Uloga art terapije u liječenju onkoloških pacijenata

Papić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:397984

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Ana Papić

Uloga art terapije u liječenju onkoloških pacijenata

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je pri Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Marijane Braš i predan je na ocjenjivanje u akademskoj godini 2015./2016.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
2. ONKOLOŠKE BOLESTI 2
   2.1. EPIDEMIOLOGIJA 2
   2.2. ETIOLOGIJA 3
   2.3. PREVENCIJA I RANO OTKRIVANJE 3
   2.4. LIJEČENJE 4
3. PSIHOONKOLOGIJA 5
   3.1. DEFINICIJA, POVIJESNI PREGLED I ZADAĆE PSIHOONKOLOGIJE 5
   3.2. UTJECAJ PSIHOLOŠKIH FAKTORA NA NASTANAK I PROGRESIJU ONKOLOŠKE BOLESTI 8
   3.3. PSIHOLOŠKE REAKCIJE NA ONKOLOŠKU BOLEST 10
   3.4. PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITETI ONKOLOŠKIH PACIJENATA 12
      3.4.1. DEPRESIJA 12
      3.4.2. ANKSIOZNI POREMEĆAJI 14
      3.4.3. PSIHOZA I DELIRIJ 15
   3.5. TERAPIJSKE INTERVENCIJE U PSIHOONKOLOGIJI 16
      3.5.1. PSIHOFARMAKOLOŠKO LIJEČENJE 16
      3.5.2. PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE 17
4. UMJETNOST I ONKOLOGIJA 20
   4.1. UMJETNOST KAO METODA PODUČAVANJA I SENZIBILIZACIJE JAVNOSTI 21
   4.2. ART TERAPIJA U ONKOLOGIJI 23
      4.2.1. POVIJESNI PREGLED I DEFINIRANJE ART TERAPIJE 23
      4.2.2. UPOTREBA ART TERAPIJE U ONKOLOGIJI 25
      4.2.3. PRIMJENA ART TERAPIJE U ONKOLOGIJI U HRVATSKOJ 31
5. ZAKLJUČAK 39
6. ZAHVALE 40
7. POPIS LITERATURE 41
8. ŽIVOTOPIS 44

SAŽETAK

ULOGA ART TERAPIJE U LIJEČENJU ONKOLOŠKIH PACIJENATA

Ana Papić

Rak je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u svijetu. Njegova incidencija posljednjih godina raste te danas iznosi oko 14 milijuna stanovnika. Smatra se da će taj broj sljedećih dvadeset godina narasti dvostruko. Glavna karakteristika bolesti je nekontrolirano bujanje tkiva koje razara cijeli organizam. Veliki se napori ulažu u prevenciju, rano otkrivanje i liječenje raka, te se ovime bavi onkologija kao grana medicine.

Vrlo je važan i psihosocijalni aspekt raka kojim se bavi relativno novo područje psihoonkologije. Ono proučava sve psihološke elemenate koje maligna bolest nosi, od utjecaja na njen nastanak do ublažavanja i liječenja svih psiholoških simptoma i problema koje ona uzrokuje kod pacijenata. Intervencije kojima se psihijatri i psihoterapeuti služe u psihoonkologiji su farmakoterapija te psihoterapija. Psihoterapeuti mogu raditi individualno s pacijentima, u grupnoj terapiji, s obiteljima oboljelih i s onkološkim timom.

Umjetnost u onkologiji može se koristiti kao metoda senzibilizacije javnosti za važnost kvalitetnog i sveobuhvatnog pristupa osobama oboljelima od ovih bolesti. Važna je i kao metoda podučavanja profesionalaca različitim aspektima onkološke bolesti, a možda je najvažnija upravo kao oblik psihoterapije (art terapija) za oboljele, članove njihovih obitelji i članove medicinskog tima.

Art terapija razvija se kroz 20. stoljeće potaknuta razvojem psihijatrije, psihoterapije i psihoanalize te razvojem novih umjetničkih pravaca kao što su nadrealizam i ekspresionizam. Svoj moderni oblik dobiva 40-ih godina kada se počinje i službeno zvati art terapija. Art terapeut je visoko stručno zanimanje i zahtijeva određene kvalifikacije u umjetničkom i terapeutskom radu.

Posljednjih dvadesetak godina diljem svijeta ulažu se napori kako bi se ona počela provoditi i s onkološkim pacijentima. Prva iskustva pacijenata i dojmovi terapeuta izrazito su pozitivni. Ističe se važnost povećanja broja kvantitativnih studija i izrade randomiziranih kontroliranih studija kao najvažnijeg oblika dokaza moderne medicine, kako bi se mogli naći najbolji modeli art terapije za onkološke pacijente.

Postoje i pokušaji kod nas u Hrvatskoj da art terapija postane ravnopravni član licenciranih terapeutskih zanimanja. Entuzijazam pojedinaca i prva nastojanja ovakvog rada s pacijentima urodila su nekim zanimljivim projektima, a u budućnosti je bitno stvoriti okružje za obrazovanje i rad art terapeuta.

KLJUČNE RIJEČI: rak, onkologija, psihoonkologija, umjetnost, art terapija

SUMMARY

THE ROLE OF ART THERAPY IN THE TREATMENT OF ONCOLOGY PATIENTS

Ana Papić

Cancer is one of the leading public health problems in the world. Its incidence has increased in recent years, amounting to about 14 million people. It is believed that this number will double in the next twenty years. The main characteristic of the disease is the uncontrolled proliferation of tissue that destroys the entire body. Great efforts are being made in the prevention, early detection and treatment of cancer. Oncology as a branch of medicine deals with these issues.

The relatively new field of psycho-oncology deals with the psychosocial aspects of cancer which are also very important. It examines all the psychological elements of malignant diseases, from their impact on the formation of the disease to the mitigation and treatment of psychological symptoms and problems the disease causes in patients. Interventions that psychiatrists and psychotherapists use in psycho-oncology are pharmacotherapeutic treatment and psychotherapy. Psychotherapists can work individually with patients, in group therapy, with the families of patients and the oncology team.

Art in oncology can be used as a method of promoting awareness of the importance of a quality and comprehensive approach to people suffering from these diseases. It is important as a method of teaching professionals the different aspects of oncological diseases, and perhaps most important as a form of psychotherapy (art therapy) for patients, their families and members of the medical team.

Art therapy has started developing throughout the 20th century stimulated by the development of psychiatry, psychotherapy and psychoanalysis and the development of new art trends such as surrealism and expressionism. It gets its modern form in the 1940ies when it starts being officially called art therapy. Art therapists are a highly skilled profession and require certain qualifications in artistic and therapeutic work.

In the last twenty years efforts are being made worldwide to implement its use with cancer patients. The first patient experiences and therapist impressions are extremely positive. The importance of increasing the number of quantitative studies and randomized controlled trials as the most important form of evidence in modern medicine is emphasized in order to find the best models of art therapy for oncology patients.

There are attempts here in Croatia for art therapy to become an equal member of licensed therapeutic jobs. The enthusiasm of individuals and first efforts in the work with patients have produced some interesting projects, but in the future it is essential to create an environment for the education and work of art therapists.

KEY WORDS: cancer, oncology, psycho-oncology, art, art therapy

1. UVOD

Rak kao bolest svojom težinom predstavlja veliki teret za pojedinca, kao i za društvo u cjelini. Cjelokupno zdravlje osobe i svi aspekti njezinog života zahvaćeni su njome.

Suvremena istraživanja i klinička praksa ukazuju da otprilike polovina onkoloških bolesnika ima i razne psihijatrijske/psihološke komorbiditetne poremećaje koji zahtijevaju optimalnu dijagnostiku i terapiju (Braš, Gregurek 2008). Pacijenti pri suočavanju s bolesti i u borbi s njom prolaze velike strahove, patnje i boli te je adekvatna psihosocijalna podrška postala neminovna u sustavnom liječenju ovih bolesti.

Zanimalo me na koje se sve načine može pomoći ovim pacijentima kako bi kroz ovu životnu bitku razmišljali pozitivno i kako se ne bi prepustili svim teškoćama koje im ona donosi.

Željela sam istražiti fenomen korištenja umjetnosti u psihoterapiji ovih pacijenata, kao novu metodu psihosocijalne intervencije s velikim potencijalom za poboljšanje kvalitete njihova života te sve dobrobiti koje ona može imati za njih.

2. ONKOLOŠKE BOLESTI

2.1. EPIDEMIOLOGIJA

Rak je generički naziv za veliku skupinu bolesti koje mogu pogoditi bilo koji dio tijela. Nazivi medicinske terminologije koji se koriste su maligni, odnosno zloćudni tumori, maligne neoplazme, malignomi ili maligne bolesti. Otkrivanjem i liječenjem raka bavi se onkologija kao medicinska grana tako da se koristi i termin onkološke bolesti. Jedna od temeljnih bioloških karakteristika raka je rapidno stvaranje abnormalnih stanica koje rastu i umnožavaju se preko svojih uobičajenih granica, i koje zatim mogu prodrijeti u dijelove tijela u neposrednoj blizini i širiti se u druge organe, proces koji se naziva metastaziranje. Metastaze su glavni uzrok smrti oboljelih od raka (WHO Media centre 2015).

Rak je jedan od najvećih javnozdravstvenih problema u svijetu. Gledajući pojedine trendove u proteklim desetljećima, uočljivo je da ukupna smrtnost od svih zloćudnih bolesti zajedno pokazuje jasnu tendenciju rasta, tako da je danas njihova smrtnost čvrsto na drugom mjestu iza kardiovaskularnih bolesti koje u zapadnom svijetu pokazuju tendenciju pada smrtnosti. Također se incidencija svih, pa tako i onih najčešćih malignoma, u proteklih 30-ak godina povećava (Belev, 2008), a u 2012. godini dosegla je brojku od 14,1 milijun ljudi u svijetu. Pluća, prostata, debelo crijevo, želudac i jetra najčešća su sijela raka kod muškaraca, dok su dojke, debelo crijevo, pluća, maternica, vrat maternice i želudac najčešća sijela kod žena. Prema podacima iz iste godine u svijetu 32,6 milijuna ljudi živi s rakom, a rak je odgovoran za 8,2 milijuna smrti diljem svijeta. Najčešći uzroci smrti su malignomi ovih sijela: pluća (1.59 milijuna smrti), jetra (745 000 smrti), želudac (723 000 smrti), debelo crijevo (694 000 smrti), dojka (521 000 smrti), jednjak (400 000 smrti) (WHO Media centre 2015).

Najveći porast smrtnosti je i dalje kod karcinoma pluća i bronha, a neki tumori pokazuju već neko vrijeme trend smanjenja smrtnosti (npr. želudac, kolorektalni karcinom) što je rezultat prije svega ranijeg otkrivanja, ali i novih mogućnosti liječenja (Belev, 2008).

Incidencija u svijetu od 1950. do 2012. godine porasla je kao rezultat ubrzanog starenja stanovništva u brojnim zemljama i povećanog izlaganja raznim rizičnim faktorima (pušenje, neredovita i neadekvatna prehrana, tjelesna neaktivnost, pretjerani unos alkohola) (Braš, Gregurek 2008). Očekuje se da će broj novih slučajeva rasti za otprilike 70% kroz sljedeća dva desetljeća (WHO Media centre 2015).

2.2. ETIOLOGIJA

Rak nastaje od jedne jedine stanice. Transformacija normalne stanice u tumorsku je proces koji se odvija u više faza, a tipična je progresija prekancerozne lezije u maligni tumor. Ove promjene su rezultat interakcije između genetskih faktora osobe i tri kategorije vanjskih agensa koji uključuju:

- fizikalne karcinogene, kao što su ultravioletno i ionizirajuće zračenje
- kemijske karcinogene, kao što su azbest, komponente duhanskog dima, aflatoksin (kontaminant u hrani), arsen (kontaminant vode)
- biološke karcinogene, kao što su infekcije određenim virusima, bakterijama i parazitima.

Starenje je još jedan fundamentalan faktor u razvoju raka. Incidencija raka dramatično raste s dobi, vjerojatno zbog nagomilavanja rizika za pojedine vrste raka. Sveukupna akumulacija rizika je pridodana smanjenoj učinkovitosti staničnih reparacijskih mehanizama kako osoba stari.

Uživanje duhana je najvažniji rizični faktor za rak uzrokujući oko 20% ukupnih smrti od raka i oko 70% smrti od raka pluća diljem svijeta. Ostali najvažniji rizični čimbenici su uživanje alkohola, nezdrava prehrana i fizička neaktivnost. Neke kronične infekcije su rizični čimbenici za rak i imaju veliku važnost u slabije razvijenim dijelovima svijeta. Hepatitis B i hepatitis C povećavaju rizik za rak jetre, a neki tipovi Humanog papilloma virusa (HPV) za rak vrata maternice. Infekcija HIV-om dodatno doprinosi riziku raka, npr. vrata maternice (WHO Media centre 2015).

2.3. PREVENCIJA I RANO OTKRIVANJE

Rak se može reducirati i kontrolirati implementiranjem strategija temeljenim na dokazima za prevenciju raka, ranu detekciju i liječenje. Mnoge vrste raka imaju veću šansu za izlječenje ako su na vrijeme detektirane i adekvatno liječene.

Izbjegavanje nabrojenih rizičnih faktora i mijenjanje loših životnih navika ključni su u preventivnoj strategiji i smanjenju globalnog opterećenja rakom. Bitne su i kontrole kakvoće zraka, vode i tla, cijepljenje protiv nabrojenih virusa, kontroliranje opasnosti na radnom mjestu, smanjenje izlaganja sunčevu zračenju te izlaganja ionizirajućem zračenju.

Dvije su komponente u nastojanjima ranoga otkrivanja. Prva je važnost prepoznavanja ranih znakova i simptoma raka i postavljanja rane dijagnoze, ponajviše na mjestima gdje zbog nedovoljnih resursa efektivne mjere screeninga nisu omogućene populaciji. Screening, ondje gdje se provodi, nastoji identificirati osobe s abnormalnostima sugestivnima za određenu vrstu raka ili prekanceroze kako bi se što prije dijagnosticirala i liječila bolest. Takvi programi su najučinkovitiji za česte oblike raka za koje su dostupni relativno jeftini testovi jednostavni za provedbu kod velike skupine ljudi. Primjer je PAPA test za rak vrata maternice i mamografija za rak dojke (WHO Media centre 2015).

2.4. LIJEČENJE

Točna dijagnoza raka esencijalna je za adekvatno i učinkovito liječenje jer svaki oblik i vrsta zahtijeva specifični plan liječenja koji uključuje jedan ili više modaliteta kao što su kirurgija, radioterapija i kemoterapija. Primarni cilj je izliječiti rak ili bitno produžiti život. Također je bitno održavati pacijentovu kvalitetu života. To se postiže suportivnom ili palijativnom njegom te psihološkom podrškom.

Neki od najčešćih vrsta raka kao što su rak dojke, vrata maternice, usne šupljine i debelog crijeva imaju visoke stope izlječenja kada su rano otkrivene i liječene u skladu s najboljom praksom, a neki drugi oblici raka iako su diseminirani, kao što su leukemije i limfomi u djece te npr. testikularni seminom, imaju visoki stopu izlječenja ako je osigurano prikladno liječenje.

Palijativna njega je liječenje koje teži smanjivanju i olakšavanju simptoma, a ne izlječenju. Ona pomaže ljudima kako bi živjeli ugodnije; to je hitna humanitarna potreba ljudi diljem svijeta s rakom i drugim kroničnim bolestima. Potrebna je naročito u mjestima s visokim udjelom pacijenata u uznapredovalim stadijima gdje je malo šanse za izlječenje. Kroz palijativnu njegu moguće je otklanjanje fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema kod 90% uznapredovalih pacijenata. Izrazito je bitno pružanje adekvatne terapije za liječenje tzv. karcinomske boli koja se pojavljuje u preko 80% pacijenata u terminalnoj fazi (WHO Media centre 2015).

3. PSIHOONKOLOGIJA

3.1. DEFINICIJA, POVIJESNI PREGLED I ZADAĆE PSIHOONKOLOGIJE

Proučavanje utjecaja psihosocijalnih varijabli na pojavnosti i tijek liječenja raka u žarištu je psihijatrijske i psihosomatske literature od 50-tih godina prošloga stoljeća s postupnim razvojem psihoonkologije kao posebne discipline. Psihoonkologija istražuje psihičke faktore u okvirima multidimenzionalnog razumijevanja malignih oboljenja te uključuje dijagnostičke, terapijske, edukativne i istraživačke aktivnosti psihijatra u onkološkim institucijama, tj. onkološkom timu. Prvi je pristup u razvoju psihoonkologije bio povezan sa psihoanalitičkom formulacijom bolesti, tako da su rana obiteljska dinamika, traumatski događaji, nesvjesni seksualni konflikti i crte ličnosti etiološki povezivane s pojavnošću raka. Ovaj je pristup kasnije doveo do razvoja dva vrlo značajna područja u psihoonkologiji: s jedne strane napravljene su serije studija iz područja psihobiologije stresa, a s druge strane došlo je do razvoja konzultativno-suradne (liaison) psihijatrije. Unazad dva desetljeća dolazi do naglog razvoja psihoonkologije (u nekim zemljama kao subspecijalizacije onkologije, a u drugima kao subspecijalizacije u okviru konzultativno-suradne psihijatrije ili psihosomatske medicine). Danas je psihoonkologija prihvaćena kao izrazito važno područje onkologije i liaison psihijatrije, s tim da su nove spoznaje o psihosocijalnim i psihobiološkim dimenzijama raka, a osobito o psihološkim procesima i ponašanju koji mogu utjecati na morbiditet i mortalitet, poslužile kao temelj za puno efikasnije farmakoterapijske i psihoterapijske intervencije (Braš, Gregurek 2008).

Riječ rak dugo je vremena bila sinonim za smrt, jer stoljećima nije bilo primjerenog terapijskog modela osim kirurškog odstranjivanja tumora, ako je to uopće bilo moguće. Bolest je bila toliko zastrašujuća da se sama dijagnoza najčešće skrivala od bolesnika, tako da je jedino obitelj imala odgovarajuće informacije. Ova pojava koja se nazivala „konspiracijom šutnje“ kod bolesnika je potencirala osjećaj osamljenosti i izolacije, a u nekim zemljama je još uvijek prisutna. Otkrivanje dijagnoze bolesniku smatralo se okrutnim i nehumanim jer se pretpostavljalo da će bolesnik izgubiti nadu i prekinuti borbu s bolesti. Tolstoj u knjizi „Smrt Ivana Iljiča“ najbolje opisuje bolesnikov osjećaj izolacije i osamljenosti u slučaju kad liječnik i obitelj znaju za tijek bolesti i zajedno sudjeluju u zavjeri šutnje (Gregurek 2008).

Usprkos činjenici da je rak danas lječiv i da postoji značajan porast mogućnosti preživljavanja, strah od smrti, boli i gubitka još je uvijek dominantan osjećaj kod oboljelih. Stigmatiziranost smrću i patnjama još uvijek predstavlja značajan problem koji prati ovu bolest, čak i danas, u situacijama kad postoje dobre terapijske prognoze (Gregurek 2008).

Promjene se događaju posljednjih stotinjak godina u liječenju raka i odnosu prema psihološkim činiteljima u nastanku i liječenju onkoloških bolesti. Kirurški pristup bio je dugo vremena prvi i jedini terapijski model u liječenju i to u situacijama kada je bolest otkrivena i dijagnosticirana u ranoj fazi, zbog čega se pokazalo nužnim educirati pučanstvo o važnosti ranog otkrivanja i prepoznavanja

simptoma bolesti. To je bio početak prevladavanja stigme i fatalističkog odnosa prema bolesti, a bio je praćen i novim terapijskim pristupom, zračenjem, koje se počinje primjenjivati početkom 20. stoljeću, međutim tada kao više palijativni pristup liječenju (Gregurek 2008).

Osnivanje The National Cancer Institute, 1937. godine u SAD-u, osiguralo je prvi od države podržani model u liječenju raka koji je, uz razvoj istraživanja radioterapije i kemoterapije, imao za cilj i razvoj istraživanja u području psihosocijalnih i bihevioralnih aspekata ove bolesti i njihova utjecaja na tijek i liječenje (Gregurek 2008).

Razvoj medicinskih znanosti omogućava sve više znanja o malignim oboljenjima, o njihovoj etiopatogenezi, kliničkim slikama i prognozama. Sve je očitija i činjenica da na uspjeh liječenja ne utječu samo biološki faktori bolesti, nego i psihički faktori. Ovo potvrđuje i činjenica da u različitih ljudi ova bolest često ima različit tijek, iako su početna klinička slika i terapija jednake. Na tim saznanjima razvija se u svijetu psihoonkologija koja prije svega istražuje psihičke činioce u okvirima multidimenzionalnog razumijevanja malignih oboljenja (Gregurek 2008).

Osnovni cilj psihosomatske medicine, a posebice psihoonkologije, je kreiranje ozračja koje će omogućiti psihijatrima da rade zajedno s ostalim kliničarima (internistima, kirurzima, onkolozima) i pružaju primjerenu pomoć oboljelima od malignih bolesti. Ovaj cilj definirao je još 1952. godine Stanley Cobb, voditelj psihijatrijske klinike u Massachusetts General Hospital, što je rezultiralo pomakom s fatalističkog stava prema otvorenijem razgovoru o bolesti, kvalitetnijom komunikacijom bolesnika i liječnika, aktivnijim uključivanjem bolesnika u terapijski proces i njegovu participaciju u donošenju odluka (Gregurek 2008).

Program subspecijalizacije iz psihoonkologije počinje sredinom sedamdesetih godina prošlog stoljeća, u vrijeme kad je djelomice prevladana barijera straha od dijagnoze raka i kada je bilo moguće započeti otvorenu komunikaciju s bolesnikom o njegovoj bolesti. Ove promjene koincidirale su i sa značajnim društvenim promjenama koje su se očitovale boljim terapijskim ishodima i preživljavanjem, ali i otvorenim medijskim istupima javnih osoba oboljelih od maligne bolesti. Betty Ford i Happy Rockfeller su među prvim istaknutim i poznatim osobama koje su javnosti priopćile da boluju od maligne bolesti – raka dojke (Gregurek 2008).

U Europi razvoj psihoonkologije započinje 1987. godine osnivanjem European Psycho-Oncology Society (ESPO). Temeljna područja znanstvenog interesa psihoonkologa Europe usmjerena su na istraživanje efekata psiholoških intervencija, psiholoških aspekata u genetici raka, istraživanje kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji i onkološke bolesti djece (Gregurek 2008).

Psihoonkologija danas proširuje svoje interese na preživjele, palijativnu skrb, kao i na genetski predisponirane osobe (osobe koje su u ovom času zdrave, ali u sebi nose visok rizik za pojavu raka otkrićem pojedinih gena koji su potencijalni nositelji bolesti) (Gregurek 2008).

Različiti mehanizmi reagiranja onkoloških bolesnika značajno utječu na medicinsko osoblje koje se svakodnevno susreće s njima. Liječniku može biti teško sučeliti se s tim bolesnicima jer ga podsjećaju na njegovu bespomoćnost i bude u njemu strahove jer se identificira s njima. Prema tome, uloga liaison psihijatra na onkološkim odjelima sadrži dvije komponente: rad s bolesnikom od postavljanja dijagnoze do završetka liječenja te rad s medicinskim timom. Zadatak rada s osobljem zasniva se na mogućnosti identificiranja negativnih osjećaja i omogućavanju njihovog savladavanja i otvorenog pokazivanja pred drugim kolegama te, posljedično, redukciji osjećaja krivnje i diskusiji o objedinjavanju svih akcija koje osiguravaju bolesnikovo što bolje psihičko i somatsko stanje (Braš, Gregurek 2008).

Interakcija između zdravstvenih profesionalaca koji rade s bolesnicima i njihovim obiteljima te psihoonkološka edukacija ovih profesionalaca o biopsihosocijalnom pristupu, komunikacijskim vještinama, psihoonkološkim intervencijama i kontinuiranoj skrbi trebaju biti prisutne u svakom onkološkom centru – od sveučilišnih bolnica do dnevnih bolnica u lokalnim bolnicama, od organiziranih palijativnih timova do njege u kući koju pružaju liječnici obiteljske medicine (Braš, Gregurek 2008).

3.2. UTJECAJ PSIHOLOŠKIH FAKTORA NA NASTANAK I PROGRESIJU ONKOLOŠKE BOLESTI

Sve teorije o psihosomatskom porijeklu malignih bolesti mogu se svrstati u dvije skupine: permisivne i kauzalne. Za razliku od kauzalnih, permisivne teorije su umjerenije i pretpostavljaju da psihogeni činioci ne djeluju direktno kancerogeno, već da drugi neposredni izazivači omogućavaju da maligne alteracije dođu do izražaja (Gregurek 2008).

U teorijskim objašnjenjima pojave malignih bolesti važnu ulogu ima teorija stresa. Stručnjaci tumače da pod utjecajem stresa dolazi do slabljenja obrambenih snaga organizma (prije svega endokrinološkog i imunološkog sustava). Stresne situacije mogu biti akutne, npr. gubitak voljene osobe ili kronične, npr. trajna emocionalna konfliktna stanja, nezadovoljstvo na poslu i sl. Pritom nije važan samo intenzitet stresa, nego treba voditi računa o tome koliko je određena osoba sposobna braniti se, ovisno o svojim psihofizičkim mogućnostima, od stresa. Znamo, naime, da neke ličnosti s lakoćom podnose neugodne životne situacije, dok druge i na najmanje teškoće reagiraju burno, neadekvatno i bespomoćno (Gregurek 2008).

Psihološki činitelji koji bi mogli utjecati na pojavu onkološke bolesti bili bi: stresni životni događaji, socijalni odnosi, karakteristike ličnosti, suočavanje s bolesti, negativne emocionalne reakcije, psihijatrijski poremećaji i potiskivanje osjećaja (Gregurek 2008).

Utjecaj psiholoških faktora na nastanak i progresiju raka je međutim i dalje kontroverzan. Velika epidemiološka Western Electric studija pokazala je da su depresivni simptomi povezani s dvostruko većim rizikom smrti zbog raka 17 godina poslije i s incidencijom raka većom od normalne tijekom prvih 10 godina i u kasnijem 20-godišnjem praćenju. Međutim, neke druge studije nisu pokazale rizičan utjecaj depresije na rak. U prvoj godini nakon dijagnoze karcinoma dojke, 50% žena ima klinički značajnu depresiju, anksioznost ili oboje i ponovno postoje različiti rezultati o njihovom utjecaju na povratak bolesti ili mortalitet. Depresija može utjecati na tijek bolesti i kroz slabiju kontrolu boli, manju suradljivost i manju želju za uzimanjem terapije održavanja (Braš 2008).

Psihosocijalni aspekti imaju važnu ulogu u cijelom tijeku onkološke bolesti, od njene moguće prevencije, pa sve do kraja života oboljelih (Gregurek 2008).

Psihološki aspekti uključeni u primarnu prevenciju onkoloških bolesti imaju naglasak na promjeni ponašanja i životnih stilova koji mogu uzrokovati pojavu bolesti kao što su pušenje, prekomjerna debljina i sl. U fazi otkrivanja bolesti značajan su faktor genetski činitelji, ali i posebna skrb za osobe koje su pozitivne na genetskim testovima, a koji uključuju educirane genetske savjetnike. Informiranje putem DNA testiranja o mogućoj pojavi bolesti uključuje u prvom redu niz emocionalnih, psiholoških i socijalnih problema, a zatim i niz etičkih dilema. Informacija bez

mogućnosti intervencije može dovesti do diskriminacije, socijalne instrumentalizacije, a posebno do vrlo negativnog psihološkog utjecaja na osobu pod rizikom (Gregurek 2008).

Poseban značaj psiholoških aspekata na tijek maligne bolesti predstavljaju, paradoksalno, sve bolji ishodi liječenja i preživljavanje. Pojava tzv. Damoklovog sindroma opisana je početkom 80-tih godina prošlog stoljeća u obliku stalnog straha od ponovne pojave bolesti. Mnogobrojne nuspojave liječenja, isto tako, ostavljaju trajne posljedice na bolesnika, od promjene slike tijela (mutilacijske operacije, zračenje) do narušenog samopoštovanja, ali i značajnih seksualnih problema. Značajan problem predstavlja i pojava psihijatrijskih bolesti koje mogu pratiti ovu fazu bolesti, posebice se to odnosi na pojavu posttraumatskoga stresnog poremećaja koji se očituje u punom intenzitetu kod čak 10% preživjelih, a kod preko 48% bolesnika očituje se u nekim drugim elementima, prvenstveno u simptomima ponovnog proživljavanja i izbjegavajućem ponašanju (Gregurek 2008).

Aktivna palijativna skrb posljednjih godina napravila je iskorak iz bolničkih u ambulantne okvire, što se posebno očituje u kontroli simptoma (boli) u kući oboljelog. Na taj način osigurani su adekvatniji, podržavajući psihosocijalni činitelji koji osiguravaju bolju kvalitetu života, pomičući teret skrbi na obitelj, ali osiguravajući bolje odnose unutar obitelji uz primjerenu psihosocijalnu pomoć educiranih savjetnika (Gregurek 2008).

Posljedično se sve veća pažnja posvećuje kraju života i dostojanstvenoj smrti bolesnika s ciljem osiguravanja primjerenog okruženja, ali i umanjenja patnji, posebice dugotrajnih i intenzivnih bolova (Gregurek 2008).

3.3. PSIHOLOŠKE REAKCIJE NA ONKOLOŠKU BOLEST

Već prvi susret s dijagnozom maligne bolesti budi u ljudima intenzivnije emocionalne reakcije nego u susretu s bilo kojom drugom bolesti. U većine ljudi ona je vezana uz određenu predodžbu, koja s jedne strane ima realnu, a s druge strane metaforičku podlogu. U svezi s tim predodžbama stvaraju se u bolesnika, kao i u liječnika, obrambeni mehanizmi koje liječnik treba poznavati i uvažavati u terapijskom procesu. Prva reakcija bolesnika na sumnju i spoznaju da ima malignu bolest je strah. To je praktički najveći mogući strah – strah od smrti, odnosno strah od odvajanja od drugih i od samoga sebe koji može izazvati teška anksiozna stanja sve do razmjera panike, a značajne su psihološke reakcije depresivnost, manija, pa i psihotične reakcije. Osobe sučeljene sa smrću prolaze kroz različita duševna stanja i faze, kao što su faza nepriznavanja i osamljivanja, faza gnjeva, faza cjenjkanja, faza depresije i, na kraju, faza prihvaćanja. Najčešće obrane kojima se onkološki bolesnik koristi su regresija, poricanje, projekcija i potiskivanje. Uspješnost obrana ne ovisi samo o snagama ega koje se formiraju u vrijeme razvoja bolesnikove ličnosti, nego donekle i o aktualnim objektnim odnosima, odnosno odnosima u obitelji, prijateljstvima, a u velikoj mjeri i u odnosu s liječnikom (Braš, Gregurek 2008).

Uzimajući u obzir biopsihosocijalni pristup, komplikacije dijagnostike i liječenja raka (kirurško liječenje, kemoterapija, radioterapija, hormonalna terapija) su izrazito značajne. Na tjelesnoj razini, rak može uzrokovati značajne promjene u tijelu i doživljaju tijela od strane bolesnika. Tip maligne bolesti („vidljiva“ kao karcinom dojke ili one „manje vidljiva“ kao što je npr. leukemija), stupanj bolesti, biološke karakteristike i efekti liječenja (npr. tjelesne mutilacije, stoma, maligna bol, mučnina i povraćanje, gubitak kose, umor) vrlo su važni u različitim emocionalnim odgovorima bolesnika. Postoje i brojne druge tjelesne i biološke posljedice raka, kao što su utjecaj na funkcionalnu aktivnost, osjećaj ovisnosti o pomoći drugih, utjecaj na seksualnost itd. Onkološki bolesnici moraju se suočiti s brojnim mogućim psihološkim problemima, kao što su emocionalna nestabilnost (strah, zabrinutost, tuga), neizvjesnost, promjena perspektive o budućnosti, prijetnja mogućom smrti, osjećaji osamljenosti, napuštenosti, marginalizacije, stigmatizacije itd. Na duhovnoj razini može doći do niza problema povezanih sa značenjem koje pojedinac daje svom životu, a često dolazi i do niza interpersonalnih problema u odnosima s članovima obitelji, prijateljima i širom društvenom zajednicom. Svi ovi faktori mogu se mijenjati tijekom različitih faza bolesti (dijagnoza, aktivno liječenje, otpust iz bolesnice, praćenje, preživljavanje raka, palijativna medicina) i tijeka liječenja (remisija, recidiv, progresija, terminalna faza) s različitim psihološkim posljedicama (Braš, Gregurek 2008).

Suočavanje s mogućnošću smrti, promjena tjelesnog izgleda, strah od intenzivne boli i liječenja, promjena uloga u obitelji, radnoj sredini i široj okolini faktori su koji čine razvoj maligne bolesti izrazito stresnim iskustvom. Stres je definiran stimulusom (stresorom), subjektivnim doživljajem iskustva, općim nespecifičnim povećanjem pobudljivosti i slanjem informacije u mozak o tom

odgovoru. Većina malignih bolesti postaju kronična stanja koja dovode do prolongiranog stresa s promjenama ponašanja i psihoneuroendokrinološkim promjenama, kao i značajnim imunološkim promjenama (Braš, 2008).

Istraživanja pokazuju da su psihijatrijski poremećaji (depresija, anksioznost, beznađe) učestali podjednako, ako ne i više od ostalih tjelesnih simptoma kod onkoloških bolesnika. Međutim, često im se pridaje premalo značenje u dijagnostici i liječenju onkoloških bolesnika, unatoč značajnim posljedicama neadekvatnog liječenja i velikoj subjektivnoj patnji. Postoje brojne rasprave o mogućem utjecaju psiholoških faktora na prognozu liječenja onkoloških bolesnika, a istraživanja ukazuju na važnost načina suočavanja (coping) i pozitivan utjecaj grupnih suportivnih psihoterapija (Braš, Gregurek 2008).

Unatoč intenzivnom razvoju novih dijagnostičkih i terapijskih procedura u liječenju onkoloških bolesnika, rak je i dalje jedna od dijagnoza koja često izaziva strah od dugotrajnih i neizdrživih bolova. Unatoč visokoj prevalenciji, bol je često nedovoljno i neadekvatno liječena. Bol kod onkoloških bolesnika kompleksan je fenomen koji uključuje cijelu ličnost, s tjelesnim, afektivnim, socijalnim, kognitivnim, ponašajnim i duhovnim dimenzijama, a brojna istraživanja i kliničko iskustvo ukazuju da je bol puno intenzivnija i učestalija kod onkoloških bolesnika sa psihijatrijskim komorbiditetom. Istraživanja ukazuju da se vrlo često u liječenju tzv. karcinomske boli ne obuhvaćaju ove psihološke varijable odnosno da je nedovoljno korištenje psihofarmaka i psihoterapijskih intervencija bitan razlog neadekvatnog liječenja. U liječenju boli kod onkoloških bolesnika potrebna je racionalna polifarmacija, pri čemu je važno naglasiti da neki psihofarmaci djeluju na komorbiditetne psihijatrijske simptome, ali i kao adjuvantni analgetici u liječenju same boli (Braš, Gregurek 2008).

3.4. PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITETI ONKOLOŠKIH PACIJENATA

Psihijatrijski/psihološki problemi koji se uobičajeno susreću kod onkoloških bolesnika su prije svega depresivni poremećaji, poremećaji prilagodbe i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) te ostali anksiozni poremećaji, seksualne disfunkcije (gubitak želje, impotencija, anorgazmija, doživljaj neprivlačnosti) kao i delirij i drugi kognitivni poremećaji, ali i niz drugih problema (suicidalne ideje, posljedice nedostatka obiteljske i socijalne podrške, poremećaji ličnosti koji uzrokuju probleme u stanjima ekstremnog stresa, pitanje sposobnosti donošenja odluka, žalovanje, kvaliteta života, duhovna i religijska pitanja itd.) (Braš 2008).

3.4.1. DEPRESIJA

Postoje snažni dokazi o povezanosti raka i depresije, s prevalencijom depresije kod bolesnika sa solidnim tumorima od 20-50%. Osobito su vulnerabilni pacijenti u uznapredovalom stadiju bolesti, kada velik broj njih ima depresivne simptome, uz često prisutan delirij i intenzivnu bol (Braš 2008).

Depresija je povezana i sa slabijom kontrolom boli, lošijom suradljivošću i manjom željom za dugotrajnom terapijom. Depresivni simptomi mogu biti „normalna reakcija“, psihijatrijski poremećaj ili posljedica same maligne bolesti ili liječenja. Varijabilnost u prevalenciji ovisi o brojnim medicinskim faktorima (mjesto tumora, dob, vrijeme od dijagnoze, liječenje itd.) te raznim metodologijama studija, ali i o kulturalnim i etničkim karakteristikama, religijskim stavovima, socio-ekonomskom statusu, načinima suočavanja, crtama ličnosti itd. Tako je nedavna studija na 2600 žena s ranim rakom dojke pokazala kako stupanj depresije ne ovisi o objektivnim medicinskim faktorima povezanim s rakom (Braš 2008).

Vjerojatno je zbog neadekvatnih kriterija DSM-IV za bolesnike s rakom i depresijom visoka prevalencija poremećaja prilagodbe. Osobito je pogrešno ako kliničari poremećaj prilagodbe dožive kao prolazno stanje, iako stresori povezani s onkološkom bolesti traju dugo, tako da se dijagnoza mora modificirati i ne smije se odgađati liječenje. U procjeni depresivne simptomatike dakle postoji rizik od njezina neprepoznavanja (procjena depresivnih simptoma kao normalne reakcije) ili pretjeranog dijagnosticiranja (procjena normalnih emocionalnih reakcija ili simptoma povezanih s rakom kao dijela depresije). Budući da sama maligna bolest može uzrokovati anoreksiju, gubitak težine, umor i druge vegetativne simptome, dijagnoza kliničke depresije više se povezuje sa psihološkim simptomima kao što su socijalno povlačenje, anhedonija, disforično raspoloženje, osjećaj beskorisnosti ili krivnje, sniženo samopouzdanje i suicidalne misli (Braš 2008) .

Kod onkoloških bolesnika priroda depresije je izrazito složena pa uvijek treba razmišljati o tome da su depresivni poremećaji sindromi, a ne bolesti te da uključuju razne poremećaje raspoloženja i vrlo različite kliničke slike. Velik broj kliničara u praksi važnima smatra faktore kao što su progresija bolesti, cjelokupna ozbiljnost bolesti, socijalna podrška i prilagodba i otpornost na životne stresore. Također su jako važne i strategije suočavanja, osjećaj gubitka, kognitivna prilagodba i struktura

ličnosti pojedinog bolesnika. U procjeni depresivne simptomatike važno mjesto zauzima i umor, čija je prevalencija od 25-99%, jer osjećaj umora može biti povezan s liječenjem maligne bolesti, ali i s depresijom. Rezultati istraživanja ukazuju da se individualni somatski simptomi razlikuju po prirodi i da simptomi povezani s apetitom i smanjena sposobnost razmišljanja mogu biti važni i koristiti se u dijagnozi depresije kod onkoloških bolesnika, dok poremećaji spavanja i umor nisu u tome korisni (Braš 2008).

Povećan suicidalni rizik kod onkoloških bolesnika povezan je s depresijom kao i s uznapredovalim stadijem bolesti, lošom prognozom, delirijem, neadekvatno kontroliranom boli, prijašnjim psihijatrijskim liječenjem, zlouporabom tvari, prijašnjim pokušajima suicida i socijalnom izolacijom. Kod njih su učestalije pasivne suicidalne misli od prave suicidalnosti, iako i ona može biti prisutna kod nekih nesuradljivih bolesnika ili kod onih koji odbiju liječenje (Braš 2008).

Najvažnije je u liječenju onkoloških bolesnika ne smatrati depresivni poremećaj „normalnim“ pratiteljem maligne bolesti ili poremećajem koji se ne može liječiti. Zato je potrebna stalna edukacija onkologa uz važnu ulogu liaison psihijatra koji će primjenjivati farmakoterapijske i psihoterapijske intervencije u cilju liječenja depresije (Braš 2008).

3.4.2. ANKSIOZNI POREMEĆAJI

Anksioznost je normalna reakcija na rak, koja se može pojaviti od testova probira, čekanja rezultata, priopćavanja dijagnoze, liječenja ili očekivanja povratka bolesti, dakle uobičajena je u „kriznim točkama“ tijekom bolesti. Anksioznost povezana s rakom pojačava osjećaj boli, interferira sa spavanjem, uzrokuje mučninu i povraćanje te negativno utječe na kvalitetu života bolesnika. Ako ostaje neliječena, ozbiljna anksioznost može utjecati i na duljinu života bolesnika. Pacijenti najčešće uočavaju da se intenzitet anksioznosti mijenja tijekom vremena i često su puno anksiozniji kada se bolest počne širiti ili liječenje postaje intenzivnije, s tim da postoje velike individualne razlike u intenzitetu simptoma. Većina pacijenata je sposobna smanjiti anksioznost educirajući se o svojoj bolesti i liječenju koje ih čeka. Kod nekih pacijenata, a osobito onih koji su i ranije liječeni zbog anksioznih poremećaja, osjećaj anksioznosti može postati preplavljujući i izrazito negativno utjecati na liječenje, što zahtijeva psihijatrijsko liječenje. Liječenje ovisi o tome koliko anksioznost utječe na svakodnevni život bolesnika. Anksioznost koja je uzrokovana boli ili drugim medicinskim stanjima, specifičnošću tipa tumora ili kao nuspojava liječenja najčešće se kontrolira liječenjem samog uzroka. Suprotno pretpostavkama, pacijenti s uznapredovalom bolesti imaju manji strah od smrti, a puno je veći strah od nekontrolirane boli, stanja u kojima će ostati sami ili ovisni o drugima (Braš 2008). Diferencijalna dijagnoza akutne anksioznosti kod onkoloških bolesnika uključuje akatiziju uzrokovanu antiemeticinma, neliječenu bol, emboliju pluća ili delirij (Braš 2008).

Anksiozni poremećaji uključuju panične poremećaje, opsesivno-kompulzivne poremećaje, posttraumatski stresni poremećaj, fobične poremećaje, generalizirani anksiozni poremećaj, poremećaj prilagodbe te anksiozne poremećaje uzrokovane drugim medicinskim stanjima (Braš 2008). Neki anksiozni poremećaji mogu značajno utjecati na liječenje, npr. pacijenti s klaustrofobijom mogu imati teškoće pri odlasku na MR ili izolaciju zbog neutropenije. Kemoterapija može uzrokovati kondicionirani odgovor na mučninu, povraćanje i intenzivnu anticipacijsku anksioznost (Braš 2008).

Traumatsko iskustvo raka i liječenja može dovesti do razvoja PTSP-a (Braš 2008). Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) definiran je kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju iznimno jake ugroženosti ili katastrofalne prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svake osobe. U kliničkoj slici PTSP-a dominira „trijas“ – repeticija, izbjegavanje i pobuđenost. Repeticija obuhvaća ponovno proživljavanje traumatskog iskustva na svako podsjećanje, npr. kroz slike događaja, tzv. intruzije („flash back“ epizode ili snove). Izbjegavanje se odnosi na sve što podsjeća na traumatski događaj. Pojačana pobuđenost praćena je izraženom anksioznošću (nastanak ovisnosti) i depresivnošću (moguća suicidalnosti). Važno je naglasiti da tip i ozbiljnost maligne bolesti ne povećavaju rizik za PTSP, već glavnu ulogu u određivanju osoba pod najvećim rizikom za razvoj PTSP-a igraju psihološki faktori (Braš 2008).

3.4.3. PSIHOZA I DELIRIJ

Manija kod onkoloških bolesnika obično je povezana s prije prisutnim bipolarno afektivnim poremećajem ili ordiniranjem visokih doza kortikosteroida, a rijetko je povezana s drugim lijekovima (npr. interferon) ili tumorima mozga. Delirij je uobičajen kod bolesnika s rakom kao rezultat bolesti i liječenja, osobito u terminalnom stadiju bolesti. Specifični razlozi uključuju tumor mozga (metastatski ili primarni), antineoplastične lijekove, infekciju, neke antimikrobne lijekove (npr. amfotericin), opioide, hiperkalcemiju i rijetke paraneoplastične sindrome – limbičku encefalopatiju. Rana identifikacija rizičnih faktora može pomoći u prevenciji nastupa delirija ili smanjiti vrijeme potrebno da se korigira stanje (Braš 2008) .

Pri kognitivnom poremećaju i deliriju pacijent doživljava konfuzno mentalno stanje i promjene u ponašanju. Osobe u ovim stanjima imaju probleme s pažnjom, razmišljanjem, svjesnosti, emocijama, pamćenjem, kontrolom mišića, spavanjem i budnosti. Delirij se obično događa iznenada i simptomi mogu oscilirati tijekom dana. Stanje se može liječiti i često je privremeno, čak i kod bolesnika s uznapredovalom bolesti. U zadnjih 24-48 sati života delirij je često stalan zbog problema kao što su otkazivanje organa (Braš 2008).

Ova stanja mogu biti jako uznemirujuća za obitelj pacijenta i druge koji skrbe o njemu, te opasna ukoliko je oštećeno prosuđivanje pacijenta. Pacijent može reagirati nepredvidivo ili ponekad agresivno, pa miran pacijent može naglo postati agitiran, a to zahtijeva intenzivnu skrb. Standardni pristup u liječenju delirija je otklanjanje uzroka. U liječenju se koriste i antipsihotici, a ponekad i sedativi, osobito ako se radi o terminalnom stadiju, uz praćenje mogućih nuspojava lijekova. Odluka o davanju sedativa pacijentu koji je u terminalnom stadiju i ima simptome delirija, boli i otežanog disanja postavlja brojna etička i pravna pitanja za liječnika i obitelj. Ovdje su važni principi palijativne medicine sa stalnim provjerama stanja, uključivanjem obitelji i multidisciplinarnim postupkom (Braš 2008).

3.5. TERAPIJSKE INTERVENCIJE U PSIHOONKOLOGIJI

3.5.1. PSIHOFARMAKOLOŠKO LIJEČENJE

Prije uvođenja psihofarmaka, potrebno je dobro procijeniti težinu psihičkog poremećaja, premorbidne karakteristike ličnosti bolesnika, kao i okolnosti u kojima se poremećaj javio. Psihofarmak se uvodi vodeći računa o sljedećim okolnostima vezanim za osnovnu onkološku bolest: patofiziologiji organa ili sustava koji je pogođen onkološkom bolesti, medikaciji i nuspojavama medikacije koja se primjenjuje zbog onkološke bolesti, metaboličkim poremećajima (elektrolitni disbalans, hipoksija, povećanje transaminaza) uzrokovanih osnovnom bolesti te bolovima, kao pratnji onkološke bolesti. Potrebno je izabrati najbolji lijek, koji će najmanje ulaziti u interakciju s onkološkim liječenjem, a u najkraćem će roku polučiti najbolji uspjeh (Mihaljević-Peleš, Šagud 2008).

Budući da su strah i anksioznost najčešći pratioci onkološke bolest, za očekivati je da će antidepresivi i anksiolitici biti najčešće upotrebljavani lijekovi. Međutim danas su radi jače sedacije u uporabi i novi antipsihotici, zbog vrlo prihvatljivog profila nuspojava i vrlo dobre učinkovitosti. Kombinacije psihofarmaka također su vrlo česte i zahtijevaju poseban oprez zbog mogućih interakcija s onkološkim lijekovima – citostaticima. Nadalje u kombinaciji se često nalaze i antikoagulansi, koji također koriste iste metaboličke putove kao i antidepresivi i citostatici. Važno je poznavati farmakokinetiku korištenih psihofarmaka, odnosno koji lijekovi su supstrati kojih enzima citokroma P450 (Mihaljević-Peleš, Šagud 2008).

Liječenje antidepresivima započinje se nižim dozama, koje se postupno podižu u tri do četiri dana. Ako se odlučimo za promjenu antidepresiva zbog nedjelotvornosti, uputno bi bilo primijeniti antidepresiv s različitim neurotransmitorskim učinkom. Učinak SSRI smatra se jednakim učinku TCA za blažu i srednje tešku depresivnu epizodu. Nuspojave lijekova važne su za uspjeh i prihvaćanje farmakološkog liječenja. Zbog nuspojava često se pribjegava subdoziranju lijekova, kao i preranom prestanku liječenja. Ponekad profil nuspojava određuje izbor antidepresiva (Mihaljević-Peleš, Šagud 2008).

Klinički učinak antipsihotika ogleda se primarno u njegovom otklanjanju sumanutih ideja i halucinacija, te povratku bolesnika u stvarnost. Očituje se i u sedativnom učinku, zatim u anksiolitičkom, antidepresivnom, antimaničnom i antiagresivnom učinku (Mihaljević-Peleš, Šagud 2008).

Anksiolitici (uglavnom benzodiazepini) su lijekovi koji se općenito dobro podnose i imaju relativno malo nuspojava. Najčešće se koriste za kontrolu anksioznosti, ali također su u širokoj primjeni kao hipnotici. Zbog svojih osobitih svojstava koriste se kao antikonvulzivi i miorelaksansi. Ne bi se nikad smjeli koristiti kao dugotrajno rješenje zbog izazivanja tjelesne ovisnosti (Mihaljević-Peleš, Šagud 2008).

3.5.2. PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE

Psihoterapijski pristup u liječenju onkoloških bolesnika sadrži dvije komponente: rad s bolesnikom od postavljanja dijagnoze do završetka liječenja te rad s medicinskim timom (Bloch, Kissane 2000).

Psihijatri-psihoterapeuti za terapijski rad na onkološkom odjelu nužno moraju poznavati psihoanalitičku teoriju i koncept psihoseksualnog razvoja koji su relevantni za cjelokupnu medicinsku praksu i koji pomažu liječniku u razumijevanju vremenski povezanih promjena tijekom životnog ciklusa svake osobe pri čemu se sadašnja (tjelesna) bolest promatra u kontekstu normalnog razvoja. Posebnosti bolničkog okruženja mogu biti korištene u svjetlu prepoznavanja problema koji se mogu javljati kao posljedica maladaptivnih prijenosnih (transfernih) fenomena, nesvjesnog značenja simptoma i terapijskih postupaka, kao i fantazija ili komplikacija povezanih s bolešću. Psihoanalitičko znanje uvelike doprinosi razumijevanju jedinstvenosti ličnosti u strukturi bolesnika, specifičnih modela odgovora na stres, jedinstvenosti mehanizama obrane koje koristi, pamćenja koje je rezultat jedinstvenih proživljenih iskustava, fantazija, mašte, želja, snova, misli i osjećaja (Neuburger 2000).

Elementi nužni za formuliranje psihoterapijskog pristupa u radu s onkološkim bolesnikom zasnivaju se na definiranju:

a) strukture (karakteristike) ličnosti bolesnika

b) sadašnjih problema (razlog za psihijatrijsku intervenciju)

c) bolesnikove situacije („životne priče“), uključujući doživljaj i značenje aktualne bolesti

d) identificiranja životnih događaja i kriznih situacija koje su mogle utjecati na sadašnju situaciju

e) obrana koje koristi da bi ublažio stres uzrokovan bolešću, hospitalizacijom, operativnim ili konzervativnim liječenjem

f) obrazaca ponašanja koje je koristio u prošlosti kao mogući prediktor reakcija na sadašnju situaciju (Gregurek 2008).

Psihoterapijski ciljevi u radu s onkološkim bolesnikom su:

1. ukloniti aktualne konfliktne situacije koje mogu znatno utjecati na dijagnostički i terapijski proces

2. razbiti tendenciju k dubljoj regresiji, pasivizaciji i infantilizaciji

3. umanjiti otpor liječenju

4. aktivnije ga postaviti prema problemima sadašnjosti i budućnosti, motivirati ga za liječenje

5. naučiti bolesnika da integrira bolest (Gregurek 2008).

Psihoterapijske intervencije u liječenju onkološkog bolesnika uključuje širok spektar postupaka koji imaju za cilj razumijevanje bolesnika i njegovih često neizgovorenih problema (Gregurek 2008). Psihoterapijski pristup na onkološkom odjelu uključuje sljedeće aktivnosti:

1. Informativno-edukativni sastanci bolesnika

Liaison psihijatri trebali bi nekoliko puta tjedno nakratko posjećivati bolesnike koji su hospitalizirani kako bi ih vidjeli u okruženju odjela te izdvojili one bolesnike koji koriste neadekvatne mehanizme obrane. Informativno-edukativni sastanci s onkološkim bolesnicima osiguravaju bolesnicima mogućnost da relevantno govore o svojim simptomima, povijesnoj sastavnici u nastanku simptoma, s posebnim naglaskom na vezu sadašnjih reakcija s nekim ranijim iskustvima. Psihoterapeut kroz odgovarajuća pitanja razjašnjava postojeći klinički status te pojašnjava simptome, sumnje i strahove koje bolesnik opisuje (Gregurek 2008).

2. Individualne psihoterapijske intervencije

Psihoterapijske intervencije usmjerene su na hospitalizirane, ali i ambulantne bolesnike koji imaju potrebe i mogućnosti za elaboracijom psiholoških tegoba vezanih uz svoju bolest. Zainteresiranost za verbalnu komunikaciju s bolesnikom i za ono na što se tuži, koliko trpi, što ga brine, važni su elementi psihoterapijskog pristupa. Isto tako važno je strpljivo slušanje bolesnika, uvažavanje njegovih patnji, uočavanje da bol koju bolesnik doživljava ili pak fizička ili psihička nelagoda imaju značajan odraz na odnos bolesnik-liječnik, kao i kontinuirano praćenje razvoja odnosa bolesnika i liječnika i obrnuto. Terapijska tehnika izbora u ovim okolnostima je suportivna psihoterapija, a ona uključuje:

a) razvoj stabilnih objektnih relacija

b) konzistentnu mogućnost zadovoljenja potreba oralno-narcističkih bolesnika

c) mogućnost verbalizacije neugodnih i bolnih emocija

d) konfrontiranje bolesnika s njegovom tendencijom acting-out reagiranju

e) suočavanje s medicinskim osobljem i terapijskim postupcima

f) suočavanje s konfliktnim situacijama (Gregurek 2008).

3. Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija ima svoj značaj na početku liječenja onkološkog bolesnika, u trenutku kada se on suočava sa spoznajom da boluje od bolesti koja zahtijeva dugotrajno liječenje, odricanje od dosadašnjeg načina života i prilagodbu na novi način života pun ograničenja koje nameće bolest (Spiegel i sur. 1978, Spiegel i sur. 1981, Spiegel i sur. 1989). Grupne seanse rezultiraju s tri terapijska učinka. Prvo, omogućuju bolesniku da verbalizira svoje simptome, što posljedično dovodi do spoznaje da i drugi bolesnici proživljavaju slično („nisam jedini“) i na taj način lakše prihvaća vlastite tegobe.

Drugo, grupne seanse ubrzavaju znanje o bolesti i liječenju. I treće, grupna psihoterapija prorađuje pacijentovo poricanje bolesti koje, pogotovo u početku liječenja, može značajno ometati terapijski proces.

Dobit od prvog dijeljenja iskustva s drugima u grupi koji su prošli slična iskustva ne može se zanemariti. Pojedinac u grupi može slobodno izraziti svoje misli i osjećaje bez osjećaja samookrivljavanja i dopustiti sam sebi da se prisjeti svih detalja bolesti. Članovi grupe međusobno se pomažu u ponovnom proživljavanju osjećaja koji su često dugo vremena bili neprihvatljivi za pojedinca. Dijeleći iskustva, kod njih se ponovno javlja osjećaj pripadnosti i prihvaćenosti. S vremenom osjećaj fuzije s grupom kod pojedinaca koji dijele slično iskustvo omogućuje kontrolu ambivalentnih i agresivnih pulzija. Ta spontana ekspresija osjećaja i sjećanja nešto je što se vrlo teško javlja u individualnoj terapiji (Gregurek 2008).

4. Konzultacije liaison psihijatra s onkolozima

Liaison psihijatar trebao bi se barem jednom tjedno sastajati s liječnicima koji liječe onkološke bolesnike s ciljem da ukaže na one bolesnike koji imaju psiholoških teškoća u prihvaćanju bolesti, odnosno onih koji imaju teškoća u prihvaćanju terapijskih zahtjeva koji se pred njih postavljaju. Zadatak rada s osobljem zasniva se na mogućnosti identificiranja negativnih osjećaja i omogućavanju njihovog savladavanja i otvorenog ispoljavanja pred drugim kolegama te, posljedično, redukciji osjećaja krivnje i diskusija o objedinjavanju svih akcija koje osiguravaju bolesnikovo što bolje psihičko i somatsko stanje (Fawzy i sur. 1995).

5. Rad s obitelji

Bolest jednog člana obitelji utječe na emocionalno stanje svakog drugog njenog člana te na obitelj kao cjelinu. Svaka obitelj, u slučaju ozbiljne bolesti jednog člana, reagira strahom i pojačava međuovisnost članova. Nakon dijagnosticiranja bolesti mora se uspostaviti suradnja s članovima obitelji oko dijetalnog režima, uzimanja lijekova ili oko eventualne invalidnosti i smrti bolesnika. Obitelj koja je i prije imala teškoća teže se adaptira na bolest svog člana. Razlozi za to da adaptacija ne teče lagano i glatko ponekad su vanjske, ali često i unutrašnje, emocionalne prirode. Uključivanje obitelji u terapijski proces kronične bolesti često pomaže u prevladavanju anksioznosti, jačanju unutrašnje sigurnosti obitelji koja je poremećena spoznajom o onkološkoj bolesti jednog člana. Obitelj teško prihvaća njegovu patnju i zato su terapijske intervencije u obitelji vrlo važne (Gallegher-Thompson, Steffen 1994). One omogućavaju bolesniku da ponovno uspostavi bliske odnose s članovima obitelji, da ponovno prepozna potrebe roditelja, bračnog partnera ili djece, da živi s njima, primajući i davajući (Gregurek 2008).

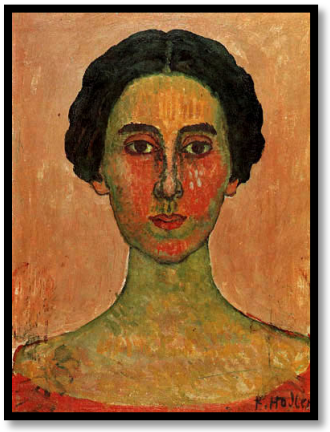
4. UMJETNOST I ONKOLOGIJA

Umjetnost je važna u svakom području ljudskog života, a njezino se značenje stvara u složenom komunikacijskom procesu između umjetnika, umjetničkog djela i publike. Medicina je i znanost i umijeće, a uz današnji razvoj neuroznanosti, genetike, tzv. pametnih lijekova i niz drugih terapijskih mogućnosti, ne smijemo zaboraviti onaj humanistički i artistički dio medicine koji je jednako tako potreban na putu do uspješne dijagnoze i liječenja. Umjetnost i kreativni rad jedne su od temeljnih ljudskih aktivnosti i sastavni su dio svakoga ljudskog života te mogu biti iznimno korisni i u psihosocijalnoj podršci onkoloških pacijenata. Uz pojam umjetnosti uvijek je važan i pojam kreativnosti kao opće ljudske osobine. Postoje mnoge definicije kreativnosti s obzirom na povijesno–kulturna razdoblja, ali je danas puno jasnije kako je kreativnost način razmišljanja prožet intuicijom koju svaki čovjek može posjedovati, a pitanje je samo hoće li je i koliko razviti. Korištenje i razvijanje kreativnosti zasigurno pomaže ljudskom samopoštovanju i samopouzdanju te većem životnom zadovoljstvu i nije ograničena na pojedinu životnu dob. Danas se puno govori i o povezanosti neuroznanosti i umjetnosti, jer je mozak cilj i ishodište umjetnosti. Umjetnost u svojim nebrojenim oblicima preplavljuje naša osjetila i mozak, izazivajući emocije, pokrete, potičući sposobnosti poput govora, razmišljanja, zapažanja i dr. (Braš i sur. 2016).

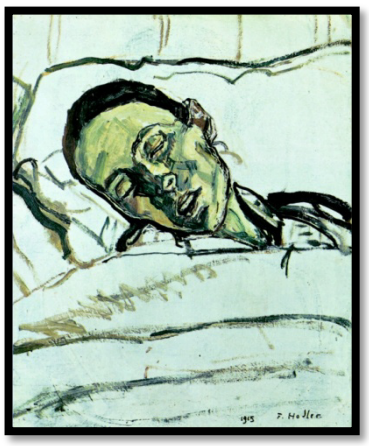
U cjelokupnom olakšanju simptoma, problema i egzistencijalne patnje s kojima se suočava osoba s onkološkom bolesti, potrebna je između ostale, tjelesne njege, kvalitetna „mentalna i spiritualna njega“, pri čemu umjetnost može pomoći upravo u postizanju bolje emocionalne stabilnosti, osobnog obogaćivanja i ispunjenja, distrakciji od depresije i teških misli (Braš i sur. 2016). Umjetnost je prisutna svugdje oko nas, kako u svakodnevnom radnom i kućnom okružju, tako i unutar zidova zdravstvenih ustanova koje onkološki pacijenti moraju svakodnevno posjećivati, odnosno u njima boraviti, kraće ili duže vrijeme. Fotografije na zidovima, slike, cvijeće, glazba ili uređeni bolnički vrtovi mogu biti važni elementi u sveobuhvatnoj skrbi za ove pacijente i članove njihovih obitelji, a još je bolje ako i sami pacijenti i članovi obitelji sudjeluju u stvaranju te atmosfere. Pomoću umjetnosti pacijenti postižu pozitivne osjećaje i osjećaj stvaranja nečega vrijednog. Umjetnost je važna u komunikaciji između pacijenata, članova obitelji i zdravstvenih profesionalaca. Teška bolest, neizlječiva bolest i smrt teme su o kojima se često i ne može komunicirati riječima, pa je umjetnost ona koja nudi alternativnu formu komunikacije (Braš i sur. 2016). Umjetnost u onkologiji može se koristiti kao metoda senzibilizacije javnosti za važnost kvalitetnog i sveobuhvatnog pristupa osobama oboljelima od ovih bolesti. Važna je i kao metoda podučavanja profesionalaca različitim aspektima onkološke bolesti, a možda najvažnija kao oblik terapije (art terapija) za oboljele, članove njihovih obitelji i članove medicinskom tima.

4.1. UMJETNOST KAO METODA PODUČAVANJA I SENZIBILIZACIJE JAVNOSTI

Umjetnost kao metoda podučavanja zdravstvenih profesionalaca može biti vrlo korisna u onkologiji. Često se koristi likovna umjetnost, pri čemu se budući ili trenutni članovi interdisciplinarnog onkološkog tima „suočavaju“ s vizualnim prikazima stadija patnje i umiranja, kako bi se pripremili za ono s čime će se, bez obzira na napretke u terapiji, i dalje često susretati u radu. Jedan od primjera je izložba slika Ferdinanda Hodlera, najpoznatijega švicarskog slikara na prijelazu 19. u 20. stoljeće, koji je slikajući svoju partnericu Valentine Gode-Darel, prikazao njezina stanja od zdrave mlade žene, preko prvih simptoma i dijagnoze maligne bolesti, stadija boli, iscrpljenosti i umiranja, kao i žalovanja. Ova se serija slika koristi u edukaciji specijalizanata onkologije i palijativne medicine. Njima je izrazito potrebno razvijati komunikacijske vještine i zadržati određenu emocionalnu stabilnost, pogotovo u radu s kroničnim i umirućim bolesnicima i njihovim obiteljima (Pestalozzi 2002).



Slika 1 Mladost, 1912



Slika 2 Iscrpljenost, 1915



Slika 3 Agonija, 1915

U radu s javnosti i u prosvjećivanju populacije vezano za onkološke bolesti isto se možemo služiti kreativnim i umjetničkim materijalima za isticanje važnosti kvalitetnog i sveobuhvatnog pristupa osobama oboljelima od ovih bolesti. Senzibiliziranje ljudi se najbolje postiže izravnim prenošenjem priča onih koji su proživjeli bolest. Na taj način se društvo u cjelini upoznaje s njihovim teškoćama, ali možda najveću korist imaju oni koji se tek susreću s dijagnozom bolesti. U tim trenucima je od neizmjerne važnosti da novootkriveni onkološki pacijenti uvide da nisu sami i nisu jedini, da počinje borba koju su već vodili mnogi prije njih i da je itekako bitno ne gubiti nadu. Takav projekt predstavlja i knjiga „Živjeti i voljeti nakon raka“ (Braš, Đorđević, Štajner, Fuček 2014) nastala u suradnji liason psihijatara i udruga žena oboljelih od raka. Riječi i savjeti stručnjaka nadopunjene su pričama ljudi koji su bolovali od raka i preboljeli ga. Da bi se postigla vizualna pristupačnost korišteno je mnogo ilustracija koje prikazuju borbu s bolesti. Kroz poeziju se u nekoliko pjesama nastoje predočiti aspekti bolesti i borbe s njom.

Tko su žene uzdignute glave

što narcise u rukama nose.

Čije su to majke, sestre, kćeri

Nekom dragi, vjerni prijatelji.

One vide od nas puno više.

U trenutku mogu stvorit slap

bez kapi kiše.

I sunce ih grije kad ga vani nema.

I osmijeh im krasi lice

kad drugima je samo sjena.

Samo naprijed one svijetom hode.

Uvijek nađu put do izvora vode.

Neumorno one snagom grade ovaj svijet

i u njega sade ovaj divan krhki cvijet.

Pjesma posvećena udruzi žena „Narcise” iz Đurđevca, napisala Sandra Rajčević

4.2. ART TERAPIJA U ONKOLOGIJI

Korištenje umjetnosti u medicini u terapijske svrhe kao dopuna konvencionalnim oblicima terapije dio je šireg holističkog pogleda na čovjeka, zdravlje i bolest koji je poglavito nužan u tako teškom stanju kao što je maligna bolest.

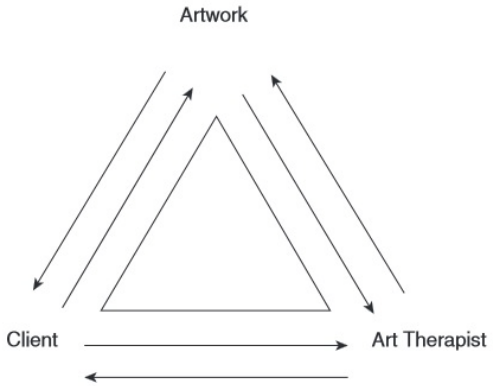
Danas se u terapije umjetnošću svrstavaju likovna terapija (art terapija u užem smislu), muzikoterapija, psihodrama, te terapija plesom i pokretom, a u novije vrijeme uvrštena je i biblioterapija, te metoda crtanja fraktala (Braš i sur. 2016). Dakle, riječ art, u engleskom jeziku umjetnost, rezervirana je za vizualnu umjetnost, dok se za opis ostalih umjetničkih terapija u stručnoj literaturi koristi pojam „expressive/creative therapies", odnosno ekspresivne i/ili kreativne terapije (Rubin 2010, Edwards 2004). Art terapija u užem smislu za sada je najrazvijeniji i najčešće sustavno korišten oblik diljem svijeta na raznim područjima terapeutskog rada, pa tako i u onkologiji, te ću o njoj više govoriti u nastavku. Pri korištenju više oblika umjetnosti govorimo o multimodalnom pristupu, a najbolji primjer za to je rad s djecom (Rubin 2010).

4.2.1. POVIJESNI PREGLED I DEFINIRANJE ART TERAPIJE

Ispreplitanje umjetnosti i liječenja zahtjevan je fenomen koji je star kao i ljudsko društvo, no sustavniji razvoj same art terapije kao struke započinje pod utjecajem intelektualnih i društvenih trendova 20. stoljeća (Braš i sur. 2016) te umjetničkih pravaca koji se tada javljaju. Već ranije, u 19. stoljeću, u periodu romantizma, vizualna umjetnost postaje sve manje zaokupljena prikazivanjem vanjskog svijeta, a sve više subjektivnošću i autoekspresijom. Fuseli, Goya i Gericault su neki od važnijih umjetnika koji se počinju baviti tom tematikom (Edwards 2004). Pravi zamah te ideje dobivaju u umjetničkim pravcima ekpresionizma i nadrealizma, naročito vidljive u djelima van Gogha, Muncha, Kirchnera, Nolde, Kandinskog i Dalia (Edwards 2004, Rubin 2010). U ovo doba djeluje i njemački psihijatar i povjesničar umjetnosti Hans Prinzhorn koji istražuje stvaralaštvo psihijatrijskih bolesnika te uočava formalne sličnosti u njihovim djelima i djelima ekspresionista (Edwards 2004). Grupe psihijatara počinju uviđati vrijednost umjetnosti u rehabilitaciji mentalnog zdravlja ne samo kao distrakcije, već i kao sredstva za razvoj samokontrole i podizanje morala (Edwards 2004). Psihijatrija počinje pokazivati interes za povezanost vizualne ekspresije, emocija i duševnih bolesti te spoznavati takvu ekspresiju kao moćan i koristan medij komunikacije između pacijenta i terapeuta (Braš i sur. 2016). To je osobito vidljivo u radu začetnika psihoanalize i analitičke psihologije Sigmunda Freuda i Carla Junga. Njihovi principi bazirali su se na vjerovanju da je naš unutarnji, subjektivni život određen osjećajima, mislima i impulsima izvan svjesnog, međutim koji mogu naći izraz u simboličkoj formi (Edwards 2004). Jung je rekao „često ruke znaju riješiti zagonetku s kojom se intelekt uzaludno hrvao". On je distancirajući se od Freuda veći naglasak u radu s pacijentima stavio na izražavanje crtežom ili slikanjem. Taj postupak vidio je kao terapeutski zato što je vjerovao kako slike igraju pomirbenu ulogu između pacijenta i njegovog problema, između svjesnog i nesvjesnog te je stvaranje

slike omogućavalo pacijentu da eksternalizira i stvori određenu psihološku distancu od svojih teškoća (Edwards 2004).

Pod utjecajem Jungova rada bila je i Margaret Naumburg, psihologinja koja je prva počela rabiti pojam art terapija za svoj rad 40-ih godina 20. stoljeća u SAD-u i koja se zajedno s umjetnicom Edith Kramer smatra začetnicom suvremene art terapije u toj zemlji (Rubin 2010). Paralelno se razvijaju događaji u Velikoj Britaniji gdje pojam art terapija počinje koristiti umjetnik Adrian Hill kako bi opisao terapeutsku primjenu izrade slika u vrijeme kad se oporavljao od tuberkuloze. Iako se pristupi art terapiji razlikuju između Hilla i Naumburg, koji se mijenjaju daljnjim razvojem unutar profesije, njihov pionirski rad je imao značajan utjecaj. Pozicija Naumburg može se opisati kao korištenje umjetnosti *u* terapiji, dok je Hill zastupao umjetnost *kao* terapiju. Koliko god je suptilna ta razlika, ključnog je značenja u razumijevanju art terapije koja se koristi danas. Prvi pristup ističe važnost koju ima terapeutski odnos ostvaren između art terapeuta, klijenta i samog rada, a drugi potencijal liječenja koju umjetnost ima. Dakle, postavlja se pitanje gdje se liječenje ili terapeutski utjecaj u art terapiji odvija, je li zaslužan sam kreativni proces ili priroda odnosa između klijenta i terapeuta. Većina terapeuta danas se slaže da je bit u sintezi jednog i drugog i suptilnim interakcijama među njima. U art terapiji ova dinamika je često opisivana kao triangularni odnos. Unutar tog odnosa manji je ili veći značaj stavljen na svaki brid za vrijeme jedne seanse ili tijekom vremena (Edwards 2004).



1.1 *Triangular relationship*

Slika 4 Triangularni odnos između klijenta, likovnog djela i art terapeuta

Suvremene definicije art terapije kakva se danas koristi u svijetu tako govore da je to oblik terapije u kojoj stvaranje slika ili objekata igra središnju ulogu u psihoterapijskom odnosu između art terapeuta i klijenta (Edwards 2004). Namijenjena je osobama koje prolaze kroz teške trenutke, proživjeli su ili proživljavaju traumu ili bolest, te onima koji traže osobni razvoj (AATA 2013). Na mnoge načine art terapija može poboljšati psihofizičko funkcioniranje osobe i voditi je prema boljem osjećanju i sveukupnoj boljoj kvaliteti života. Istraživanje i osvještavanje osjećaja, pomirenje emocionalnih konflikata, njegovanje samosvijesti, upravljanje određenim ponašanjima i ovisnostima, razvoj

socijalnih vještina, poboljšavanje orijentacije u stvarnosti, smanjenje anksioznosti te povećanje samopouzdanja neki su od njih (AATA 2013). Kreativni mediji art terapije koriste se kao sredstvo izražavanja i komunikacije. Kroz umjetničko stvaralaštvo se povećavaju kognitivne sposobnosti, svijest o sebi i drugima, uz lakše suočavanje s uznemirujućim simptomima ili ograničenjima koje nameće invaliditet ili bolest (Braš i sur. 2016). U svakom slučaju, krajnji cilj art terapije varira ovisno o individualnim potrebama osobe s kojom terapeut radi (Edwards 2004). Osobe koji odlaze art terapeutu ne trebaju imati prethodno iskustvo ili sposobnosti u umjetničkom stvaralaštvu te art terapeut nije primarno zaokupljen dijagnostičkom ili estetskom ocjenom klijentova rada (BAAT 2014).

Art terapija se može prakticirati u svim dobnim skupinama i u raznolikim ustanovama – bolnicama, psihijatrijskim i rehabilitacijskim ustanovama, wellness centrima, kaznionicama, školama, kriznim centrima, domovima za starije te u privatnim centrima (AATA 2013).

Art terapeutima se smatraju visoko kvalificirane registrirane osobe koje mogu raditi s djecom, mladima, odraslima i starijom populacijom. Njihov rad zahtijeva kontinuiranu edukaciju, visoku stručnost i naobrazbu, zrelost te iskustvo (Braš i sur. 2016). Terapeut mora imati određenu razinu umjetničke kompetencije te poznavanje vizualne umjetnosti i njenih tehnika (crtanje, slikanje, skulptura i dr.) i kreativnog procesa, ali i značajni senzibilitet za međuljudske odnose i poznavanje razvojne psihologije, psiholoških i savjetničkih teorija i tehnika (AATA 2013). Ovisno o edukaciji, art terapeuti mogu se služiti pojedinom psihoterapijskom tehnikom (psihodinamski orijentirane psihoterapije, kognitivno-bihevioralni pristup, integrativni pristup itd.) (Braš i sur. 2016).

Potrebno je pravilno objasniti i upoznati pacijente s čitavim procesom art terapije, adekvatno ih motivirati, zainteresirati i u njima probuditi interes za lijepo, estetsko i kreativno (Braš i sur. 2016).

4.2.2. UPOTREBA ART TERAPIJE U ONKOLOGIJI

Jedno od područja u kojem se art terapija počela primjenjivati je i onkologija, te je u mnogim zemljama posljednjih dvadesetak godina postala jedna od važnijih komplementarnih psihosocijalnih intervencija (Geue i sur. 2010) u kontekstu šireg multidisciplinarnog liječenja onkološkog pacijenta (Wood i sur. 2011).

Učinci i dobrobiti art terapije u psihoonkologiji su često bili opisivani samo u kontekstu prikaza slučaja (Geue i sur. 2010) i većina dokaza do danas ostaje anegdotalna (Wood 2015). Mnogi art terapeuti smatrali su adekvatnom ovakve metode s obzirom na iznimnu individualnost procesa. Međutim u posljednje vrijeme postoje pokušaji evaluacije intervencija koristeći i kvantitativna istraživanja koja su bazirana na grupnim usporedbama (Geue i sur. 2010). Sve više studija podržava upotrebu art terapije u onkologiji (npr. Czamanski-Cohen 2012; Gabriel i sur. 2001; Luzzatto, Gabriel 2000; Molassiotis i sur. 2010; Monti i sur. 2006; Nainis 2008; Peterson 2015) (Glinzak 2015). Veliki

su izazovi u mjerenju dobrobiti intervencija jer se često pojavljuju nedosljednosti u dizajnu studija (Glinzak 2016). Pregledni radovi koji obuhvaćaju većinu dostupnih istraživanja objavljeni su i ističu ključna područja koja treba razvijati ili prilagođavati. Problem nedostatka randomiziranih kontroliranih studija s većim brojem ispitanika i dugoročnim praćenjem pacijenata posebno je istaknuto kao područje na kojemu se uvelike može raditi. Heterogenost studija znači da je teško generalizirati rezultate u drugim uvjetima i populacijama. Također je u budućem radu potrebno ispraviti neke metodološke probleme kao nenavođenje obrazovanje terapeuta, stupnja bolesti pacijenta i dr. (Wood i sur. 2011, Geue i sur. 2010).

Dizajn postojećih studija je kvantitativni, kvalitativni i miješani. Kvalitativni pristupi uključuju djelomično strukturirane intervjue i analize slika sudionika. Kvantitativne studije su uključivale nekoliko vrsta validiranih psihometrijskih mjerenja, npr. razne vrste upitnika (Geue i sur. 2010).

Utvrđeno je da pacijenti u provedenim studijama nakon primjene art terapije osjećaju smanjenje psihološkog distresa, uz ukupno bolju kvalitetu života i nošenje s bolesti, a postoje i indikacije za pozitivni utjecaj na simptome umora, ali za to nema posve jasnih dokaza i potrebna su daljnja istraživanja. Kako je većina pacijenata za vrijeme provođenja art terapije bila u fazi kemo- ili radio terapije treba uzeti u obzir pozitivan utjecaj na suradnju i toleranciju bolesnika na liječenje i njegove nuspojave. Kroz pregled kvalitativnih studija, pokazalo se da art terapija čini više od utjecaja na simptome stresa i osjećaj olakšanja, ustanovljena je zajednička osobina u području obrane i razvoja *selfa.* Art terapija može biti korisna kada rak prijeti narušavanju pacijentova identiteta i može poslužiti kao alat za „rekalibriranje selfa“. Kroz jačanje osobe i kao sredstvo za prilagođavanje i popravljanje slike o sebi postiže se stabilnost i poboljšava socijalno i psihološko funkcioniranje. Otvara se mogućnost sveukupnog osobnog rasta koji se postavlja nasuprot gubicima stvorenima bolešću (Wood i sur. 2010). Pacijentima koji su često dotučeni i poraženi dijagnozom iskustvo bolesti može biti transformirano sudjelovanjem u kreativnom procesu (Malchiodi 1999, McNutt 2013).

Ustanovljeno je da je većina studija fokusirana na žene, dakle one se više odazivaju i sudjeluju u art terapiji što je konzistentno s drugim istraživanjima koja pokazuju da žene oboljele od raka češće traže psihološku podršku (Wood i sur. 2010). Geue je sa suradnicima htjela pobliže istražiti ovaj fenomen te su u jednakoj mjeri pozvali ženske i muške onkološke pacijente na sudjelovanje u art terapiji. Odaziv se uvelike razlikovao te je konačni rezultat bio omjer 4 naprema 1 u korist pacijentica od sveukupno 74 sudionika. Razine emocionalnog distresa i kvalitete života na kraju art terapije bile su slične u oba spola, međutim prije početka su se uvelike razlikovale te su muškarci bili boljega psihološkoga profila koji se nije znatno promijenio poslije intervencije. Treba uzeti u obzir relativno mali broj ispitanika u istraživanju, ali svakako ove podatke treba uzeti u obzir u daljnjem radu i istraživanjima, kao i važnost navođenja koliki je uopće odaziv među pacijentima kojima se nudi art terapija (Geue i sur. 2012).

Art terapeuti mogu biti involvirani u svim fazama onkološke bolesti (Geue i sur. 2010). Od početne dijagnoze i za vrijeme inicijalnog liječenja, nakon liječenja, nakon povratka bolesti, kroz palijativnu njegu u terminalnoj fazi ili nakon preživljavanja bolesti (Wood 2015).

Velika je kompleksnost odgovora pojedinca na početnu dijagnozu i liječenje. Art terapija u ovoj fazi predstavlja potencijal za promicanje nošenja s bolesti, emocionalne ekspresije, traženja značenja, boljega razumijevanja situacije (Wood 2015). Gabriel i suradnici ustanovili su da upotreba individualne strukturirane art terapije s pacijentima koji su čekali presađivanje koštane srži osnažuje pozitivne osjećaje, smanjuje distres i pomaže boljem razumijevanju nekih spiritualnih i egzistencijalnih pitanja (Gabriel i sur. 2001). Oster i suradnici u svojem radu u Švedskoj zaključili su da su se žene u ranoj fazi raka dojke koje su bile uključene u individualnu art terapiju za vrijeme provođenja onkološkog liječenja bolje nosile s bolesti nego ekvivalentna grupa koja nije bila uključena. U odnosu prema kontrolnoj skupini, osjećale su se osnaženo, te im je zajedničko bilo bolje razumijevanje vlastitih ograničenja u odnosu prema potrebama drugih, a posljedično su se osjećale povezanije s drugim ljudima i više su uživale u socijalnim interakcijama. Šest mjeseci nakon provođenja njihovo samopouzdanje je bilo povećano (Oster i sur. 2006, 2007, 2008, 2009) Čini se da u ovoj fazi već samo jedna seansa terapije može utjecati na smanjenje anksioznosti, depresije i simptome iscrpljenosti (Nainis i sur. 2006).

U fazi nakon liječenja pacijenti su izrazito vulnerabilni. Nalaze se u „konstantnom promatranju tijela“ i u strahu su od povratka bolesti. Muče ih i strahovi vezani za povratak na posao i u društvo, izlazak iz sigurnosti koju ima je pružala zdravstvena ustanova. U ovoj fazi bitno je i kako pacijent doživljava svoje tijelo nakon svega što je ono prošlo kroz terapiju onkološke bolesti (Wood 2015). Grupna art terapija pokazala se korisnom u tijeku ove faze. Monti i suradnici proveli su randomiziranu kontroliranu studiju s pacijenticama koje su bile između 4 mjeseca i 2 godine od originalne dijagnoze ili povratka bolesti. Osmislili su širi terapijski program rada s odabranim skupinama pacijentica nazvan „mindfulness based art therapy“ (osviještena art terapija) koja je osim grupnog rada s art terapeutom uključivala neke komplementarne metode kao što su npr. joga i meditacija. Nakon osmotjednog provođenja u 7 grupa žena utvrdili su statistički značajno smanjenje simptoma distresa i povećanje kvalitete života povezano sa zdravljem kod pacijentica u usporedbi s kontrolnom skupinom (Monti i sur. 2006).

Povratak bolesti jako je teško iskustvo, kao ostvarenje jednog od najvećih strahova (Wood 2015). Iz prethodno navedenog rada vidljivo je kako uključivanje u ovakve grupne art terapije može biti učinkovito i kod ovih pacijenata, kako bi se nosili s teškoćama koje predstavlja ponovno suočavanje s bolesti.

Suptilna je tranzicija od aktivnog liječenja kojemu je cilj izlječenje bolesti prema palijativnom liječenju i njezi. Palijativna njega se bavi osiguranjem dostojne kvalitete života pojedinca i njegove

obitelji i uzima u obzir njihove fizičke, psihološke, socijalne i spiritualne potrebe i probleme. Važnost multidisciplinarnog tima je ovdje neprocjenjiva te njegov član može biti i art terapeut (Wood 2015). U istraživanju učinkovitosti art terapije na 177 pacijenata u hospiciju u Tajvanu, rezultati su pokazali da je tijekom art terapije 70% pacijenata bilo puno opuštenije, a 53.1% ih se osjećalo psihički izrazito bolje (Lin i sur. 2012). Jedan od ciljeva art terapije u palijativnoj skrbi je da kroz umjetnost pacijenti prizovu dobra i pozitivna sjećanja putem kojih mogu uvidjeti da su njihovi životi bili dobri, imali smisao te da su pozitivno utjecali na druge, što je važno saznanje koje omogućuje spokoj, mir i blagostanje. Studije su pokazale da art terapija pacijentima omogućava zaokupljenost stvarima koje se ne tiču njihove terminalne faze bolesti, čime se smanjuje strah od umiranja te im je pruženo polje života gdje i dalje mogu zadržati kontrolu (Braš i sur. 2016).

Preživljavanje onkološke bolesti potpuno mijenja život pacijenta. Fizičke posljedice na tijelu često utječu na nastanak onih psihičkih. Bitno je da i art terapeuti koji rade izvan onkoloških odjela budu svjesni koje sve teškoće može imati osoba koja je preživjela malignu bolest i da nastoje razvijati metode rada u skladu s time (Wood 2015).

Razni su načini rada izloženi kao primjeri art terapije s onkološkim pacijentima. Različiti su pristupi, kao i materijali, metode i mjesta održavanja, koja mogu biti bolnička i vanbolnička. Čini se da art terapeuti konstantno traže nove pristupe kako bi se što bolje prilagodili potrebama pacijenata. Tako se neki odlučuju na individualne terapije, a neki na grupne. Duljina intervencija varira od jedne do 22 seanse između 45 i 150 minuta svaka (Geue i sur. 2010).

Art terapija koju su provodili stručnjaci na Sveučilištu u Leipzigu primjer je grupne terapije, s izvanbolničkim pacijentima kroz 22 seanse. Program se sastojao od 3 faze koje su se kumulativno gradile jedna na drugu i progredirale su od visoko strukturiranog oblika koji je primarno davao podršku pacijentu do slobodnog dizajna. Prvi dio pomogao je graditi uzajamno razumijevanje i učiti razne tehnike crtanja koristeći zadanu temu. U drugom se dijelu razvija oblikovanje osobnih misli i osjećaja s ciljem poticanja samo percepcije i refleksije, npr. kroz crtanje raspoloženja i autoportreta. U trećem dijelu sudionici stvaraju knjigu u kojoj se fokusiraju na sebe i svoju bolest. Iskustvo ovakve nove mogućnosti izražavanja pružio je priliku pacijentima da se konstruktivno nose sa svojom bolesti (Geue i sur. 2010).

Hematološki pacijenti koji su u postupku transplantacije koštane srži ili matičnih stanica jedna su od posebno ranjivih skupina onkoloških pacijenata, ponajprije zbog toga što moraju biti u izolaciji. Agnese je sa suradnicima iznijela svoje iskustvo provođenja art terapije s pacijentima koji su bili u izolaciji zbog presađivanja matičnih stanica u Sveučilišnoj bolnici u San Marinu. Rad s ovim pacijentima je nužno individualan i primjer je izrazitog povezivanja terapeuta i pacijenta. Seanse art terapije su provođene imajući neke osnovne principe u vidu:

1. stvaranje slika, empatična tišina i verbalna interakcija može se koristiti na početku svake seanse kako bi se stvorio kontakt s pacijentovim stanjem uma i terapeutsko savezništvo

2. u slučajevima kad pacijent ima anksiozne ili depresivne osjećaje, art terapeut može predložiti i olakšati eksternalizaciju tih osjećaja u simbolički vizualni oblik, u sigurnom odnosu lišenom uplitanja i interpretacije

3. art terapeut će pomoći pacijentu da stupi u svezu sa svojim pozitivnim sjećanjima i resursima, koristeći razne terapeutske intervencije.

Art terapeutkinja je sa sobom nosila različite materijale koji su se sastojali od bijelih A4 papira, crne olovke, seta vodenih boja, bojica, naljepnica, fotografija koje prikazuju razne emocije (Getty Collection, Zannier 1999.) i crne i bijele crteže za ispunjavanje (mandala i konture tijela). Osim što je art terapija zaista pomogla pacijentima vratiti se u mirna i opuštena stanja i iskazati emocije i doći u kontakt s pozitivnim dijelom sebe, pomogla im je povezati se sa svojim najbližima, a ovdje se posebno ističu pacijenti s malom djecom kojima je art terapija pomogla povezati se s njima na kreativne načine, kroz slike, igre i priče te tako održati odnos i u izolaciji (Agnese i sur. 2012).

U svojem istraživanju, Glinzak donosi usporedbu četiri vrste postava za sudjelovanje onkoloških pacijenata u art terapiji. Uključeni su otvoreni studio art terapije, individualna art terapija, art terapija na onkološkom odjelu i art terapija na klinici za infuziju (primanje kemoterapije). Iako format studija nije bio značajno učinkovitiji od ostalih, rezultirao je najvećim smanjenjem distresa kod sudionika. Oni koji su sudjelovali u radu u studiju su javili i najviše razine distresa prije početka sudjelovanja. Svi oblici rada pokazali su se učinkovitima, svaki na svoj način. Studio daje pacijentima najveću slobodu u radu i izražavanju. U infuzijskoj klinici program je transformirao prostor u topliji i ugodniji ambijent koji nudi prilike za upoznavanje, podršku i samopomoć. Individualna terapija ima možda najveće terapeutske mogućnosti u dugoročnom rješavanju pacijentovih briga i omogućava najprisniji terapeutski odnos. Na onkološkom odjelu art terapija mijenja energiju pacijentove sobe stvarajući također opušteniju i atmosferu koja osnažuje pacijente (Glinzak 2016).

Važna je uloga rada art terapeuta s medicinskim djelatnicima koji rade na onkološkim odjelima. Osoblje tih odjela suočeno je s velikim izazovima, teškim životnim situacijama pacijenata, patnjom i smrti te je izrazito podložno *burn out* sindromu. Art terapeutkinja Nainis je iznijela svoje iskustvo rada s onkološkim timom u velikoj akademskoj bolnici u Chicagu. Ona ističe medicinske sestre onkološkog odjela kao posebno vulnerabilnu skupinu za *burn out* sindrom te navodi kako medicinske sestre njihove bolnice izrazito dobro reagiraju na art terapiju. Kako su medicinski djelatnici pod velikim pritiskom održati staloženu vanjsku sliku sebe, potrebno im je pružiti sigurno sredstvo za iskazivanje emocija. Jedna od sestara ističe „stvaranje umjetnosti dopušta nam uhvatiti i održati važne trenutke u našem pozivu sestrinstva“. Aktivnosti koje Nainis navodi su:

- rad s novim sestrama tijekom njihove orijentacije, u prevladavanju moguće anksioznosti pri suočavanju s ovakvom vrstom pacijenata
- rad na individualnim odjelima tijekom stanke za ručak fokusiran na specifične probleme njege pacijenata
- prigodne aktivnosti za vrijeme blagdana u vidu stvaranja ukrasa za odjele s ciljem smanjivanja stresa i dizanja morala
- jednu od najvažnijih i najučinkovitijih aktivnosti ističe zajednički odmor cijelog tima koji je uključivao i art terapiju s ciljem poboljšanja komunikacije i sposobnosti rada u timu te stvaranja zdravih oblika samopomoći (Nainis 2005).

4.2.3. PRIMJENA ART TERAPIJE U ONKOLOGIJI U HRVATSKOJ

Art terapija još je mlada u svijetu i njene se dobrobiti na većini područja, pa tako i u onkologiji tek počinju sustavno prepoznavati. Moglo bi se reći da je ona u Hrvatskoj još u povojima, potpuno neprepoznata od sustava, ali je u okviru psihoterapije i rada s akademskim umjetnicima počinju proučavati i primjenjivati pojedini stručnjaci koji su prepoznali njene dobrobiti. Art terapeut kao licencirano zanimanje kod nas još ne postoji, kao ni formalno obrazovanje za istog, međutim počinju se ulagati napori kako bi se to promijenilo. Iznijet ću iskustva rada docentice Marijene Braš i profesora Veljka Đorđevića s Klinike za psihološku medicinu KBC Zagreb. Oni su u suradnji s Likovnom akademijom u Zagrebu počeli mlade umjetnike upoznavati s art terapijom i potencijalom umjetnosti u liječenju. Tako su počeli suradnju s mladom diplomiranom umjetnicom nastavničkog smjera Likovne akademije Janom Đurđević te ona već 6 mjeseci volontira na klinici, a najviše radi baš s pacijentima oboljelima od raka. Njen rad bi se mogao nazvati pionirskim za sustavnu art terapiju u psihoonkologiji kod nas, makar nema formalno obrazovanje za art terapeuta. Imala sam priliku prisustvovati njenoj radionici s novom grupom onkoloških pacijentica te ću prenijeti njen sadržaj. Drugi primjer je ciklus slika „Prijeđi rijeku ako možeš“ njihove pacijentice Marine Smokvine. Ona je sama otkrila kakav terapeutski potencijal umjetnost ima za nju te je svoju borbu s rakom dojke prenijela u iznimna likovna djela.

4.2.3.1. Art terapija umjetnice Jane Đurđević s pacijenticama oboljelim od raka na Klinici za psihološku medicinu KBC-a Zagreb u suradnji s docenticom Marijanom Braš

Koncept prve radionice s novom grupom pacijentica s klinike

1. zadatak (opisan je da se radi na papiru ljudske veličine, ali kako to nije izvedivo na prostoru gdje radimo na klinici radilo se na A4 papiru):

Upoznavanje kroz boje

CILJ: Predstavljanje kroz crtež i boju; međusobno upoznavanje polaznika unutar grupe i voditelja radionice s problemima grupe.

MATERIJALI: papir, pastele i drvene bojice

UVOD: Svaki polaznik radionice se ukratko predstavi grupi te se izjasni koju boju ili boje voli i zašto. Nakon upoznavanja prelazi se na prvi zadatak.

ZADATAK: Svi uzimaju po jedan papir (u ljudskoj veličini) koji lijepe na zid te jedni drugima međusobno iscrtavaju konture na njima. Uz rub svojeg papira (pokraj konture) svatko napiše popis osjećaja koje osjeća trenutno. Psihički i fizički, pozitivno i negativno. Zatim svakom osjećaju s popisa pridoda boju po vlastitom izboru i na kraju svoju konturu oboji prema tome što, gdje i kako osjeća.

RAZGOVOR: Kada svi završe s bojanjem kontura, predstavljaju i objašnjavaju svoj rad ostatku grupe. Slijedi zajednički razgovor, komentiranje i izražavanje dojmova.

2. zadatak

Kuća kao autoportret

CILJ: Istraživanje vlastitog „ja“. Samopoimanje, predstavljanje sebe. Tko sam zapravo ja gledajući iz neke druge, metaforičke perspektive? Hoću li ostaviti isti dojam kao i da sam se predstavio riječima? Polaznici će kroz simbole i metafore kreativnim načinom verbalizirati poimanje sebe.

MATERIJALI: papir, drvene bojice i pastele

UVOD: Prvo se svi polaznici trebaju opustiti. Nasloniti se, zatvoriti oči, duboko disati. Dok traje opuštanje, njihova mašta se navodi riječima: Opustite se. Razmislite o ovome, kad biste bili kuća, kakva bi to kuća bila? Upotrijebite maštu. Kakva bi to bila građevina koja predstavlja vas kao osobu? Što vam prvo pada na pamet? Gdje se nalazi ta kuća? U gradu, na selu, u šumi, na moru? Jeste li

visoki neboder u centru grada ili drvena šupa na osami u prirodi? Gdje je vama kao osobi prebivalište koje vas najbolje opisuje? Od kojeg materijala ste građeni? Jeste li čvrsti i neprobojni, sa zaštitnim zidovima ili su vam zidovi krhki i ruše se? Okružuje li vašu kuću ograda ili bodljikava žica ili joj je slobodan pristup i može vas posjetiti tko želi? Koje ste boje? Kakvi su vam prozori? Imate li ih uopće ili ste ih zabarikadirali? Kakva su vrata? Što vas okružuje? Stanuje li netko u vama, odnosno vašoj kući ili je prazna? Ako nečega ima unutra, što je to?

ZADATAK: Provedite još par trenutaka zatvorenih očiju u tim mislima pa, kad ste spremni, otvorite oči i prenesite na papir to što ste zamislili. Napravite svoj metaforički autoportret, prikažite nam se kroz oblik kuće.

RAZGOVOR: Kad svi završe svoj crtež, svaki polaznik predstavlja svoj rad i predstavlja se, tko je on, kakva kuća i objašnjava što je sve, kako i zašto prikazao. Zajednički razgovor, komentiranje, izražavanje dojmova i donošenje zaključaka.

U kasnijem razgovoru s Janom doznajem da je iznimno zadovoljna kako je protekla radionica s novom grupom. Smatra kako je dobila dobre reakcije od pacijentica i kako su pokazale želju za suradnjom. Nekima je ovo bio prvi put da sudjeluju, a neke su i prije sudjelovale, te opisuje kako se vidi napredak u suradnji i onih koje prije nisu bile toliko voljne surađivati. Poslije radionice s docenticom Braš gleda ponovno slike kako bi zajedno analizirale osjećaje i stanja pacijentica.

4.2.3.2. Projekt „Prijeđi rijeku ako možeš – umjetnošću do druge obale“

Izdvojit ću neke od radova ovog ciklusa slika Marine Smokvine. Uz slike, priloženi su pjesme i tekstovi kojima je naknadno opremila ciklus, kako bi gledateljima objasnila u kojem kontekstu i kojim fazama borbe s bolesti je koja slika nastala.

„ZA MOGA FILIPA“

„ (…) Bilo je to početkom siječnja, meni inače najtužnijeg mjeseca u godini; Božićni praznici su prošli, kći Petra vratila se na posao u Barcelonu, dani su bili mračni i dugi i u meni je vladala pustoš. Nisam se ni potrudila kupiti poklone. Za one koje sam dobila, nisam marila.

Uzela sam platno, našla samo dvije tube akrilne boje: žutu i plavu koje mi je poklonila najbolja prijateljica, Vera, inače vrsna slikarica. Ne volim nijednu. Ali, nanoseći kistom plavu podlogu, shvatila sam da je plava boja tako pouzdana, utješna i umirujuća (kasnije sam shvatila zašto je ona tako generalno prihvaćena pa sam ju najviše koristila i sviđala se svima), a žuta je bila kao svjetlost kojoj sam dopustila da polako ulazi u moj izričaj. Miješanjem tih boja pomaljale su se zelena i ljubičasta.

Slikala sam navečer, kad su ukućani otišli na spavanje i u jednom momentu odlučila da sredinu slike poprskam žutim sprejem. Izašla sam na terasu, stavila masku na lice (da ne udahnem smrad spreja) i osjetila da me okružuje tišina našeg brijega. U borovima je šumorio lahor, po okolnim kućama gorjela su narančasta svjetla i sve se činilo isto; svijet je disao jednako ne mareći za ženu koja ima masku na licu ne zato što je bolesna već zato što nešto stvara. Osjećala sam se kao da imam misiju. Mogu još nešto stvoriti ma kako to izgledalo; bile smo same, moja ljuta plavožuta slika i ja, dvije prijateljice spojene u želji da potraju i obilježe bljesak trenutka. Odmah smo se pomirile. Iz mene je iscurila ljutnja, a slika je bila moj prvi pokušaj da se othrvam nečem nepoznatom.

Slika se zapravo naslikala sama. Izašla je iz mojeg srca s takvom lakoćom, iznjedrila je takav zanos i osjećaj da još mogu, da imam još toliko toga za reći i osjetiti i prvi put nisam, u svojoj boli, bila sama.

Svijet je tiho nastavio živjeti, s njim i moja prva ozbiljna slika, a drugi dan je Filip rekao da mu se toliko sviđa da ju mogu objesiti u njegovoj sobi s praznim zidovima. Bila sam polaskana.

Slutila sam da sam možda iznašla način kako izraziti svoju bol. Muž je bio presretan. I tako smo počeli zajedničko putovanje i čekali svaki novi uradak kao novo rađanje nade.

Žuti krug u sredini bio je moj karcinom. Prihvatila sam da ga mogu prihvatiti. Osjetila sam duboku zahvalnost. Osjećaj koji najviše cijenim.“



Slika 5 Za moga Filipa

„SOS“

„Cijelo sam se to popodne vrtjela po kući, nemirna i prestrašena i sve je u meni tražilo pomoć, ljudski glas, utješnu riječ. Često mi se činilo da ću se do kraja slomiti i da hodam po samom rubu normalnosti. U takvim situacijama, kad bi strah dosegnuo vrhunac, počela bih plakati i preklinjala muža da ne dozvoli da umrem. On bi me držao u naručju i tješio, ali ponekad ni to nije pomagalo.

Sliku sam naslikala sebi otvoreno priznajući da šaljem poziv za pomoć i da sam izgubila sposobnost održavanja samotješenja. Čudno je kako sam često mijenjala raspoloženja. Od utjehe do beznađa i natrag.

Neprestance se u meni održavao monolog, prevrtala bih mogućnosti, perspektive, sreću, peh, osluškivala bih utješne riječi ljudi koji su mi govorili pozitivne stvari ...

-Jesi ti to napisala SOS?, upitao me suprug.

-Ne, to znači „samo ostani svoj“.

Lagala sam. Kao da me je bilo stid priznati koliko se bojim. Mislim da je on znao.

A i zašto ga rastuživati? Nekako mi se čini da sam svojoj najbližoj okolini, posebice mami Heleni pa i sestri, mojoj predivnoj i predobroj sestri Jadranki-Jadi (Bože, kako volim zvuk tog imena i kako mi je drago da sam ja oboljela, a ne ona), govorila stvari u blažem obliku. Nisam htjela da zbog mene itko

bude tužan, posebice mama za koju je moja bolest, vjerojatno, bila noćna mora. Mislim da se to u čovjeku događa instinktivno. Štiteći druge, štitimo sebe. Htjela sam da misle kako sam hrabra pa da se i oni lakše nose s mojom bolešću. Čak sam ih nasmijavala pričama o tome kako sam izgubila dlake gotovo na svim dijelovima tijela osim na nogama. Njih sam i nadalje depilirala.

No, shvatila sam da smo svoji i kad molimo druge za pomoć. Dok se nisam razboljela, nisam bila svjesna koliko čovjeku mogu značiti zagrljaji, utješne riječi, poljupci ...Mislila sam da su to samo vanjske forme ponašanja bez pravog značenja. Netočno. Riječi su vrlo moćne, a ljudski dodir još moćniji. Sestra i mama često su dolazile noseći zdravu hranu, skupe sokove, pomoćne prirodne dodatke hrani da mi olakšaju nuspojave kemoterapija, a Jada, znajući koliko volim kolače, ispekla je pitu od jabuka bez šećera i od crnog brašna.

To je bila najslasnija pita koju sam ikad u životu pojela.

Jer, isto nas nebo obavija. Jer smo napravljeni od istog materijala. Jer smo mi svi ljudi. A riječi, kad su prave, mogu pomoći poput bratske ruke. Gray M.: Knjiga života.“



Slika 6 SOS

„LAGANI UZLET“

*„Najlakše se vjeruje najcrnjim mislima - one od nas ne traže ništa osim pristanka. Pesimizam je vrlo često samo komotan stav...*Gotovac V.: Poetika duše.

Neku snagu i energiju čuvamo kao rezervu za slučaj da nas svi napuste. Kao dijete bila sam uvijek u dobrim odnosima sa samom sobom. Često sam vodila unutarnje monologe. Dijete zna živjeti jako skladno sa samim sobom, jer ga ne ometaju problemi odraslog svijeta. Možda je taj svijet sada isplivao i pomogao mi da lakše prebolim svoje strahove i podnesem lakše svoju bolest. Danas sam sigurna da svi odgovori leže u nama a neke faze u životu moramo proći sami. Možda je to ono zastrašujuće u odraslom svijetu.

Odrastanje je tako bolno. Teško je preuzeti odgovornost za sve što činimo.

Ali ova žena na slici okrenula je lice Suncu, raširila ruke put Neba i odlučila ispuzati iz mraka. Ona moli za dobar ishod i želi i dalje učiti o životu i od života.

To sve ona želi i drugima. Svima šalje blagoslov.

Ti si spoznao kako je sve jednostavno-kao da je čuo gavranov odgovor-TREBA SAMO IMATI HRABROSTI. Coelho P.: Peta gora.

I onda kad se najviše bojiš. Ne budi komotan. Bori se.

Živimo svoje živote, radimo ono što već radimo, i onda spavamo...baš tako, jednostavno i obično. Nekoliko skokova s prozora, samoutapljanja ili progutanih pilula; nešto ih više umire od raznih nezgoda, no većinu nas, veliku većinu, polako izjeda neka bolest ili, ako imamo veliku sreću, umiremo od zuba vremena. Za utjehu ostaje nam samo to: jedan sat tu i tamo, kad nam se, usprkos nepovoljnim okolnostima i očekivanjima, čini da se naši životi naglo otvaraju i pružaju nam sve o čemu smo ikad sanjali, premda svi, osim djece, znaju (a znaju možda čak i djeca) da će poslije tih sati neminovno slijediti drugi, mnogo mračniji i mnogo teži. Ipak, radujemo se gradu, jutru; nadamo se, više nego bilo čemu, da će toga biti još.

Samo nebo zna zašto to toliko volimo. Cunningham, M.: Sati, 2003.“



Slika 8 Lagani uzlet

5. ZAKLJUČAK

Primjena art terapije u onkologiji novo je područje s velikim potencijalom i prilikama za pacijente oboljele od onkoloških bolesti. Njen razvoj je u začecima i tek je potrebno vidjeti koji njeni modaliteti mogu biti najkorisniji u raznim fazama bolesti kod različitih vrsta raka koje pacijenti mogu imati. U dosad objavljenim radovima ističe se kako su dobrobiti mnogobrojne i utjecaj na smanjenje težine psiholoških smetnji velik. Pacijenti koji imaju priliku sudjelovati u art terapiji obogaćuju svoj život na mnogim razinama i imaju mogućnost jednu strašnu životnu situaciju kao što je obolijevanje od raka pretvoriti u sasvim novo iskustvo pri kojem bolje upoznaju sebe i svoje bližnje. Stvaranjem i iskazivanjem emocija kroz medij vizualne umjetnosti njihova bolest dobiva novu dimenziju i počinju je sagledavati iz drugačije perspektive.

Potrebno je još mnogo rada i istraživanja na ovom području, većih randomiziranih kontroliranih studija kako bi se efekti koje art terapija ima mogli što bolje kvantificirati i kako bi se našli modeli koji će najbolje odgovarati onkološkim pacijentima.

U Hrvatskoj je potrebno sustavno prepoznavanje dobrobiti koje art terapija ima, u psihoonkologji i šire, te omogućiti obrazovanje terapeutima i dati im mogućnosti za rad s pacijentima kako bi i kod nas mogao zaživjeti ovaj oblik psihosocijalne podrške onkološkim pacijentima.

6. ZAHVALE

Zahvaljujem svojoj mentorici, docentici Marijani Braš prvenstveno što me zainteresirala za ovo područje psihoterapeutskog rada te me potaknula na istraživanje novih mogućnosti koje umjetnost može pružati u medicini. Zahvaljujem joj se i na pomoći i vođenju kroz pisanje ovog diplomskog rada. Hvala Vam što svojim primjerom pokazujete kakvi bismo liječnici svi trebali postati.

Zahvaljujem svojim roditeljima, sestri, baki i djedu te najbližim prijateljima koji su mi kroz studij bili podrška i izvor ljubavi, razumijevanja i koji su uvijek vjerovali u mene. Hvala vam što ste uvijek bili ovdje.

Tvrtko, hvala ti na pomoći, podršci i ljubavi.

7. POPIS LITERATURE

1. Agnese A, Lamparelli T, Bacigalupo A, Luzzato P. (2012) Supportive care with art therapy, for patients in isolation during stem cell transplant. Palliative and Supportive Care, 10, 91–98.
2. American Art Therapy Association (AATA) 2013 http://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf (01.06.2016.).
3. Belev B. Etiološki koncepti i epidemiologija onkoloških bolesti // Psihoonkologija / Rudolf Gregurek, Marijana Braš Osijek: Grafika, 2008 str. 25-36.
4. Bloch S, Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology: an exciting new challenge. Br J Psychiatry 2000; 177: 112-6.
5. Braš, Đorđević, Štajner, Fuček Živjeti i voljeti nakon raka / Zagreb: Sveučilišta u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2014.
6. Braš M. Epidemiologija i kliničke slike najčešćih poremećaja u psihoonkologiji // Psihoonkologija / Rudolf Gregurek, Marijana Braš Osijek: Grafika, 2008 str. 51-78.
7. Braš M, Gregurek R. Uvod // Psihoonkologija / Rudolf Gregurek, Marijana Braš Osijek: Grafika, 2008 str. 9-15.
8. Braš M, Đorđević V, Janjanin M, Bogdanić P, Šimrak R, Baće J, Baletić B, Cikojević D. (2016) Umjetnost u palijativnoj skrbi, Medix 119/120.
9. British Association of Art Therapists (BAAT) 2014 http://www.baat.org/About-Art-Therapy (01.06.2016.).
10. Cancer 2015 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/ (19.06.2016.).
11. Czamanski-Cohen J. (2012) The use of art in the medical decision-making process of oncology patients. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 29(2), 60–67.
12. Edwards D. Creative therapies in Practice Art therapy / London: Sage Publications Ltd, 2004.
13. Fawzy Fl, Fawzy WW, Arndt LA, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:100-13.
14. Gabriel B, Bromberg E, Vandenbovenkamp J, Walka P, Kornblith AB, Luzzatto P. (2001) Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: A pilot study. Psycho-Oncology 10, 2, 114–123.
15. Gallaghar-Thompson D, Steffen AM. Comparative effects of cognitive behavioral and brief psychodynamic therapies for depressed family caregivers. J Consult Clin Psychol 1994;62:543-9.

16. Geue K, Goetze H, Buttstaedt M, Kleinert E, Richter D, Singer S. (2010) An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. Complement Ther Med 18:160–170.
17. Geue K, Richter R, Buttstaedt M, Braehler E, Boehler U, Singer S. (2012) Art therapy in psycho-oncology—recruitment of participants and gender differences in usage. Support Care Cancer 20:679–686.
18. Glinzak L (2016) Effects of Art Therapy on Distress Levels of Adults With Cancer: A Proxy Pretest Study, Art Therapy, 33:1, 27-34.
19. Gregurek R. Povijesni pregled i definicija psihoonkologije // Psihoonkologija / Rudolf Gregurek, Marijana Braš. Osijek: Grafika, 2008 str. 17-24.
20. Gregurek R. Psihosocijalni aspekti onkoloških bolesti // Psihoonkologija / Rudolf Gregurek, Marijana Braš Osijek: Grafika, 2008 str. 45-50.
21. Gregurek R. Psihoterapijske intervencije u onkologiji // Psihoonkologija / Rudolf Gregurek, Marijana Braš Osijek: Grafika, 2008 str. 101-108.
22. Lin MH, Moh SL, Kuo YC, Wu PY et al. (2012) Art therapy for terminal cancer patients in a hospice palliative care unit in Taiwan. Palliative and Supportive Care 10, 1, 51–57.
23. Luzzatto P, Gabriel B. (2000) The Creative Journey: A model for short-term group art therapy with posttreatment cancer patients. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 17(4), 265–269.
24. Malchiodi CA. (1999). Medical art therapy with adults. London, Jessica Kingsley.
25. McNutt J. (2013). Art therapy as a form of visual narrative in oncology care. In C. A.
26. Mihaljević-Peleš A, Šagud M. Psihofarmakoterapijske intervencije u onkologiji // Psihoonkologija / Gregurek, R. Braš M. Osijek: Grafika, 2008 str. 91-100.
27. Monti DA, Peterson C, Kunkel EJ, Hauck WW. et al. (2006) A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. Psycho-Oncology 15, 5, 363–373.
28. Nainis N, MAAT, ATR, LCPC. (2005) Art Therapy with an Oncology Care Team. Art Therapy, 22:3, 150-154.
29. Nainis N, Paice JA, Ratner J, Wirth JH, Lai J, Shott S. (2006) Relieving Symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. Journal of Pain and Symptom Management 31, 2, 162–169.
30. Neuburger RP. Integration of a psychoanalytic liaison department at a public hospital. Psychiatry Clin Neurosci 2000; 54:399-406.
31. Oster I, Astrom S, Lindh J, Magnusson E. (2009) Women with breast cancer and gendered limits and boundaries: Art therapy as a 'safe space' for enacting alternative subject positions. The Arts in Psychotherapy 36, 1, 29–38.

32. Oster I, Magnusson E, Thyme KE, Lindh J, Astrom S. (2008) Erratum to: Art therapy for women with breast cancer: The therapeutic consequences of boundary strengthening. Arts in Psychotherapy 35, 3, 242–288.
33. Oster I, Svensk AC, Magnusson E, Thyme KE, Sjodin M, Astrom S, Lindh J. (2006) Art therapy improves coping resources: A randomized, controlled study among women with breast cancer. Palliative and Supportive Care 4, 1, 57–64.
34. Pestalozzi BC. Looking at the dying patient: the Ferdinand Hodler paintings of Valentine Godé Darel. J Clin Oncol. 2002, 20 (7), 1948-1950; slike preuzete s http://jco.ascopubs.org/.
35. Peterson C. (2015) "Walkabout: Looking in, looking out": A mindfulness-based art therapy program. Journal of the American Art Therapy Association, 32(2), 78–82.
36. Rubin JA. Introduction to Art therapy sources and resources / SAD: Routledge, 2010.
37. Smokvina M. Projekt „Prijeđi rijeku ako možeš – umjetnošću do druge obale", Zagreb 2015.
38. Spiegel D, Bloom JA, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989;28:233-45.
39. Spiegel D, Bloom JA, Yalom I. Group support of patients with metastatic cancer: a randomized prospective study. Arc Gen Psychiatry 1981; 38: 527-33.
40. Spiegel D, Yalom I. A support group for dying patients. Int J Group Psychother 1978;28:233-45.
41. Wood M. Art Therapy, Cancer and the Recalibration of Identity // Art therapy with physical conditions/ Marian Liebmann, Sally Weston Velika Britanija: Jessica Kingsley Publishers, 2015 str. 97-114.
42. Wood MJM, Molassiotis A, Payne S. (2011) What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. Psycho-Oncology 20, 2, 135–145.

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ana Papić

Datum i mjesto rođenja: 26.07.1991., Zagreb

Adresa: Trg 101. brigade Hrvatske vojske 2, Zagreb

E-mail: apapic247@gmail.com

Rođena sam 26. srpnja 1991. godine u Zagrebu. Završila sam Osnovnu školu Izidora Kršnjavoga, te Klasičnu gimnaziju u Zagrebu. Cijeli život bavim se plesom i glazbom, završila sam Školu suvremenog plesa Ane Maletić i stekla zvanje edukatora suvremenog plesa. Aktivno se bavim pjevanjem. Tijekom školovanja učila sam francuski (12 godina), engleski (8 godina) te se služim i njemačkim jezikom. Upisala sam Medicinski fakultet u Zagrebu 2010. godine.