

EVALUACIJA NEKIH ASPEKATA DOŽIVLJAJA SEBE NAKON MASTEKTOMIJE

Renata Martinec

Fakultet za defektologiju
Sveučilišta u Zagrebu

Izvorni znanstveni članak

UDK: 376.22

Zaprimljeno: 06. 05. 1996.

Sažetak

S namjerom boljeg razumijevanja dinamike različitih determinanti doživljaja sebe u uvjetima psihofiziološke neravnoteže primijenjen je program kreativne terapije na uzorku od 13 pacijentica kojima je zbog maligne neoplazme amputirana dojka u Klinici za tumore u Zagrebu.¹

Terapijski program je putem sinteze različitih medija (glazbe, boje, slike i pokreta) uključivao predstavljanje onih objektnih relacija koje sadrže simboliku ženskog principa i ulaze u prostor sukoba između postojećih sustava vrijednosti i novih kriterija njihove modifikacije.

U funkciji procjene korporalnih i psiholoških odrednica kao regulatornih mehanizama doživljaja sebe, definirane su varijable koje su se odnosile na ispitivanje kvalitete samodoživljaja i estetičke dimenzije, EMG-potencijala facijalne mišićne aktivnosti, doživljaja slike tijela i psihičkog statusa.

Rezultati dobiveni ispitivanjem subjektivnih i objektivnih razina procjene bihevioralnih i egzistencijalnih determinanti, pokazuju da je primijenjeni program kreativne terapije utjecao na psihofiziološku usklađenost, koja se, kao korelat jedinstvenog misaono-afektivnog koncepta u procesu kreativnog suočavanja sa bolešću i vlastitim višestruko-kategorijalnim vrijednosnim sustavom, odrazila na kontinuumu dobrog (samopercipiranog i samoprocijenjenog) doživljaja sebe.

1. UVOD

Budući da se refleksija tjelesno-duhovne organizacije u prostoru emocionalno-predodžbene svjesne fenomenološke analize sastoji od komplementarnih dijelova jedne cjeline, povreda fizičkog integriteta u slučaju raka dojke ne samo da dovodi do negativne procjene ukupnog manifestnog i funkcionalnog tjelesnog aspekta, već može inducirati reaktiviranje straha od smrti, uništenja i nestajanja. Navedena nepovoljna psihofizička interakcija izvor je neprikladnog emocionalnog odgovora i autori (Altman, 1980., Irvine,

Crooks, Browne, 1992., Baltrusch, 1987., Caffarella, 1993.) navode da se u većine onkoloških bolesnika javlja depresija, anksioznost, strah, ljutnja, koje zajedno sa pripadajućom kognitivnom procjenom i konzekventnim biološkim odgovorom, ne udovoljavaju povećanim zahtjevima za održanjem biološke, psihološke i socijalne ravnoteže.

S obzirom na tako široku dinamiku ključnih razina osobnih intervencija, potrebno je koncipirati takve suportivne terapijske modele koji sintetiziraju brojne aspekte biomedicinskih i humanističkih spoznaja, koje omogućuju spontanu usklađenost čovjekovog unutarnjeg misaonog i emocionalnog bi-

¹ Ovaj rad je dio opsežnijeg istraživanja provedenog u funkciji magistarskog rada "Promjene EMG-potencijala i rezultata samoprocjene pod utjecajem kreativne terapije primjenom glazbe i simbolizacije tijelom" u okviru znanstvenog projekta "Ispitivanje utjecaja suportivnih terapija u onkoloških bolesnika", 5-07-218, koji je vodio prof. dr. Miroslav Prstačić.

ća sa realitetom i kreativnu integraciju iskustva. Merlau-Ponty (1990.) navodi da "traumatsko iskustvo ne egzistira kao predodžba, na način objektivne svijesti, njemu je bitno da preživi tek kao jedan stil bitka i na izvjesnom stupnju općenitosti" i razumljivo je tu podsvjesnu fiksaciju manifestiranu kroz fantazme označene strahom i neugodom, rastvarati kroz imaginativno suočavanje sa njihovim simboličko-predodžbenim konstruktima. U uvjetima njihovog ektipskog predstavljanja pomoću određenih umjetničkih medija u terapijsko strukturiranom kontekstu, javlja se, na nivou znakovno prihvatljivog, neintencionalna elaboracija, bilo mimetička i/ili konstruktivna. Bivajući istovremeno subjektom i objektom vođenih i usmjeravanih imaginativnih sadržaja, pacijent postaje, prema Stolorow & Atwoodu (1980.) "centralni lik" sa narcističkom ulogom koja mu pomaže u naporu "zaštite, obnavljanja, izgrađivanja i stabiliziranja selfa".

U operacionalizaciji suportivnih terapijskih tehnika i metoda posebnu pažnju treba usmjeriti na indukciju i podržavanje kreativne modifikacije i integracije iskustva u prostoru redefiniranja konfliktnih sadržaja značajnih za status samoprocjene u ispitanika. Naime, rezultati određenog broja longitudinalnih studija provedenih u cilju procjene kvalitete samodoživljaja (Irvine, 1991., Lance i sur, 1994., Reaby, Hort, 1995.) pokazuju da se u žena kod kojih je izvršena mastektomija znatno češće i intenzivnije javljaju problemi negativne promjene u doživljaju slike tijela i teškoće seksualnog identiteta u odnosu na žene u kojih je izvršena segmentektomija. Iako je interpretacija tjelesnog iskustva sadržajno različita, usmjerena na prikazivačku (znakovnu) sferu tjelesne granice i unutrašnje, konstitutivne elemente, konceptualizacija i evaluacija navedenih fenomena uključuje kako vizualne i senzacijske (senzomotorne) elemente, tako i simboličku elaboraciju. Iz tog razloga, usmjeravajući posebnu pažnju na formiranje novih perceptivno-vrijednosnih mehanizama u sferi tjele-

snog iskustva, kao i u sferi doživljaja slike tijela, određeni autori (Prstačić, Sabol, Nikolić, 1987., Prstačić, Nikolić, Martinec, Kraljević, 1991., Halsen, A.W.1995.) zaključuju da korištenje simbolizacije tijelom potiče funkcionalnu razinu pokreta, perceptivnu modulaciju, kao i arhetipsku i iskustvenu simboliku. Vizualizacija tjelesno simboliziranih ideofektivnih obrazaca inducira, na planu "mašte kretanja" (Gehlen, 1990.), imitativne, virtualne pokrete u procesu identifikacije i projekcije. Apstraktni pokret produbljuje, u istom prostoru gdje se pojavljuje i konkretni pokret, zonu refleksije i subjektivnosti, on superponira fizičkom prostoru jedan virtualni ili ljudski prostor (Merlau-Ponty, 1990.). Svako motoričko, senzomotorno, čak i vegetativno zbivanje određeno je svojim prošlim stanjem i ima "povijesnu bazu" reakcije koja se oživljava predstavljanjem objekata i situacija putem sinteze različitih stimulacija, a u primjeni simbolizacije tijelom, ukupni lik neke kretnje shvaća se kao nacrt za njeno izvršenje. Elementarni pokret, u čijoj osnovi leži osjećaj ugone, predstavlja bazu od koje se razvija čitav niz složenijih akcija. Terapijska komunikacija može biti potkrijepljena prihvatljivim glazbenim, slikovnim i svjetlosnim stimulacijama, što ulazi u prostor estetičke interakcije unutar koje se tijelo procjenjuje notom prihvaćanja, pristajanja i smanjene napetosti.

Interpretirajući glazbu kao medij izravno vezan za arhetip (Kant, 1957.), neposrednu objektivizaciju i odraz čitave volje (Schopenhauer, 1981.), ili prenosiocem energetskih potencijala pripadajućim frekvencijama vibracija ((Stanway, 1986.), ona postaje sve relevantniji predmet znanstvene i praktične analize. Tako primjerice, rezultati istraživanja o primjeni glazbe u liječenju (Siegel, 1974., Meyer, 1986., Bliss, 1992.) omogućuju razvijanje novih teorijskih modela o utjecaju energetskih potencijala glazbe na receptibilne i visceralne funkcije, olakšavanje induciranja osobitih stanja svijesti i terapijske katarze (Prstačić, 1995.).

Kao mediji kompatibilni usmjeravanju apstraktne dimenzije glazbe prema konkretizaciji pojma i odnosa, mogu se nadalje primjenjivati slika i boja, koji u sintezi različitih medijskih stimulacija, upotpunjuju cjelokupni spoznajni proces od osjetilnosti do ideacije na relaciji znakovno-arhetipskog.

Primjena znakovnog izraza u formi koja odgovara perceptivnoj, predodžbenoj i emotivnoj organizaciji osobe, kao i biranje onih podražaja čiji je kromatski, plošni, zvukovni, ritmički i energetski odnos sukladan organizmičkom, dovodi do stanja biološkog sklada, čiji je korelat na razini percipiranog samodoživljaja osjećaj ugone. Tako inducirana stanja sadrže povećanu receptibilnost prezentiranih formi i sadržaja, kao i emocionalno-misaoni angažman, što se ne percipira kao dodatni napor budući da se, zbog pozitivnog emocionalnog transfera, povišena energija kanalizira u područje imaginativnog i osjetilnog.

1.1. BIOLOŠKO-POVRATNA VEZA

Uspostavljanje psihofiziološke ravnoteže i automatska težnja da se ona održi je temelj ljudske egzistencije. "Psihološki motivi i tjelesni povodi mogu se isprepletati, jer u životu tijelu nema nijednog pokreta koji bi bio apsolutna slučajnost s obzirom na psihičke intencije, nijednog psihičkog akta koji ne bi našao bar svoju klicu ili svoj generalni plan u fiziološkim dispozicijama. Nikad se ne radi o neshvatljivom susretu dviju kauzalnosti, ni o koliziji između reda uzroka i reda svrhe (Merlau-Ponty, 1990.)."

U cilju praćenja kvalitete i intenziteta jedinstvenog psihofiziološkog odgovora, te u svrhu objedinjavanja nevoljne kontrole i svjesne regulacije, moguća je primjena EMG-biofeedbacka facijalne mišićne aktivnosti, čija se primjena temelji na određenim teorijskim i praktičnim spoznajama. Naime, u okviru "limbičke teorije emocija" (Papez, 1973., prema Atkinson i sur. 1990.), percepcija visceralnih i toničkih senzacija ima važnu ulogu u svjesnoj diferencijaciji emocija i njihove

intenziteta. Vanjski i unutarnji događaji interpretiraju se u specijaliziranim regijama kore mozga, nakon čega se živčani impulsi prenose na limbički sustav i posredno na talamus u kojem se nalaze nadređeni centri za regulaciju autonomnog nervnog sustava preko kojih se određuje kvaliteta visceralnih i ostalih tjelesnih reakcija, kao i stimulacija određenih peptida i hormona koji omogućuju njihovo javljanje. Prema "hipotezi o facijalnoj povratnoj sprezi" (Tomkins, 1980.) i "vaskularnoj teoriji emocija" (Zajonc, Murphy, Ingelhart, 1989.) kontrakcija određenih facijalnih funkcionalnih grupa mišića (odgovornih za određenu emociju i klasificiranih prema Duchene, 1959.) šalju se živčani impulsi u određene regije mozga, u kojima se zbog promjene temperature odvija facilitacija ili inhibicija pojedinih transmitera i hormona čije se djelovanje na niže živčane razine i tjelesne reakcije povezuje sa doživljajem emocije.

Metoda elektromiografskog zapisivanja temelji se na mjerenju sumiranih akcijskih potencijala asociiranih sa facijalnom mišićnom kontrakcijom (Paloheimo, 1990.) pomoću dvije elektrode pričvršćene na motorne točke određenog mišića. Objektivna analiza facijalne mišićne aktivnosti može poslužiti kao relevantna refleksija budnosti organizma, stupnja energetskog potencijala uključenog u emocionalnu reakciju i psihofiziološku dinamiku. Osim što omogućuje uvid u postojanje i intenzitet emocionalnog odgovora, EMG-biofeedbacka dodatno utječe na svjesni doživljaj, kontrolu i regulaciju fiziološkog odgovora organizma povezanog sa emocionalnom reakcijom, pri čemu voljna promjena motoričke reakcije utječe na kvalitet emocionalnog doživljaja i procjenu doživljaja sebe.

2. PROBLEM I CILJ ISTRAŽIVANJA

Iako je rak lokalna bolest koja napada strukturu tkiva, njegovo prisustvo i ekspanzija ne

izazivaju posljedice samo na biološko-fiziološkom aspektu funkcioniranja, već i na području estetičkog, korporalnog i duhovnog dijela osobnosti. Naime, artifičijelno inducirana tjelesna asimetrija i iatrogena oštećenja uslijed određenih metoda liječenja uzrokuju negativnu promjenu vlastite tjelesnosti, a paradigmatično značenje raka uzrokuje niz negativnih uvjerenja praćenih strahom, depresijom, anksioznošću i neprijateljstvom. Rezultati istraživanja (Chapman, 1979., Piljac, 1977., Irvine, Crooks, Browne, 1991., Prstačić, Sabol, Nikolić 1987., Lance i sur. 1995., Prstačić, Nikolić, Šerbo, Martinec, 1995.) pokazuju da se u takvim uvjetima stvara nepoželjna predodžbena konstelacija u kojoj "svjesno/nesvjesna fiksacija na traumatsko iskustvo i konzekventnu osobnu egzistenciju zatvara mogućnosti, a "ja" postaje jedinstveni totalitet koji isključuje integraciju, promjenu i kauzalnu reakciju" (Merlau-Ponty, 1990.).

Kao rješenje se postavlja formiranje prikladnog životno-filozofskog koncepta i vrijednosnog sustava u kojem se osoba, s novom korporalnom manifestacijom, pripadajućom psihičkom refleksijom i anticipacijskom predodžbom pojavljuje kao relevantan fenomen. Ovakvo izgrađivanje životnih konstrukata nailazi na niz prepreka jer nadilazi opća, svakodnevna empirijska i psihološka iskustva. Iz tog razloga, u okviru kompleksnog liječenja i rehabilitacije, javlja se potreba primjene suportivnih terapija sa multimedij-ski simboličkom transakcijom, u cilju transformacije biopsihosocijalnih dimenzija osobnosti u ispitanika.

Rezultati nekih istraživanja o estetički induciranom angažmanu na relaciji forma-sadržaj (Henley, 1993., Prstačić, Nikolić, Martinec, Kraljević, 1991.), percepciji boli i promjenama u fenomenološko-bihevioralnim i egzistencijalnim dimenzijama pojedinca (Prstačić, Karađole, Kraljević, 1992., Samarzi, Rigatos, Fragkakis, 1995.), kreativnom suočavanju, i neintencionalnoj apercepciji i elabraciji (Siegel, 1985., Meyer, 1986., Prsta-

čić, 1995.), otvaraju nove razine interpretacije u problemskom području doživljaja sebe.

U okviru opisanog problemskog područja definiran je cilj istraživanja koji se odnosio na primjenu kreativne terapije u evaluaciji povezanosti objektivnih i subjektivnih razina procjene za definirane varijable doživljaja sebe u pacijenata nakon mastektomije.

3. HIPOTEZA

Stanje bolesti, mutilacije i ideacije o smrti stavlja čovjeka pred nove napore promjene i selekcije fenomenoloških odrednica u kategorijalno organiziranim perceptivno-kognitivnim i vrijednosno-emosivnim sustavima, koji se podjednako odnose na tjelesni i duhovni aspekt osobnosti. Na temelju tih spoznaja i na temelju pretpostavke da se uvjetima nakon mastektomije tijelo javlja kao ugrožavajući objekt u prostoru vizualnog, predodžbenog i cenestezijskog iskustva, javlja se potreba definiranja takvih suportivno terapijskih postupaka, koji u sebi uključuju imaginaciju, relaksaciju, simboličko-arhetipsku proradu i introjkciju elemenata estetičke dimenzije. Na temelju navedenih postavki definirane su sljedeće hipoteze prema kojima se utjecaj kreativne terapije očituje:

- u afektivno egzistencijalnoj introspekciji projiciranoj u razine samoprocjene za varijablu "doživljaja sebe" prije i poslije terapijskih seansi
- u indukciji estetske komponente doživljaja posredstvom glazbenih predložaka, simbolizacije tijelom i vođene imaginacije - koja se manifestira u razinama estetske dimenzije terapijske podrške
- u razinama EMG-potencijala facijalne mišićne aktivnosti koje odgovaraju promjenama tonusa u svezi sa fizičkim opuštanjem i emocionalnim odgovorom
- u akumuliranim utjecajima selektivnih stimulacija koji se odražavaju u promjeni

intenziteta simptoma za dimenzije - somatizacija, opsesivna kompulzivnost, interpersonalna senzitivnost, depresija, anksioznost, neprijateljstvo, fobična anksioznost, paranoidna ideacija i psihoticizam.

4. METODE RADA

4.1. UZORAK ISPITANIKA

Ispitivanje je bilo provedeno na uzorku od 13 pacijentica u dobi od 44 do 71 godine, kojima je zbog maligne neoplazme izvršena mastektomija u Klinici za tumore u Zagrebu.

4.2. NAČIN PROVOĐENJA ISPITIVANJA

U okviru ispitivanja proveden je suportivno terapijski program u trajanju od 8 seansi tijekom 3 tjedna za svaku pacijenticu. Model kreativne terapije je putem sinteze različitih medija (glazbe, boje, pokreta, vođene imaginacije...) uključivao predstavljanje onih objektnih relacija koji sadrže simboliku ženskog principa i ulaze u prostor sukoba između postojećih sustava vrijednosti i novih kriterija njihove modifikacije, te potiču senzornu akomodaciju, posturalno-gestovnu ekspresiju i afektivno-misaonu interpretaciju.

4.3. ODABIR VARIJABLI I KRITERIJA PROCJENE

U cilju istraživanja bile su definirane sljedeće varijable:

1. *Doživljaj sebe* prije i poslije terapijske seanse, i *Estetička dimenzija* procijenjene pomoću vizualnih skala samoprocjena (Prstačić, 1987., Arner, 1990.).
2. *Psihološki status* procijenjen prema strukturi evaluacije instrumenta SCL-90 (Derogatis, Lipman. Covi, 1973.), koji se sastoji od 90 itema i procjenjuje osobine ličnosti u 9 dimenzija: *somatizacija*,

opsesivna kompulzivnost, interpersonalna senzitivnost, depresija, anksioznost, neprijateljstvo, fobična anksioznost, paranoidna ideacija i psihoticizam.

3. *Emg-potencijali facijalne mišićne aktivnosti* - razina i trajanje sumiranih akcijskih potencijala m. frontalis dobivenih na prilagođenom površinskom kraniofacijalnom EMG-biofeedbacku (Zajonc, Murphy, Ingelhart, 1989., Paloheimo, 1990.).

U okviru procesne dijagnostike procjena rezultata za varijablu "Doživljaj sebe" provodila se na početku i kraju svake seanse za varijablu "Estetička dimenzija" nakon terapijske seanse, ispitivanje psihološkog statusa prije i poslije terapijskog programa, a zapisivanje EMG-potencijala facijalne mišićne aktivnosti tijekom terapijskih seansi.

4.4. METODE OBRADE PODATAKA

Obrada rezultata za varijable "Osjećam se dobro", "Osjećam se slabo", "Estetička dimenzija" i "EMG-potencijali facijalne mišićne aktivnosti" učinjena je primjenom modifikacije Morrisonovog algoritma (Nikolić, 1981.) koja izračunava aritmetičke sredine svake seanse kada su predhodno rezultati centrirani na najmanju vrijednost dobivenu u ispitivanju. Hotellingovim multivarijantnim testom značajnosti T2 testira se značajnost razlika između aritmetičkih sredina rezultata u svim seansama. Izračunavaju se i parcijalni diskriminativni koeficijenti koji kazuju koje razlike rezultata više, a koje manje sudjeluju u diskriminaciji.

Rezultati dobiveni na Ček listi simptoma SCL-90 obrađeni su analizom varijance za svaku varijablu posebno, te Robustnom diskriminativnom analizom (Nikolić, 1981.).

5. REZULTATI I DISKUSIJA

Obrada rezultata za varijablu "Doživljaj sebe" u osam vremenskih točaka učinjena je

posebno za rezultate dobivene prije terapijskih seansi, za rezultate dobivene poslije terapijskih seansi, te se u daljnjoj obradi ispitala razlika rezultata dobivenih prije i poslije terapijske seanse.

Tabela1.

Varijabla "Doživljaj sebe" kao razlika rezultata dobivenih prije i poslije terapijskih seansi

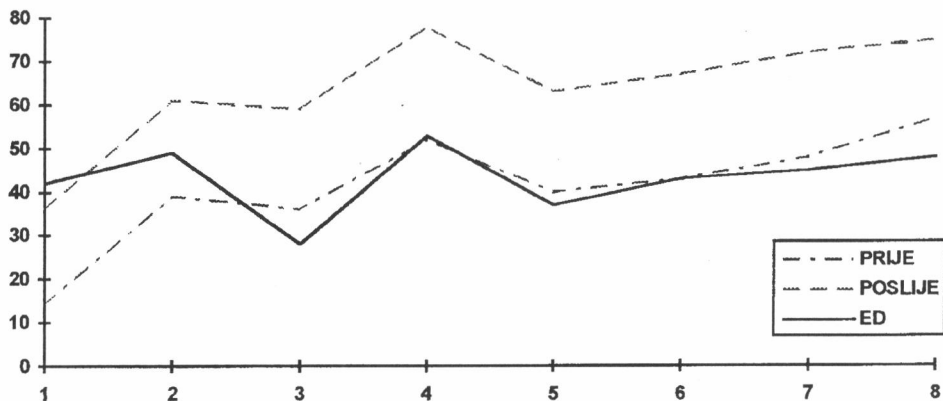
Mahalanobisova udaljenost	Hotellingov T2	DF1	DF2	F	P
5.1646	67.1397	7	6	4.7957	.038059

Aritmetičke sredine razlika rezultata u t točkama (M) i parcijalni diskriminativni koeficijenti (BETA)

	M	BETA
1	38.6154	.1233
2	38.5385	-.0715
3	40.2308	.0839
4	42.692	-.0677
5	39.6154	.0341
6	40.0769	.0411
7	40.6923	.0020
8	34.9231	-.0114

Na temelju uvida rezultata prikazanih u tabeli 1, može se zaključiti da je došlo do statistički značajne razlike između rezultata za varijablu "Doživljaj sebe" prije i poslije terapijskih seansi. Viši rezultati na varijabli *Poslije* mogu se tumačiti kao posljedica tendencije porasta afektivno-kognitivnog angažmana koji je za svoj ishod imao povećanu receptibilnost i prihvaćanje terapijskog programa.

Inspekcijom aritmetičkih sredina razlika rezultata (grafikon 1), zanimljiv je stalan porast rezultata na varijabli *Prije* što dokazuje da je pozitivna promjena doživljaja sebe relativno stabilan i trajan proces, potican mehanizmima apercipije prezentiranih sadržaja i njihovom elaboracijom uz prihvatljiva stanja ugone. Približavanje vrijednosti dobivenih prije i poslije terapijskog programa ukazuje na određenu razinu psihofiziološke usklađenosti koja se otkriva kroz samoprocijenjeni bolji osjećaj sebe. Stimulacija selektivnim podražajima u uvjetima koji zahtijevaju priklanjanje vlastitim kriterijima potkrepljuju proces introspekcije u cilju osvješćivanja i reorganizacije iskustva prema vanjskom, ali samo znakovnom uzoru, gdje je osoba slobodna da razotkriva značenja, od-



Grafikon 1.: Prikaz rezultata samoprocjene za varijablu doživljaj sebe prije i poslije terapijskih seansi, i za varijablu estetska dimenzija

nose i relacije u skladu sa vlastitim kriterijima.

Rezultati dobiveni za varijablu *Estetska dimenzija* (tabela 2, grafikon 1) pokazuju da je primijenjeni terapijski program utjecao na indukciju estetske komponente doživljaja ovisno o tematski definiranoj znakovno-sadržajnoj poruci terapijske seanse.

Tabela 2.

Varijabla "*Estetska dimenzija*"

Testiranje razlika između aritmetičkih sredina rezultata centriranih na najmanju vrijednost.

Mahalanobisova udaljenost	Hotellingo v T2	DF1	DF2	F	P
3.3234	43.2044	7	6	3.0860	.095842

Aritmetičke sredine razlika rezultata u t točkama (M) i parcijalni diskriminativni koeficijenti (BETA)

	M	BETA
1	42.1538	.0127
2	49.9231	.0183
3	28.1538	.0318
4	53.6154	-.0230
5	37.0769	.0079
6	43.0000	.0015
7	45.8462	.0140
8	48.9231	.0248

Tako primjerice, najniži rezultati zabilježeni su poslije treće i pete seanse u okviru tema *odbijanje i tuga*, budući da predstavljaju aktualne neugodne sadržaje asociirane bolešću,

Tabela 3.

Rezultati diskriminativne analize za dimenzije *Ček-liste simptoma SCL-90*

		Centroidi grupa	Standardne devijacije	Fisherov test	Razina značajnosti
SOMATIZACIJA	Grupa 1	.2929	2.4841	1.417	.244210
	Grupa 2	-.2929	2.0308		
OPSEIVNA KOMPULZIVNOST	Grupa 1	.3556	1.3613	2.203	.147501
	Grupa 2	-.3556	1.8452		
INTERPERSONALNA SENZITIVNOST	Grupa 1	.1398	1.3838	1.254	.273422
	Grupa 2	-.1398	1.3911		
DEPRESIJA	Grupa 1	.2515	1.5765	1.553	.222796
	Grupa 2	-.2515	1.7984		
ANKSIOZNOST	Grupa 1	.5436	1.4490	3.718	.062763
	Grupa 2	-.5436	1.8369		
NEPRIJATELJSTVO	Grupa 1	.4702	.9878	1.269	.021167
	Grupa 2	-.4702	1.1188		
FOBIČKA ANKSIOZNOST	Grupa 1	.1770	1.5552	1.399	.247195
	Grupa 2	-.1770	1.2274		
PARANOIDNA IDEACIJA	Grupa 1	.0350	1.2071	1.016	.324988
	Grupa 2	-.0350	1.5725		
PSIHOTICIZAM	Grupa 1	.1806	1.1854	1.404	.246310
	Grupa 2	-.1806	1.6212		

smrću i narušenim fizičkim integritetom. Pri takvim je uvjetima cilj primjene estetičke dimenzije terapije približavanje neugodnih sadržaja kroz prihvatljivu formu znaka u svrhu brisanja neugodnih tragova iskustva i po principu desenzibilizacije, prihvaćanje njihovih značenja u obliku koji ne razara psihičku harmoniju ličnosti, već postoji kao determinata koja egzistira na kontinuumu realnog i idealnog, dobrog i lošeg. Njihova integracija je preduvjet realne procjene selfa i ukupnog iskustva. Viši rezultati u istim točkama procjene za varijablu *Poslije* ukazuju na sposobnost distanciranja vlastite samoprocjene od neugodnih sadržaja. Internalizirani estetski modaliteti navode da ih se novo otkriva i pronalazi u daljnjim opažanjima i vrednovanjima, te isto tako utječu na stvaranje i prihvaćanje novih egzistencijalnih vrednota.

U tabeli 3 prikazane su analize rezultata dobivenih na instrumentu SCL-90. Inspekcijom rezultata može se zaključiti da je do statistički značajne razlike došlo na varijabli *neprijateljstvo*, dok su razlike rezultata za varijablu *anksioznost* na granici značajnosti. Iako na varijabli *depresija* nije došlo do statistički značajne razlike, važno je primijetiti da je došlo do određenog pozitivnog pomaka. Dobiveni rezultati su interesantni u odnosu na rezultate preglednih studija (Chapman, 1979., Montbriand 1995., Irvine i sur. 1991.) koji su pokazali da se bez obzira na kliničku sliku, crte ličnosti i iskustvo, kod većine onkoloških bolesnika značajno pojavljuju depresije, anksioznost, strah i neprijateljstvo. Njihov intenzitet ograničava mogućnost njihovog uklanjanja u vlastitoj autoanalizi, te se javlja potreba primjene dugotrajnijeg suportivno terapijskog modela.

Rezultati dobiveni na varijabli *EMG-potencijali facijalne mišićne aktivnosti* obrađeni su programom Nikolić koji se temelji na modifikaciji Morrisonovog algoritma, i na temelju kojeg je dobiveno deset aritmetičkih sredina prosječnih vrijednosti (sumirane ve-

ličine signala u tri minute mjerenja, odnosno na tri zabilježene slike daju jednu točku procjene - zajednički dobiveni rezultati svih pacijentica na jednoj točki procjene predstavljaju aritmetičke sredine aritmetičkih sredina) na kojima je izvršeno testiranje kvantitativnih promjena u deset vremenskih točaka u dva mjerenja (tabela 4).

Tabela 4.

Rezultati diskriminativne analize vrijednosti za varijablu *Emg-potencijali facijalne mišićne aktivnosti*

	Centroidi grupa	Standardne devijacije	Fisherov test	Razina značajnosti
Grupa 1	-1.0263	2.0865	4.367	.051742
Grupa 2	1.0236	2.5385		

Rezultati diskriminativne funkcije:

	Diskriminativni koeficijenti	Korelacije varijabli i diskriminativnih funkcija
1	.0842	.5051
2	.1865	.7691
3	.2158	.9277
4	.0482	.7020
5	.4580	.9708
6	.4149	.9523
7	.2559	.8966
8	.4819	.9443
9	.4342	.9425
10	.2027	.9209

Na temelju rezultata diskriminativne analize može se uočiti da su kvalitativne promjene dobivene između inicijalnog i finalnog ispitivanja na granici značajnosti (.051742). Dobiveni podaci su zanimljivi s obzirom na proceduru terapijske seanse koja je obuhvaćala fazu relaksacije i vođene imaginacije. Može se uočiti da su vremenske točke procjene u kojima je došlo do najvećih promjena između prvog i drugog mjerenja obuhvaćale upravo fazu vođene imaginacije.

Može se formulirati zaključak da je povišena psihička napetost kao rezultat povišene usmjerenosti (pažnje) imala za posljedicu i povišenu mišićnu napetost kao dio fiziološkog odgovora organizma na induciranu emociju. Lurija (1976.) navodi da u uvjetima pažnje uz pojačanu emocionalnu-misaonu aktivnost, pojavljivanje osjećaja, pokreta i tragova iskustva postaje neujednačeno i selektivno. Inhibicija ili dominacija mentalnih sadržaja ipak nije neorganizirana već pažnja ne samo da regulira izdvajanje elemenata značajnih za vlastito psihičko funkcioniranje, već uključuje i proces koji održava kontrolu organiziranog tijeka psihičke aktivnosti, neophodnog u razvijanju vlastitih strategija borbe i adaptacije. Niske prosječne vrijednosti u početnim vremenskim točkama terapijske seanse možemo interpretirati u povezanosti sa fazom primjene tehnika relaksacije koje su uključivale reduciranje selektivnih podražaja i progresivno smanjenje psihofizičke napetosti.

U funkciji koncipiranja prikladnih dijagnostičkih i terapijskih tehnika za područje doživljaja slike tijela, preliminarno je bio primijenjen Test projektivnih tendencija boje i slike tijela (BSL-1) (Martinec, R., Prstačić, M., Šerbo, B., Nikolić, B., 1992.) koji uključuje procjenu dijelova tijela (glava, ruke, gornji dio tijela, donji dio tijela) i tijela u

cjelini, pomoću projekcije 40 simboličkih karakteristika boje u dimenzijama *emocionalnog, fizičkog, socijalnog, vrijednosnog i transcendentnog* na vlastitu tjelesnost. Iako ne postoji pretenzija da dobiveni rezultati budu interpretirani u okviru ovog rada, tendencije dobivenih promjena ukazuju da je doživljaj slike tijela specifično problemsko područje kojem, u okviru kliničke prakse, treba posvetiti posebnu pažnju. Jedan od važnijih sadržaja ispitivanja, trebao bi se možda odnositi na evaluaciju doživljaja slike tijela u okviru koje bi se procjenjivala međuovisnost različitih parametara, kao što su simbolička značenja, biološko-fiziološki i neuromuskularni funkcionalni aspekt, razina dominantnih pulzija, bol..., i drugih faktora bitnih u determiniranju cjelovitog osjetilnog i funkcionalnog tjelesnog iskustva

6. ZAKLJUČAK

Dobiveni rezultati pokazuju da je primijenjeni program kreativne terapije utjecao na vrijednosti za definirane varijable procjene doživljaja sebe nakon mastektomije, a također je naglašena i potreba definiranja i evaluacije različitih parametara u problemskom području doživljaja slike tijela.

LITERATURA

1. Altman, J. H., Witenborn, J. R. (1980): Depression-Prone Personality in Women, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 89., No. 3., 1980., 303-308.
2. Arner, S (1988): Visual analog skala, Karolinska sjukhuset, ACO Lakemedel AB/Kabi Tharma.
3. Atkinson, R., Atkinson, M. C., Smith, E. E., Bem, J. J. (1990): *Psychology*, Harcourt B. J. Inc., San Diego.
4. Baltrusch, H. F.: Siedel, W. S., Waltz, M. E. (1987): Psychosocial Stress, Aging and Cancer, *Annals, New York Academy of science*.
5. Bliss, S., Wilborn, B. (1995): The art process in therapy, *TCA-Journal*, Vol. 20, No. 2, 1992., 3-8.
6. Caffarella, R. S. (1993): Psychosocial development of women. *Adult Educational Quarterly*, Vol. 43, No. 3., 125-151.

7. Chapman, S. R. (1979): Psychologic and behavioral aspects of cancer pain, In: Advances in pain research and therapy, Vol. 2, Raven Press, New York, 1979, 45-58.
8. Derogatis, L. D., Rickels, K., Rock, A. F. (1973) : The SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale, *Psychopharmacology Bulliten*, 9., 13-18.
9. Duchenne, J. B. (1959): Motion of the face. U: Kaplan, E. B. (Ed) *Physiology of motion*, Philadelphia, Saunders, 573-602
10. Gehlen, A. (1990): Čovjek, Svjetlost, Sarajevo, 1990.
11. Halsen, A. W. (1995): Body-psychotherapy. *Nord. J. Psychiatry Suppl.* Vol 34., br.1., 101-106
12. Henley, D. R. (1993) *Aesthetic in art therapy: Theory into practice. Special Issue: Aesthetic and the creative arts therapies.* Vol . 19., No. 3.,153-161.
13. Irvine, D., Crooks, D., Browne, G. (1991): Psychosocial adjustment in women with breast cancer, *Cancer.* No. 67., 1097-1991
14. Kant, I. (1957): *Kritika rasudne snage*, Kultura, Zagreb.
15. Lancee, W. J., Vachon, R. N., Ghadirian, W. A., Conway, M. A., Dryer, M. D. (1994) : The impact of pain and imparied role performance on distress in persons with cancer, *Can. J. of Psychiatry.*, Vol. 39., br. 10., 617-622.
16. Lurija, A. R. (1976): *Osnove neuropsihologije*, Nolit.
17. Meyer, L. B. (1986.): *Emotion and meaning in music*, Phoenix Books, The university of Chicago Press. Merlau-Ponty, M. (1990): *Fenomenologija percepcije*, Svjetlost, Sarajevo.
18. Montbriand, M.J. (1995): Decision tree model describing alternate health care choices made by oncology patients. *Cancer Nursing*, Vol. 18, No. 2., 104-117
19. Martinec, R., Prstačić, M., Šerbo, B, Nikolić, B. (1992): Relationship between SCL- 90 and Body Image Color Projective Tendency Test (BSL-1) in Breast Cancer Patients, *Book of abstracts, International Congres of Psychosocial Oncology* , Beaune, 1992., 147
20. Nikolić, B. (1981): Modeli za analizu promjena nastalih uključivanjem kompjutera u transformator-ske procese kod osoba s teškoćama socijalne integracije, *Defektologija*, Vol. 28, br. 1., 131-138.
21. Paloheimo, M (1990): Quantitative surface electromyography (qEMG): Applications in anaesthesiology and critical care, *Acta Annaesthesiologica Scandinavica, Suppl.* 93., Vol 34.
22. Piljac, G. i sur. (1977): *Klinička onkologija*, Zbor liječnika Hrvatske, Zagreb.
23. Prstačić, M. Sabol, R., Nikolić, B. (1987): Kreativna terapija kao suportivna metoda u postoperativnom liječenju žena nakon mastektomije, *Defektologija*, Vol. 23., br 2., 217-229
24. Prstačić, M., Nikolić, B., Martinec R., Kraljević, N. (1991): Glazba, simbolizacija tijela i estetička dimenzija terapije, *Defektologija*, 28, 2, 33-47.
25. Prstačić, M., Karadole, V., Kraljević, N. (1992): Percepcija boli u višestruko konvergentnoj terapiji nakon mastektomije, *Defektologija*, Vol 28., br. 1-2., 13-21.
26. Prstačić, M., Rešetić, J., Lukač, J., Čabrijan, T., Stančić, V. (1995): Some Aspects of Clinical Treatment Directed Towards Supportive Therapy Evaluation in Patients with Breast Cancer, *Collegium Antropologicum*, Vol. 19.,179-184.
27. Prstačić, M. (1995): *Psychology of Creativity and Creative Therapy*, Psychology in a Changing Europe, British and East European Psychology Group Meeting, Matej Bell University, Banska Bistrica, 36.
28. Prstačić, M., Nikolić, B., Šerbo, B., Martinec, R., Kraljević, N. (1995): Treatment of depressive disorders in rehabilitation of breast cancer patients, 35th International Neuropsychiatric Symposium - Pula , *Neurologia Croatica*, Zagreb, 47-48.
29. Reaby, L.L., Hort, K. (1995): Postmastectomy attitudes in women who wear External Breast Prothesis compared to those who have undergone breast reconstruction, *Journal of Behavioral Medicine*, Vol.18., No.1., 56-738.

30. Samarzi, M., Rigatos, G., Fragkakis, G., Sakellaropoulos, K. (1995): Perceptions and views of women with gynaecological cancer concerning aspects of support during their illness, *Psychooncology*, Vol. 6., br. 3., 79-83.
31. Schopenhauer, A.(1941): *O načelu razloga*, Osijek.
32. Siegel, E. V. (1985): *Psychoanalytic Thought and methodology in Dance-Movement Therapy*. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, Reston, Virginia.
33. Segal, Z. V. (1994): Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, Vol. 14, No.7., 663-695
34. Stanway, A. (1986): *Alternative medicine*, Chacellor Press, London.
35. Stolorow, R. D., Atwood, G.E. (1987): *Psychoanalytic treatment; An intersubjective approach*. Hillsdale, NY: The Analytic Press.
36. Tomkins, S. S. (1980): *Affect as amplification: Some modifications in theory*, U: Plutchik, R., Kellerman, H. (Ed): *Emotions - Theory, research and experience*, Vol. 1, New York Academia Press.
37. Zajonc, R. B., Murphy, S. T., Ingelhart, M. (1989): Feeling and facial expression: Implications of the vascular theory of emotion, *Psychological Review*, Vol. 96., 395-416.

EVALUATION OF SOME ASPECTS OF SELF-ASSESSMENT AFTER MASTECTOMY

Summary

In the attempt of better understanding of different self-experience determinants in the frame of psychophysical disequilibrium, a program of Creative Therapy was applied on a sample of 13 breast cancer patients, that have undergone mastectomy in Clinic for tumours in Zagreb.

Therapy program included a synthesis of different art media (music, colour, picture and movement) contenting presentation of those object's relations which illustrate the symbolism of female principals and enter the space of conflict between the existing system of values and new criteria of their modification.

In order to assessment corporal and psychological parameters as regulatory mechanism of self-experience, variables regarding self-esteem, aesthetic dimension, EMG-potential of facial muscle activity, body-image and psychological status were defined.

Results of subjective and objective level of bihevioural and existential determinants assessment, indicate that applied program of Creative Therapy had influence on psychophysical equilibrium, that is, as correlate of unify cognitive-emotional concept in creative process of coping with disease and own multi-categorical evaluative system, reflected on continuum of good (self-perceived and self-estimated) self-experience.

This paper is a part of scientific project "Investigation of supportive therapies influences in oncology patients" supported by Ministry of science and technology Republic of Croatia.