

KREATIVNA TERAPIJA KAO SUPORTIVNA METODA U POSTOPERATIVNOM LIJEČENJU ŽENA NAKON MASTEKTOMIJE

Miroslav Prstačić
Branko Nikolić

Fakultet za defektologiju
Sveučilišta u Zagrebu

Ruža Sabol

Središnji institut za tumore
i slične bolesti u Zagrebu

Originalni znanstveni članak
UDK: 376.2

SAŽETAK

Programom kreativne terapije obuhvaćen je prigodan uzorak od devet pacijentica u dobi od 29 do 56 godina koje su se nalazile na liječenju u Središnjem institutu za tumore i slične bolesti u Zagrebu i kojima je zbog maligne neoplazme amputirana dojka. Istodobno s kreativnom terapijom i rehabilitacijom u pacijentica je na operativno područje primjenjivana radioterapija koja je u jedne od tih pacijentica bila zamijenjena kemoterapijom.

Jedan program kreativne terapije obuhvaćao je osam terapijskih seansi. Seanse su se sastojale od faze relaksacije i faze vođene imaginacije kroz osam odabranih tema: san, odbijanje, prihvaćanje, srdžba, radost, ruga, ljubav i rođenje. Opservacijom pacijentica, analizom katatimnog doživljavanja slika i analizom podataka dobivenih na skalama samoprocjene u pacijentica primjenom jednofaktorske analize varijance ($P = 0,0231$) ustanovljen je pozitivan utjecaj kreativne terapije na samopercepciju i doživljavanje sebe u tih osoba u terapijskim uvjetima, kao i potreba daljnjeg i obuhvatnijeg definiranja terapijskih koncepata i stvaranja uvjeta za njihovu primjenu.

Dijagnoza rak ne predstavlja samo ozonaku za jednu bolest već i pojavu slutnji i strahovanja o patnji i smrti sve do pogrešnih poimanja u društvu opisanih u terminima stigme i/ili kažnjavanja. Psihološko prilagođavanje raku dojke obuhvaćeno je mnogim stresovima kako prije dijagnoze tako i za vrijeme liječenja i rehabilitacije. Dva osnovna značenja dojke u našoj kulturi, seksualno značenje i simboličko značenje majčinstva povezana s konceptom raka postaju poseban problem kad osoba postane svjesna neizostavnosti odstranjenja dojke i usmjerenja na neku vrstu psihološke adaptacije zbog novog fizičkog statusa.

Javlja se egzistencijalna napetost kao susret sa samim sobom, sa spoznajom egzistencijalnih vrednota, posredovana stanjem biološke bespomoćnosti i nemirom na koji se troši energija toliko potrebna za suprotavljanje fiziološkoj invaziji malignosti. Asimetrija tijela inducirana arteficijelno stvara novu sliku tijela koja mora biti naučena i prihvaćena. U prvi mah nameće se dualni psihološki konflikt: prilagođavanje na nedostatak dojke i prilagođavanje na napad potencijalno smrtonosne bolesti. Postmastektomijska stanja pacijentica označavana su kao depresija, anksioznost, osjećaj srama, osamljenosti, bezvrijednosti i očaj

(Beider i Edelstein, 1981, Hersch, 1984, Endicott, 1984, Folstein i sur. 1984).

Preveniranje pretjeranih emocionalnih konflikata u osoba s rakom dojke mnogi autori pokušavaju oslanjanjem na prirodu ljudske energije. Pacijentice bi trebalo uputiti, navode Renneker i Cutler (1952) da i u njima postoji snaga s kojom je i uz pomoć kirurškog postupka moguće pobijediti tak. Ističu potrebu objašnjavanja svih terapijskih koraka kao biopsija mastektomija, radijacija, te usmjeravanje pažnje na emocionalno stanje pacijentica.

Boranić (1980), analizirajući psihosocijalne faktore i stres, smatra da za pojedine autoimune bolesti ili rak postoji karakteristična struktura ličnosti kao npr. nesposobnost izražavanja emocija. Pettingale i sur. (1984) navode da su žene u kojih se razvio rak dojke tendirale više emocionalnoj inhibiranosti, što kao crta ličnosti može predstavljati rizičan faktor, te istovremeno ističu i potrebu daljnjeg proučavanja odnosa između sposobnosti emocionalne kontrole i hormonalnih i imunoloških odgovora.

Svaka od dvije tvrdnje: a) ja sam to tijelo i b) ja imam svoje tijelo, navodi Jerwis (1977), je istinita i svaka je nepotpuna u odnosu na drugu. U biti ono što je zaista unutar vlastitog "ja" nije unutrašnjost tijela, nego psihološki svijet, to jest, unutrašnji imaginarni svijet emocija, predodžbi i misli. U uvjetima promijenjene slike tijela nakon mastektomije, čini se, da bi jedan od problema mogao biti definiran i kao sukob egzistencijalnih vrednota tog unutrašnjeg svijeta koji se formirao u razdobljima cjelovitosti organizma (tijela) i percepcija u kojima je i odstranjeni dio tijela bio u iskustvu cjeline, s naporom dosizanja predodžbi i vrednotama o novoj osobnosti nakon kirurške intervencije.

Kognitivna procjena je veoma važna u tih pacijentica. Kognitivne smetnje su učestale i asocirane lošom prognozom. Tako su, primjerice, memorija i sposobnost rješavanja problema različiti pod utjecajem kemoterapije i radioterapije (Folstein i sur., 1984). Međutim, ističe Singer (1984), u proučavanju mehanizama kognitivnog procesiranja i restrukturiranja često se primjenjuju materijali koji nisu baš prikladni za proučavanje fenomena sučeljavanja s bolešću u tih osoba.

U pokušajima primjene grupne psihoterapije u psihološkom i socijalnom prilagođavanju na mastektomiju, Morris, Greer i White (1977), Beider i Edelstein (1981), Maguire (1980), navode najčešće dodirne točke članova terapijskim grupa: slika tijela koju je trebalo prihvatiti, osjećaj vremena i način sučeljavanja s bolešću. Autori navode značenje premorbidne anamneze i potrebu stvaranja pogodne sredine u kojoj bi bilo moguće kontinuirano vrednovanje psihološkog i socijalnog prilagođavanja kao i stvaranje uvjeta za dodatnu pomoć.

Hersh (1984) navodi neke terapijske postupke u psihosocijalnoj rehabilitaciji tih osoba: savjetovanje i individualnu psihoterapiju, posebice u uvjetima kronične anksioznosti, depresije, seksualnih disfunkcija i samodestruktivnih preokupacija; bihevioralnu terapiju (biofeedback – alfa i theta EEG, EMG) češće primjenjivu u mlađih pacijentica s fobičnim reakcijama, teškoćama hranjenja i spavanja; hipnozu i vodeću imaginaciju kombinirane s treningom relaksacije.

Holland (1984) potvrđuje stajalište mnogih autora koji smatraju da su za uspješnije rješavanje problema u psihosocijalnoj rehabilitaciji tih osoba potrebni napori na otvaranju i ispitivanju koncepata nove

metodologije.

MOGUĆNOST PRIMJENE UMJETNIČ- KIH MEDIJA U TERAPIJSKE SVRHE

U suvremenim proučavanjima postupaka liječenja i rehabilitacije sve više dolaze do izražaja težnje i potrebe o kreativnom integriranju raznih oblika ljudske djelatnosti. Primanje raznih medija umjetnosti pa i njihovo proizvođenje jedna je od vječnih metoda "obračuna" s tim svijetom u svrhu stapanja i u isti čas njegova nadvladavanja.

Nietzsche je pisao: "Trebamo novi svijet simbola i cijela simbolika tijela je pozvana u igru, ne samo simbolika ustiju, lica i govora, već cijela pantomima plesa, obuhvaćajući svaki dio tijela u ritmičkom pokretu. Zato snaga drugih simbola iznenada izbija u prvi plan, posebno glazbe, ritmike, dinamike, harmonije" (Mc Niff, 1981). Stil, ritam, metar — uvode estetički poređak koji sam po sebi pruža užitek: pomirenje sa sadržajem (Marcuse, 1985). Estetska draž dostiže svoju potpunost kada do "triju oblika zadovoljenja" — osjeta, opažanja i osjećaja — dolazi punom aktivnošću odgovarajućih duševnih snaga, pri čemu je na minimum smanjen svaki bolni suvišak aktivnosti (Spencer, 1878, prema Arnheim, 1983). U vezi s prevladavanjem napetosti u pojedinca, Eysenck navodi: "Zadovoljstvo izazvano percepcijom upravo je proporcionalno smanjenju energije koja je u svrhu radnog učinka sadržana u cjelokupnom živčanom sustavu, usporedi li se ona s početnim stanjem cjelokupnog sistema" (Arnheim, 1983). Freud je također princip zadovoljstva dovodio u vezu s principom smanjivanja napetosti, to znači s porastom ili opadanjem psihičkog uzbuđenja (Jones, 1957). U terapijskim uvjeti-

ma, novi jezik simbola u primjeni glazbe, drame, simbolike tijela itd., izgrađuje se u odnosu s novim mogućnostima percepcije, tumačenja stvarnosti i spoznaja vrednota. Pojačanje osjetilnosti vezano je uz oslobađanje od depresivnih, tjeskobnih, vago-toničkih stanja, koja sputavaju subjekt na nagonskom, porivnom i intelektualnom planu (Supek, 1979).

Umjetnički mediji, ističe McNiff (1981), nisu limitirani prostorno—vremenskim ograničenjima verbalne komunikacije i idealni su za postizanje osjećaja koji provociraju asociiranu mentalnu imaginaciju. Od postizanja opuštanja, doživljavanja tišine, prostora, svjetla, zvuka, disanja (Stanković, 1980, Bernstein, 1981) do uobličavanja tonskih, melodijskih i ritmičkih sadržaja, otkrivanjem i stvaranjem poprečnih veza s pokretom, plesom, grafikom (Schmolz, 1974, Callieri, 1980, Vera, 1985), te pretapanjem raznih medija i stilova u terapijski koncipirane cjeline (liječenje glazbom/muzikoterapija, terapija plesom/psihoples, likovna terapija, scenska terapija, glazbena psihodrama i kreativna terapija), moguće je otkriti i podržavati izvore spontanosti i emotivnog izraza, te utjecati na razvijanje individualne i skupne dinamike ponašanja sve do razine katarze i samostvarenja (Moreno, 1980, McNiff, 1981, Bernstein, 1981, Prstačić, 1981, Schmais, 1985).

Svaka poruka u nekom mediju (plan izraza prema planu sadržaja u strukturi slike, gest, mimika i pokret u psihodramskom kontekstu, boja glasa, melodija ili harmonija u glazbenoj poruci) "i za primaoca i za pošiljaoca u njihovu iskustvu stvara asocijativnu paradigmu", navodi Škiljan (1985): Kao polazište za kliničku primjenu i odabir pojedinih medija, Benezon (1981) zastupa primjenu ISO — načela, a ISO — sa-

držaj tumači kao produkt latentnih afinite-
ta i usvojenih simbola zvuka i oblika od
vremena rođenja, djetinjstva i dalje, koji su
dio psihofizičkih karakteristika pojedinca
nastalih u međutjecaju sa socijalnom oko-
linom.

PROBLEM I CILJ ISPITIVANJA

Potreba prilagođavanja na nedostatak
dojke (promijenjenu sliku tijela) i sučelja-
vanje s bolešću, uzrokuje egzistencijalnu
napetost (križu) karakteriziranu stanjima
poremećene intencionalnosti, anksioznosti,
depresije, srama, straha, očaja. Spoznaja
bioloških, afektivnih, intelektualnih, estet-
skih, moralnih, duhovnih vrednota je me-
dijacija u kojoj se ujedinjuje imanentno su-
bjektovo stanje — somatičko i psihičko
(bolest i zdravlje, strah i veselje, ljepota i
neuglednost, istina i laž . . .) i transcen-
dentalni objekt koji subjekt još ne poznaje.
Vrednote nisu apsolutne u smislu da bi
postojale bez subjekta koji ih potiče na eg-
zistenciju i uvijek su relativne s obzirom na
neku osobu. U egzistencijalnoj кризи osoba
pretežno vidi svijet sa svojeg stajališta i nje-
na vizija i projekcija je samo njoj vlastita
i uvijek označena jedincatošću. Lewis i
Gutstein (1979) ističu da unatoč svim od-
likama točne dijagnoze, opisa kliničke sli-
ke i karakteristika pacijenta, predodžba o
osobnosti pacijenta, ma kako iscrpna i
plastična, teško može dočarati cjelinu zbi-
vanja i njenih unutarnjih htijenja, nemoći
i potencijala u vremenu egzistencijalne kri-
ze i napetosti, a što je od posebnog znače-
nja u odabiru i primjeni nekog terapijskog
postupka. U kojoj će mjeri neko životno
iskustvo biti traumatsko, ovisi o mnogim
činiocima i razlikuje se od pojedinca do
pojedinca. Studije pokazuju, primjerice, da
neurotići imaju veći konflikt na relaciji
osobnost — ego ideal nego "normalne"

osobe i da ta diskrepancija postaje manja
primjenom psihoterapija (Argyle, 1979,
Blanck, 1985). Međutim, Poldinger (1971)
raspravljaajući o oblicima anksioznosti i no-
vim terapijskim aspektima, navodi da je
egzistencijalna anksioznost fundamentalni
uvjet života i kao takva teško dostupna fe-
nomenološkoj analizi. Balint (1985), ras-
pravljaajući o uspostavljanju stanja "harmo-
nije odnosno mira" između individuuma i
okoline, smatra da je jedan od uvjeta za
to stanje da okolina prihvati ulogu zaštite
individuuma od smetnji izvana i da ona sa-
ma ne vrši nepotrebne ni tjeskobne utjecaje
na njega.

Bolest i zdravlje, zbilja i ideal, taj čas i
te cjeline na kjerkegorski način tako pro-
turječni, životne su antiteze. I što se više
udaljavamo od jednostavne percepcije, od
najobičnijih iskustava i spoznaja, sve više
igraju ulogu varijable koje se slabo ili nika-
ko ne mogu kontrolirati, a odnose se na slo-
ženu zbilju subjektova života (Jerwis,
1979). Proučavanje psihološkog i socijal-
nog prilagođavanja kao i kreativno prilago-
đavanje terapijskih postupaka prema dina-
mici promjena u statusu pacijentica (Ru-
nyan, 1977, Singer, 1984, Yates i Edwards,
1984) jedan je od problema psihosocijalne
rehabilitacije osoba nakon mastektomije.

Daljnji je problem, a posebice u ovom is-
traživanju, kako spoj odabranih umjetnič-
kih medija u konceptu kreativne terapije
može poslužiti: kao zaštita i poticaj (Došek,
1979) i u otkrivanju i podržavanju latent-
nih potencijala psihosocijalne adaptacije
osoba u kojih je izvršena mastektomija
(Callieri, 1980, Moreno, 1980, Holland,
1984).

U okviru ovog problema proizašao je i
cilj ispitivanja i odnosio se na proučavanje
utjecaja kreativne terapije kao suportivne
metode u postoperativnom toku liječenja i

rehabilitacije žena u kojih je izvršena mas-tektonomija.

KONCEPT KREATIVNE TERAPIJE I HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

Pojedinim psihoterapijskim koncepcijama, bez obzira koji naziv nose, cilj je što cjelovitije razumijevanje i aktiviranje osobe koja se nalazi na liječenju i rehabilitaciji. Psihoterapijska situacija obilježena je s dva nerazdvojna aspekta. To je istodobno situacija iskustva, praktičnog učenja, dozrijevanja bez razmišljanja, ali i situacija svjesnog i misaonog osvješćivanja (Jerwis, 1979).

Teorijske pretpostavke koncepta kreativne terapije bazirane su na sintezi elementa različitih terapijskih (teorijskih) pristupa pomoću medija glazbe, svjetlosne stimulacije i simbolizacije tijela u prostoru:

geštaltistički — gdje je u središtu razvijanje pacijentove svjesnosti o povećanoj vitalnosti i efikasnijem funkcioniranju i interakciji s okolinom, pri čemu se kompletiraju geštalti, razvija svjesnost, odvija učenje i kreativno podešavanje (Perls, Hefferline, Goodman, 1977)

psihoanalitički — s razvijanjem promijenjenog odnosa prema različitim objektima, ponovnog prihvaćanja tijela i prihvaćanja simbola tijela (Bernstein, 1981, Ruud, 1978)

kognitivni i bihevioralni — s osporavanjem stavova i spoznaja koje su disfunkcionalne i uvježbavanjem (imitacijom) pojedinih oblika ponašanja za koje postoji vjerojatnost pozitivnog socijalnog potkrepljenja (Shaw, 1977, Bernstein, 1981)

humanističko—egzistencijalni — s težnjom uspostavljanja percepcije i upotrebe vlastitih snaga, razvijanje samoaktualizacije i podržavanje egzistencijalnih vrednota življenja (Ruud, 1978).

Na sintezi tih teorijskih (terapijskih) pristupa i nalaza o mogućnosti primjene umjetničkih medija u terapijske svrhe bazirana je i polazna hipoteza istraživanja o mogućnosti pozitivnog utjecaja kreativne terapije na razine samoprocjene vlastitog doživljavanja u žena s rakom dojke, u uvjetima postoperativnog liječenja i rehabilitacije.

METODE ISTRAŽIVANJA

Uzorak ispitanika

Ispitivanjem je obuhvaćen prigodan uzorak od devet pacijentica u dobi od 29 do 56 godina, kojima je u Središnjem institutu za tumore i slične bolesti u Zagrebu, zbog maligne neoplazme amputirana dojka.

Istodobno s kreativnom terapijom i rehabilitacijom kod tih pacijentica je na operativno područje primjenjivana radioterapija, a kod jedne pacijentice je zamijenjena kemoterapijom.

Eksperimentalna procedura, izbor varijabli i instrumenti mjerenja

Jedan program kreativne terapije obuhvaćao je osam terapijskih seansi. Prije uključivanja u seriju terapijskih seansi pacijentice su testirane intervjuom i adaptiranim ISO — upitnikom (Matz, 1979, Benezon, 1981). Tim instrumentima obuhvaćena su pitanja o stupnju obrazovanosti pacijentica, zanimanju, regiji pripadnosti, odnosu prema raznim granama umjetnosti (glazbenoj, likovnoj, scenskoj), interesu i reagiranju na razne oblike zvučnih, svjetlosnih i drugih podražaja, doživljajima iz djetinjstva i drugo, s ciljem da odabrani spoj raznih medija u terapijske svrhe bude što kompatibilniji s individualnim latent-

nim afinitetima i karakteristikama pacijentica.

Terapijska seansa sastojala se od faze relaksacije i faze vođene imaginacije. U prvoj fazi primijenjen je utjecaj plavog svjetla, ritmičkog disanja (Stanković, 1980) u kombinaciji s glazbenim podražajima (Sonata u cis-molu, op. 27 br. 2, L.v. Beethoven, Nabucco – G. Verdi, Adagio – J.F. Benda) i s različitim položajima i aktivnosti tijela da bi se postigli uvjeti dubinske relaksacije (McNiff, 1981).

U fazi vođene imaginacije primijenjeni su odabrani ritmički i melodijski motivi te simbolizacija tijela u prostoru u osam scen-skih slika na teme: SAN, ODBIJANJE, PRIHVACANJE, RADOST, LJUBAV, SRDŽBA, TUGA i ROĐENJE. Scenske slike izvođene su uz određene glazbene podražaje, kao Balada za Adelinu – P. Senneville/Toussaint, Pennsylvania 6–5000 – J. Gray, Tako je govorio Zarathustra – R. Strauss, Equinoxe – J.M. Jarre, a trebale su pospješiti katatimno doživljavanje slika u pacijentica.

U svrhu evaluacije terapijskog postupka testirano je stanje pacijentica na početku programa kreativne terapije i nakon svake od terapijskih seansi. To je izvršeno metodom opservacije od strane ispitivača i metodom samoprocjene u pacijentica. Metoda samoprocjene (Oberst, 1984, Rogers, 1961) primijenjena je u svrhu mjerenja dvije kvaliteta doživljavanja: "Osjećam se slabo" za varijablu S i "Osjećam se dobro" za varijablu D. Nakon svake seanse ispitanik je dobivao uputu: "Mislite o sebi i pokušajte procijeniti vaše doživljavanje kad mislite – Osjećam se dobro, odnosno, – Osjećam se slabo, i to označite na vizualnoj skali. Označena dužina na vizualnoj skali (Oberst, 1984, Kaličanin, 1982) predstavljala je vizualnu projekciju intenziteta "tegoba" u

samoperpciji za doživljavanje "Osjećam se slabo" (S) odnosno, intenziteta "ugode" za doživljavanje "Osjećam se dobro" (D)). Uz podatke dobivene putem opservacije pacijentica i samoprocjene u pacijentica, na kraju svake terapijske seanse evidentirani su i podaci o katatimnom doživljavanju slika u pacijentica posredstvom obrađenih tema iz sadržaja vođene imaginacije. U tu svrhu registrirane su verbalizirane misli koje su navirale u svijest pacijentica prilikom promatranja pojedinih scenskih slika.

Terapijske seanse odvijale su se u za to posebno pripremljenoj prostoriji. Uz voditelja terapije u seansi su prema potrebama bili prisutni jedan ili dva asistenta koji su izvodili teme za vođenu imaginaciju. U seansu je najčešće bila uključena skupina od 3 do 4 pacijentice, a trajanje seanse bilo je od 35 do 40 minuta.

REZULTATI I DISKUSIJA

Da bi se izvršila analiza dobivenih rezultata na vizualnim skalama samoprocjene doživljavanja sebe u pacijentica, podaci su

Tablica 1

Terapijske seanse	Aritmetičke sredine	Standardne devijacije
0	-1,0937	1,4086
1	0,4051	0,4809
2	-0,1669	0,9586
3	0,3947	0,4629
4	-0,1324	0,9049
5	0,4498	0,3530
6	-0,1030	0,9556
7	0,5542	0,4808
8	0,0018	0,9926
F = 2,4696		P = 0,0231

obrađeni programom JAP koji izvodi jednofaktorsku analizu varijance te izvlači prvu glavnu komponentu iz varijabli. Na kraju izvodi univarijatnu analizu varijance prve glavne komponente.

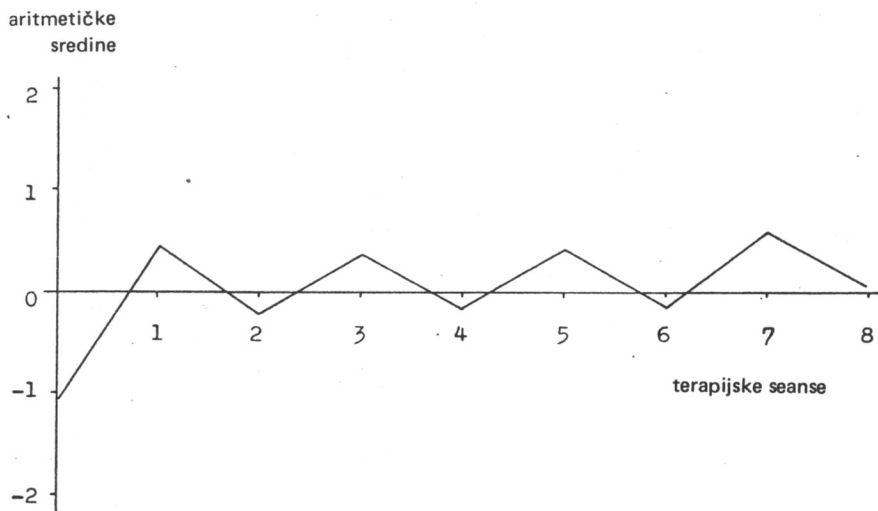
U tablici 1 prikazani su rezultati analize varijance prve glavne komponente, tj. analize varijance za obje varijable zajedno.

Rezultati pokazuju da se u inicijalnom ispitivanju i poslije osam terapijskih seansi rezultati na obje varijable zajedno (SLABO i DOBRO) statistički značajno razlikuju uz vjerojatnost pogreške pri odbacivanju te hipoteze od $P = 0.0231$. Pregledom aritmetičkih sredina može se primijetiti da je prije prve seanse prosječna vrijednost za obje varijable iznosila 1,0937 standardnih

devijacija ispod prosjeka, a da se već poslije prve seanse prosječna vrijednost popela na 0,4051 standardne devijacije iznad prosjeka. Taj pomak mogao bi se pripisati djelovanju odabranih podražaja u terapijskim uvjetima na razine samoprocjene u ispitanica. Poslije druge seanse prosječna vrijednost ponovno pada ispod nule ($-0,1669$), da bi poslije treće seanse ponovno porasla na 0,3947 standardnih devijacija iznad prosjeka. Moglo se zaključiti da prosječni rezultati osciliraju oko nule s tendencijom stalnog rasta i da nakon osme seanse prosjek nije pao ispod nule. Iz grafičkog prikaza aritmetičkih sredina za obje varijable, na slici 1, moguće je uz oscilacije aritmetičkih sredina primijetiti konstantnu tenden-

Slika 1

Grafički prikaz aritmetičkih sredina za obje varijable (S i D), od inicijalnog ispitivanja (0) kroz svih osam seansi (1 – 8)



ciju porasta, za koju bi mogli reći da je uvjetovana višim vrijednostima samoprocjena u pacijentica za varijablu D, što je utjecalo i na porast zajedničkih prosjeka od seanse do seanse.

Analizom varijance za varijablu SLABO (S) aritmetičke sredine inicijalnog ispitivanja i svih osam seansi razlikovale su se međusobno uz vjerojatnost pogreške $P = 0,0391$. Prosjeci su varirali od 43,1111 do 0,2222 s konstantnom oscilacijom oko nekog latentnog prosjeka. Za varijablu DOBRO (D) nije bilo moguće zaključiti da je došlo do statistički značajnih razlika među aritmetičkim sredinama (između prosječnih vrijednosti svake seanse), jer su rezultati samoprocjena u pacijentica, osim što su bili viši nego za varijablu (S), unatoč oscilacijama u pojedinim seansama, bili i homogeniji.

Nakon prve terapijske seanse ispitanice su u odnosu na testiranje prije početka pro-

grama, označavale znatno više vrijednosti za varijablu D nego za varijablu S. Podražaji vođene imaginacije u prvoj seansi bili su vrlo bliski podražajima u fazi relaksacije, pa su vjerojatno i rezultati pod utjecajem tih podražaja bili homogeniji. Međutim, u daljnjim seansama označavane su različite vrijednosti za varijable S i D, na što su vjerojatno utjecali i sadržaji vođene imaginacije, odnosno simbolizacije tijela u pojedinim scenskim slikama, koji su prouzročili i odvijanje drugačijih i različitijih asocijacija u svijesti pacijentice. Naime, pobuđene asocijacije posredstvom katatimnog doživljavanja slika obuhvaćale su simbole čuvstava i objekata njihovih egzistencijalnih napetosti: napor, umor, žalost, radost – bolest, slika tijela, porodica, zanimanje itd. Iz tablice 2 vidljivo je da su verbalni sadržaji najčešće bili asociirani podražajima iz vođene imaginacije. Tako su se pod utjecajem vođene imaginacije, potrebe i napora

Tablica 2

Katatimno doživljavanje slika u pojedinim terapijskim seansama
i temama vođene imaginacije

- + pojava direktnih ili simboličkih vizija asociiranih temi vođene imaginacije
 - nisu registrirane direktne ili simboličke asocijacije temi vođene imaginacije
 - pacijentica nije sudjelovala u terapijskoj seansi
- SA – SAN, OD – ODBIJANJE, PR – PRIHVAĆANJE, SR – SRDŽBA,
RA – RADOST, TU – TUGA, LJ – LJUBAV, RO – ROĐENJE

Inic.	SA	OD	PR	SR	RA	TU	LJ	RO
KL.	+	–	+	–	+	–	+	+
ŠN.	+	–	+	–	+	+	•	•
PM.	+	+	+	+	+	+	+	+
BE.	+	+	•	•	•	•	•	•
VM.	+	+	+	+	+	•	•	•
MV.	+	+	+	–	+	+	+	+
VM.	+	+	•	–	+	•	•	•
BN.	+	+	+	•	+	+	+	–
ZN.	+	+	+	+	+	•	+	+

da procijene svoje doživljavanje u dvije situacije, S i D, ispitanice nalazile i u potrebi da u svojim doživljavanjima koriste određeni način sučeljavanja s bolešću i novim tjelesnim statusom. Svoja doživljavanja sebe projicirale su zatim označavanjem određenih veličina na pojedinim skalama procjene.

Uspostavljanju "stanja harmonije", o kojem govori Balint (1985), i "zaštite i poticaja" (Došek, 1979) čini se da su se pacijentice više približavale posredstvom simbola tijela, zvučnih podražaja i svjetlosne stimulacije u temama RADOST, LJUBAV, PRIHVAĆANJE, ROĐENJE, gdje su se javljale asocijacije kao bezbrižnost, seks, ljubav, igra, smirenje, dok su u temama TUGA, ODBIJANJE, SRDŽBA dominirale asocijacije kao bol, prepotentnost, strah. Ta tendencija bila je vidljiva i iz rezultata samoprocjene u ispitanica za varijablu S i varijablu D.

Terapijskim seansama na temu ROĐENJE, kojom je završavao jedan program kreativne terapije, bilo je obuhvaćeno pet pacijentica. U većini slučajeva zabilježeni su znatno viši rezultati samoprocjene na skali D nego na skali S. ROĐENJE, kao ritualni proces, obrađeno je od simbolizacije tijela u fetalnom položaju – do simbolizacije prolaza kroz porođajni kanal, oslobađanja i rođenja, s posebnim naglaskom na aktivaciju pelvisa (Bernstein, 1981). U katatimnom doživljavanju slika registrirane su slijedeće misli u pacijentica:

- K.L. – oluja, vjetar, smirenje prirode, sreća
- P.M. – nevrjeme, sunčano–lijepo, opuštanje, prihvaćanje
- M.V. – pritisak, oluja, slap, most preko rijeke, buđenje, smirenje, sunce, osjećaj vedrine
- Z.N. – grč, bol, borba, savladavanje straha, uspjeh.

Na taj način utjecaj kreativne terapije odvijao se od postizanja duboke relaksacije do stanja pojavljivanja direktnih ili simboličkih vizija u kojima su u različitom stupnju bili sadržani, formirani i procjenjivani objekti egzistencijalnih (napetosti) vrednota u pacijentica: od "regresije u službi ega" (Bernstein, 1981) u temi SAN, provociranja čuvstava "napora, umora, žalosti, radosti" (Janet, 1970, prema Supek, 1979) u temama ODBIJANJE, SRDŽBA, RADOST, TUGA, do "obnavljanja funkcija ili sposobnosti koje su predmet liječenja" (Jung, 1971, Callieri, 1980) u temama PRIHVAĆANJE, LJUBAV, ROĐENJE.

U vezi s elementima relaksacije u terapiji i elementima simbolizacije tijelom, Bernstein (1981) navodi: Tok ritmičkog uobličavanja za simbolizaciju odnosa "ras-tenje – udisaj, smanjivanje – izdisaj, u vezi je s neverbalnom diferencijacijom osobnosti prema objekti. Na taj način omogućava se odvijanje ritmičke transformacije od narcističkog libida prema objektalnom i vice versa. Memorija sadrži primarno prostorno–tjelesnu memoriju i sekundarno jezično–apstraktnu memoriju, pa je u terapijskom cilju potrebno raditi s cijelim tijelom.

Na način Rogersovog (1961) tumačenja odnosa između opaženog sebe, idealnog sebe i dijagnoze, razine samoprocjena u pacijentica bile su rezultat transformacije egzistencijalnih vrednota u njihovom subjektivnom svijetu. Mijenjala se samosvijest i način kako individua doživljava sebe. U konceptu gestalt – terapije, Perls (1977) ističe da je usmjeravanje pažnje na određeni skup podražaja, podešavanje i prilagođavanje uvjetima podražaja kreativni čin u individue. Jung (1984) navodi da je svaki čin osvješćivanja stvaralački čin i iz tog psihološkog iskustva potječu raznoliki novi

simboli; a Nikolić (1983) u razmatranju odnosa scenske ekspresije i psihoanalize tumači da pridavanje simboličkih značenja tijelu u scenskim sadržajima ima za cilj vraćanje na izvore tijela i disanja kroz pronalaženje što pogodnijih veza između afektivnog i tjelesnog.

"Harmonija podražaja" (McNiff, 1981) u mediju zvučnih, svjetlosnih stimulacija i simbolizacije tijelom uvjetovala je veći "sklad osjeta, opažaja i osjećaja" (Arnheim, 1983) u doživljavanju sebe u ispitanice, što je rezultiralo i zabilježenim pomacima vrijednosti za varijablu D odnosno S.

Rezultati ispitivanja pokazuju značajan utjecaj kreativne terapije na razvijanje pozitivnog doživljavanja sebe u tih pacijentica. Moglo se također ustanoviti da su pacijentice taj oblik terapije doživljavale kao veliku psihološku podršku u uvjetima postoperativnog liječenja. Međutim, rezultati

istraživanja ukazali su i na niz problema koji bi trebali biti predmet daljnjih proučavanja. Naime, snagu i sadržaj egzistencijalnih vrednota koje su bile aktivirane u samoprocjeni nije bilo moguće definirati. Ostaje također i problem operacionalnog definiranja i ispitivanja skupina varijabli, kao što su karakteristike ličnosti pacijentica, premorbidna anamneza, slika tijela, oblici podrške iz okoline (obitelj), oblici postoperativnog liječenja (zračenje, kemoterapija) i drugo, u povezanosti s daljnjim konceptima kreativne terapije. Stvarnost doživljavanja sebe u uvjetima terapije i uvjetima samoprocjene temeljila se na naporu dosizanja novih egzistencijalnih vrednota za koje ipak nije bilo moguće utvrditi da su internalizirane u perceptivne mehanizme pacijentica, primjenjive i izvan terapijske situacije.

LITERATURA

1. ARGYLE, M.: *The Psychology of Interpersonal Behaviour*, Penguin Boosk, Middlesex, 1978.
2. ARNHEIM, R.: *Entropija i umjetnost / Ogled o neredu i redu*, prijevod, *Život umjetnosti*, 33/34, str. 183–199, Institut za povijest umjetnosti, Zagreb, 1982.
3. BAIDER, L., EDELSTEIN, E.L.: *Coping Mechanisms of Postmastectomy Women*, *Isr J Med Sci* 17 : 988 – 992, 1981.
4. BALINT, M.: *Osnovna greška*, prijevod, Naprijed, Zagreb, 1985.
5. BENAZON, O.R.: *Music Therapy Manual*, Charles / Thomas, Springfield, 1981.
6. BERNSTEIN, P.L.: *Theory and Methods in Dance—Movement Therapy*, Kendal / Hunt P.C., Dubuque, 1981.
7. BLANCK, G. i R.: *Ego—psihologija*, prijevod, Naprijed, Zagreb, 1985.
8. BORANIĆ, M.: *Centralni nervni sitem i imunitet*, *Liječnički vjesnik*, 102 : 603, 1980.
9. CALLIERI, B., PETIZIOL, A.: *Aspects of Melotherapy in Psychiatry*, *Musicotherapy*, 68 – 77, 1980.
10. DOŠEK, F.: *Glazba kao zaštita i poticaj*, *Anali Kliničke bolnice "Dr. M. Stojanović"*, Vol. XVIII, br. 2, 147 – 151, 1979.
11. ENDICOT, J.: *Measurement of Depression in Patients with Cancer*, *Cancer*, Vol. 53, No 7, supplement, 2243 – 2249, 1984.

12. FOLSTEIN, M.F., FETTIG, J.H., LOBO, A., NIAZ, U., CAPOZZOLI, C.D.: Cognitive Assessment of Cancer Patients, *Cancer*, Vol 53, No 7, supplement, 2250 – 2257, 1984.
13. HERSH, P.S.: Psychologic Aspects of Patients with Cancer, *Cancer*, 264 – 277.
14. HOLLAND, J.C.B.: Need for Improved Psychosocial Research Methodology: Goals and Potentials, *Cancer*, Vol 53, No 7, 2218 – 2220, 1984.
15. JERWIS, G.: Kritički priručnik psihijatrije, prijevod, Naprijed, Zagreb, 1979.
16. JUNG, C.G.: *Four Archetypes*, Routledge and Kegan Paul, London, 1972.
17. JUNG, C.G.: Psihologija i alkemija, prijevod, Naprijed, Zagreb, 1984.
18. KALIČANIN, P.: Bihevioralna terapija, Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, 1982.
19. LEWIS, S.M., GOTTESMAN, D., GUTSTEIN, S.: The Course and Duration of Crisis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 47, No 1, 128 – 134, 1979.
20. MAGUIRE, P.: Effect of Counselling on the Psychiatric Morbidity Associated with Mastectomy, *Brit. Med. J.* 1453 – 1456, (281), 1980.
21. MARCUSE, H.: *Eros i civilizacija*, prijevod, Naprijed, Zagreb, 1985.
22. MATZ, R.: O analizi doživljaja glazbe, *Anali kliničke bolnice "Dr. Mladen Stojanović"*, Vol. XVIII, br. 2, 140 – 143, 1979.
23. Mc NIFF, S.: *The Arts and Psychotherapy*, Charles C. Thomas, Springfield, 1981.
24. MORENO, J.: *Musical Psychodrama: A New Direction in Music Therapy*, *Musico-therapia*, 160 – 170, 1980.
25. MORRIS, T., Greer, S.H., White, P.: Psychological and Social Adjustment to Mastectomy, A Two-Year Follow-up Study, *Cancer*, 40, 2381 – 2387, 1977.
26. NIKOLIĆ, S.: *Scenska ekspresija i psihoanaliza*, Naprijed, Zagreb, 1983.
27. OBERST, T.M.: Patients Perceptions of Care, Measurement of Quality and Satisfaction, *Cancer*, supplement, Vol 53, No 7, 2366 – 2375, 1984.
28. PERLS, F.S., Hefferline, R., Goodman, P.: *Gestalt Therapy*, Penguin Books, Middlesex, 1977.
29. PETTINGALE, K.W.: The Validity of Emotional Control as a Trait in Breast Cancer Patients, *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol 2, No 3/4, 21 – 30, 1984.
30. PRSTAČIĆ, M.: Creativity, Dramatization and Music Therapy, *I C P S Journal*, 19 – 20, London, 1981.
31. RENNEKER, R., Cutler, M.: Psychological Problems of Adjustment to Cancer Breast, *J.A.M.A.*, Vol 148, No 10, 833 – 838, 1952.
32. ROGERS, R.C.: *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1961 (prijevod Noli, Beograd) 1985.
33. RUNYAN, M.W.: How Should Treatment Recommendations Be Made? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 45, No 4, 552 – 558, 1977.
34. RUUD, E.: *Current Treatment Theories*, Magnamusic-Baton, St. Louis, 1980.
35. SINGER, J.E.: Some Issues in the Study of Coping, *Cancer*, supplement, No 7, Vol 53, 2303 – 2315, 1984.
36. SUPEK, R.: *Mašta*, Sveučilišna naklada Liber, Zagreb, 1979.

37. STANKOVIĆ, S.: Prevencija i terapija neuroza muzikom i ritmičkim disanjem, *Musicotherapia*, 54 – 57, 1980.
38. SHAW, B.F.: Comparison of Cognitive Therapy and Behavior Therapy in the Treatment of Depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 45, No 4, 543 – 551, 1977.
39. SCHMOLZ, A.: Der kreative Aspekt innerhalb der Musiktherapie, *Anali Kliničke bolnice "Dr. Mladen Stojanović"*, Vol. XVIII, Br. 3, 329 – 334, 1974.
40. ŠKILJAN, D.: U pozadini znaka, Školska knjiga, Zagreb, 1985.
41. VERA, D., MORELLI, R., CAPRIOGLIO, V.: Space and Movement in Mastectomy Patients: A Symbolic Study During Dance Therapy, *Abstracts, 6 th International Symposium on Biobehavioral Oncology, Zaragoza, 1985.*
42. YATES, W.J.: Practical Concerns and Pitfalls in Measurement Methodology, *Cancer, supplement, Vol. 53, No 7, 2366 – 2381, 1984.*

**CREATIVE THERAPY AS A SUPPORTIVE METHOD
IN POSTOPERATIVE TREATMENT OF WOMEN AFTER
MASTECTOMY**

Summary

Occasional sample of nine women 29–56 years old that received medical treatment in control Institute for tumors and similar diseases in Zagreb was included in the program of creative therapy. As a result of malignant neoplasma one breast was amputated in these patients.

Simultaneously with creative therapy and rehabilitation on the operated area, radiotherapy was applied. In one of these patients this radiotherapy was substituted with chemotherapy.

One program of creative therapy included eight therapeutic sessions. These sessions had two phases. Relaxation phase and the phase of leaded imagination through eight chosen topics: dream, refusing, acceptance, anger, joy, sadness, love and birth.

Through observation of patients, analysis of catatimic experience of pictures and analysis of data collected on the self estimation scales, with one factor analysis of variance ($P=0.0231$), a positive influence of creative therapy was found. This positive influence of creative therapy was on the self-perception and self-experiencing of these persons during therapeutic conditions. The need of further and more complex definition of therapeutic concepts and the creation of conditions for their applying also emerged.