

Primjena psihodrame kod poremećaja slike tijela kod osoba s motoričkim poremećajima

Fileš, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:713697>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-28**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD

Primjena psihodrame kod poremećaja slike tijela
kod osoba s motoričkim poremećajima

Iva Fileš

Zagreb, rujan 2024.

**Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

DIPLOMSKI RAD

**Primjena psihodrame kod poremećaja slike tijela kod
osoba s motoričkim poremećajima**

Iva Fileš

Doc. dr. sc. Damir Miholić

Zagreb, rujan 2024.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad (Primjena psihodrame kod poremećaja slike tijela kod osoba s motoričkim poremećajima) i da sam njegova autorica.

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

Ime i prezime: Iva Fileš

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2024.

Zahvala

Ovim putem želim se zahvaliti svima koji su na bilo koji način doprinijeli izradi ovog diplomskog rada. Prije svega, zahvaljujem se svom mentoru, Damiru Miholiću, na strpljenju, podršci i vrijednim savjetima koji su bili od velike važnosti u pisanju rada. Vaša stručnost i kontinuirana podrška pružile su mi sigurnost i vodstvo tijekom cijelog procesa.

Posebnu zahvalnost upućujem svojoj obitelji i boljoj polovici za nesebičnu podršku tijekom fakultetskog obrazovanja. Njihovo razumijevanje i motivacija u najizazovnijim trenucima dali su mi snagu da ustrajem i završim ovaj važni dio mog obrazovanja. Također, veliko hvala prijateljima i kolegama, koji su bili uz mene kroz svaki korak, uvijek spremni na razgovor i pružanje pomoći kada je bilo najpotrebnije. Na kraju, zahvaljujem svim profesorima Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta na prenesenom znanju i iskustvu.

Naslov rada: **Primjena psihodrame kod poremećaja slike tijela kod osoba s motoričkim poremećajima**

Ime i prezime studentice: **Iva Fileš**

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

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: **Edukacijska rehabilitacija/Rehabilitacija, sofrologija, kreativne terapije i art/ekspresivne terapije**

Sažetak:

Psihodrama predstavlja psihoterapijski pravac u kojem osoba, koristeći akcijske dramske metode, istražuje interpersonalne odnose i svoj unutarnji svijet s ciljem buđenja sposobnosti i kreativnosti. Osobi omogućuje da izvede ili dovrši ono što u životu nije mogla, nije znala ili smjela, otkrivajući vlastita ograničenja, učeći kako slobodno izraziti svoje misli i osjećaje kroz svoje ponašanje. Slika tijela, kao subjektivna reprezentacija vlastitog tjelesnog izgleda i tjelesnih iskustava, gradi osobnost čovjeka te utječe na socijalnu percepciju i ponašanje, a može utjecati i na oblikovanje interpersonalnih i osobnih doživljaja kroz cijeli životni vijek. Motorički poremećaji definiraju se kao skupina oštećenja grube i fine motorike i/ili ravnoteže tijela koja uzrokuju poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju. Kod poremećaja kretanja dolazi do promjena u samopoimanju i slici tijela zbog traume ili oštećenja središnjeg ili perifernog živčanog sustava. Promjene u izgledu mogu dovesti do nezadovoljstva vlastitim izgledom, što rezultira iskrivljenjem slike o tijelu, a u tome psihodrama može biti od velike koristi.

U ovom radu prikazat će se radovi i istraživanja na temu primjene psihodrame kod poremećaja slike tijela kod motoričkih poremećaja, većinom mišićnih distrofija, cerebralne paralize i amputacije.

Ključne riječi: psihodrama, motorički poremećaji, slika tijela

Title of the paper: **Application of psychodrama in body image disorders in people with motor disorders**

Name and surname of the student: **Iva Fileš**

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

Program/module in which the final exam is taken: **Educational rehabilitation/ Rehabilitation, sophrology, creative therapy and art/expressive therapies**

Summary:

Psychodrama is a psychotherapy direction in which a person using action dramatic methods explores interpersonal relationships and his inner world with the aim of awakening abilities and creativity. It enables a person to perform or complete what in life he could not, did not know or was not allowed to do, discovering his own limitations, learning how to freely express his thoughts and feelings through his behavior. Body image, as a subjective representation of one's physical appearance and bodily experiences, builds a person's personality and influences social perception and behavior, and can also influence the shaping of interpersonal and personal experiences throughout the entire lifespan. Motor disorders are defined as a group of disorders of gross and fine motor skills and/or body balance that create difficulties in everyday functioning. In motor disorders, there are changes in the domain of self-perception and body image as a result of trauma or injuries to the central or peripheral nervous system. Changes in physical appearance can lead to dissatisfaction with physical appearance, and thus cause a distorted body image, and it is precisely in this area that psychodrama can be of great benefit. This paper will present works and research on the topic of the application of psychodrama in body image disorders in motor disorders, mostly muscular dystrophies, cerebral palsy and amputation.

Key words: psychodrama, motor disorders, body image

Sadržaj

1. <i>Uvod</i>	1
2. <i>Motorički poremećaji</i>	2
2.1. Cerebralna paraliza	3
2.2. Amputacija	4
2.3. Mišićna distrofija	4
3. <i>Slika tijela</i>	6
4. <i>Promjena doživljaja slike tijela kod osoba s motoričkim poremećajima</i>	8
5. <i>Psihodrama</i>	18
5.1. Osnovni elementi psihodrame.....	14
5.2. Tehnike psihodrame.....	15
5.3. Struktura psihodramske seanse	17
6. <i>Psihodrame kod osoba s motoričkim poremećajima</i>	27
7. <i>Zaključak</i>	31
8. <i>Literatura</i>	33

1. Uvod

Pojam motorički poremećaji odnosi se na skupinu poremećaja grubih i finih motoričkih vještina i/ili poremećaja ravnoteže tijela koji rezultiraju poteškoćama u obavljanju svakodnevnih funkcionalnih aktivnosti. Nadalje, impliciraju i ispodprosječno tjelesno funkcioniranje s različitom fenomenologijom i etiologijom. Uzroci poremećaja kretanja mogu se podijeliti u četiri kategorije: ozljede motoričkog sustava, ozljede perifernog živčanog sustava, ozljede središnjeg živčanog sustava te ozljede uzrokovane kroničnim tjelesnim ozljedama ili drugim kroničnim bolestima (Horvatić, Joković Oreb, Pinjatela, 2009). Motorika ima veliki utjecaj na svakodnevni život, a s razvojem oštećenja narušava psihičko zdravlje te utječe na pojedinca i način na koji vidi sebe i svoje tijelo (Jerković, 2020). Slika tijela je temeljni aspekt mentalnog zdravlja i samoprocjene. Iskrivljena slika tijela može negativno utjecati na kvalitetu života, ističući potrebu za učinkovitim intervencijama (Vrdoljak, 2019). Psihodrama se definira kao psihoterapijski pravac usmjeren na korištenje akcijskih dramskih metoda te istraživanje interpersonalnih odnosa i unutarnjeg svijeta osobe kako bi se pobudila njezina spontanost i kreativnost. Polazi od teze da osobu kao spontano i kreativno biće ne možemo promatrati izolirano nego uklopljeno u odnose u sklopu kojih igra različite uloge. Psihodramskom metodom osoba ulazi u terapijski proces umom, tijelom i emocijama s ciljem boljeg razumijevanja sebe i traženja rješenja i odgovora na probleme (Centar za psihodramu, 2016).

U slijedećim poglavljima biti će prikazani i objašnjeni motorički poremećaji te njihov utjecaj na sliku tijela, a nakon uvida u kompleksnost poremećaja bit će objašnjena i sama psihodrama.

2. Motorički poremećaji

U Republici Hrvatskoj ne postoji službena terminologija za osobe s poremećajima motorike, već se sustavno koriste različiti termini. U hrvatskom zakonodavstvu, točnije u Zakonu o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom, nalazimo pojam „tjelesno oštećenje“ (Narodne novine, 157/13), koji se koristi od Zakona o utvrđivanju privremene invalidnosti iz 1990. Godine. Ostali pojmovi koji se koriste: tjelesni invaliditet, poremećaj kretanja, tjelesna invalidnost. Motorički se poremećaji referiraju na poremećaje fine i grube motorike i tjelesne ravnoteže koji prouzrokuju poteškoće u svakodnevnim životnim funkcijama pojedinca. S obzirom na etiologiju možemo ih razvrstati na oštećenja lokomotornog aparata, oštećenja središnjeg živčanog sustava, oštećenja perifernog živčanog sustava i oštećenja uzrokovana kroničnim bolestima (Horvatić, Joković Oreb, Pinjatela, 2009). Odnose se na oštećenja i deformacije sustava za kretanje (kostiju, mišića, zglobova) uključujući teškoće u fizioloških i motoričkih funkcija. Iz tog razloga su djeci potrebni primjereni oblici podrške. Gore navedeno odnosi se na korištenje odgovarajućih pomagala, arhitektonske uvjete te stalnu potporu stručnjaka (Velki i Romstein, 2015). Osnovna obilježja osoba s motoričkim poremećajima su poremećaji kretanja i položaja tijela različitog oblika i težine, smanjena funkcija ili onesposobljenost određenih dijelova tijela (ruke, noge, kralježnica) ili odsutnost dijelova tijela (najčešće kongenitalna displazija, dijete koje je zbog bolesti ili nezgode izgubilo dio cijelog uda) (Kuhar i sur., 2007.) Ovisno o stupnju oštećenja, poremećaji kretanja predstavljaju veću ili manju deprivaciju, posebice na biološkoj razini. Uglavnom se radi o bolestima središnjeg živčanog sustava te perifernih živaca i mišića, koje se manifestiraju razvojnim poremećajima kretanja i držanja tijela. Najčešći poremećaj koji uzrokuje poremećaj kretanja i držanja tijela je cerebralna paraliza. Uz glavno oštećenje središnjeg živčanog sustava i posljedično motoričko oštećenje, najčešće su manje ili više druga oštećenja. To su poremećaji govora, pažnje, percepcijsko-vizualni poremećaji i grafomotorički poremećaji (Magill-Evans i Restall, 1991.)

Prema istraživanju Zergollern i sur. (1994), motorička oštećenja mogu imati različite uzroke. Najčešći su:

- oštećenja lokomotornog sustava: uključuju genetske malformacije, hormonalne poremećaje, upale, traume i neuromišićne degenerativne bolesti
- oštećenja središnjeg živčanog sustava: najčešće se manifestiraju kao cerebralna paraliza, cerebralne lezije, epilepsija i druga konvulzivna stanja

- oštećenja perifernog živčanog sustava: uključuju dječju paralizu i povrede perifernih živaca
- oštećenja nastala zbog kroničnih bolesti: mogu nastati kao posljedica dijabetesa, oštećenja krvožilnog sustava, bolesti dišnog sustava i drugih stanja.

2.1. Cerebralna paraliza

Kroz povijest, cerebralna paraliza postoji kao kliničko stanje više od 150 godina, ali je definirana na različite načine, uglavnom usredotočujući se na kretanje. S obzirom na to da je cerebralna paraliza složeno stanje, definicije su se tijekom godina često mijenjale budući da su u obzir uzete i nemotoričke poteškoće u razvoju koje često prate cerebralnu paralizu i progresija mišićno-koštanih problema (Katušić, 2012). Cerebralna paraliza definira se kao „skupina neprogresivnih, ali često promjenjivih motornih oštećenja uzrokovanih lezijom središnjeg živčanog sustava u ranom stadiju razvoja“ (Pospiš, 1999). Shodno tome, pojam "cerebralna paraliza" ne određuje etiologiju, patogenezu ili prognozu poremećaja kretanja.

Sve se više postavlja pitanje kriterija uključivanja i isključivanja za poremećaje kretanja zbog velike varijacije nespecifične etiologije i kliničkih manifestacija.

Definicija cerebralne paralize temelji se na pet ključnih parametara:

- Cerebralna paraliza je zajednički naziv za skupinu poremećaja kretanja, poremećaja kretanja i/ili položajnih i motoričkih disfunkcija, a to su disfunkcije mozga (motoričkog korteksa, kortikospinalnih putova, bazalnih ganglija, malog mozga i ekstrapiramidnog sustava)
- bolest se klinički manifestira u ranom djetinjstvu,
- bolest je trajna, ali varijabilna,
- oštećenje funkcije mozga posljedica je neprogresivnih patoloških procesa, najčešće su vaskularne bolesti, hipoksija, infekcija, razvoj bolesti mozga, uključujući hidrocefalus,
- oštećenje nastaje u nezrelom mozgu i/ili mozgu u razvoju.

Cerebralna paraliza manifestira se neuromotoričkim smetnjama u položaju tijela i kontroli pokreta, tonusu i refleksima koji počinju u djetinjstvu, s čestom promjenom simptoma, ali se motorika uvijek sporo razvija (Mejaški Bošnjak i Đaković, 2013). Rane simptome cerebralne paralize roditelji često primijete jer sumnjaju da se njihovo dijete ne razvija normalno kao njegovi vršnjaci. Uglavnom su primjetna kašnjenja u okretanju, sjedenju, smijanju ili hodanju. Osim toga, hipotonija ili hipertonija mišićnog tkiva obično se opaža unutar prva dva do tri

mjeseca života. Često se javljaju neuobičajeni posturalni stavovi i preferiranje jedne strane tijela (Horvatić, Joković Oreb i Pinjatela, 2009). Prema Knežić (2015), različiti simptomi i znakovi mogu navesti roditelje na sumnju na cerebralnu paralizu. Neki od ovih znakova i simptoma uključuju: otežano sisanje, disanje i gutanje, što pobuđuje sumnju na patologiju mozga; pretjeranu napetost mišića ili slabost; nemogućnost kretanja bez potpore nakon sjedenja; tijela; poteškoće s hranjenjem; intenzivna razdražljivost.

2.2. Amputacija

Amputacija je nepovratan, radikalni kirurški zahvat kojim se odstranjuje dio uda, dok se egzartikulacijom odstranjuje cijeli ud, odnosno odstranjuje se sam zglob (kao što je rame ili kuk). Amputacije mogu biti jednostrane i obostrane. Nakon amputacije, preostali dio uda naziva se bataljak i služi kao funkcionalni organ koji pacijentu u većini slučajeva može dati protetski ud (Erceg, 2006). Amputacija može imati više uzroka uključujući opekline, ozeblina, traumu, periferne vaskularne bolesti, infekcije i tumore (Simsek i sur., 2017). Glavnim faktorom rizika smatra se dijabetes koji je prisutan kod 67% amputiranih pacijenata. Osim toga, spominje se i starost osobe gdje je nakon 65. godine života potreba za amputacijom donjeg ekstremiteta duplo veća (Kovač i sur., 2015).

Ovo je događaj koji čovjeku mijenja život jer utječe na njegovu sposobnost slobodnog kretanja i obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti, a loše emocionalno stanje pacijenta može dodatno otežati njegov oporavak (McDonald i sur., 2021). Desmond i MacLachlan (2002) smatraju da amputacije uzrokuju značajne promjene u svakodnevnom životu bolesnika, a posebice u psihosocijalnim odnosima. Tjelesni nedostatak može dovesti do očaja, depresije, nervoze, tjeskobe, gubitka samopoštovanja, stigme, izolacije i prepoznavanja slabosti (Khan i sur., 2018).

Nakon amputacije, rehabilitacija treba početi što je prije moguće, čim zdravstveno stanje bolesnika to dopusti. Uspjeh rehabilitacije ovisi o dobro koordiniranom radu stručnjaka i aktivnom sudjelovanju bolesnika i njegove obitelji (Kovač i sur., 2015).

2.3. Mišićna distrofija

Mišićne distrofije su prirođene, progresivne bolesti, koje primarno utječu na skeletne mišiće uzrokujući degeneraciju mišićnih stanica i razvoj mišićne slabosti. Razlikuju se s obzirom na

kliničku sliku i patološke promjene mišića, te sukladno s načinom nasljeđivanja, kao i dobi pojave znakova bolesti i brzini progresije kliničke slike (Kuzmanić Šamija, 2013). Sekulić i sur. (2017) smatraju da je mutacija gena zaduženih za uspostavljanje i održavanje mišićne funkcije glavni razlog za razvoj mišićnih distrofija. Prema specifičnim skupinama mišića koje su zahvaćene, razlikujemo šest glavnih fenotipova:

- Duchenov oblik, utječe na mišiće ramenog obruča, zdjelice i fleksore vrata, uz hipertrofiju potkoljenica.
- Emery-Dreifuss tip, karakteriziran skapulohumeralnom i peronealnom distribucijom s ranim razvojem kontraktura.
- Pojasni oblik koji zahvaća mišiće zdjeličnog i ramenog obruča.
- Facioskapulohumeralni oblik, utječe na mišiće lica, ramenog obruča i peronealnu skupinu mišića.
- Distalni oblik, slabost se primarno manifestira u distalnim mišićnim skupinama.
- Okulofaringealni oblik, zahvaća mišiće oka i ždrijela, uz mogućnost uključivanja mišića ramenog obruča i udova (Kuzmanić Šamija, 2013).

Razlikujemo brojna klinička i genetska obilježja mišićnih distrofija, ali svima je zajednička karakteristika gubitak mišićne snage koji inicira na početno stanje. Time pojedinac postaje umorniji, ne može vježbati ili se puni kretati, a time raste mogućnost za pojavom depresije i izoliranja od socijalnih društvenih i svakodnevnog života (Sekulić i sur., 2017). Gore spomenuti tipovi mišićnih distrofija mogu se prenijeti s generacije na generaciju ili čak spontano zbog mutacije gena (Kuzmanić Šamija, 2013). Mišićne distrofije češće se pojavljuju kod djece muškog spola te im je prevalencija 20-25 mišićnih distrofija na 100 000 ljudi godišnje. Mogu uzrokovati sporedna oštećenja u respiratornom, kardiovaskularnom ili gastrointestinalnom sustavu ili dovesti do poteškoća kod hranjenja i gutanja ili pak deformacija u lokomotornom sustavu (Sekulić i sur., 2017).

3. Slika tijela

Slika tijela višestruka je ideja koja uključuje percepciju i stavove pojedinca o vlastitom tijelu, s posebnim naglaskom na fizički izgled (Cash i sur., 2002). Ovaj se koncept može se raščlaniti na dvije primarne komponente: perceptivnu, koja se odnosi na to koliko točno osoba procjenjuje svoju veličinu tijela i komponentu stava koja uključuje osjećaje o tijelu i njegovim različitim dijelovima. Mentalnu sliku koju pojedinac ima o vlastitom tijelu oblikuje sedam značajnih čimbenika: povijest osjetilnih podražaja, varijacije u težini, kulturalni standardi, stavovi prema tijelu, kognitivne i emocionalne varijable, psihološki problemi i biološki utjecaji (Slade, 1994). Prema istraživanju Prstačića i sur. (2004), samopredodžba (self-image) predstavlja važan aspekt naše vlastite procjene, temeljen na opažanju fizičkih i kognitivnih osobina, karaktera, postignuća i odnosa s drugima. Ove dimenzije variraju među pojedincima i odražavaju utjecaje i iskustva koja oblikuju našu osobnost tijekom vremena. Ako dođe do oštećenja kognitivne ili fizičke dimenzije, dešava se i promjena u procjeni doživljaja sebe.

Orr, Renikoff i Smith (1989) definirali su sliku tijela kao komponentu samopoimanja, koja se formira iz osjetnih i društvenih iskustava, priče mu kulturne i obiteljske reakcije na vlastito tijelo imaju veliku važnost u određivanju vlastitog stava. Slika tijela je djelomično definirana načinom na koji netko sebe doživljava kao prihvaćenog od strane drugih ljudi i kako iskustvo promjene ili gubitka dijela tijela ubrzava promjenu u društvenim odnosima. Martinec (2008) sliku o tijelu definira kao skup misli, fantazija, emocija, stavova i osjećaja vezanih uz tijelo i njegove dijelove, koji predstavljaju važan aspekt cjelokupnog osobnog iskustva. Fenomenološka i operacionalna analiza doživljaja tjelesne slike prvenstveno zahtijeva razumijevanje i razlikovanje različitih razina tjelesnih reprezentacija koje se protežu u kontinuumu od vizualnih preko funkcionalnih do simboličkih, tvoreći jedinstvenu cjelinu navedenih fenomena. Kako navodi Ambrosi-Randić (2003), individualna percepcija vlastitog tijela u osnovi je osobno iskustvo i ne postoji uvijek izravna veza između subjektivnih iskustava i objektivne stvarnosti. Štoviše, nečiji osobni dojam o vlastitom tijelu možda neće odgovarati stvarnom fizičkom izgledu. U mnogim slučajevima postoji neslaganje između subjektivnih pogleda i objektivnih istina. Predodžba o tijelu igra značajnu ulogu u psihološkom i međuljudskom razvoju osobe, kako ističu Pokrajac-Bulian i sur. (2004).

Prema Johnsonu (2022), slika tijela sastoji se od četiri ključne komponente: perceptivne, emocionalne/afektivne, kognitivne i bihevioralne.

Perceptivna komponenta se odnosi na subjektivni način na koji pojedinac percipira vlastito tijelo, koji nije uvijek točna reprezentacija stvarnog izgleda.

Emocionalna ili afektivna komponenta obuhvaća osjećaje koje osoba ima prema vlastitom tijelu, uključujući razinu zadovoljstva ili nezadovoljstva izgledom. Kognitivna komponenta obuhvaća misli i uvjerenja koja oblikuju percepciju vlastitog tijela, dok bihevioralna komponenta opisuje način na koji se osoba ponaša u odnosu na svoju sliku tijela.

Erceg Jugović (2011) navodi kako se tijelo a i doživljaj vlastitog tijela mijenja sukladno s razvijanjem pojedinca. Razvojem apstraktnog mišljenja djeteta izgrađuje i tjelesne reprezentacije vlastitog tijela te počinju iskazivati mišljenja o svom tijelu i svojoj težini.

Osoba će imati pozitivnu ili negativnu sliku o svom tijelu, biti zadovoljna ili nezadovoljna svojim tijelom, ovisno o utjecaju mnogih faktora. Psiholozi posvećuju sve više pozornosti psihologiji slike o tijelu usredotočujući se na proučavanje učinaka čimbenika za predviđanje nezadovoljstva tijelom (Grogan, 1999).

4. Promjena doživljaja slike tijela kod osoba s motoričkim poremećajima

Teškoće koje se vežu uz sliku tijela mogu se kretati od „uobičajenog“ nezadovoljstva tijelom do težih poremećaja. Ove poteškoće često se manifestiraju kroz iskrivljenu percepciju, ponašanje i spoznaje o težini i obliku tijela (Cash i Smolak, 2012). Često, ako se motorički poremećaji razvijaju nakon traume, samopoimanje i zadovoljstvo slikom tijela su smanjeni, a ljudi postaju ovisni o pomoći drugih. Što je veća ovisnost o pomoći drugih, osobito u svakodnevnim aktivnostima, to je veće nezadovoljstvo slikom tijela. Prethodno spomenuti tjelesni ideali (ideal mišićavog i sposobnog muškarca) koji se muškarcima s dispraksijom nameću kroz medije i sociokulturni kontekst mogu utjecati na njihovu sliku tijela. Kod žena pak je pritisak okoline na ljepotu, građu tijela te za njih takvi standardi mogu činiti nedostižnima, posebice ako koriste dodatna pomagala. Sve to utječe na to kako netko s motoričkim poremećajima procjenjuje i u konačnici prihvaća svoje tijelo. Većina muškaraca i žena s dispraksijom osjeća se neprivlačno, no to ne znači nužno da se osjećaju ružno (Martin, 2017.). Prema istraživanju Hamamoto i sur. (2022), poremećaji slike tijela sastoje se od dvije glavne komponente: perceptivne, koja se odnosi na razliku između percipiranog i stvarnog tijela, te afektivnu komponentu, koja se bavi razlikom između percipiranog selfa i idealne slike tijela.

Eldar (2000) iz Centra za rehabilitaciju bolnice Lewenstein u Izraelu tvrdi da svaka vrsta oštećenja može uzrokovati barijere u svakodnevnom životu. Slika o sebi oblikuje se kroz promatranje fizičkih i kognitivnih karakteristika, karaktera, postignuća i odnosa s drugima. Samopouzdanje, kao dio te procjene, temelji se na unutarnjem razumijevanju vlastite vrijednosti. Ako su fizička ili kognitivna dimenzija osobe ugrožene, mijenja se procjena doživljaja sebe (Prstačić i sur., 2004). Mladi s motoričkim poremećajima ili drugim oštećenjima često se suočavaju s izazovima u formiranju identiteta, što može dovesti do osjećaja manje vrijednosti i inferiornosti u usporedbi s vršnjacima bez teškoća (Laklija i Urbanac, 2007).

Čorlukić (2006) se bavio ovim problemom u svojoj studiji uspoređujući samopoimanje prosječnih srednjoškolskih adolescenata i adolescenata s tjelesnim oštećenjem u dobi od 17 do 19 godina. Nalazi su otkrili značajne razlike između dviju skupina adolescenata u tri dimenzije samopoimanja: individualne razine emocionalnog sklada, način na koji se pojedinci prilagođavaju vlastitom tijelu i njegovim ograničenjima te psihopatološka prilagodba. Za adolescente s dispraksijom ove su dimenzije samopoimanja negativnije. Autori ovu razliku pripisuju činjenici da se mladi u adolescenciji teško emocionalno nose sa saznanjem o

oštećenju, odnosno da negativnije samopoimanje o vlastitom izgledu također utječe na emocije i može utjecati na optimalnu prilagodbu. Kao rezultat toga, mladi ljudi poistovjećuju svoju sliku tijela sa svojim identitetom, što znači da je "ono kako izgledam" "ono što stvarno jesam". Identitet i odnosi s drugima temelje se na izgledu. Nezadovoljstvo i frustracija vlastitim tijelom mogu nastati ako slika vlastitog tijela ne odgovara medijskim prikazima (Laklija i Urbanac, 2007.)

Martin (2017) spominje istraživanje koje je ispitivalo povezanost stupnja motoričkog oštećenja i vidljivih nedostataka i negativnije slike tijela/ zadovoljstva svojim tijelom. Istraživanje je provedeno na više od 700 osoba s motoričkim poremećajima i više od 400 osoba bez motoričkih poremećaja. Pokazalo se kako osobe bez teškoća ili s lakšim teškoćama imaju bolje sliku tijela od osoba s motoričkim poremećajima. Fisher i Hanspal (1998) u svom radu htjeli su utvrditi je li nezadovoljstvo umjetnim udom i/ili slikom tijela povezano s postignutom pokretljivošću nakon amputacije donjeg uda. U istraživanju su sudjelovali pacijenti koji su pohađali klinike za ugradnju ekstremiteta. Za ispitivanje povezanosti osmišljen je Upitnik o stavu prema umjetnim udovima, Upitnik o slici tijela prilagođen instrumentu za poremećaje prehrane uključujući referencu na oblik tijela, bolničku ljestvicu anksioznosti i depresije i ljestvicu mobilnosti Harolda Wooda Stanmorea. Rezultati su pokazali da su pacijenti bili umjereno zadovoljni svojim umjetnim udom, da su imali malo iskustva s poremećajem slike tijela ili uznemirenosti i nije bilo sveukupne veze između ovih varijabli i pokretljivosti. Međutim, oni s negativnijom slikom tijela bili su anksiozniji, a kod mlađih pacijenata koji su pretrpjeli više traumatične nego vaskularne amputacije, korelacija između slike tijela i pokretljivosti bila je značajna, anksioznost je bila veća, a zadovoljstvo liječnika protezom bilo je manje. Zaključeno je da poremećaj slike o tijelu, anksioznost i depresija nisu česti kod ustaljenih nositelja udova, osim kod mladih ljudi s traumatskim amputacijama. Nadalje, Taleporos i sur. (2001) proučavali su utjecaj tjelesnog invaliditeta na sliku o tijelu i tjelesnog samopouzdanja i pružili uvid u probleme povezane s slikom o tijelu među osobama s invaliditetom. Studija je otkrila da poremećaji kretanja na različite načine utječu na to kako su sudionici osjećali svoje tijelo. Mnogi su sudionici govorili o tome kako su se zbog fizičkih nedostataka osjećali fizički i seksualno neprivlačnima. Nisu se svi sudionici opisali kao neprivlačni, a neki su bili zadovoljni svojim izgledom i nisu htjeli skrivati svoj invaliditet. Kao i prethodna istraživanja, ovi podaci također sugeriraju da je povratna informacija iz društvene okoline snažan posrednik između slike o tijelu i poremećaja kretanja.

Senra i sur. (2012) htjeli su istražiti iskustva odraslih s amputacijom donjih udova i njezine implikacije na njihovu sliku tijela. Koristeći polustrukturirani intervju na uzorku od 42 pacijenta s amputacijom donjih ekstremiteta nakon osamnaeste godine života i praćenja na odjelu fizikalne medicine i rehabilitacije. Intervju se bavio trima ključnim područjima: emocionalnim učinkom amputacije, procesom prilagodbe i odnosom s vanjskim resursima. Iz intervjuja je proizašlo osam glavnih tema: reakcije i osjećaji o amputaciji, promjene u vlastitom životu, problemi s blagostanjem, odnos s protezom, samopercepcija, ciljevi vezani uz rehabilitaciju i budući planovi, odnos s rehabilitacijom, i percipiranu društvenu podršku. Promjene samoidentiteta nakon amputacije donjeg uda pojavljuju se izvan pacijentove slike tijela i funkcioniranja, utječući na pacijentovu svijest o oštećenju, biografiju sebe i sve buduće projekcije. Većina je amputaciju doživjela kao prekid s prošlošću, što je utjecalo na njihov identitet, osobnost, funkcioniranje, seksualni život i odnose. Proces samoidentifikacije s oštećenjem uključuje prihvaćanje proteze i novog stanja amputacije. Većina pacijenata je u fazi ponovnog pregovaranja o svom identitetu, a krajnji ishod tog procesa ovisi o tome kako integriraju promjene u drugim područjima života. Na isti način, nekoliko je studija istaknulo nošenje proteze kao važnu prekretnicu za pacijentovu samopouzdanje i obnovu slike o tijelu, oporavak autonomije i poboljšanje dobrobiti. Rezultati sugeriraju da rehabilitacija može imati pozitivan učinak na odnos pacijenata s njihovom protezom te može povećati njihovu dobrobit, zadovoljstvo i funkcioniranje. Usprkos tome, određeni broj pacijenata nastavlja prijavljivati probleme u dobrobiti čak i nakon završetka rehabilitacije. Čini se da ovaj nalaz se može objasniti izostankom sustavnog psihološkog ili psihoterapijsku grada s pacijentima tijekom razdoblja rehabilitacije. Ovaj psihoterapijski rad dokazano je neizostavna potpora tijekom procesa prilagodbe na gubitak ekstremiteta. Treba spomenuti da se rezultati ovog istraživanja ne mogu generalizirati zbog nedovoljno velikog uzorka tj ispitanika kojima su udovi amputirani kao posljedica vaskularne bolesti.

5. Psihodrama

Temelji psihodrame pripisuju se radu austrijskog liječnika Jacoba Levyja Morena, koji je tvrdio da razgovor između pacijenta i terapeuta ne daje dovoljni poticaj te je nastojao osmisliti pristup unutarnjem svijetu pojedinca putem kreativnosti. Stoga je razlog za korištenje drame kao terapije bio temeljen na promatranju djece u igri. Moreno je primijetio da djeca lako preuzimaju različite društvene uloge u svom svijetu. Svojim istraživanjem otkrio je snagu ljudske podsvijesti. Moreno je vjerovao da svijet ne pokreću nesvjesni libido i agresivna energija, već susret dviju osoba: "Licem u lice, oči u oči". Smatrao je da je moguće oslobađanje tvrdoglavih uloga i strukturalnih obrazaca te razvijanje novih oblika ponašanja i odnosa, uz razvijanje kreativnosti i spontanosti, što uvelike utječe na kvalitetu življenja (Mindoljević-Drakulić, 2006).

Svatko u sebi ima kreativni potencijal koji može biti poljuljan ozljedom, oštećenjem ili pak traumatičnim iskustvima. Ovaj potencijal, sposobnost samoiscjeljivanja svakog pojedinca, može se obnoviti i probuditi tijekom procesa ozdravljenja. Moreno nikada nije vjerovao da su ljudi izolirani, već uvijek povezani u mrežu odnosa u zajednici, društvu, čovječanstvu pa čak i svemiru. Na psihičku bolest gledao je kao na poremećaj u našim odnosima ili nedostatak zadovoljavajućih odnosa. Stoga je važan terapijski cilj psihodrame poboljšati "autentične odnose", odnosno odnose koji su iskreni i karakterizirani "uzajamnom empatijom". Iz gore navedenih razloga, Moreno preferira grupnu terapiju više nego individualnu. Kroz oslobađanje iskustva dramskog prikaza, psihodrama omogućava akcijski usmjeren i zaštićen pristup stvarnosti u kojoj se problemi mogu dinamično istraživati uz podršku grupe i voditelja. Posebno je učinkovita u grupnom radu zbog terapijskog procesa među članovima grupe i mnogobrojnih povratnih informacija koje svaki protagonist može dobiti. Međutim, elementi psihodrame mogu se uspješno primijeniti i u individualnom radu, posebno u radu s traumatiziranim pojedincima koji teško verbaliziraju svoje osjećaje. Psihodrama se koristi u dijagnostičke i terapijske svrhe (Škrbina, 2013).

Drama kao tehnika omogućuje akterima da na trenutak promijene svoje uobičajene uloge i budu u ulozi svog sugovornika, osjećajući ga i doživljavajući kao akt empatijske identifikacije, što pridonosi povećanju spontanosti i svijesti o njoj. Razina spontanosti u događaju ili ponašanju također ukazuje na neovisnost ličnosti pojedinca. Spontanost ne samo da utječe na svakodnevni život, već ga olakšava te donosi mir i uspostavlja ravnotežu unutar osobe (Mindoljević-Drakulić, 2006).

Psihodrama je oblik grupne psihoterapije u kojem postoji središnja osoba kao protagonist, glavni lik kojem je kroz igru i fantaziju jednostavnije osloboditi se autocenzure. Kroz psihodramu, iskustva se sijeku kroz dramsku akciju, spajajući opažene jezgre, slike prošlih iskustava i moć projekcije. Primjena dramatizacije u terapiji uključuje simboličku, metaforičku i metafizičku obradu dramskog teksta, mita ili rituala kroz igru uloga, mimiku, geste, riječi ili posredne objekte poput crteža, lutaka ili slika. Ovo stvara suportivno okruženje za vlastito aktivno uključivanje i istraživanje alternativnih strategija i ponašanja (Prstačić, 2006).

Komunikacija je važan terapijski faktor u psihodrami. Moreno je pojedincima omogućio da improviziraju na pozornici, prikazujući komadiće svog vanjskog i unutarnjeg svijeta te je uveo segmente poput vizualnog i neverbalnog izražavanja, pokreta i sl. Praćenje neverbalnih znakova može pomoći u bržem dolasku do srži problema (Škrbina, 2013). Na primjer, ako protagonist nije u stanju verbalizirati svoje osjećaje, tijelo može otkriti nesvjesne procese kroz pokrete poput cupkanja nogom, ubrzanog disanja ili nemirnog kruženja očima. Obraćanje pažnje na neverbalne znakove može pomoći u prepoznavanju osjećaja skrivenih iza nesvjesnih pokreta i olakšati terapijski rad (Jakelić, 2011).

Nadalje, ključni koncept u psihodrami jest akcija. Moreno kreće od osnovne ljudske potrebe za aktivnošću i zaista izražavanje sebe kroz akciju. Što je više ta potreba, taj "glad za akcijom", ometena (rigidnim odgojem, tvrdokornim strukturama, hijerarhijskim odnosima), to će više osoba biti nezadovoljna ili oštećena. U traumatičnim situacijama, sposobnost djelovanja je potpuno smanjena, što predstavlja situaciju potpune bespomoćnosti koja može uzrokovati dugoročnu psihološku štetu.

Terapeutski cilj psihodrame je ponovno uspostaviti slobodu djelovanja, iskustvo stečeno vlastitim djelovanjem kako bismo "promijenili sebe, svoje situacije, cijeli naš svijet". Moreno vjeruje da "djela liječe bolje od riječi". Akcijski aspekt psihodrame posebno je važan za traumatizirane pojedince, jer se mogu doživjeti kroz uloge ili simbole koje igraju, sami odlučuju o situaciji, a terapeut ih podržava, prati i brine o njima u sigurnom okviru. U njemu se događa svašta (Škrbina, 2013).

Psihodrama je oblik grupne psihoterapije koji koristeći pokret i govor tijela omogućava izražavanje misli i osjećaja riječima (Mindoljević Drakulić, 2011).

Psihodrama predstavlja metodologiju istraživanja psiholoških i društvenih problema putem sudionika koji prikazuju relevantne događaje i situacije iz svojih života umjesto da samo u njima razgovaraju. Problemi ili situacije koje treba istražiti kroz akciju mogu uključivati nedavno ili daljnju prošlost, sadašnjost ili budućnost. Ono što treba istaknuti nisu samo vanjska

ponašanja već psihološki aspekt i tih događaja, poput neizgovorenih misli i osjećaja, susreta s onima koji nisu prisutni, prikaza fantazija o tome što drugi možda osjećaju i misle i vizija budućih mogućnosti. Ono što razlikuje psihodramu od klasičnih kazališnih drama je upravo to prikazivanje relevantnih događaja koji predstavljaju priliku za povećanu introspekciju (Blatner, 2000).

Psihodrama iziskuje od osobe igranje uloga iz svakodnevnih životnih situacija uz prisustvo terapeuta i ostalih članova grupe. Kod igranja uloga nije određen dramski tekst, već se situacije i događaji odigravaju kako ih protagonist doživljava (Mindoljević Drakulić, 2011). Kao sredstvo izražavanja, psihodrama koristi verbalni jezik i tjelesni jezik. Moreno je vjerovao da akcija, fizičko kretanje i živa veza između likova na pozornici, njihova blizina ili udaljenost prikazana u prostoru, govore više o teškoćama ljudskih odnosa nego same riječi. Scenografija, riječi i pokret, predmeti i rekviziti omogućuju protagonistu psihodrame da dovrši ono što nije mogao, nije znao ili možda nije smio učiniti u životu (Škrbina, 2013). Moreno psihodramu opisuje kao proces istraživanja života bez straha od kazne, ali uz određene rizike (Mindoljević Drakulić, 2011).

Psihodrama omogućava proučavanje neizrečenih misli i osjećaja, unutarnjih sukoba i situacija koje se nisu dogodile, ali su se mogle dogoditi. Istražuju se i susreti s ljudima koji nisu prisutni, predviđanja o budućnosti te različite perspektive prošlosti i sadašnjosti. Ova skrivena dimenzija iskustva, često neprepoznata ili potisnuta, u psihodrami se naziva višom dimenzijom stvarnosti. Princip psihodramske glume je "kao da" što omogućuje istraživanje zabranjenih, bolnih i traumatičnih iskustava (Đurić i sur., 2004). Naglasak je stavljen na tu realizaciju scena u situacijama „kao da“ što znači, primjerice, da se neka prošla scena odvija na pozornici kao da se događa ovdje i sada. Gotovo sve scene se u psihodrami temelje na hipotetskim situacijama. Na primjer, protagonisti se kaže: „Sada budi u ulozi svog oca, kao da si sada vlastiti otac.“ U isto vrijeme, protagonist u psihodramskoj sceni eksternalizira svoje značajne uloge, svoje unutrašnje objekte i svara svoj novi psihološki prostor (Mindoljević Drakulić, 2011).

Blatner (1988) ističe da je psihodrama metoda koja pojedincima omogućava istraživanje psiholoških dimenzija njihovih problema kroz prikaz konfliktnih situacija, što je efikasnije od samo verbalnog izražavanja. Psihodrama omogućava pojedincima da nadvladaju ograničenja terapija koje se oslanjaju isključivo na verbalnu komunikaciju.

Psihodrama je pogodna za osobe koje imaju želju dublje istražiti svoje sposobnosti, mogućnosti, dobre strane ili riješiti probleme s kojima se susreću. Pomaže u donošenju životnih odluka ili suočavanju i lakšim nošenjem s izazovima. Posebice je korisna za sramežljive, povučene pojedince kojima je otežano funkcioniranje u grupama ili imaju teškoće u

komunikaciji te za prihvaćanje brojnih životnih problema i okolnosti poput bolesti i lakšeg nošenja s njima. U psihodrami mogu sudjelovati i zdrave osobe koje imaju želju za poboljšanjem odnosa sa okolinom. Osobe razvijaju samosvijest, samopouzdanje te postaju asertivnije, opuštenije i spontanije. Pojedinaac putem scenskog izraza dolazi u kontakt sa duboko potisnutim, snažnim osjećajima i emocijama poput bijesa, straha, ljutne i žalosti te uči izražavati iste emocije na primjereniji način (Jakelić, 2011).

5.1. Osnovni elementi psihodrame

Moreno ističe osnovne elemente svake psihodrame: protagonist, grupa, voditelj grupe, pozornica/scena i pomoćni ego. Protagonist je član grupe koji se samoinicijativno javlja, kojeg bira grupa ili voditelj kako bi na sceni prikazao situacije vlastitog života na pozornici uz pomoć članova grupe (Đurić, Veljković i Tomić, 2004). Protagonist može biti svaka osoba bez obzira na spol, dob, zanimanje, interese, životni poziv ili svjetonazore. Jedini kriterij je da osoba ne smije biti u akutnom psihotičnom stanju kako njezina agresivnost ili destruktivnost ne bi ugrozile druge članove grupe (Jakelić, 2011). Glumeći vlastite životne situacije i probleme na pozornici, član grupe ima šansu analizirati korijene osobnih sukoba, osvijestiti prikrivene karaktere, testirati neispunjene mogućnosti, izgovarati potisnute riječi, sukobiti se s traumatičnim iskustvima i još mnogo toga. Pritom ne nastupa dramatično, već spontano na sebi svojstven način prikazuje scene iz vlastitog života (Mindoljević Drakulić, 2009). U psihodrami se protagonist i ostali članovi grupe potiču na rad kroz igranje uloga i psihodramske radnje u svim životnim situacijama koje do sada nisu smjeli ili mogli raditi. U psihodrami, protagonist proučava vlastitu povijest i sadašnjost te razmatra mogućnosti za budućnost. Protagonist svoj život dovodi u sigurno terapijsko okruženje te uz pomoć terapeuta i članova grupe odigrava važne scene koje su često intenzivne, žive i pune različitih emocija (Mindoljević Drakulić, 2011).

U psihodrami je grupa vrlo važna jer članovi grupe imaju vlastito razumijevanje i doživljaj stvarnosti. Psihodramske situacije pomažu u rješavanju sukoba protagonista i služe kao svjedoci njegove životne priče (Đurić, Veljković i Tomić, 2004). Istovremeno, i sami stječu uvid u svoje potisnute misli i osjećaje te imaju priliku doživjeti rješenje svojih osobnih problema poistovjećujući se s pričom protagonista (Giacomucci, 2019). Tijekom izvedbe scene članovi grupe ne predstavljaju samo publiku, već su i nositelji psihodramske radnje. Ravnopravno i aktivno sudjeluju u svim psihodramskim izvedbama, koristeći se ulogama koje im je dodijelio protagonist ili voditelj grupe (Đurić, Veljković i Tomić, 2004).

Voditelj grupe služi kao grupni psihoterapeut i treći glavni element psihodrame, vodeći protagoniste kroz njihove osobne probleme. U isto vrijeme, problem protagonista postaje grupni problem jer sudjelovanje članova grupe u psihodramskoj izvedbi izaziva snažne emocije i povezanost s njihovim životnim iskustvima. Na taj način voditelj grupe pomaže u rješavanju problema protagonista i grupe (Đurić, Veljković i Tomić, 2004). Voditelj grupe koristi psihodramske tehnike kako bi pomogao oživjeti scene iz života protagonista, prateći misli i osjećaje grupe i protagonista, osiguravajući da se scena odigra u sigurnom fizičkom i mentalnom okruženju za sudionike, te utjelovljuje četiri prethodno opisane uloge- terapeuta, analitičara, učitelja i voditelja (Giacomucci, 2019).

Pozornica, tj. scena je mjesto gdje se održava psihodramsko odigravanje. Fizičke granice pozornice i njezina lokacija trebaju biti jasno definirane i odvojene od prostora za grupne aktivnosti. Može se popuniti nekim rekvizitima koji simboliziraju različite predmete, osobe i slično. Pomoćni ego predstavlja ulogu koju odigrava neki član grupe, a simbolizira neku važnu osobu („značajnog drugog“) ili važan predmet iz života protagonista. Pomoćni ego je svatko u grupi tko igra ulogu predstavljanja značajne druge osobe u životu protagonista. To može biti uloga izvan protagonista, kao što je član obitelji ili kolega na poslu. To može biti unutarnja uloga kao što je nečije plašljivo ja, dječje ja ili nečiji unutarnji glas. Njegov je zadatak proučiti emocije ili prikazati osobine i segmente ličnosti protagonista (Đurić, Veljković i Tomić, 2004).

5.2. Psihodramske tehnike

Psihodramske tehnike su postupci koji se koriste za razjašnjavanje psihodramskog tijeka radnje. Svaka tehnika ima svoje specifične ciljeve i pruža specifično iskustvo za redatelja koji vodi protagonista. Neke osnovne psihodramske tehnike su sljedeće:

- Pojačavanje - iskustvo mogućnosti povećanja "angažmana" i "snage" vlastitih verbalnih i neverbalnih izraza u događajima na pozornici
- Igranje uloga - osnovni oblik psihodramskog rada; sposobnost živopisnog predstavljanja situacija u prostoru scene
- Zrcaljenje - razlikuje protagonista od scenskog događaja; "gleda se u zrcalo" za promatranje samog sebe, mogućnost objektivnijeg prosuđivanja događaja

- Zamjena uloga - omogućava sposobnost opažanja događaja iz perspektive drugih (i sebe unutar događaja) te izražavanja i razumijevanja vlastitih razmišljanja o događajima i ostalim ljudima
- Dvojniki - redatelj i ostali sudionici prevode neverbalno iskustvo protagonista u verbalne izraze u događaju na sceni, kada je „teško nešto reći“, moguće je doživjeti iskustvo prepoznavanja i izražavanja verbalnih poruka (Mindoljević Drakulić, 2010).

Ako se pogledamo u ogledalo, prisiljeni smo suočiti se s onim što jesmo, iako se neprestano mijenjamo. Prva funkcija refleksije poznatija je kao dualistička i egzistencijalna. Funkcija egzistencije zrcala omogućuje protagonistu da promatra sebe i svoje postupke onako kako ga drugi vide u vlastitom dramskom zapletu. Suština je da protagonist ima priliku vidjeti sebe "kao u ogledalu", "provokativan trenutak koji ga tjera na akciju". To je tehnika psihodrame u kojoj osoba "iskorači" iz svoje psihodramske scene na sigurnu udaljenost i promatra scenu iz vlastitog života u kojoj glumi protagonista, dok druga osoba (pomoćno ja) igra ulogu u njegovom psihološkom dramskom scenariju. Uloga. To se odnosi na stupanj razvoja u kojem djeca prepoznaju razlike između sebe i drugih. U ovoj dobi djeca počinju prepoznavati razlike između sebe i drugih bića. Ova tehnika je korisna jer je osoba u psihodramskoj situaciji dovoljno sigurna da postaje vlastiti promatrač, a ujedno i sudionik onoga što radi (Veljković, 2015).

Zamjena uloga događa se dijelom kroz oponašanje, a dijelom kroz istraživanje. Riječ je o ekspanziji svih igara nastalih u "tvornici" raznih interakcija majka-dijete. Moreno govori o tome kako psihodramska tehnika zamjene uloga podsjeća na dječju igru u kojoj odrasli istražuju neistražene ili nerazriješene društvene odnose. Kako bi promijenio likove, protagonist mora privremeno "ući" u ulogu druge osobe kako bi ih predstavio. To čini uz pomoć psihodramskog terapeuta, koji ga polako vodi prema liku, postavljajući mu pitanja vezana uz osnovne karakteristike osobe u koju protagonist "ulazi". Protagonist zatim odabire člana grupe koji će služiti kao protagonistovo "pomoćno ja" u psihodrami i preuzeti ulogu koju je protagonist predstavio. Ulazak u „kožu“ druge osobe omogućuje protagonistu da vidi sebe u drugačijem svjetlu.

Koristi se dvostruka tehnika u kojoj empatični alter ego prilazi liku protagonista, staje pored njega i govori ono što misli da protagonist osjeća ili misli, ali ne može iz bilo kojeg razloga. Mnogi protagonisti s problemima zabune identiteta odbacit će svoj alter ego, bojeći se da će se alter ego "infiltrirati" u njih i preuzeti kontrolu nad njima. Dvojnici ponekad mogu djelovati

zastrašujuće i nametljivo. Stoga bi voditelji psihodrame to trebali imati na umu kad rade s adolescentima u krizi. Ovo je vrlo važna tehnika u psihodrami jer pomaže protagonistu razjasniti i izraziti dublje emocije i preosvjete misli. Ova tehnika je često integrirana u tradicionalniju individualnu, obiteljsku i grupnu psihoterapiju. Dvostruko potiče potpunu reprodukciju psihološkog iskustva protagonista, potiče interakciju, podržava i ohrabruje protagonista te mu pomaže da više riskira i potpunije ulazi u interakcije (Veljković, 2015).

5.3. Struktura psihodramske seanse

U psihodrami se problem ne analizira, već ga se istražuje na sceni nakon dogovorene teme i svrhe rada. Sudionici psihodrame ne trebaju biti umjetnički talentirani jer se na psihodramskoj sceni umjesto glume, odigrava određeni prizor ili konflikt iz stvarnog života pojedinca (protagonista). Takva intervencija u psihodrami se naziva dubliranjem. Scena je dio prostorije u kojem se odigrava dio protagonistove životne priče te može biti opremljena različitim rekvizitima, namještajem i sl. (Jakelić, 2011).

Tijekom psihodrame, kao i kod svake druge dramske projekcije, događaji su strukturirani u tri glavne faze:

1. Uvodne aktivnosti – zagrijavanje,
2. Uživljavanje - akcija,
3. izlazni događaji – razmjena iskustva s drugima (Škrbina,2013)

Prva faza, u kojoj se sudionici udaljuju od vanjskog svijeta te dolaze u kontakt sa samim sobom, svojim osjećajima i mislima kojih prije toga nisu bili svjesni, naziva se zagrijavanje. U toj se fazi sudionici opuštaju i povezuju s ostatkom grupe što potiče stvaranje atmosfere međusobnog povjerenja, važnog temelja budućeg rada. Na kraju zagrijavanja, izdvaja se jedan ili više potencijalnih protagonista koji će odigrati dio svoje unutarnje drame, pazeći na emocionalne potrebe pojedinaca i grupe u tom trenutku (Jakelić, 2011). Kreiranje okruženja u kojem se fizičkim i verbalnim vježbama oslobađa spontanost i kreativnost cilj je faze zagrijavanja. Terapeut ne nameće grupi neku vrstu zagrijavanja: umjesto toga, on dopušta sudionicima da se osjećaju ugodno u spontanom razgovoru i da izraze probleme na nesvjesnoj razini. To može trajati od 10 do 35 minuta. U tom je razdoblju glavna uloga terapeuta identificirati temu koja će potaknuti

neizražene emocije i omogućiti grupi da na siguran način izrazi potisnuti „materijal“. Uloga terapeuta je pokušati uskladiti temu s emocijama pojedinca (Škrbina, 2013).

Nakon što je pozornica uređena i protagonist odabran, počinje središnji dio psihodrame - uživanje u temu, odnosno faza akcije (Andrić i Blažeka Kokorić, 2021).

Moreno je naglasio važnost uređenja pozornice kako bi se stvorila atmosfera za scenski izraz. Većina terapeuta koristi sobni namještaj i stvari poput jastuka, madraca, reflektora, odjeće i obuće kako bi stvorili pozornicu. Nakon što izađu na pozornicu, terapeut i protagonist dogovaraju temu na kojoj će raditi. Jedan od uobičajenih načina pristupa ovoj temi je prisjećanje na nedavnu situaciju s kojom se protagonist susreo. Scena se uređuje tako da podsjeća na prostor u kojem se situacija odvijala u stvarnom životu. Samim postavljanjem scene i predmeta na njoj, protagonist emocionalno putuje iz "sada i ovdje" u "tada i tamo". Nakon što je pozornica postavljena, pojedinci koji su bili uključeni u situaciju, bilo aktivno ili pasivno, upoznaju se s njom. Kako se predstava odvija, glavni lik doživljava sjećanje na sličan sukob i uznemirujuću emociju iz daleke prošlosti. Često se to sjećanje veže uz značajne brojeve iz njihovog djetinjstva, poput nesporazuma s roditeljima. Scena se zatim transformira kako bi odražavala taj raniji trenutak (Jakelić, 2011). Takvo odigravanje situacija vodi do potpunog oslobađanja emocionalnog naboja i do katarze.

Tijekom katarze protagonist pokazuje emocije koje do tada nije smio pokazati, nije znao ili mogao izraziti (Đurić, Veljković i Tomić, 2004). U terapiji ono što je možda nemoguće u stvarnom životu postaje moguće, omogućavajući razgovore s pojedincima koji su odavno otišli iz naših života. To stvara priliku za stvaranje novih iskustava, istraživanje alternativnih ponašanja i stvaranje novih veza. To je moguće kroz razmjenu uloga, koja protagonistu omogućuje da sagleda situaciju iz perspektive druge osobe i stekne novo razumijevanje cijelog događaja (Jakelić, 2011).

Nakon katarze, protagonist se vraća u stvarnost, a kako se osjećaji i doživljaji kristaliziraju i spajaju, dolazi do uvida u situaciju. Jasnije vidi problem i primjerenu promjenu ponašanja koja će dovesti do rješenja problema ili će olakšati suočavanje s problemom u budućnosti. Rekonstrukcijom i razradom početnih scena psihodrame, protagonist stječe bolji uvid u svoje potisnute emocije i shvaća utjecaj prošlosti na sadašnjost. Tim procesom protagonist usvaja nove načine reagiranja koji mu omogućuju da jasnije izrazi svoje osjećaje i stavove (Đurić, Veljković i Tomić, 2004).

Završni dio psihodrame uključuje razmjenu emocija i iskustava među sudionicima - faza dijeljenja (osjećaja). Članovi grupe sjede u krugu i razgovaraju o utjecaju psihodramske radnje na njih same, o svom doživljaju scene koja se odvijala te o tome kako su se osjećali kao gledatelji ili zamjene (Andrić i Blažeka Kokorić, 2021).

Potiču se na izražavanje kako je psihodrama rezonirala s njima i kako se povezuje s njihovim vlastitim iskustvima i emocijama. To je trenutak spoznaje, uvida i olakšanja za sve uključene. Svaki sudionik ima priliku podijeliti nešto o sebi, fokusirajući se na vlastite osjećaje i životna iskustva, a ne na analizu protagonista ili davanje savjeta protagonistu. Terapeut također može podijeliti osobna iskustva koja je izazvala psihodrama, dok protagonist pasivno sluša. To pruža potporu protagonistovom vlastitom procesu i šalje poruku da nisu sami u svojim borbama, jer su drugi iskusili ili trenutno prolaze kroz slične poteškoće (Jakelić, 2011). Završna faza je od velike važnosti te ukoliko joj se ne prida dovoljno pažnje i vremena, postoji mogućnost da seansa neće rezultirati terapijskim efektima (Andrić i Blažeka Kokorić, 2021).

6. Psihodrame kod osoba s motoričkim teškoćama

Mali je broj recentnih istraživanja koji se bave primjenom psihodrame u rehabilitaciji osoba s motoričkim poremećajima, a također i primjenom psihodrame kod poremećaja slike tijela kod ove populacije. Većina istraživanja odnosi se na psihičke poteškoće, poremećaje i bolesti.

Veliki broj istraživača se fokusirao na proučavanje utjecaja psihodrame u tretiranju različitih trauma. Neki autori su dokazali da je kod pojedinaca s posttraumatskim stresnim poremećajem došlo do pozitivnih terapijskih promjena tijekom sudjelovanja u psihodrami. Prema teoriji traume, osobe koje su proživjele traumatična iskustva imaju poteškoća s prilagodbom na nove životne situacije. Traumatična iskustva mogu uzrokovati poremećaje u mozgu, senzomotoričke poteškoće, nedostatak u osnovnom procesu razmišljanja, iskrivljene odnose s objektima, primitivne obrane te različite nekontrolirane, nepoželjne obrasce ponašanja. Normalni biokemijski, fizički, perceptivni, kognitivni, emocionalni, psihološki i duhovni procesi su zamrznuti u vremenu, djeluju na razini preživljavanja, što rezultira neprilagođenim ponašanjem u sadašnjosti. Psihodrama može pomoći u ublažavanju navedenih poteškoća kod traumatiziranih osoba (Škrbina, 2013).

Seligmanova teorija o naučenoj bespomoćnosti (1992) i istraživanja o tjelesnom doživljavanju (Levine, 1997) zajedno predstavljaju snažan kriterij u korist korištenja psihodrame u radu s traumatiziranim pojedincima. Nasuprot naučenoj bespomoćnosti kod traumatiziranih pojedinaca, koja se najčešće javlja zbog nemogućnosti kontrole situacije i ekstremne anksioznosti, psihodrama protagonistu pruža priliku da rekonstruira traumatske događaje i ohrabruje ga da na nov način preuzme kontrolu nad situacijom. U terapijskoj situaciji psihodrame, pacijent ima priliku promatrati i emocionalno razumjeti traumatsku situaciju te kroz korektivno emocionalno iskustvo integrirati novo ponašanje, koje zatim može testirati kroz psihodramsku akciju (Roine, 2001).

Istraživanje Karimi i sur. (2023) prikazuje učinke psihodrame na sliku tijela među studentima na Teheranskom sveučilištu. Radilo se o kvaziekperimentalnoj studiji koja koristi pre-test i follow-up testove sa kontrolnom grupom. Statistička populacija sastojala se od svih studenata Sveučilišta Karaj Azad smještenog u Iranu, tijekom akademske godine 2018.-2019. Trideset osoba odabrano je putem tehnike uzorkovanja po prikladnosti, te su zatim podijeljeni u dvije grupe, jednu eksperimentalnu grupu i drugu kontrolnu grupu. Kandidati odabrani za eksperimentalnu grupu pohađali su psihodramske seanse, dok kontrolna grupa nije primila

nikakvu intervenciju osim pre-testa i post-testa. Na kraju psihodramskih sesija, sudionici su ponovno testirani, a njihovi rezultati korišteni su za ispitivanje učinaka terapije. Rezultati su pokazali značajnu razliku između eksperimentalne i kontrolne grupe u vezi varijable socijalne slike tijela sudionika ($F = 24/29$, p -vrijednost < 0.0001). Eksperimentalna grupa je imala značajna poboljšanja u pozitivnoj slici tijela nakon psihodramskih intervencija.

Rezultati sugeriraju da psihodrama može poboljšati sliku tijela među iranskim sveučilišnim studentima te da mentalna slika koju osoba stvara, utječe na način na koji osobe integriraju s vanjskim svijetom i ako je razina nezadovoljstva ljudi vlastitom slikom tijela visoka, može se reći da su internalizirali shemu nedostataka slike tijela. To smanjuje samopouzdanje osobe i uzrokuje probleme u socijalnom funkcioniranju te može imati posljedice poput depresije i pretjerane kozmetičke kirurgije. Teorije u kognitivno-bihevioralnoj terapiji o slici tijela temelje se na ideji da virtualno tijelo nije statično već raste kao dio dinamičnog procesa. Koristeći isti proces kojim nastojimo organizirati i razumjeti svoja iskustva i ono što koristimo za organiziranje svojih iskustava su unutarnja uvjerenja i socio-kulturne povratne informacije. Stoga, utjecajem na ta iskustva, koja su cilj tehnika psihodrame, ovu dinamičnu sliku može se utjecati i usmjeriti prema poboljšanju slike tijela. Zapravo, kognitivno-bihevioralni pristup pokazuje da slika tijela ovisi o interakciji između uvjerenja formiranih prethodnim iskustvima o sebi koji su se postupno mijenjali tijekom vremena i čimbenika koji proizlaze iz trenutnih situacija, misli i događaja.

Psihodrama je izvrsna dopuna primarnoj rehabilitaciji i tretmanu djece s poteškoćama u razvoju, bez obzira na vrstu tih poteškoća - bilo da se radi o motoričkim, govornim, emotivnim, psihološkim ili intelektualnim. Ovaj pristup može biti koristan jer pruža slobodu, mogućnost improvizacije, ne osuđuje greške te oprašta i tolerira. Korištenje dramskih tehnika u radu s djecom s poteškoćama u razvoju zahtijeva individualizirani pristup zbog specifičnih problema koji ometaju djetetovo funkcioniranje (Musulin, 2018).

U teorijskom konceptu psihodrame tijelo igra važnu ulogu. Felix-Kellermann i Kedem-Tahar (2016) navode da je sposobnost da se krene u tjelesnu akciju i minimizira intelektualizacija osjećaja, snaga psihodrame. Također, Carnabucci i Ciotola (2013) psihodramu određuju kao jednu od prvih modernih tjelesnih metoda koja stimulira multimodalno učenje i duboku promjenu. Ono što je prednost ovog terapijskog modaliteta jest mogućnost prilagodbe fizičkim sposobnostima sudionika s motoričkim poremećajima. Ovo može uključivati korištenje

pomagala (asistivne tehnologije), prilagodbu uloga prema razini pokretljivosti ili uključivanje drugih oblika kreativnog izražavanja poput likovnosti ili glazbe.

Integracija psihodrame u terapiju/rehabilitaciju za osobe s motoričkim poremećajima može se fokusirati na emocionalne i socijalne aspekte života s ovim stanjima. Van der Kolk (1996) ističe kako pojedinci koji imaju poteškoća sa otvorenim razgovaranjem o svom problemu, često mogu svoja unutrašnja stanja bolje iskazati pokretima ili slikama. Korištenje psihodrame pomaže im u razvijanju jezika potrebnog za efikasnu komunikaciju i simboličku transformaciju koja se može javiti u psihoterapiji. Drugim riječima, za osobe motoričkim poremećajima koje mogu imati poteškoća s govorom, psihodrama nudi alternativne načine za izražavanje emocija i misli putem govora tijela, izraza lica i gesta. Ovo može biti osnažujuće, omogućujući im komunikaciju na načine koji su možda prirodniji ili pristupačniji od verbalne komunikacije.

Nadalje, psihodrama omogućuje istraživanje identiteta i percepcije sebe. Osobe mogu sudjelovati u zamjeni uloga, preuzimajući uloge drugih osoba u svom životu (npr. članova obitelji, terapeuta ili vršnjaka). To im može pomoći da razumiju različite perspektive i istraže kako ih drugi percipiraju, što je ključno za izgradnju samosvijesti i empatije. Kroz psihodramu, sudionici mogu istražiti svoju sliku o sebi i doći do uvida u internalizirane negativne predodžbe. Igrajući uloge u kojima su snažni, sposobni i cijenjeni, mogu početi preoblikovati sliku o sebi (i o svom tijelu) na pozitivan način.

Život s motoričkim oštećenjem često uključuje prevladavanje fizičkih ograničenja i društvenih barijera. Psihodrama omogućuje osobama da izraze i obrade frustracije, strahove i ljutnju povezane s tim izazovima u kontroliranom okruženju, što vodi emocionalnom oslobađanju i ozdravljenju. Sudionici mogu ponovno proživjeti važna ili traumatska iskustva iz svog života, poput medicinskih zahvata, iskustava maltretiranja ili trenutaka postignuća. To im može pomoći da steknu nove uvide i obrade neriješene emocije. Primjerice, osoba može voditi dijalog sa svojim tijelom, kao zasebnim karakterom. To joj može pomoći da izrazi osjećaje koje ima prema tijelu, istraži odakle ti osjećaji dolaze i počne razvijati suosjećajni odnos prema sebi.

Psihodrama uključuje interakciju s drugima, pružajući prostor za vježbanje socijalnih vještina, asertivnosti i učinkovite komunikacije. Ovo je posebno vrijedno za osobe s motoričkim teškoćama koje se mogu osjećati izolirano ili nesigurno u društvenim situacijama. Sudionici mogu odigravati različite socijalne scenarije, poput sklapanja prijateljstava, zagovaranja svojih

potreba ili rješavanja sukoba. Vježbanje ovih scenarija u podržavajućem okruženju može povećati samopouzdanje i pripremiti ih za stvarne interakcije. Tako primjerice, psihodrama omogućuje pojedincima da uvježbavaju bivanje u budućim situacijama, poput samopouzdanog odlaska na plažu ili na razgovor za posao. Vježbanjem tih scenarija mogu steći sigurnost u učinkovitije suočavanje sa stvarnim situacijama.

Iako motorička oštećenja utječu na kretanje i koordinaciju, psihodrama potiče sudionike da koriste svoja tijela, promičući tjelesnu svijest i prihvaćanje. Sudjelovanje u tjelesnom izražavanju, čak i u prilagođenim oblicima, može pomoći osobama da se osjećaju povezane sa svojim tijelom i da ga prihvate. Fokusiranjem na ono što tijelo može učiniti, umjesto na njegove ograničenosti, psihodrama može potaknuti osjećaj osnaživanja. Sudionici mogu istraživati uloge koje naglašavaju njihove snage, kreativnost i otpornost, pomažući u izgradnji pozitivnog odnosa prema tijelu.

U grupnom okruženju, osobe se mogu povezati s drugima koji imaju slična iskustva, što potiče osjećaj zajedništva i razumijevanja. Dijeljenje priča i sudjelovanje u grupnoj psihodrami može pomoći u smanjenju osjećaja izolacije i izgradnji međusobne podrške. Vidjeti druge sa sličnim izazovima kako izražavaju svoje emocije i priče može biti osnažujuće i poticajno. To pojačava svijest da nisu sami u svojim iskustvima.

Psihodrama također može biti izvor zabave i kreativnosti, omogućujući osobama s motoričkim poremećajima istražiti uloge i scenarije koji donose radost, smijeh i osjećaj igre. Ovo može biti osvježavajuće i uzdižuće iskustvo, posebno u usporedbi s često ozbiljnim i izazovnim aspektima njihovog života.

7. Zaključak

Slika tijela je složen koncept koji se odnosi na percepciju i stavove pojedinca prema vlastitom tijelu, posebno u vezi s fizičkim izgledom. Ovaj koncept obuhvaća perceptivnu komponentu, koja se odnosi na točnost procjene veličine tijela, te komponentu stava, koja obuhvaća osjećaje prema tijelu i njegovim dijelovima. Slika tijela oblikuje se pod utjecajem senzornih iskustava, fluktuacija težine, kulturalnih normi, kognitivnih i afektivnih faktora, psihopatologije i bioloških faktora. Kod osoba s motoričkim poremećajima, promjene u slici tijela mogu uzrokovati nezadovoljstvo i iskrivljenu percepciju. Poteškoće sa slikom tijela mogu se kretati od uobičajenog nezadovoljstva do ozbiljnijih poremećaja, a s najvećim izazovima se suočavaju mladi s motoričkim poremećajima u formiranju identiteta i osjećajem inferiornosti u odnosu na vršnjake. Istraživanja pokazuju da osobe s amputacijom donjih udova mogu razviti promjene u samopercepciji i emocionalne poteškoće povezane sa slikom tijela. Dok su neki pacijenti umjereno zadovoljni svojim umjetnim udovima, mlađi pacijenti koji su doživjeli traumatične amputacije često imaju izraženije probleme sa slikom tijela, veću anksioznost i niže zadovoljstvo s protezom. Prilagodba nakon amputacije uključuje emocionalne reakcije, promjene u svakodnevnom životu i odnos prema protezi, a ti faktori utječu na pacijentovu percepciju sebe i njegovu budućnost. Psihodrama je terapijska metoda koju je razvio američki psihijatar Jacob Levy Moreno, temeljeći je na ideji da je za pristup unutarnjem svijetu pojedinca potrebna kreativnost, a ne samo dijalog između pacijenta i terapeuta. Moreno je inspiraciju našao u dječjoj igri, primjećujući kako djeca lako preuzimaju različite društvene uloge. Vjerovao je da se problemi u odnosima mogu riješiti razvojem spontanosti i kreativnosti kroz akciju, a ne samo riječima. Psihodrama omogućuje pojedincima da kroz igru uloga i dramsku akciju istražuju i izražavaju svoje misli, osjećaje i iskustva u sigurnom okruženju grupe. Ključni terapijski cilj je poboljšanje "autentičnih odnosa" i ponovno uspostavljanje slobode djelovanja, što je posebno važno za traumatizirane pojedince. Psihodrama pomaže sudionicima da prevladaju ograničenja terapija koje se oslanjaju isključivo na verbalnu komunikaciju te im omogućuje istraživanje njihovih unutarnjih konflikata i neizrečenih misli i osjećaja. Pomaže i u donošenju životnih odluka te je posebno korisna za sramežljive i povučene osobe koje imaju teškoće u komunikaciji. Ukratko, psihodrama pruža dinamičan i iskustveni način istraživanja, razumijevanja i transformacije problema s slikom tijela. Kroz igranje uloga, ponovna proživljavanja i tjelesno izražavanje, pojedinci se mogu suočiti i proraditi negativne utjecaje na svoju sliku tijela, te na kraju krenuti prema višoj razini samoprihvatanja i osnaživanja.

Nedovoljan broj istraživanja usmjerenih na primjenu psihodrame kod osoba s motoričkim poremećajima ističu potrebu za daljnjim promišljanjima znanstvene metodologije u ovom području te primjeni rezultata u radu s ovom populacijom.

8. Literatura

1. Ambrosi-Randić, N. (2003). Novija istraživanja u području predodžbe o vlastitom tijelu. *Metodički ogledi: časopis za filozofiju odgoja*, 10(1), 69-81.
2. Andrić, D., i Blažeka Kokorić, S. (2021). Primjena načela i tehnika psihodrame u socijalnom radu s različitim grupama korisnika. *Socijalne teme*, 1 (8), 47-72. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/273053>
3. Blatner A. (2000): *Foundations of Psychodrama*. New York: Springer Publishing Company
4. Carnabucci, K., Ciotola, L. (2013). *Healing eating disorders with psychodrama and other action methods: Beyond the silence and the fury*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
5. Cash, T. F., i Smolak, L. (2012). *Understanding Body Images. Historical and Contemporary Perspectives*. T. F. Cash i L. Smolak (ur.), *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention (Second ed.)*(str. 3-10). The Guilford Press.
6. Cash, T., Fleming, E., Alindogan, J., Steadman, L., Whitehead, A. (2002). Beyond Body Image as a Trait: The Development and Validation of the Body Image States Scale. *Eating Disorders*, 10(2), 103–113.
7. Centar za psihodramu. (2016). Znanstvena utemeljenost psihodramske psihoterapije. Preuzeto s <https://www.centar-psihodrama.hr/znanstvena-utemeljenost-psihodramske-psihoterapije>
8. Čorlukić, M. (2006). *Samopoimanje u adolescenata s motoričkim poremećajima*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, magistarski rad.
9. Desmond, D., and MacLachlan, M. (2002). Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: a 25 year review of psychology in prosthetics and orthotics international. *Prosthetics Orthot. Int.* 26, 182–188.
10. Đurić, Z., Veljković, J., Tomić, M. (2004). *Psihodrama*. Alineja. Zagreb
11. Eldar, P. (2000). *Suvremena filozofija i praksa fizikalne medicine i rehabilitacije / Fizikalna medicina i rehabilitacija u Hrvatskoj*. Zagreb: Čvorak, Hrvatski liječnički zbor
12. Erceg, M. (2006). *Ortopedija za studente medicine*, Medicinski fakultet, Split.
13. Erceg Jugović, I. (2011). Nezadovoljstvo tijelom u adolescenciji. *Klinička psihologija*, 4(1-2), 41-58.

14. Fisher, K., Hanspal, R. (1998). Body image and patients with amputations: does the prosthesis maintain the balance?. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(4), 355-364.
15. Giacomucci, S. (2019). Social group work in action: A sociometry, psychodrama, and experiential trauma group therapy curriculum. Doktorska disertacija. Philadelphia: University of Pennsylvania, School of Social Policy and Practice. Posjećeno 11.05.2021. na mrežnoj stranici: https://www.researchgate.net/publication/333855172_social_group_work_in_action_a_sociometry_psychodrama_and_experiential_trauma_group_therapy_curriculum
16. Grogan, S. (1999). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.
17. Hamamoto, Y., Suzuki, S., Sugiura, M. (2022). Two components of body-image disturbance are differentially associated with distinct eating disorder characteristics in healthy young women. *PLOS ONE*, 17(1): e0262513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262513>
18. Horvatić, J., Joković Oreb, I., Pinjatela, R. (2009): Oštećenja središnjeg živčanog sustava, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45, 1, 99-110
19. Jakelić, B. (2011). Psihodrama-terapija igrom. Centar za psihodramu.
20. Jerković, J. (2020). *Doživljaj slike tijela u odraslih osoba s motoričkim poremećajima* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:204314>
21. Johnson, M. (2022). *The 4 Components of Body Image*. Preuzeto s <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-savvy-psychologist/202202/the-4-components-body-image>.
22. Karimi, A., Karbalai, A., Rohani, R. J. (2023). The Effect of Psychodrama Therapy on Body-image Deficit among Iranian University Students.
23. Karp, M., Holmes, P., Tavon, K. B. (Eds.). (1998). *The handbook of psychodrama*. (K. Sprague, Illustrator). Taylor & Frances/Routledge.
24. Katušić, A. (2012a). Cerebralna paraliza: redefiniranje i reklasifikacija. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(1), 117-126.
25. Felix-Kellermann, P., Kedem-Tahar, E. (1996). Psychodrama and drama therapy: A comparison. *The arts in psychotherapy*, 23(1), 27-36.

26. Khan, M. J., Dogar, S. F., and Masroor, U. (2018). Family relations, quality of life and post-traumatic stress among amputees and prosthetics. *Pak. Armed Forces Med. J.* 68, 125–130.
27. Knežić, M. (2015). Zdravstvena njega osoba s cerebralnom paralizom. *Sestrinski glasnik*, 20(3), 250-253.
28. Kovač, I., Mužić, V., Abramović, M., Vuletić, Z., Vukić, T., Ištvanović, N., ... Livaković, B. (2015). Rehabilitacija osoba s amputacijom donjih udova – smjernice za klinički rad u Hrvatskoj. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 27 (3-4), 183-211. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/163274>
29. Kuhar, A.K., Blaži, D., Kovačić, M., Ljubić, M., Matok, D., Pribanić, Lj., Špoljarec, M. (2007). Upute za provođenje državne mature za pristupnike s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama. Zagreb: Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje obrazovanja.
30. Kuzmanović Šamija, R. (2013). Mišićne distrofije- dijagnostika i terapija. *Paediatr Croat*; 57 (Supl 1), 57-65.
31. Laklija, M., Urbanc, K. (2007). Doživljaj vlastitog tijela i seksualnost u adolescenata s motoričkim teškoćama. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (3), 579-596.
32. Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: healing trauma: the innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley, Calif., North Atlantic Books
33. Magill-Evans J. E. & Restall G. (1991). Self-esteem and persons with cerebral palsy: From adolescence to adulthood. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 819-82.
34. Martin, J. J. (2017). *Handbook of Disability Sport and Exercise Psychology*. New Yoerk: Oxford University Press
35. Martinec, R. (2008). Slika tijela: pregled nekih interdisciplinarnih pristupa u edukaciji, dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(1), 105-118.
36. McDonald, CL., Westcott-McCoy, S., Weaver, MR., Haagsma, J, Kartin, D. (2021). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthet Orthot Int.* Apr 1;45(2):105-114.
37. Mejaški Bošnjak, V., Đaković, I. (2013). Europska klasifikacija cerebralne paralize (Surveillance of Cerebral Pasy in Europe) // *Paediatrica Croatica. Supplement*, 57), 93-97

38. Mindoljević Drakulić, A. (2006). Spontanost- najnerazvijenija osobina civiliziranog čovjeka. *Epoha- časopis za kulturu komuniciranja*. Br. 63. Elpeluba. Zagreb.
39. Mindoljević Drakulić, A. (2009). Didaktička scenska psihoterapija - psihodrama u radu s adolescentima. Preuzeto s <https://www.bib.irb.hr/656058>.
40. Mindoljević Drakulić, A. (2011). Terapijske interpretacije u psihodrami s adolescentima u školskom okruženju. *Napredak*, 152 (1), 121-132. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/82756>
41. Musulin, A. (2018). *Dramski pristup u radu s djecom s teškoćama u razvoju* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:671039>
42. Orr, D. A., Reznikoff, M., Smith, G. M. (1989). Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 10(5), 454-461.
43. Pokrajac-Bulian, A., Stubbs, L., Ambrosi-Randić, N. (2004). Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme*, 13(1), 91-104.
44. Prstačić, M., Nikolić, B., Hojanić, R. (2004). Motorički poremećaji, kronične bolesti, art terapije i sofrologija. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40(1), 91-104.
45. Prstačić, M. (2006). Neki aspekti restitucije neuromotornih i psihosocijalnih funkcija. U: *Mahmutagić, A., Prstačić, M. i sur.: Metode u edukaciji i rehabilitaciji. Sveučilište u Tuzli. Harpo-graf*, 55-62.
46. Roine, E. (2001) Upotreba psihodrame sa žrtvama traume. In: Kelerman, P.F. and Hadžins, M.K., (ur.) *Psihodrama i trauma*, pp. 69-79. Beograd: IAN.
47. Sekulić, T., Lončarić, I., Milašević D. (2017). Utjecaj kontinuiranog provođenja terapijskih vježbi kod djeteta s neuromišićnom distrofijom-prikaz slučaja. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 32(1-2), 67-71.
47. Seligman, M. E. P. (1992). *Learned optimism*. South Australia: Griffin Press. Chapters 2-3
48. Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I. & Vieira, C. (2012). Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin. Rehabil.* 26, 180–191.
49. Simsek, N., Ozturk, G. K., Nahya, Z. N. (2017). Psychosocial problems and care of patients with amputation. *EJMI* 1, 6–9.
50. Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497- 502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)

51. Taleporos, G., Dip, G., McCabe, M.P. (2001). The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability*, 19(4), 293–308.
52. Van der Kolk, B. (1997). Keynote address. New York: Annual conference of the American Society of Group psychotherapy and psychodrama
53. Velki, T., Romstein, K. (2015). Učimo zajedno. Priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju. Osijek.
54. Veljković, J. J. (2015). Primena psihodrame u integraciji selfa kod adolescenata. *Sociologija*, 57(2), 314-330.
55. Vrdoljak, A. (2019). *Poremećaj slike tijela nakon izvršene mastektomije (Završni rad)*. Split: Sveučilište u Splitu. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:309702>
56. Zergollern, Lj. (ur.) (1994). *Pedijatrija 2*. Zagreb: Naprijed.