, muzikoterapija može značajno olakšati probleme sa spavanjem osoba s Alzheimerovom bolešću te se uspješno koristi umjesto sedativa i drugih hipnotičkih lijekova (Lindenmuth i sur., 1992).

Nadalje, kod osoba s demencijom prisutno je smanjenje hormona estrogena kod žena i androgena kod muškaraca, što je rizični faktor jer estrogen i androgen štite živčane stanice te poboljšavaju kognitivno funkcioniranje i smanjuju mogućnost pojave demencije. Istraživanje Fukui i sur. (2012) pokazalo je kako na osobe s Alzheimerovom bolešću u početnoj fazi najveći učinak ima muzikoterapija, tj. kombinacija „terapeuta“ i „slušanja glazbe“. Uočena je povećana razina  $17\beta$ -estradiola i testosterona u oboljelih osoba što pretpostavlja da muzikoterapija može pridonijeti usporavanju napredovanja Alzheimerove bolesti ili čak odgoditi njen početak. Naime, smatra se da muzikoterapija obnavlja normalne hormonalne razine i suzbija oštećenje živčanih stanica te štiti stanice, čime prestaje napredovanje Alzheimerove bolesti. Također, rezultati ovog istraživanja pokazuju smanjenje problema u ponašanju kod oboljelih nakon muzikoterapije, točnije smanjila se učestalost lutanja (Fukui i sur., 2012).

Sljedeće istraživanje Ledgera i Bakera (2007) proučava učinak grupne muzikoterapije na učestalost pojave uzrujanog ponašanja osoba s demencijom. Sudionici grupne terapije koji su pokazivali znakove uznemirenosti prije seansi pokazuju manje nemira i lutanja tijekom i neposredno nakon seansi. U području bihevioralnog aspekta, navedeno smanjeno uznemireno ponašanje vidljivo je kroz kratkotrajne učinke, ali ipak ima pozitivan utjecaj na oboljele osobe i olakšava suradnju s njegovateljima.

Ziv i sur. (2007) proveli su opservacijsko i kvantitativno istraživanje o učinku pozadinske glazbe na ponašanja osoba s demencijom. Rezultati su pokazali da pozadinska glazba smanjuje negativna ponašanja i poboljšava socijalne interakcije. Koristila se vesela glazba kako bi se osobe potaknule i stimulirale, a zaključeno je da je muzikoterapija snažan stimulans koji ima brojne pozitivne učinke na ponašanje osoba s demencijom.

Nadalje, i Fitzgerald-Cloutier (1993) ističu kako osobe s demencijom mogu dulje mirno sjediti na jednom mjestu zbog sudjelovanja u muzikoterapiji i nakon strukturiranih glazbenih aktivnosti i slušanja glazbe dolazi do smanjenja uzrujanog ponašanja te do smanjene učestalosti lutanja kod oboljele osobe. Strukturirane glazbene aktivnosti su imale veći učinak na smanjenje učestalosti lutanja, a slušanje glazbe na povećanje vremena ostanka na seansi muzikoterapije i mirnog sjedenja. Meei-Fang (2001) pregledom sedam znanstvenih članaka naglašava korisnost muzikoterapije kao intervencije za pomoć oboljelim osobama u smanjenju uznemirenosti i povećanju kvalitete života. Istraživanjima je potvrđeno kako muzikoterapija utječe na smanjenje fizičko-agresivnog ponašanja i smanjenje verbalnih ispada kod osoba s demencijom.

### **5.3. Utjecaj muzikoterapije na emocionalno i psihosocijalno stanje osoba s demencijom**

Osobe s demencijom imaju poteškoće u prepoznavanju emocija iz facijalne ekspresije i glasa druge osobe. Opisana su istraživanja u kojima se ističu pozitivni psihosocijalni i emocionalni učinci provođenja muzikoterapije. Drapeau i sur. (2009) procjenjuju sposobnost neverbalne komunikacije i emocionalnog prepoznavanja kroz tri parametra (lice, prozodija, glazba) kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. Ispitane su dvije skupine, sedam sudionika s blažim simptomima Alzheimerove bolesti i 16 zdravih starijih osoba koje se međusobno značajno razlikuju u općem kognitivnom funkcioniranju. U tri zadatka prepoznavanja emocija s lica te iz prozodije i glazbe, sudionici s demencijom teže prepoznaju osjećaje s lica, posebno osjećaj tuge, gađenja i straha, dok je prepoznavanje emocija iz glasa i glazbe dobro očuvano. Zaključno, ovi preliminarni rezultati ukazuju kako muzikoterapija može biti vrlo važna za oboljele osobe jer je sposobnost emocionalnih prosudbi relativno dobro očuvana kao i percepcija i pamćenje glazbe.

Istraživanje Cuddy i Duffin (2005) ispituje glazbene emocionalne prosudbe u odnosu na doživljaj odslušanog glazbenog djela i tempo jer i glazba može djelovati veselo, tužno, zastrašujuće. Rezultati ovog istraživanja, također, pokazuju da u ranijim fazama bolesti, glazbena percepcija i sjećanje, kao i glazbene emocionalne prosudbe ostaju relativno očuvane. U prepoznavanju emocija s lica, sudionici s demencijom su teže raspoznali emociju tuge, gađenja i straha, a zdravi sudionici emociju straha. U emocionalnoj prosudbi glazbe, sudionici

s demencijom najteže su prepoznali emociju straha iz glazbe, dok su zdravi sudionici najteže prepoznali emociju tuge.

Sljedeće istraživanje proučava doprinos pjevanja, plesanja, sviranja i ritmičkih igara na sudjelovanje i razvoj socijalnog ponašanja (poticanje dodira i reagiranje na dodir) kod osoba u kasnijim fazama Alzheimerove bolesti te njihovih skrbnika. Osam parova, od kojih je jedan član obitelji (skrbnik), a drugi je osoba oboljela od Alzheimerove bolesti, pojedinačno sudjeluju u osam 40-minutnih seansi koje vodi muzikoterapeut. Nakon prve seanse muzikoterapije, njegovatelji su naučeni voditi seansu i sve iduće seanse bilježe videosnimkama. Kod svih parova promatra se interakcija između skrbnika (njegovatelja) i oboljele osobe (primatelja njege) kroz sljedeća područja: fizički dodir, komunikacija (verbalna i neverbalna), pjevanje i plesanje. Najviša razina sudjelovanja zabilježena je u ritmičkim igrama u kojima su oboljele osobe pokazivale veći odgovor, tj. reakciju na dodir, dok su skrbnici započinjali više dodira od osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. Na samom kraju, njegovatelji navode kako im se sudjelovanje u muzikoterapiji izuzetno svidjelo i smatraju da su kvalitetno proveli svoje vrijeme tijekom svih satova. Isto tako, zabilježeno je veće zadovoljstvo i ispunjenost oboljelih osoba nakon satova muzikoterapije (Clair i Ebberts, 1997).

Nadalje, Newman i Ward (1993) ispitivali su utjecaj sudjelovanja u glazbenim aktivnostima u međugeneracijskom okruženju na pozitivna socijalna ponašanja osoba s Alzheimerovom bolešću. Sudionici istraživanja su 21 osoba s Alzheimerovom bolešću te skupina djece predškolske dobi. Promatrana ponašanja uključuju kontakt očima, osmijeh, pljeskanje, udaranje nogom o pod, pjevanje, verbalne interakcije, dodirivanje, grljenje i držanje za ruke. Istraživanje pokazuje dosljedno pozitivno ponašanje, tj. povišena socijalna ponašanja dodirivanja i pružanja ruku tijekom strukturiranih, tjednih aktivnosti s malom djecom, koje inače oboljele osobe ne pokazuju tijekom sličnih aktivnosti kada djeca nisu prisutna.

Clement i sur. (2012) ispituju kratkotrajne i dugotrajne učinke muzikoterapije te aktivnosti kuhanja kod 14 osoba s Alzheimerovom bolesti u kasnijoj fazi bolesti uspoređujući njihovo emocionalno stanje. Sudionici su uključeni u muzikoterapiju ili aktivnosti kuhanja dva puta tjedno tijekom mjesec dana s ukupnim trajanjem od 16 sati. Tijekom svake intervencije, izmjenjivale su se receptivna faza (slušanje glazbe ili recepti za kuhanje) i produktivna faza (pljeskanje rukama ili pjevanje uz glazbu ili priprema recepta). Dva različita terapeuta

uključena su u nadziranje satova muzikoterapije i kuhanja, koji prate emocionalno stanje oboljelih osoba prije, tijekom i nakon spomenutih aktivnosti na temelju razgovora i video snimki. Psiholog je ispitivao pojedinačno svaku osobu o njegovim osjećajima u sadašnjosti, a video snimkama analizirali su izraze lica i raspoloženje osobe. Rezultati su pokazali pozitivne kratkotrajne učinke i nakon primjene muzikoterapije i nakon kuhanja, ali dugotrajni pozitivni učinci bili su prisutni samo nakon satova muzikoterapije. Navedenim istraživanjem potvrđen je dugotrajan pozitivan utjecaj glazbe na emocionalno stanje sudionika, koji je ujedno doprinio poboljšanju kvalitete života osoba s demencijom.

Sljedeće istraživanje ispitivalo je utjecaj tjelesnog treninga i muzikoterapije na osobe s laganom i umjerenom demencijom prosječne životne dobi 75 godina. Ispitanici su nasumično raspoređeni u dvije skupine, te prvu skupinu čine osobe koje će biti uključene u fizikalnu tjelovježbu, a drugu skupinu čine osobe koje primaju samo farmakoterapiju odnosno antidepresive. Učinak intervencije ocijenjen je razlikama u promjenama raspoloženja između dvije navedene skupine. U skupini koja je koristila farmakoterapiju došlo je do značajnog smanjenja anksioznosti u periodu nakon šest mjeseci, a u skupini koja je uključena u fizikalnu tjelovježbu i muzikoterapiju došlo je do smanjenja anksioznosti i depresije u oba mjerenja, nakon tri i nakon šest mjeseci. Verussio i sur. (2014) zaključili su kako muzikoterapija i trening vježbanja mogu utjecati na smanjenje depresivnih simptoma i prema tome koristiti se u liječenju starijih osoba s blagom do umjerenom depresijom. No, potrebno je provesti daljnja istraživanja kako bi se dobilo više dokaza o učincima tjelesnog treninga i muzikoterapije na osobe s depresijom.

Guetin i sur. (2009) naglašavaju kako muzikoterapija ima veliko značenje na smanjenje anksioznosti i depresije kod Alzheimerovih bolesnika. Eells (2013), također, navodi kako muzikoterapija stimulira intelektualno funkcioniranje te kako glazba i pjevanje imaju značajan učinak u smanjenju anksioznog poremećaja, suočavanja s boli doprinoseći boljem zdravlju i osjećaju blagostanja. Holmes i sur. (2006) utvrdili su kako glazba ima utjecaj na smanjenje apatije, tj. ravnodušnost osobe te dolaze do zaključka kako interaktivna, živa glazba ima pozitivne učinke na osobe s umjerenom i teškom demencijom te kako je bolja od snimljene glazbe koja je dosta ograničena i nije pokazala značajne promjene u terapiji osoba s demencijom.

## 5.4. Utjecaj likovne terapije na funkcioniranje osoba s demencijom

Mnoga istraživanja su se bavila učinkovitošću i doprinosu likovne terapije na osobe s demencijom. Kreativna radionica, koja je segment sveobuhvatnog projekta „Independent Living Problems for Elderly“, namijenjena je osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti zbog usvajanja novog načina komunikacije. Radionica je provedena u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu, a sudionici su 24 osobe kronološke dobi u rasponu od 65 do 83 godine oboljele od Alzheimerove bolesti u početnoj fazi. U radu se koriste kreativne tehnike (slikanje) u grupi s ciljem poticanja uspomena, identifikacije i izražavanja osjećaja te omogućavanje socijalne interakcije i komunikacije između pojedinaca u grupi. Također, u navedenoj radionici koriste se četiri kreativna medija (papir, slika, materijal i glazba) kako bi se simulirale kognitivne sposobnosti, ali i potaknulo emocionalno izražavanje i komunikacija među sudionicima. U radu se naglasak stavlja na kreativni proces, a ne na sam produkt. Svaka radionica je trajala 75 minuta i raspoređena je u tri dijela, a to su priprema koja traje 15 minuta, zagrijavanje koje traje 15 minuta te glavne aktivnosti u trajanju od 45 minuta. Na samom početku, na stolu svakog pojedinca nalazi se papir s nacrtanom shemom stabla te različiti materijali za likovno izražavanje koje sudionici koriste prema vlastitom interesu tijekom cijele radionice. Stablo je podijeljeno na tri dijela tako da svaki dio predstavlja jedno životno razdoblje osobe (prošlost, sadašnjost i budućnost). Terapeut u glavnom dijelu radionice govori o djetinjstvu i korijenima podrijetla te tako potiče sjećanje sudionika koje će prikazati kroz kreativni medij tj. likovni prikaz. Nakon prošlosti, terapeut nastavlja govoriti o sadašnjosti te na samom kraju o budućnosti, željama i planovima koje bi osoba htjela ispuniti. U svakom dijelu radionice, terapeuti su poticali i grupnu interakciju kako bi sudionici mogli podijeliti i izraziti svoje misli i emocije. Sudjelovanjem u likovnoj terapiji, sudionici, osobe oboljele od Alzheimerove bolesti prisjećale su se svih faza svojeg života te konstantno održavali tijekom komunikacije unutar grupe. Neki od sudionika su snažno proživljavali prošle trenutke pa su istovremeno i pjevali pjesme iz svog djetinjstva. Pokazalo se kako navedena kreativna radionica omogućuje osobi razvoj kreativnosti, spontanosti te potiče i razvija sposobnost komunikacije. Također, oboljele osobe su izrazile veliko zadovoljstvo svojim sudjelovanjem u aktivnosti. Kreativno izražavanje, točnije slikanje djeluje na pojedinca kroz tri aspekta: senzorni, kognitivni i psihosocijalni, pa se tako prihvaćanjem navedene terapijske intervencije osigurava „most“ koji povezuje oboljelu osobu s njegovom obitelji i zajednicom (Škrbina, 2010).

Kroz likovne medije otvara se prostor samoostvarenju osobnosti te se starijim oboljelim osoba od demencije daje prilika za samoizražavanje, relaksaciju te učenje samokontrole (Semnic i sur., 2009). Područja mozga koja su uključena u razmišljanje, pamćenje, planiranje su pogođena tijekom ranih faza bolesti, dok dijelovi mozga koji su odgovorni za osobnost, motoriku i emocionalnu kontrolu ostaju relativno netaknuti sve do kasnih faza bolesti (Halpern i sur., 2008). Istraživanje koje su proveli Miller i Johansson (2016) pokazuje da oboljele osobe od Alzheimerera imaju sačuvanu sposobnost crtanja, odnosno slikanja, s uputama i bez, čak i u kasnijim fazama bolesti.

Istraživanje Killicka i Allana (2001) pokazuje pozitivan utjecaj likovne terapije na poboljšanje socijalnih vještina i interakcija te samopouzdanje. Ovom terapijom pruža se oboljeloj osobi da kroz vježbu, odabir boja i oblika izrazi svoje osjećaje i kreativnost. Gaugler (2010) ističe kako sudjelovanje u grupnim likovnim terapijama pridonosi boljoj socijalizaciji i komunikaciji među sudionicima unutar grupe tijekom i nakon terapijskih seansi. Neki su programi osmišljeni tako da uključuju i njegovatelje i osobe s demencijom što pojačava komunikaciju između članova obitelji (Gaugler, 2010). Mogućnost da sudionik u ograničenom prostoru manipulira likovnim materijalima i kontrolira produkciju vlastitog umjetničkog djela doprinosi osjećaju zadovoljstva, moći i samopouzdanju osobe (Basting, 2006).

Likovna terapija pruža zadovoljstvo, povećava pažnju te smanjuje poremećaje u ponašanju kod osoba s demencijom. Ostale dobrobiti su bolja komunikacija, samopoštovanje te smanjena anksioznost, uznemirenost i depresija (Stewart, 2004). „Stvaranje uspomena“ (MIM, Memories in the Making), program likovnih umjetnosti namijenjen osobama s lakom ili umjerenom demencijom, bilježi povećanu pažnju i samopoštovanje tijekom seansi likovne terapije. Istraživanje u koje je uključeno 41 sudionik nakon šest seansi likovne terapije, pokazalo je kako 83% sudionika uspješno usmjerava pažnju 30 – 45 minuta; 80% izražava zadovoljstvo (osmijeh) i 78% pokazuje visoko samopoštovanje. Ipak, ovo istraživanje ograničeno je nedostatkom kontrolne skupine, a nisu procijenjene ni dugoročne koristi.

Daljnja istraživanja MIM (Memories in the Making) uključivala su strukturirane kontrolne aktivnosti i likovnu terapiju jednom tjedno u trajanju od pet tjedana u koje je uključeno dvanaest osoba s blagom i umjerenom demencijom. Terapeuti su ocjenjivali koncentraciju, smiješak i pozitivne verbalizacije u intervalima od deset minuta tijekom obje intervencije (kontrolnih aktivnosti i likovne terapije). Sudionici su pokazali više interesa te veću pažnju,



zadovoljstvo i samopoštovanje tijekom likovne terapije nego za vrijeme kontrolne aktivnosti. Rezultati MIM-a su ohrabrujući, ali nedostaci su malen broj seansi i heterogenost populacije koja uključuje različite vrste i težinu demencije (Kinney i Rentz, 2005).

Nekoliko studija slučaja ističe kako likovna terapija može smanjiti poremećaje u ponašanju ne samo tijekom seansi s terapeutom, nego i kod kuće. Naime, likovna terapija je utjecala na smanjenje poremećaja u ponašanju kod jedne osobe s umjerenom demencijom i za vrijeme likovnog izražavanja kod kuće. Kod druge osobe s demencijom, koja je bila uključena u proces izrade kolaža i bojanje unaprijed nacrtanih crteža jednom ili dva puta tjedno, došlo je do smanjenja neuropsihijatrijskih simptoma tijekom i nakon likovne terapije (Peisah i sur., 2011).

Dva mala istraživanja procjenjivala su učinak likovne terapije na život izvan seansi s terapeutom. Naime, u Japanu je provedeno randomizirano kontrolno istraživanje u kojem je zaključeno kako likovna terapija smanjuje apatiju i poboljšava kvalitetu života osoba s demencijom. Trideset devet osoba s blagom Alzheimerovom demencijom nasumično je uključeno u likovnu terapiju (bojanje apstraktnih oblika) ili kontrolnu aktivnost (vježbe računanja) jednom tjedno s uputama da se svakodnevno vježba petnaest minuta. Procjenjivao se kognitivni status, razina depresije, vitalnost i ponašanje prije i nakon 12-tjedne intervencije. Sudionici koji su bili uključeni u likovnu terapiju pokazivali su manje apatije nakon intervencije, a ostali se parametri nisu poboljšali. Kognitivni status bio je bolji kod sudionika uključenih u kontrolnu aktivnost računanja. Sudionici uključeni u likovnu terapiju imali su veću kvalitetu života (QOL) u usporedbi sa skupinom uključenu u kontrolnu aktivnost. Nisu postojale razlike među skupinama u drugim parametrima mjerenja. Nedostatak istraživanja je malen broj ispitanika, kratko trajanje ispitivanja te varijabilnost populacije uključene u istraživanje. Ponovna procjena nekoliko pacijenata 12 tjedana nakon intervencija, pokazala je lošiju vitalnost i kognitivne funkcije za obje skupine što pokazuje da zapažene dobrobiti na početku s vremenom nisu održive (Hattori i sur., 2011).

Nadalje, istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji zabilježilo je manje probleme u ponašanju tijekom seansi. Četrdeset i pet osoba s demencijom od kojih dvanaest s umjerenom i trideset tri s teškom demencijom uključeno je u likovnu terapiju (eksperimentalna) ili rekreacijske aktivnosti (kontrolna skupina). Skupine su se sastajale jednom tjedno po sat vremena tijekom četrdeset tjedana. Manje od polovine sudionika završilo je ispitivanje. Tijekom četrdeset

tjedana, sudionici koji su bili uključeni u likovnu terapiju, pokazali su bolju fizičku sposobnost, mentalnu oštrinu, društvenost te smirenost, dok je kontrolna skupina bila lošija u svim navedenim kategorijama. Kognitivno funkcioniranje i ponašanje procjenjivani su na početku te nakon deset, dvadeset i četrdeset tjedana te nakon jednog i tri mjeseca od završetka likovne terapije. Kognicija, pamćenje ili pažnja nisu se poboljšali ni u jednoj skupini. Ukratko, stvaranje umjetnosti u strukturiranom okruženju može biti od koristi osobama s Alzheimerovom bolesti tijekom likovne terapije zbog bolje fizičke sposobnosti, društvenosti i smirenosti koje su zabilježene u ovom istraživanju (Rusted i Sheppard, 2006).

U istraživanju Waller (2001) sudjelovalo je 48 osoba s Alzheimerovom demencijom, demencijom kod Parkinsonove bolesti te predinfarktne demencijom. Nisu uzimali medikamentoznu terapiju ni druge oblike „psihodinamske“ terapije tijekom devet mjeseci. Sudionici su bili podijeljeni u dvije skupine, eksperimentalnu skupinu koju su činile osobe s umjerenom do teškom demencijom koje su polazile dvotjedne art-terapijske grupe, te kontrolnu skupinu koja je imala dvotjedne društvene aktivnosti. Rezultati ove vrlo kratke terapijske intervencije, u kojoj su korištene i kvalitativne i kvantitativne mjere, pokazali su značajno smanjenje depresije, povećanu pažnju i bolju posjećenost intervencijske grupe, bez promjena u kontrolnoj grupi.

Nadalje, studija slučaja koju su proveli Mimica i Kalinić (2011) pokazala je kako nefarmakološke intervencije mogu biti korisne u smanjivanju poremećaja u ponašanju koji se često pojavljuju tijekom progresije demencije, a kombinacija nefarmakoloških tehnika i lijekova učinkovitija je od samih psihofarmakoloških lijekova. Prikazan je slučaj gospodina Z. s dijagnozom umjerenog oblika Alzheimerove bolesti, koji unatoč liječenju farmakološkim metodama, pokazuje probleme u ponašanju. Nakon što je procijenjen njegov individualni i obiteljski status, savjetovano mu je da sudjeluje u dnevnom centru za njegu i započne s likovnom terapijom. Dok crta, Z. je smiren i zadovoljan, a njegovo ponašanje bilo je bolje i u dnevnom centru i kući. U ovom slučaju, likovna terapija pokazala se izvrsnom nefarmakološkom intervencijom, učinkovitom u smirivanju poremećaja ponašanja, ali i u podizanju kvalitete života oboljele osobe, njegove obitelji i njegovatelja (Mimica i Kalinić, 2011).

Godine 2000. ispitalo se utječe li gubitak funkcije u jednom području mozga na porast nekih drugih funkcija kod skupine od dvanaest ispitanika s frontotemporalnom demencijom.

Rezultati su pokazali kako selektivnu degeneraciju lijevog prednjeg temporalnog režnja često prati gubitak semantičkog znanja, ali ostaju očuvane ili se čak poboljšaju vizualne i glazbene sposobnosti. Stoga, zaključeno je kako se trebaju poticati vizualne i glazbene sposobnosti kod osoba s frontotemporalnom demencijom (Miller i sur., 2000).

Hannemann (2006) navodi da osobe s demencijom izvještavaju o boljem raspoloženju i većem samopoštovanju nakon sudjelovanja u likovnoj terapiji. Kreativne aktivnosti im nude nov način komunikacije i pristupačnosti pa tako pacijenti s Alzheimerovom bolešću uspješno komuniciraju tijekom rada s kolažom. Likovno izražavanje pruža im mogućnost izbora (materijal, pribor) te olakšava komunikaciju i izražavanje emocija. Također, sudjelovanje u likovnoj terapiji otvara im prostor za upoznavanje novih ljudi i stvaranje društvenih veza. Espinel (2007) je još jedan od istraživača koji se bavi implementacijom kreativnih aktivnosti kao terapijskog sredstva u osoba s demencijom. Ističe kako kreativne aktivnosti povećavaju samopoštovanje, olakšavaju komunikaciju, olakšavaju rješavanje problema te smanjuju depresivne simptome.

Moon (2010) navodi kako su umjetničko djelo ili likovni izraz od velikog značenja za osobe s demencijom jer stvaranje umjetnosti nudi mogućnost izbora i sposobnost donošenja odluka. Nadalje, stvaranje likovnog izraza podiže raspoloženje i samopoštovanje osobe. Stoga je likovna terapija više prikladna nego verbalna za iskazivanje osjećaja kod osoba s demencijom. Na primjer, Woolhiser Stallings (2010) ističe kako je korištenje kolaža u likovnoj terapiji bilo jako korisno za poticanje prisjećanja i osjećaja kontrole za osobe s demencijom. Rezultati pokazuju kako su osobe s demencijom sposobne putem kolaža prenositi informacije koje nisu u stanju verbalizirati. Sudionici su tri osobe s demencijom starije životne dobi iz centra za njegu u malom sjeverozapadnom gradu u Sjedinjenim Američkim Državama. Kvalitativni podaci prikupljeni su iz kliničkog promatranja, zabilješki slučaja i procjene Landgartena (1993) „Magazine Photo Collage“ (MPC). MPC sadrži četiri zadatka: dovršavanje kolaža sa slikama koje su odabrane i izrezane iz časopisa te pisanje o svakoj slici; dovršavanje kolaža koji se sastoji od šest slika odabranih iz kutije slika i pisanja što ljudi na slici govore ili misle; odabir „dobrih“ ili „loših“ slika iz jedne ili obje kutije; odabir jedne slike iz kutije slika i opisivanje što se događa na slici i može li se promijeniti zbivanje na slici. Svi sudionici prisutni su tijekom dvije seanse te su dobili ljepilo, bijeli papir i škare kako bi dovršili kolaže.

U prvoj seansi zamoljeni su da naprave „kolaž stvari koje vole“, a u drugoj „kolaž sebe“. Sudionici su iz jedne kutije odabirali slike ljudi, a iz druge slike stvari (razne slike koje nisu prikazivale ljude. Te su smjernice bile modifikacija Langartenove MPC kako bi se kolaž koristio kao medij za prisjećanje, samoizražavanje i osjećaj kontrole. Nadzirano je kako svaki klijent rukuje sa slikama, koliko mu je vremena potrebno za dovršenje kolaža, koliko uspješno lijepi slike, kako postavlja slike na papir te broj odabranih slika. Također, zabilježeno je što klijent govori o svakoj slici te svi elementi forme, sadržaja i verbalizacije. Sva tri sudionika imala su svoj jedinstven način interakcije s kolažem i mogućnost sudjelovanja u likovnoj terapiji. Međutim, postaje neka preklapanja u stilu interakcije i ponašanja u organizaciji. U svim kolažima postojala je želja za organizacijom. Naime, slike su ili previše ili slabo organizirane u stupce čime je možda potvrđena činjenica da osobe s demencijom imaju vrlo malu kontrolu nad vlastitim životom, a organizacija kolaža je nešto što mogu kontrolirati. Nadalje, neka preklapanja vidljiva su i u spremnosti za sudjelovanje. Sudionici Rory i Kyle bili su nestrpljivi. Ograničenja ovog istraživanja su premalen broj sudionika, malen broj seansi koji nije dovoljan za temeljito proučavanje i analiziranje njihovih interakcija s kolažom. Također, sudionici su međusobno komunicirali i promatrali jedni druge što je moglo utjecati na njihovu interakciju s kolažem. Ipak, kolaž je pružio neverbalan način komunikacije te izražavanje izvan verbalnih i kognitivnih sposobnosti klijenata. Sva tri sudionika prisjećala su se prošlosti što se moglo promatrati na njihovim slikama i u razgovoru tijekom procesa izrade kolaža (Woolhiser Stallings, 2010).

U sljedećem istraživanju opisana je osoba s Alzheimerovom bolesti čije se stanje pogoršalo jer je često uznemirena. Patila je od afazije, a nemogućnost izgovaranja riječi otežavala je verbalno izražavanje. Unatoč ograničenjima naprednog stadija Alzheimerove bolesti, osoba je uživala u crtanju i stvarala bi interaktivne slike koje održavaju koheziju, te nisu fragmentirane što bi se možda očekivalo od nekoga s Alzheimerom. Likovna terapija ublažila je njezinu frustraciju i anksioznost, a svoje frustracije izražavala je u crtežima. Naime, likovna terapija joj je omogućila da utječe na promjene, stekne osjećaj kontrole i ovlada svojim likovnim izrazom, što je poboljšalo i njezino samopoštovanje (Jensen, 1997). Ovo je primjer slučaja kako ljudi s naprednim stadijem Alzheimerove bolesti mogu aktivno sudjelovati u likovnoj terapiji i usmjeriti pažnju na svoje likovno izražavanje kroz dulje vrijeme, bez obzira na uznemirenost i gubitak kognitivnih sposobnosti (Greene-Stewart, 2004).

Nadalje, Belver i Ullan (2017) ističu kako i posjeti umjetničkim galerijama i muzejima potiču kognitivnu stimulaciju, razvoj samopoštovanja, zadovoljstva i ostvarenje društvenih veza te pružaju mogućnost za socijalnu inkluziju koja može promijeniti način percepcije osoba s demencijom u društvu. Naime, promoviranje kreativnosti i likovnog izražavanja kod osoba s demencijom poboljšava socijalne odnose i pozitivno utječe na emocionalno stanje oboljele osobe, ali i njihove skrbnike. Tyack i sur. (2015) koristili su kvazieksperimentalne kombinirane metode u radu s korisnicima i njihovim skrbnicima tako da su sudionici koristili art-aplikaciju na svojim tabletima te promatrali umjetničke slike iz muzeja. Zabilježeno je poboljšano raspoloženje i zadovoljstvo tijekom satova kod oboljelih osoba, ali i osobno zadovoljstvo skrbnika jer su primijetili pozitivne promjene na ljudima za koje se brinu. Ponekad je gledanje umjetnosti kombinirano s izradom umjetnosti.

Rezultati istraživanja Sauera i sur. (2014) pokazuju kako program OMA (Opening Minds through Art), osmišljen da olakša kreativno samoizražavanje, pruža osobama s demencijom osjećaj blagostanja, veći interes za društvo te osjećaj visokog zadovoljstva. OMA je umjetnički program koji se temelji na ispunjenju pojedinačnih psiholoških potreba za druženjem, inkluzijom, identitetom i zadovoljstvom unutar strukturiranih seansi u trajanju od 60 minuta tjedno otprilike 12 tjedana. Svaki tjedan postoji različita likovna aktivnost koja uključuje korištenje različitih materijala (platno, boje svih vrsta, tinta) i slikarske tehnike (npr. četkica, kist, valjak za boje) kojim se potiče stimulacija različitih osjetila te znatiželja i interes osoba. Sudjelovanje u programu OMA pruža sudionicima veći osjećaj ispunjenja i zadovoljstva od sudjelovanja u tradicionalnim likovnim aktivnostima (Sauer i sur., 2014).

Dosadašnja istraživanja ističu pet razloga za podržavanje likovnog izražavanja kod osoba s demencijom, a oni su sljedeći: osobe s demencijom uživaju u stvaranju umjetnosti, bilo da su aktivni ili pasivni sudionici; umjetnost im je dostupna unatoč gubitku pamćenja zbog njihove multi-senzorne prirode i mogućnosti doživljaja umjetnosti bez obzira na prethodno poznavanje; njegovatelji i članovi obitelji ostvaraju dvostruku korist od likovne terapije, a to su vlastito uživanje kao sudionici i uživanje gledajući kako njihovi članovi obitelji sudjeluju; likovna terapija potiče socijalnu interakciju i osjećaj pripadnosti (Schneider, 2018).

## 6. Zaključak

Demencije predstavljaju sve veći problem u današnjem razvijenom društvu te je njihova prevalencija svakim danom sve veća. Ne postoji jedinstvena metoda liječenja koja bi bila pristupačna za sve oblike demencija pa se tako u liječenju naglasak stavlja na holistički pristup, odnosno fizičke, emocionalne, socijalne i kognitivne procese koji su skloni promjeni prilikom nastupanja bolesti. Uz farmakološke metode liječenja, sve se više istražuju brojne mogućnosti rada i nefarmakološke rehabilitacije osoba. Kroz pregled literature vidljiv je značajan doprinos muzikoterapije i likovne terapije na razvoj kratkotrajnog pamćenja te doprinos u produbljivanju socijalnih odnosa i komunikacije, koji su značajni u starijoj dobi. Nadalje, kao metode liječenja, muzikoterapija i likovna terapija pokazuju svoju učinkovitost u području poboljšanja kvalitete života koja s vremenom opada kod oboljelih osoba od demencije. Iako su demencije trenutno neizlječive, razna neurološka istraživanja potvrdila su očuvanost kognitivnih funkcija povezanih s procesuiranjem glazbe, čak i u kasnim fazama bolesti. Mnoga istraživanja pokazala su kako različite glazbene aktivnosti, poput pjevanja, sviranja instrumenata, plesanja uz glazbu i ritmičke igre, utječu na kognitivne, komunikacijske, psihosocijalne, emocionalne i bihevioralne aspekte oboljelih osoba. Naime, muzikoterapija poboljšava kratkotrajno pamćenje, komunikaciju, ali i potiče samoizražavanje, razvoj interpersonalnih vještina, razumijevanje tuđih emocija te smanjuje agresiju, razdražljivost, probleme sa spavanjem, besciljno lutanje po prostoriji i nemogućnost sjedenja ili ležanja na jednom mjestu. Isto tako, važan je i doprinos likovne terapije na razvoj kreativnosti, spontanosti, komunikacije te zadovoljstva i smirenosti osobe. Sudjelovanjem u likovnim radionicama, osobe oboljele od Alzheimerovog tipa demencije prisjećaju se prethodnih faza života, snažno proživljavaju prošle trenutke i povezuju se s obitelji i širom zajednicom. Muzikoterapija i likovna terapija ne mogu spriječiti progresiju same bolesti, ali daju bogato iskustvo osobama s demencijom i pomažu im u smanjivanju destruktivnog ponašanja, omogućuju im bolje izražavanje emocija te razumijevanje tuđih, doprinose osjećaju zadovoljstva i smirenosti tijekom i nakon terapije.

## 7. Literatura

1. Abbott, A. (2002). Music, Please, *Nature*, 416 (6876), 12-14.
2. Abraha, I., Rimland, J., M., Trotta, F., M., Dell' Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A. i Cherubini, A. (2016). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia.
3. Aldridge, D. (1994). Alzheimer's disease: rhythm, timig and music as therapy. *Biomedicine &Pharmacotherapy*, 48, 275-281.
4. Aldridge, D. (2000). *Music therapy in dementia care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
5. Adams- Price, C.E. (1998). *Creativity and successful aging*. New York: Springer.
6. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
7. Apostolova, L.G., DeKosky, S.T. i Cummings, J.L. (2012). Dementias. *U: Neurology in Clinical Practice*, 6, 1534–1582.
8. Basting, A.D. (2006). Arts in dementia care: „This is not the end...it's the end of this chapter“, *Generations*, 30(1), 16-20.
9. Belver, M. i Ullan, A. (2017). Artistic creativity and dementia. A study of assesment by experts. *Arte, Individuo y Sociedad*, 29, 127-138.
10. Buchalter, S. (2011). *Art Therapy and Creative Coping Techniques for Older Adults*. London: Jessica Kingsley Publishers.
11. Bikerstaff, K., Grasser, C. i McCabe, B. (2003). How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), 159-165.
12. Bilić, V. (2011). Susret učitelja likovne kulture sa zlostavljanom djecom. *Hrvatski časopis za odgoj i obrazovanje*, 13 (4), 87-121.

13. Breitenfeld, D., Bergovec, M., Lucijanić, M., Pavić, J., Miletić, J. i Buljan, D. (2011). Medicine and music in Croatia. *Alcoholism*, 47, 57-61.
14. Breitenfeld, D. i Majsec Vrbanić, V. (2011). *Muzikoterapija: pomozimo si glazbom*. Zagreb: Music play.
15. Breitenfeld, D. i Sabol-Videc, R. (1973). Muzikoterapija u bolesnika s progresivnom mišićnom distrofijom. *Defektologija* 9 (2), 59-64.
16. Brinar, V. i sur., (2009). *Kognitivni poremećaji: akutna konfuzna ili smetena stanja, amnestički sindromi i demencije*. Neurologija za medicinare, Zagreb, Hrvatska, Medicinska naklada.
17. Brotons, M. (2000). The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-195.
18. Brotons, M. (2000). An overview of the music therapy literature relating to elderly people. U: Aldridge D, ur. *Music Therapy in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
19. Brotons, M. i Pickett-Cooper, P. (1996). The effect of music therapy intervention on agitation behaviours of Alzheimer's disease patients. *J Music Therapy*, 33, 2-18.
20. Buchalter, S. (2011). *Art Therapy and Creative Coping Techniques for Older Adults*. London: Jessica Kingsley Publishers.
21. Bulatović-Stanišić, S. (2019). Muzikoterapija-Muzika kao lijek. *Varaždinski učitelj: digitalni stručni časopis za odgoj i obrazovanje*, 2(2), 129-139.
22. Burić Sarapa, K. i Katušić, A. (2012). Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autističnog spektra. *Hrvatska revijaza rehabilitacijska istraživanja*, 48, 124-132.
23. Chan, M. F., Wong, Z. Y., Onishi, H. i Thayala, N. V. (2012). Effects of music on depression in older people: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21, (5-6), 776-783.



24. Chen, Y. L., Ryden, M.B., Feldt, K. i Savik, K. (2000). The relationship between social interaction and characteristics of aggressive, cognitively impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 10–17.
25. Chen, S.L., Lin, H.L. i Jane, S.W. (2009). Perceptions of group music therapy among elderly nursing home residents in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine* 17(4), 190-195.
26. Chilton, G. i Wilkinson, R. (2010). Positive Art Therapy. *Australian New Zealand Journal of Art Therapy*, 4(1), 27-35.
27. Choi, A., Lee, M.S., Choeng, K.J. i Lee, J.S. (2009). Effects of Group Music Intervention on Behavioral and Psychological Symptoms in Patients with Dementia. A Pilot-Controlled Trial. *International Journal of Neuroscience*, 119(4), 471-481.
28. Chu, H., Min-Huey, C., Yuan-Mei, L., Mei-ju, C., Megan, F. i Kuei-Ru, C. (2015). The efficacy of music therapy for people with dementia. A meta- analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (23-24), 3425-3440.
29. Clair, A. i Ebberts, A. (1997). The effects of music therapy on interactions between family caregivers and their care receivers with late stage dementia. *Journal of Music Therapy*, 32, 148-164.
30. Clement, S., Tonini, A., Khatir, F., Schiaratura, L. i Samson S. (2012). Short and longer term effects of musical intervention in severe Alzheimer's disease. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 29, 533-541.
31. Cohen, G.D. (2006). Research on creativity and aging: The positive impact of art on health and illness. *American society on aging: Generation*, 30(1), 7-15.
32. Cohen-Mansfield, J. i Martin, L.S. (1999). Assesment of agitation in older adults. U: Lichtenberg PA, ur. *Handbook of assessment in clinical gerontology*. New York
33. Cuddy, L. i Duffin, J. (2005). Music, memory and Alzheimer's disease: Is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed? *Medical Hypotheses*, 64, 229-235.

34. De Zan, D. (2013). Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji. Zagreb: Medicinska naklada
35. Degmečić, P., Filaković, D., Požganin, I. i Filaković, P. (2005). Music as Therapy, *Irasm*, 36(2), 287-300.
36. Demarin, V., Roje Bedeković, M., Bosnar Puretić, M. i Bošnjak Pašić, M. (2016). Arts, Brain and Cognition, *Psychiatria Danubina*, 28 (4), 343-348.
37. Douglas, S., James, I. i Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in psychiatric treatment*, 10(3), 171-177.
38. Drapeau, J., Gosselin, N., Gagnon, L., Peretz, I. i Lorrain, D. (2009). Emotional recognition from face, voice and music in dementia of the Alzheimer type. *The Neurosciences and Music III-Disorders and Plasticity*, 11(69), 342-345.
39. Duraković, Z. i sur. (2007). Gerijatrija medicina starije dobi. Medicinska naklada. Zagreb.
40. Eelles, K. (2013). The use of music and singing to help manage anxiety in older adults. *Mental Health Practice*, 17, 10-17.
41. Espinel, C.H. (2007). Memory and the creation of art: the syndrome, as in de Kooning, of's creating in the midst of dementia. *Frontiers of neurology and neuroscience*, 22, 150-168.
42. Fitzgerald-Cloutier, M. (1993). The use of music therapy to decrease wandering: an alternative of restraints. *Music Therapy Perspectives*, 11, 32-36.
43. Fornazzari, L.R. (2005). Preserved painting creativity in an artist with Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology* 12(6), 419-424.
44. Foster, N. A. i Valentine, E. R. (2001). The effect of auditory stimulation on autobiographical recall in dementia. *Experimental Aging Research*, 27, 215–228.
45. Fukui H., Arai, A. i Toyoshima, K. (2012). Efficacy of music Therapy in treatment for the patients with Alzheimer's disease. *Int J Alzheimer Dis*, 12, 1-6.

46. Gaugler, J.E. (2010). Final report: Contemporary journeys pilot evaluation. University of Minnesota, Minneapolis, MN.
47. Gazibara, D. i Živković, I. (2009). Glazba kao terapijsko sredstvo. Sveta Cecilija: časopis za sakralnu glazbu, 79 (3-4), 56-65.
48. Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A. i Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016 (3).
49. Goldstein-Levitas, N. (2006). Dance/movement therapy and sensory stimulation: A holistic approach to dementia care. American journal of dance therapy, 38(2), 429-436.
50. Greene-Stewart, E. (2004). Art therapy and neuroscience blend: Working with patients who have dementia. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 21, 148-155.
51. Grieder, C. (2001). A route to the heart in a short-term hospital setting. U: Weisberg N. i Wilder, R. Expressive Arts with Elders. London: Jessica Kingsley Publishers.
52. Guetin, S., Portel, F. i Picot, M.C. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in the course of cognitive decline. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 24, 213-219.
53. Hallam, S. (2010). The power of music: Its impact on the intellectual, social and personal development of children and young people. International Journal of Music Education, 28(3), 269-289.
54. Halpern, A.R., Ly, J., Elkin-Frankston, S. i O'Connor, M.G. (2008). „I know What I like“: Stability of aesthetic preference in Alzheimer's patients. Brain and Cognition, 66(1), 65-72.
55. Hannemann, B.T. (2006). Creativity with dementia patients. Can creativity and art stimulate dementia patients positively? Gerontology, 52, 59-65.

56. Hattori, H., Hattori, C., Mizushima, K. i Mase T. (2011). Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int*, 11, 431-437.
57. Hill, A. (1948). *Art versus illness: a story of art therapy*. London: Allen&Unwin.
58. Hogan, S. (2009). The art therapy continuum. A useful tool for envisaging the diversity of practice in British art therapy. *Int J Art Therapy*, 14, 29-37.
59. Holmes, C., Knights, A., Dean C., Hodkinson, S i Hopkins, V. (2006). Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics*, 18, 623-630.
60. Holth, J.K., Patel, T.K. i Holtzman, D.M. (2017). Sleep in Alzheimer's Disease- Beyond Amyloid. *Neurobiol Sleep Circadian Rhythms*, 2, 4-14.
61. Ijaopo, E. O. (2017). Dementia-related agitation: a review of non-pharmacological interventions and analysis of risks and benefits of pharmacotherapy. *Translational psychiatry*, 7(10), 1-11.
62. Irish, M., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., Lawlor, B. A. i Robertson, I. H (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 108–120.
63. Ivanović, N., Barun, I. i Jovanović, N. (2014). Art terapija – teorijske postavke, razvoj i klinička primjena. *Soc. psihijat.*, 42, 190-198.
64. Isić, A. i Fejzić, A.E. (2018). Psihološka uloga i značaj likovnog kreativnog izražavanja u starijoj životnoj dobi. *Islamski pedagoški fakultet Univerziteta u Zenici*, 16, 257-284.
65. Jakovljević, M. (2004). *Psihijatrija*. Zagreb: Tiskarsko izdavačko društvo.
66. Jensen, S. M. (1997). Multiple pathways to self: A multisensory art experience. *Art Therapy*, 14, 178-186.
67. Killick, J. i Allan, K. (2001). *Communication and the Care of People with Dementia*. Open University Press, Buckingham.

68. Kinney, J.M. i Rentz, C. A. (2005). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program, versus other structured activity. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 20, 220-227.
69. Kitwood, T. (1993). Person and process in dementia. *International og geriatric psychiatry*, 8 (7), 541-545.
70. Kliček, M. (2001). Likovna terapija u liječenju i obrazovanju: djelovanje boja. U: R. Ivančević i V. Turković (ur.), *Vizualna kultura i likovno obrazovanje* 161-184.
71. Kovačević, M. (2006). Crteži-ogledala dječje duše. *Mirisi djetinjstva*, 12(1), 49-58.
72. Lappe, C., Herholtz, S.C., Trainor, L.J. i Pantev, S. (2008). Cortical Plasticity Induced by Short Term Unimodal and Multimodal Musical Training, *Journal of Neuroscience*, 28(39), 9632-9639.
73. Labbe, E., Schmidt, N., Babin, J. i Pharr M. (2007). Coping with Stress: The Effectivness of different Types of Music, *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32(3-4), 163-168.
74. Ledger, A. i Baker, F. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 11, 330-338.
75. Liebmann, M. (2005). *Art Therapy for Groups- A Handbook of Themes and Exercises*. London, Routledge.
76. Lin X.M., Yan H., Zhou K.N., Dang, S.N., Wang, D.L. i Zhang Y.P. (2011). Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 128(2), 411-419.
77. Lindauer, M.S. (2003). *Aging, creativity and art: A positive perspective on life span development*. New York: Springer.
78. Lindemuth, G., Patel, M. i Chang, P. (1996). The effect of music therapy intervention on agitation behaviours of Alzheimer's disease. *Int J Alzheimer Dis*, 12, 1-6.

79. Liščić, R.M. (2009). Frontotemporalne demencije-prikaz novih dostignuća iz područja molekularne genetike i neuropatologije. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 60 (1), 117-122.
80. Lyu, J., Zhang, J., Mu, H., Li, W., Champ, M., Xiong, Q., Gao, T., Xie, L., Jin, W., Yang, W., Gao, M. i Li, M. (2018). The Effects of Music Therapy on Cognition, Psychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living in Patients with Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*, 64(4), 1347-1358.
81. Maclagan, D. (2005). Re-imaginig art therapy. *Int J Art Therapy*, 10, 23-30.
82. Mallik, A., Chanda, M.L. i Levitin, D.J. (2017). Anhedonia to music and mu-opioids: Evidence from the administration of naltrexone. *Scientific Reports* 7 (41952).
83. Meei-Fang, L. (2001). The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. *Scand J Caring Sci*, 15, 165-173.
84. McGarry, T. J. i Prince, M. (1998). Implementation of groups for creative expression on a psychiatric inpatient unit. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(3), 19-24.
85. Mc Neilly, G. (1983). Directive and non-directive approaches in AT. *The Arts in Psychotherapy*, 10, 211-219.
86. Medicinski priručnik za pacijente – MSD (2014). Demncije. Preuzeto 30.9.2019. s mrežne stranice MSD: <http://msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija>
87. Miller, E. i Johansson, B. (2016). Capability to Paint and Alzheimer's Disease: Relationshio to Disease Stages and Instructions.
88. Milutinović, L., Braš, M. i Đorđević, V. (2017). Art terapija kao suportivno-ekspresivna terapija u liječenju karcinoma dojke. *Socijalna psihijatrija*, 262-269.
89. Mimica, N. i Kalinić, D. (2011). Art therapy may be beneficial for reducing stress-related behaviours in people with dementica-case report. *Psychiatr Danub*, 23(1), 125-128.

90. Moon, C.H. (2010). *Materials&Media in Art Therapy: Critical Understandings of Diverse Artistic Vocabularies*. Routledge Mental Health.
91. Morgan, L., Knight, C., Bagwash, J. i Thompson, F. (2012). Borderline personality disorder and the role of art therapy: A dicussion of its personality disorders.
92. Moro, LJ. i sur. (2011). *Psihijatrija*. Medicinska naklada. Zagreb.
93. Nainis, N., Paice, J., Ratner, J., Wirth, J., Lai, J. i Shott, S. (2006). Relieving Symptoms in Cancer:Innoovative Use of Art Therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31 (2), 162-169.
94. Naumburg, M. (1996). *Dynamically oriented art therapy*. New York: Grune&Stratton Inc.
95. Newman, S. i Ward, C. (1993). An observational study of integenerational activities and behaviour change in dementing elders at adult day care centers. *Int J Aging Hum Dev*, 36, 321-333.
96. Novotney, A. (2013). Music as medicine. *American Psychological Association*, 44(10), 46.
97. O'Byrant, S.E., Humphreys, J.D., Smith G.E., Ivnik, R.J., Graff-Radford, N.R., Petersen, R.S. i Lucas, J.A. (2008). Detecting dementia with the mini-mental state examination in highly educated individuals. *Arch Neurol*, 65(7), 963-967.
98. Palisson, J., Roussel-Baclet, C., Maillet, D., Belin, C., Ankri, J. i Narme, P. (2015). Music enhances verbal episodic memory in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37 (5), 503-517.
99. Patterson, S., Crawford, M.J., Ainsworth, E. i Waller, D. (2011). Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists views about changes, how and for whom. *Int J Art Therapy*, 16, 70-80.
100. Peisah, C., Lawrence, G. i Reutens, S. (2011). Creative solutions for severe dementia with BPSD: A case of art therapy used in an inpatient and residential care setting. *Int Psychogeriatrics*, 23, 1011-1013.

101. Pražić, B. (1987). Crtež i slika u psihijatriji. Zagreb: Naprijed.
102. Prickett, C. i Moore, R (1991). The use of music to aid memory of Alzheimer's patients. *J Music Ther*, 28, 101-110.
103. Reschke- Hernandez, A.E. (2011). History of music therapy treatment interventions for children with autism. *Journal of Music Therapy*, 48(2), 169-207.
104. Reynolds, M.W., Nabors, L. i Quinaln, A. (2000). The effectiveness of art therapy: does it work? *Art Therapy*, 17, 207-213.
105. Rosenblatt, A. (2005). The art of managing dementia in the elderly. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 72 (3), 3-13.
106. Rusted, J. i Sheppard, L. (2006). A multi-centre randomized con-trol group trial on the use of art therapy for older people withdementia. *Group Analysis*, 39, 517-536.
107. Safar, L.T. i Press, D.Z. (2011). Art and the brain. Effects of dementia on art production in art therapy. *Art Therapy*, 28, 96-103.
108. Sauer, P.E., Fopma-Loy, J. i Lokon, E. (2014). It makes me feel like myself: Person-centered versus traditional visual arts activities for people with dementia. *Dementia*, 0, 1-18.
109. Schneider, J. (2018). The Arts as a Medium for Care and Self-Carein Dementia: Arguments and Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1-11.
110. Semnic, M., Semnic, R., Pavlović, D., Bugarski, V., Žikić, T., Delibašić, N., Ješić, A. i Žikić, M. (2009). Nefarmakološki tretman demencija. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 17, 65-71.
111. Simmons-Stern, N., Budson, A. i Ally, B. (2010). Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 48, 3164-3167.
112. Springham, N., Findlay, D., Woods, A. i Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal Therapy: Formerly Inscape*, 17, 115-129.



113. Stark, J. C. (2012). Perceived benefits of group music therapy for breast cancer survivors: mood, psychosocial well-being, and quality of life. Doktorska disertacija. Michigan State University.
114. Stewart, E.G. (2004). Art therapy and neuroscience blend: Working with patients who have dementia. *Art Therapy*.
115. Sučić, G. i Lovrinčević, M. (2013). Music Therapy and Children with Special Needs. *Tonovi*, 24(1), 144-153.
116. Svjetska zdravstvena organizacija. (2016). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems.
117. Škrbina, D. (2010). Kreativno izražavanje kao sredstvo potpomognute komunikacije kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*, 17 (2).
118. Škrbina, D. (2013). Art terapija i kreativnost. Zagreb:Veble commerce.
119. Trappe, H. J. i Voit, G. (2016). The Cardiovascular Effect of Musical Genres, *Deutsches Arzteblatt International*, 113(20), 347-352.
120. Tyack, C., Camic, P., James Heron, M. i Hulbert, S. (2015). Viewing Art on a Tablet Computer: A Well-Being Intervention for People With Dementia and Their Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*.
121. Uzun, S., Laidlaw, I. T., Jukić, M.K., Kozumplik, O., Kalinić D., Pivac, N. i Mimica, N. (2018). Od demencije češće boluju žene. *Socijalna psihijatrija*, 46 (1), 58-76.
122. Verussio, W., Andreozzi, B., Marigliano, A. i Renzi, V. (2014). Exercise training and music therapy in elderly with depressive syndrome: a pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*.
123. Wallace, W. T. (1994). Memory for music: effect of melody on recallof text. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 20, 1471–1485.
124. Waller, D. (2001). Art therapy and dementia: An update on work in progress. *Inscape*, 6, 67-68.

125. Weintraub, M.I., Mamtani, R. i Micozzi, M.S. (2008). *Complementary and Integrative Medicine in Pain Management*. New York: Springer Publishing Company.
126. Wigram, T., Pedersen, I.N. i Bonde L.O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
127. Woolhiser Stallings, J. (2010). Collage as a Therapeutic Modality for Reminiscence in Patients with Dementia. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27 (3), 136-140.
128. World Federation of Music Therapy (WFMT) (2011). President presents: Announcing WFTM's NEW Definition of Music Therapy.
129. Ziv, N., Granot, A., Hai, S., Dassa, A. i Haimov, I. (2007). The effect of background stimulative music on behaviour in Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy*, 44 (4), 329-343.
130. Žikić, M., Žikić, T.R., Semnic, M., Semnic, R., Đajić, V., Ješić A., Vujković, Z. i Miljković, S. (2009). Epidemiologija, etiologija, klasifikacija, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza i tretman demencija. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 7 (1-2), 47-52.