

# Različiti pristupi terapije igrom kod djece

---

**Ranogajec, Monika**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:800064>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-15**



*Repository / Repozitorij:*

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

**Monika Ranogajec**

# **Različiti pristupi terapije igrom kod djece**

**Diplomski rad**



**Zagreb, 2024.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu, Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Rebro pod vodstvom izv. prof. dr. sc. Ivana Begovca i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2023./2024.

# SADRŽAJ

Sažetak .....	
Summary .....	
<b>1. UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Što je igra? .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Teorije igre .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2.1. Klasične teorije igre .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2.2. Moderne teorije igre .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Posebnosti igre u dječjoj dobi .....</b>	<b>5</b>
<b>2. TERAPIJA IGROM .....</b>	<b>6</b>
<b>3. KLINIČKE INDIKACIJE ZA PRIMJENU TERAPIJE IGROM.....</b>	<b>9</b>
<b>4. RAZLIČITI PRISTUPI TERAPIJE IGROM.....</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Psihoanalitički pristup .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.1. Povijest .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.2. Terapeut .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1.3. Soba i igračke .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1.4. Uloga obitelji.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1.5. Ciljevi .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2. Nedirektivni pristup i terapija orijentirana prema djetetu.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.1. Povijest .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.2. Terapeut .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2.3. Soba i igračke .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2.4. Uloga obitelji.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2.5. Ciljevi .....</b>	<b>24</b>
<b>4.3. Ostali pristupi terapiji igrom .....</b>	<b>26</b>
<b>5. ZNANSTVENA PODLOGA TERAPIJE IGROM .....</b>	<b>29</b>
<b>6. ZAKLJUČAK .....</b>	<b>31</b>
<b>7. ZAHVALE .....</b>	<b>32</b>
<b>8. LITERATURA .....</b>	<b>33</b>
<b>9. ŽIVOTOPIS .....</b>	<b>39</b>

## POPIS KRATICA

ACT – Model priznavanja, komuniciranja i ciljanja (eng. *acknowledging, communicating, targeting*)

ADHD – Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (eng. *attention-deficit/hyperactivity disorder*)

BDNF – Moždani neurotrofni čimbenik (eng. *brain-derived neurotrophic factor*)

CBPT – Kognitivno-bihevioralna terapija igrom (eng. *Cognitive-behavioral play therapy*)

CBT-PIP – Kognitivno-bihevioralna terapija igrom uz uključenost roditelja (eng. *Cognitive-behavioral therapy including parent involved play*)

CCPT – Terapija orijentirana prema djetetu (eng. *Child-centered play therapy*)

COVID-19 – Koronavirusna bolesti 2019. (eng. *Corona virus disease 2019.*)

CPTI – Instrument za procjenu dječje terapije igrom (*Children's Play Therapy Instrument*)

FTS – Igra bajki u pijesku (eng. *Fairy Tales in the Sand*)

JAPT – Jungova analitička terapija igrom (eng. *Jungian analytical play therapy*)

TEPT – Trostruko ekspresivna terapija igrom (eng. *Triad expressive play therapy*)

## Sažetak

Naslov: Različiti pristupi terapije igrom kod djece

Autor: Monika Ranogajec

Igra je aktivnost koja nadilazi pojam vrste i dobi. Kreiranje striktno definicije igre je gotovo nemoguće. Stoga se igru najčešće promatra kroz njezinu funkciju. Kroz povijest su se javljale brojne teorije koje se pokušale objasniti razloge zašto se ljudi igraju. Iako ludično ponašanje nije ograničeno samo na dječju dob, igra se smatra samim srcem djetinjstva. Kroz igru djeca kognitivno, emocionalno i socijalno sazrijevaju. Osim njezinog razvojnog značaja, igra je i oblik neverbalne komunikacije putem kojeg djeca mogu izraziti svoje osjećaje. Stoga je terapija igrom idealno dijagnostičko sredstvo, kao i terapijska intervencija za niz emocionalnih i bihevioralnih poremećaja u djece. Prilikom formiranja optimalnog terapijskog procesa potrebno je razmišljati o brojnim faktorima kao što su terapeutov teoretski pristup, uređenje sobe, izbor igraćaka, trajanje i učestalost seansi, dob, spol, ličnost djeteta, teškoće s kojima se susreće itd. Terapija igrom indicirana je u brojnim psihičkim poremećajima, a korisna je i u radu sa zdravom i hospitaliziranom djecom. Najranije postulirani teoretski model terapije igrom je psihoanalitički pristup. Psihoanalitički pristup počiva na temeljima Freudove psihoanalize koje su za rad s djecom prilagodile Melanie Klein i Anna Freud. U ovom pristupu cilj je dovođenje djetetovih nesvjesnih konflikata u područje svjesnog. Spoznajom tih konflikata, dijete reagira promjenom maladaptivnog ponašanja. Nedirektivni pristup je humanistički pristup terapije igrom koji je pod utjecajem Carla Rogersa formirala Virginia Axline. Temeljna pretpostavka ovog pristupa je da djeca posjeduju intrinzičnu sposobnost self-aktualizacije koju je moguće aktivirati osiguravanjem toplog, empatičnog i iskrenog terapijskog okružja. Danas je nedirektivna terapija modificirana u terapiju orijentiranu prema djetetu. Osim ovih dvaju najvećih pristupa terapije igrom, postoje još brojni drugi pristupi poput Jungove analitičke terapije igrom i kognitivno-bihevioralne terapije igrom. Učinkovitost terapije igrom primarno je temeljena na empirijskim dokazima. Zasadu postoje samo dvije metaanalize o učinkovitosti terapije igrom.

Ključne riječi: dječja psihijatrija, psihoanaliza, terapija igrom

## Summary

Title: Different approaches to play therapy in children

Author: Monika Ranogajec

Play is an activity that transcends the concept of species and age. Since play is hard to define, it is mostly examined through its function. Throughout history, numerous theories have attempted to explain why people play. Although playful behavior is not confined to childhood, play is considered the very essence of childhood. Through play, children mature cognitively, emotionally, and socially. Besides its developmental significance, play is also a form of non-verbal communication through which children can express their feelings. Thus, play therapy is an ideal diagnostic tool, as well as a therapeutic intervention for various emotional and behavioral disorders in children. When forming an optimal therapeutic process, numerous factors need to be considered, such as the therapist's theoretical approach, the room setting, the choice of toys, the duration and frequency of sessions, the child's age, gender, personality, and the difficulties they face. Play therapy is indicated for numerous psychological disorders and is also beneficial for working with healthy and hospitalized children. The earliest theoretical model of play therapy is the psychoanalytic approach. This approach is based on the foundations of Freud's psychoanalysis, adapted for work with children by Melanie Klein and Anna Freud. The goal of this approach is to bring the child's unconscious conflicts into the conscious mind. By understanding these conflicts, the child can change maladaptive behavior. The non-directive approach, influenced by Carl Rogers and developed by Virginia Axline, is a humanistic approach to play therapy. The fundamental premise of this approach is that children possess an intrinsic ability for self-actualization, which can be activated by providing a warm, empathetic, and genuine therapeutic environment. Today, non-directive therapy has evolved into Child-centered play therapy. In addition to these two primary approaches, there are many other approaches, such as Jungian analytical play therapy and Cognitive-behavioral play therapy. The effectiveness of play therapy is primarily based on empirical evidence. There are only two meta-analyses that examine the effectiveness of play therapy.

Keywords: child psychiatry, psychoanalysis, play therapy

# 1. UVOD

## 1.1. Što je igra?

Igra predstavlja niz različitih ponašanja koja su svojstvena velikom broju životinjskim vrstama, pa tako i čovjeku. Unatoč tomu što većina ljudi može prepoznati igru kada je vidi, gotovo je nemoguće dati jednoznačnu definiciju igre. Najopsežnije i najpreciznije karakteristike igre mogu se opisati pomoću devet kriterija – aktivitet, od posebnog je značaja djetetu, simbolična je, slobodno odabrana, intrinzično motivirana, okrenuta prema sebi, orijentirana prema procesu, pruža ugodu i avanturističkog je duha. Aktivitet podrazumijeva direktno sudjelovanje djeteta kroz psihičku, fizičku i verbalnu interakciju s ljudima, predmetima i mislima. Djetetu igra mora nositi značenje tj. biti povezana s njegovim iskustvima i stvarnošću što uključuje i situacije u kojima dijete nije u potpunosti svjesno njezinog značenja, već se ono ostvaruje na nesvjesnoj razini. Dječja igra je često refleksija onoga što je dijete čulo, vidjelo i osjetilo u svojoj okolini te na taj način dijete stvara smisao od događaja iz okoline. Simbolizam igre odražava se u jedinstvenoj dinamici društvenih uloga koje dijete oponaša iz svijeta odraslih. No, dijete može smišljati i nove uloge radi eksperimentiranja i razumijevanja granica ljudskih odnosa i vlastitoga *selfa*. Nadalje, dijete ne može biti natjerano na igru, već ono upravlja igrom te je prilagođava sebi i svojim potrebama. Postoji intrinzična motivacija za igrom koja nije uvjetovana zahtjevima vanjskog svijeta. Različiti su uzroci intrinzične motivacije za igrom – znatiželja, sagledavanje događaja iz nove perspektive, učenje i svladavanje vještina s poznatim predmetima, emocionalna regulacija itd. Igra je obično ugodna i sama sebi svrhovita te nije diktirana kvalitetom krajnjeg rezultata. Tijekom igre je puno važniji sam proces eksploracije, imaginacije i inovacije. Konačno, kroz igru djeca često primijenjuju riskantne poteze kako bi učila o posljedicama svojih postupaka u sigurnom okruženju (1).

Usprkos navedenim kriterijima, igru je puno jednostavnije i poželjnije promatrati kroz njezinu funkciju i ciljeve. Suviše rigidnom definicijom igre njezina esencija bi patila – njezina adaptabilnost, kreativnost, improvizacija i sloboda izražaja. Kroz povijest su stručnjaci različitih usmjerenja nudili teorije i odgovore na pitanje koja je funkcija igra (2). Dosadašnja su teorije primarno bile usmjerene na dječju dob, no ne treba zanemariti činjenicu da se i odrasli igraju, iako igra u odrasloj dobi poprima specifične oblike, uloge i konotacije. K tome se u odrasloj dobi



nameće i pitanje razlike između igre kao oblika ponašanja i kao karakteristike ličnosti (3). Prema Freudu, tkogod razumije ljudski um zna da ništa nije zahtjevnije za čovjeka nego prestati s ugodom koju je jednom osjetio. Ustvari, nikad se ne možemo nečega u potpunosti odreći, već samo zamijeniti jednu stvar drugom. Kada čovjek odraste, on se ne odriče igre, već igru s realnim objektima, zamijenjuje igrom mislima i fantazijama (2).

## **1.2. Teorije igre**

Prvo spominjanje uloge igre u ljudskom razvoju zabilježeno je u doba antičke Grčke kada su Aristotel i Platon u svojim raspravama diskutirali o značaju igre u edukaciji. Rasprave o igri jenjavaju tijekom srednjeg vijeka jer tada nije postojao koncept djetinjstva i odrasle dobi. No, ponovno počinju dobivati na važnosti početkom 18. stoljeća kada se djetinjstvo počinje prepoznavati kao posebno razdoblje razvoja u ljudskom životu. Za prosvjetitelje igra je i dalje usko vezana uz njenu ulogu u edukaciji. Engleski filozof Locke je, unatoč svojim puritanskim temeljima, smatrao da su djeca motiviranija u stjecanju vrlina kada ne uče pod pritiskom te osjećaju ugodu. Rousseau naglašava da igra nije moralno loša niti da je gubitak vremena, već da se djeca koriste njome kao izvorom sreće. Romantisti produbljuje značaj igre smatrajući da u igri dolazi do realizacije samog sebe (2).

Iako su prethodni filozofi znatno pridonijeli razvoju koncepta igre, razrađene teorije igre pojavljuju se pod utjecajem darvinizma tek u 19. stoljeću (2).

### **1.2.1. Klasične teorije igre**

Prvu klasičnu teoriju igre, teoriju energetskega viška (eng. *surplus energy theory*), utemeljuje njemački pisac i filozof Friedrich Schiller koji igru nije smatrao značajnom za razvoj, već ugodnom aktivnošću kojom se živa bića rješavaju viška energije. Svako živo biće generira određenu količinu energije, te ako ne dođe do njene potpune potrošnje, višak se oslobađa kroz igru. Herbert Spencer, engleski filozof, proširuje Schillerovu teoriju uočavajući da viši organizmi provode više vremena igrajući se, dok niži organizmi koriste igru isključivo za zadovoljavanje potreba. Nadalje, Spencer igru opisuje „nedoslovnom“ tj. kao aktivnost koja se odvija u modusu „kao da“ te se taj koncept ponavljano pojavljuje u literaturi i biva široko prihvaćen kao temelj simbolične igre (4).

Lazarus, njemački pisac, stvara klasičnu teoriju igre koja je djelovala kao opozicija prethodnoj teju naziva teorijom rekreacije/relaksacije (eng. *recreation or relaxation theory*). Prema Lazarusu igra služi za nadoknadu energetskeg deficita koji nastaje uslijed obavljanja posla. Igra se promatra kao relaksacijsko tj. rekreacijsko sredstvo ponašanja (4).

Njemački filozof i psiholog Karl Groos daje igri potpuni novi značaj svojom klasičnom teorijom – teorijom vježbe (eng. *practice or pre-exercise theory*). Za razliku od prethodno navedenih mislioca, Karl Groos je smatrao da igra ima razvojnu ulogu u djetinjstvu. Djeca kroz igru imitiraju odrasle te se na taj način pripremaju za funkcije koje će obnašati u odrasloj dobi. Primjerice, kada dijete preuzme roditeljsku ulogu tijekom igre, ono , u stvari, vježba obnašanje roditeljske uloge u budućnosti (4). Jean Piaget, švicarski psiholog, nadovezuje se na Groosovu teoriju stvarajući pojmove asimilacije i akomodacije. Za vrijeme igre djeca pokazuje dvije vrste ponašanja. Asimilacijom dijete u potpunosti zanemaruje stvarnost tj. postoji nedostatak prilagodbe igre vanjskom svijetu i događajima. S druge strane, akomodacijom dijete oponaša događaje iz okoline te im se pokušava prilagoditi. Asimilacija i akomodacija su načini kako djeca uče o sebi i svojoj okolini te na taj način kognitivno sazrijevaju (2).

U ujedno i zadnjoj klasičnoj teoriji igre, koju njezin začetnik američki psiholog G. Stanley Hall naziva teorijom rekapitulacije (eng. *recapitulation theory*), igra je promatrana kao sredstvo kojim djeca ostvaruju ontogenetski razvoj rekapitulacijom filogenetskog razvoja. Tijekom igre djeca prolaze kroz sve evolucijske faze ljudske vrste, odnosno, od primitivnijih, životinjskih načina funkcije do visoko strukturiranih i prilagođenih. Inspiraciju u Hallovoj teoriji pronašli su i psihoanalitičari, međutim, psihoanaliza daje dodatnu simboličku i emocionalnu komponentu funkciji igre (4).

### **1.2.2. Moderne teorije igre**

Iako već određene klasične teorije ukazuju na razvojnu važnost igre, moderne teorije igre opsežnije istražuju njezin razvojni utjecaj uz dodatno potkrijepljivanje putem realnih primjera. Sigmund Freud utemeljuje psihoanalitičku teoriju smatrajući da je igra medij u kojem djeca racionaliziraju i prorađuju svoje negativne emocije doživljavajući katarzu. Igra je aktivnost ega kojom dijete kroz repetaciju doživljenog nastoji kompenzirati vanjske i unutarnje konflikte (2). Sljedbenici Freuda pridodaju igri integrativnu vrijednost – igra je spoj prošlosti, sadašnjosti i budućnosti. Tijekom

takvog vremenskog spoja isprepliću se osjećaji ljubavi, divljenja, straha i agresije što se smatra važnim za razvoj normalne ličnosti (4).

Teorija modulacije uzbuđenja (eng. *the arousal modulation theory*) konstruirana od strane Berlynea i Ellisa temelji se na zadovoljavanju unutarnjeg uzbuđenja. Berlyne opisuje igru kao sredstvo homeostaze kojim se uzbuđenje održava na optimalnoj razini. Ako je razina uzbuđenja visoka, tada sustav nastoji kroz igru vratiti razinu uzbuđenja na nižu razinu i obrnuto. Ako se dijete susretne s nepoznatim predmetom, uslijed porasta razine stimulacije, dijete će reagirati eksploracijom nepoznatog predmeta. S druge strane, ako postoji osjećaj dosade i snižene razine stimulacije, dijete će reagirati traženjem stimulativnog čimbenika. U odnosu na Berlynea, Ellis pravi razliku tako da igru ne opisuje kao sredstvo održavanja homeostaze, već sredstvo kojim dijete pronalazi i ostvaruje visoku razinu stimulacije. Za Ellisa ne postoji idealna srednja vrijednost uzbuđenja. Izvođenjem različitih neobičnih i novih aktivnosti tijekom igre djeca koriste svoju imaginaciju što rezultira porastom uzbuđenja (4).

Batesonova metakomunikativna teorija igre (*Bateson's metacommunicative theory*) pretpostavlja da se djeca za vrijeme igre simultano nalaze u dva prostora. Prvi prostor je prostor dramatične igre u kojoj djeca operiraju u „kao da“ modusu, odnosno, djeca su svjesna da uloge koje obnašaju, kao i događaji koji se odvijaju tijekom igre nisu stvarni. No, paralelno s prvim prostorom, postoji i drugi u kojem djeca paradoksalno, unatoč svjesnosti imaginarnosti igre, doživljaju igru stvarnom i ozbiljnom, pritom uključujući svoj identitet i identitet sudionika u odlučivanje i vođenje imaginarnog svijeta (4). Prema Neubaueru, igra se sastoji od tri karakteristike – ekspresije želja i fantazija, realiziranjem istih radi ostvarenja zadovoljstva i svjesnošću da se igra odvija u imaginarnom prostoru. Granica između stvarnosti i imaginacije za vrijeme igre je fluidna te s odrastanjem postaje jasnija. Nadalje, Jean Piaget prepoznaje ulogu igre u moderiranju egocentrizma. Kroz ponavljajuću socijalizaciju, slušanje, uvažavanje i spoznaju tuđih osjećaja i želja, djeca se po prvi puta susreću s empatijom (2).

Prethodno spomenuti švicarski psiholog Jean Piaget u svojim kognitivnim teorijama stvara vezu između razvojnih faza igre i kognitivnog razvoja. Kako dijete intelektualno napreduje, tako i igra postaje sofisticiranija. Međutim, igra nije samo pasivni indikator kognitivnog razvoja djeteta, već ona svojim aktivnim djelovanjem promovira intelektualni razvoj. S obzirom da vrlo ubrzo nakon što započnu s igrom pretvaranja, djeca pokazuju sposobnost apstraktnog razmišljanja, ruski

psiholog Vygotsky naglašava direktnu povezanost između simbolične igre i razvoja apstraktnih misli. Sutton-Smith i Brunner proširuju važnost simbolične igre tvrdeći da se igrom razvija kreativnost jer je igra fleksibilne i eksperimentalne prirode. Za razliku od Groosa, Sutton-Smith i Brunner smatraju da se priprema za uloge u odrasloj dobi ne ostvaruje vježbanjem specifičnih ponašanja nego uzgajanjem kreativnosti i fleksibilnosti u rješavanju problema (4).

Razvojem neuroznanosti danas je poznato da pri kraju prve godine u djece dolazi do nagle bihevioralne promjene koja se očituje u kognitivnim, afektivnim i motoričkim sferama. U ovoj dobi narcizam doživljava svoj vrhunac. Uočene promjene pripisuju se znatnoj aktivaciji simpatikusa, što je refleksija nedomuliranog ekscitatornog djelovanja nezrele retikularne formacije. Razvoj viših inhibijskih kortikalnih centara događa se postepeno i vrlo je zavisano o socijalnoj okolini. Igra čini okolinu obogaćenom te omogućuje protok informacija koje su potrebne za adekvatno napredovanje neuronskih veza (2).

### **1.3. Posebnosti igre u dječjoj dobi**

Igra je univerzalna aktivnost za ljudsku vrstu neovisno o dobi (1). Iz prethodnog poglavlja moguće je naslutiti da, unatoč njenoj univerzalnosti, igra u dječjoj dobi posjeduje posebnu vrijednost zbog čega je i proglašena pravom svakog djeteta od strane Povjerenstva Ujedinjenih naroda za ljudska prava. Kroz igru djeca prolaze intenzivno kognitivno, emocionalno, motoričko i socijalno sazrijevanje. Velikom je broju djece danas zbog siromaštva, ratnih okolnosti, prirodnih katastrofa, eksploatacije, ali i zbog užurbanog stila života i visokih očekivanja, uskraćeno pravo na igru zbog čega na razvojnom planu stagniraju (5,6).

Nadalje, djeca ne skrivaju svoju igru, već otvoreno istražuju i izražavaju vlastite želje. Ludičnost odraslih se najčešće uočava u verbalnoj komunikaciji kroz igru riječi, alegoričnost i humor, no uvijek s dozom kontrole. Odrasle osobe s velikim oprezom čuvaju najintimnije dijelove svog *selfa* uslijed straha od razotkrivanja i popratnog osjećaja srama. Za odrasle je granica imaginacije i realnosti potpuno razvijena zbog čega pri javljanju fantazija dolazi do kognitivne disonance – odrasla osoba više nije dijete, već djeluje u stvarnom svijetu s posljedicama. Zbog takve disonance odrasla osoba svoje fantazije percipira kao djetinjaste i zabranjene. Za razliku od toga, dječja igra je neinhibirani i direktni ulaz u djetetov kognitivni, emocionalni i socijalni svijet kojeg možemo nesmetano promatrati (2). Također, odrasli, uslijed svoje kognitivne i emocionalne zrelosti, koriste riječi da bi izrazili svoje emocije, dok u većine djece mlađe od 11 godina nije još u potpunosti

razvijeno apstraktno razmišljanje koje je ključno za shvaćanje kompleksnih misli i problema. S tima dvama pretpostavkama – da je igra zrcalo unutrašnjeg svijeta djece i da se klasična verbalna komunikacija kao oblik psihoterapije nije pokazala učinkovitom u liječenju psihijatrijskih poremećaja u dječjoj dobi – se u 19. stoljeću pod vodstvom psihoanalitičke struje javljaju prve ideje o terapiji igrom kao adekvatne intervencije za rješavanje niza poremećaja iz područja dječje psihijatrije (5,7,8).

## 2. TERAPIJA IGROM

Terapija igrom (eng. *play therapy*) je oblik psihoterapije u kojem se uz pomoć sistematične upotrebe određenog teoretskog pristupa igri ostvaruje interpersonalni odnos između terapeuta i djeteta s ciljem prevencije ili liječenja psihosocijalnih poteškoća u djetinjstvu te jačanja djetetovog razvojnog procesa. To je oblik terapije u kojem se terapeut mora koristiti „jezikom“ djece kako bi se približio njihovom modusu funkcioniranja. Glavni ciljevi terapije igrom uključuju razvoj i moderiranje ega, poticanje kreativnosti i povećanja funkcionalnosti djeteta, razumijevanje emocija i poticanje emocionalne regulacije te socijalizaciju s odraslima i drugom djecom (6,7). Osim terapijske vrijednosti, terapija igrom koristi se i kao dijagnostičko sredstvo. Kroz igru otkrivamo informacije o djetetovom *egu*, načinima obrane, dubini regresa, mjestima fiksacije te agresivnom potencijalu (9).

Kao što je već ranije spomenuto igra prolazi kroz razvojne faze ovisno o kognitivnoj zrelosti djeteta (4). Jean Piaget dijeli faze razvoja mišljenja na senzomotorno razdoblje, preoperacijsku fazu, fazu konkretnih operacija i razdoblje formalnih operacija. Paralelno s navedenim fazama kognitivnog razvoja mijenja se i struktura igre. Tako u prvoj godini života dominiraju senzomotorne igre (npr. ispitivanje predmeta ustima, bacanje igračke) kojima dijete iskazuje svoju refleksnu aktivnost i nedostatak poimanja predmeta. U prijelaznom razdoblju 6-og do 12-og mjeseca dijete započinje opsežnije eksplorirati svoju okolinu i nove predmete. Na prijelazno razdoblje se nadovezuje stadij koji se odvija od 12-og do 18-og mjeseca života pri čemu dijete primarno izvodi funkcionalne igre (npr. guranje auta, češljanje kose) što je u korelaciji sa stvaranjem predožbe o konstantnosti predmeta i razvojem ponašanja orijentiranog prema cilju. Prve naznake rane simbolizacije vidljive su nakon 18 mjeseci kada dijete izvodi radnje u kojima se pretvara da npr. hrani majku, kuha čaj itd. Kasna simbolizacija pojavljuje se nakon 30 mjeseci, a u ovoj fazi dijete stvara cjelovito razrađene scenarije koje potom i izvodi (npr. izmišlja

imaginarne osobe i objekte, koristi druge u svom igrokazu). Rana i kasna simbolizacija su usko povezane uz Piagetovu preoperacijsku fazu razvoja kada se počinju javljati magična mišljenja i animizam uz smanjenje ponašanja motivirana ciljem. U konačnici dolazi do pojave imitacije drugih u kojima dijete preuzima i dramatizira kompleksne uloge te pristupa rješavanju problema (10). Igračke simbolično predstavljaju dječje riječi kojima se ono služi radi izgradnje *selfa* te stvaranja granica sebe i okoline, izražavanja emocija i emocionalne regulacije, učenja o okolini i omogućavanja prilagodbe na ekstrinzične događaje (7). Za vrijeme kognitivnog razvoja dječja igra postaje i socijalno kompleksnija. Mildred Parten dijeli razvojne faze igre s obzirom na socijalni razvoj djeteta na neokupiranu igru, solitarnu igru, promatračku igru, paralelnu igru, asocijativnu igru i kooperativnu igru (1). Terapija igrom predstavlja savršen medij za liječenje emocionalnih i bihevioralnih problema u djece jer u potpunosti zadovoljava njihove razvojne potrebe, a detaljnim poznavanjem razvojnih stadija igre terapeut je u mogućnosti kreirati seansu prilagođenu dobi djeteta te jasnije razumijeti dijagnostičko značenje pojedinih simbolizacija koje se pojavljuju u igri pacijenta (1,7,10).

Zajednička crta svih terapeuta neovisno o njihovom teoretskom pristupu je da ih u početnim fazama terapijskog procesa djeca obično opisuju kao „smiješne“. Uistinu kada bismo promatrali prosječne dnevne interakcije između djece i odraslih, odnos terapeuta i djeteta je vrlo neobičan. Većina interakcija između odraslih i djece se odvija tako da odrasla osoba paralelno motri dijete i obavlja neku drugu dužnost. K tome je u takvom odnosu odrasla osoba strogo orijentirana na opominjanje djeteta prilikom neželjenih ponašanja. Suprotno navedenom, terapeut je odrasla osoba koja u potpunosti prihvaća dijete, poštuje njegovu posebnost i pokazuje brigu za djetetove osjećaje. Za dijete je situacija u kojoj odrasla osoba provodi barem 45 minuta svog vremena potpuno posvećena njegovim osjećajima, željama i potrebama nesvakidašnje iskustvo. Takva posebnost terapeuta mora proizlaziti iz njegovog *selfa* tj. terapeutova je zadaća da konstantom samoevaluacijom procijenjuje vlastite osjećaje, misli, ponašanja te na temelju toga korigira svoj rad i pritom pacijentu pruži osjećaj njegove potpune fokusiranosti (11).

Terapiju igrom se može izvoditi pomoću različite opreme, igrački i pribora. Tako se terapija može sastojati od igre s konstrukcijskim elementima (npr. lego kocke, puzzle), igre za poboljšanje motorike (npr. igračke s gumbima, zvukovima, svjetlosnim efektima), igre oponašanja, igre glume i pretvaranja, energetske igre (npr. bavljenje sportom), eksploracijske igre i igre s pravilima (7).

Iako djeca vrlo često imaju vlastite favorite i preference, idealno bi se trebala koristiti što veća paleta različitih oblika igre za postizanje najviše razine razvoja (1). Preoskudan izbor igračkaka u djece može izazvati strah i „*acting out*“ ispad (9). Također, rijetko kada je igra ograničena samo na jednu vrstu igre, već je njezino izvođenje fluidno ili se čak nekoliko oblika igre mogu odvijati simultano (1). Međutim, unatoč činjenici da se kombiniranjem više vrsta igre postiže maksimalni razvoj djece, u terapiji igrom je potrebno biti oprezan s inicijalnim davanjem prevelikog broja igračkaka jer će to u djetetu pobuditi izrazito uzbuđenje, a mogu se javiti i regresivne želje što otežava daljnji tijek liječenja. Odabir igračkaka bi u prvom redu trebao biti dovoljno jednostavan da bi se u inicijalnim fazama terapije dijete moglo snaći. Igračke bi trebale biti neutralne i relativno neodređene kako bi dijete moglo projicirati svoj unutarnji svijet na njih. Bilo koji materijal koji može potaknuti dijete na izražavanje kroz igru je potencijalna opcija za korištenje u terapiji. Najčešće se iz tog razloga koriste lutke koje mogu predstavljati članove obitelji, divlje životinje i njihovi mladi, drveće, zgrade, namještaj, posuđe, alati, vozila, pijesak, voda, glina, boje, olovke i papir (9).

Soba za igru trebala bi predstavljati siguran prostor koji zrači toplinom i izaziva u djeci osjećaj dobrodošlice. Veliki je izazov da nepoznata prostorija u samom početku terapije ne dobije etiketu „hladnog“ prostora što posljedično otežava suradnju s djecom. Stoga postoje preporuke kako bi trebala izgledati soba za igru s ciljem umanjivanja osjećaja straha i nesigurnosti u djece. Prije svega soba bi trebala biti situirana na način da je ponešto udaljenija od ostalih prostorija. Osim što bi glasno igranje moglo smetati drugim zaposlenicima bolnice, postoji i mogućnost da dijete stekne osjećaj narušene privatnosti što bi ugrozilo terapijski odnos. Idealne dimenzije sobe za igru uključuju sobu od 3,5 metra duljine i 5 metara širine. Takva veličina sobe omogućuje adekvatnu interakciju terapeuta i pacijenta u kojoj se onemogućuje potpuna izolacija pacijenta, ali mu se i dalje dopušta ostvarenje vlastitog prostora. Navedene dimenzije sobe su prigodne i u grupnoj terapiji igrom u kojoj sudjeluje manje od 5 pacijenata. Zidovi sobe bi trebali biti svjetlih boja kako bi se dobio osjećaj otvorenosti prostora i pozitivne energije. Preferira se soba bez prozora, međutim, spuštene rolete isto mogu poslužiti. Soba bi trebala posjedovati i nekoliko ormarića i polica takve veličine da i najmlađi pacijenti mogu samostalno dohvatiti igračke. Ploča za crtanje, mali umivaonik i kupaonica su isto poželjne komponente sobe za igru (11).

Trenutno je prihvaćeno da bi jedna seansa terapije igrom trebala trajati oko 45 minuta jednom tjedno. Pri tome prosječni ukupni broj seansi bi trebao iznositi oko 30 (10). Moustakas, američki psiholog, analizom studije vlastitih prikaza slučajeva opisao je stadije kroz koje djeca prolaze prilikom primjene terapije igrom. U prvoj fazi pojavljuju se difuzni, negativni osjećaji. Djeca su u ovoj fazi obično visoko anksiozna, a mogu biti i agresivna prema terapeutu, sobi ili igračkama bez jasne usmjerenosti. Uslijed djetetovog otpuštanja velike količine negativne energije nužno je postaviti granice. Granice ne bi trebale biti suviše rigidne, no one moraju postojati kako bi zaštitile terapeuta i drugu djecu ako je u pitanju grupna terapija igrom. To je posebice teško uspostaviti kod npr. psihotične djece čiju terapiju igrom Eckstein opisuje kao putovanje kroz svemirski prostor (9). Druga faza karakterizirana je ambivalentnim osjećajima koji su i dalje primarno negativno obojani. Emocije koje su dosad bile difuzno i kaotično usmjerene, u trećoj fazi poprimaju direktivnost prema konkretnim stvarnim figurama u djetetovu životu (npr. roditelji, braća i sestre) što se očituje u djetetovoj simboličnoj igri. U četvrtoj fazi se ponovno javljaju ambivalentni osjećaji, no sada su oni, kao i u trećoj fazi, usmjereni prema ljudima koji su dijelom djetetove okoline. U konačnoj petoj fazi dijete uspijeva postaviti jasnu granicu između pozitivnih i negativnih osjećaja prema bliskim figurama ostvarujući integriranu i realističnu sliku bližnjih uz predominaciju pozitivnih osjećaja. U ovoj fazi dijete postaje svjesno svoje posebnosti i potencijala za rast (11).

Zaključno, kreiranje optimalnog prostora i atmosfere za provođenje terapije igrom uključuje razmatranje brojnih faktora poput opremanja sobe za igru i ispravnog odabira igračaka, no i terapeutovog ponašanja prema djetetu, njegovog stava prema djetetovoj igri, granica dopuštenog u igri, tehnika rada i ciljeva liječenja. Relevantni faktori djeteta uključuju njegovu dob, ličnost, psihičku problematiku i okolinu. Stoga ne postoji jednoznačni algoritam po kojem bi se izvodila terapija igrom, već je svaki odnos, kao i postavke terapije, individualan i posebno dizajniran (9).

### **3. KLINIČKE INDIKACIJE ZA PRIMJENU TERAPIJE IGROM**

Terapija igrom prikladna je intervencija u liječenju široke palete problema koji se mogu javiti tijekom djetinjstva (7). Zdravoj djeci može pomoći u jačanju odgovornosti, kreativnog rješavanja problema, samopoštovanja, zdravih adaptacijskih mehanizama i obiteljskih odnosa (12). Primjerice, Chinekesh i sur. su u 2013. godini proveli istraživanje o učinku terapije igrom na socio-emocionalnu funkciju djece. U istraživanju je sudjelovalo 372-oje predškolske djece koja su nasumično bila podijeljena u kontrolnu grupu i grupu izloženu terapiji igrom. Prilikom istraživanja



izložena grupa je prisustvovala grupnoj direktivnoj terapiji igrom 3 puta tjedno tijekom perioda od 5 tjedana. Grupa izložena terapiji igrom je u odnosu na kontrolnu grupa pokazala pozitivan porast u funkcijama samosvijesti, emocionalne regulacije, društvene interakcije, empatije i prilagodljivosti (13).

Terapija igrom je posebice značajna u radu s djecom koja imaju različite psihičke poremećaje kao što su intelektualne teškoće, bihevioralni poremećaji sa simptomima agresije, poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (eng. *attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) i autizam (12). U studiji provedenoj 2011. godine istraživala se učinkovitost terapije igrom u liječenju bihevioralnih poremećaja, konkretno poremećaja protivljenja i prkosa (eng. *oppositional-defiant disorder*) i ADHD-a u predškolske djece. Eksperimentalna grupa je primila 15 seansi u trajanju od 45 minuta tijekom koje su se koristile različite direktivne tehnike (npr. rješavanje problema, pozitivno potkrijepljenje, prepoznavanje uzorka itd.). Po završetku studije rezultati su pokazali da su se simptomi povezani uz poremećaj protivljenja i prkosa i ADHD-a smanjili u eksperimentalnoj grupi (14). Metaanaliza iz 2016. je pokazala da terapija igrom ima znatan utjecaj u promjeni internalizirajućeg (npr. izolacija, izrazita emocionalna kontrola) i eksternalizirajućeg (npr. kršenje pravila, nemogućnost održavanja odnosa) ponašanja u djece s bihevioralnim poremećajima. Posebice je korisna grupna terapija igrom u kojoj dijete može vježbati svoje socijalne sposobnosti, a postoji i potencijal za dodatno podučavanje školskih radnika tehnikama terapije igrom (15). U Ujedinjenom Kraljevstvu je provedena studija u kojoj su školski zaposlenici – učitelji i profesori – bili podučeni tehnikama nedirektivnog pristupa terapiji igrom. Nakon poduke su počeli djelovati kao terapeuti u školi te je u rezultatima vidljivo da su kognitivne, emocionalne, bihevioralne, socijalne i ponašajne teškoće te problemi s hiperaktivnošću i pažnjom se smanjili u djece. Posebice je efekt bio izražen kod djece s većom potrebom za intervencijom. Takvi rezultati bude nadu da će se u budućnosti terapija igrom moći provoditi i u školama od strane školskih zaposlenika čime bi se rasteretili terapeuti i smanjile liste čekanja u bolnicama (16). U liječenju autizma u zadnjih 20 godina kreirani su različiti oblici terapije igrom s ciljem poboljšanja govornih sposobnosti, društvene uključenosti i smanjenja beskorisnih, repetitivnih ponašanja. Tako se danas intenzivno istražuje učinkovitost medicinske terapije klaunstvom (eng. *medical clowning*), 3i terapije igrom (eng. *3i play therapy*), integriranih grupa za igru (eng. *integrated play groups*), regulacije simbolične igre združenom pažnjom (eng. *joint attention symbolic play engagement and regulation*), sinergične terapije igrom (eng. *synergetic play therapy*), terapije igre s konjima (eng.

*equine-partnered play therapy*), art-play terapije (eng. *art-play therapy*) i tele-play terapije (eng. *tele-play therapy*) (12).

Terapija igrom može biti dragocjena i u osvješćavanju osjećaja koje prolaze hospitalizirana djeca (12). Djeca koja su hospitalizirana zbog elektivnog kirurškog zahvata, borbe s malignim bolestima ili liječenja drugih akutnih i kroničnih bolesti često osjećaju strah, anksioznost i bol, a uslijed borbe s tim osjećajima su i nepovjerljiva prema zdravstvenim radnicima što otežava liječenje primarne bolesti. Španjolska metaanaliza iz 2020. godine pokazuje da terapija igrom smanjuje osjećaje straha, boli i nesigurnosti, poboljšava odnos djeteta i zdravstvenih radnika te dovodi do pozitivne promjene u razumijevanju i identifikaciji bolesti od strane djeteta. Djeca kroz igru stječu znanje o terapijskim procedurama koje će se odvijati, procesuiraju kompleksne osjećaje vezane uz njihovu bolest te pronalaze sigurno mjesto gdje mogu nakratko pobjeći od stvarnosti i opustiti se (17).

Grube smjernice danas preporučuju terapiju igrom u slučaju umjerenih do teških psihičkih poteškoća te multiplih međusobno povezanih problema u dobi od 3-12 godina (18,19). Najčešće indikacije uključuju poremećaje prilagodbe prilikom rastave roditelja i procesa gubitka, bihevioralne probleme poput otežanog stvaranja prijatelja i učestalog sukobljavanja, traumatske događaje emocionalnog, fizičkog ili seksualnog karaktera, nasilje od strane vršnjaka, poremećaje privrženosti, poremećaje hranjenja, nezadovoljavajući napredak u školi i elektivni mutizam (19).

## **4. RAZLIČITI PRISTUPI TERAPIJE IGROM**

### **4.1. Psihoanalitički pristup**

#### **4.1.1. Povijest**

Početak 20-og stoljeća društvo je većinu psihički oboljelih tretiralo nemilosrdnim, represivnim mjerama ili institucionaliziranjem, čineći ih doživotno nefunkcionalnim i marginaliziranim članovima zajednice. Potaknut željom da pomogne toj skupini ljudi, Freud utemeljuje načela psihoanalize. Freudova teorija počiva na načelu slobodnih asocijacija – psihoanalitičke tehnike dovođenja nesvjesnih, potisnutih unutarnjih konflikata u područje svjesnog putem slobodnog izražavanja pacijenta. Prema Freudu psihički poremećaj se razvija kada dolazi do sukoba unutarnjih, nesvjesnih želja i vanjskih društvenih očekivanja. Na temelju te ideje, Freud definira *id*, *ego* i *superego*. *Id* predstavlja neobuzdanu, instinktualnu energiju i aktivnost, dok *superego*

predstavlja intrapsihičku strukturu temeljenu na naučenim društvenim pravilima i očekivanjima koje dijete usvaja od roditelja u kasnijim fazama djetinjstva. *Ego* je medijator između *ida* i *superega*, te ako *ego* ne može integrirati funkciju *superega* i *ida* dolazi do razvoja psihičkih tegoba. Freud naknadno uočava važnost ranog djetinjstva i kasnijeg nastanka psihičkih poremećaja te proširuje svoju teoriju postuliranjem psihoseksualnih faza razvoja. Ukoliko pacijent ne ostvari gratifikaciju u bilo kojoj od tih faza, dolazi do regresije i nastanka simptoma. Freudovim idejama, djetinjstvo, koje je dotad bilo isključeno kao važan faktor u razvoju odrasle psihopatologije, postaje centralni interes psihijatrije. Iako Freuda ne smatramo začetnikom terapije igrom, njegove teorije, kao i rad s vlastitom djecom i dječakom Hansom koji je imao fobiju od konja, utkale su put njegovim sljedbenicima za razvoj psihoanalitičkog pristupa terapiji igrom (20,21).

Vođeni Freudovim načelima, rani dječji psihoanalitičari prepoznali su igru kao put u nesvjesni dječji svijet te je usporedili sa snovima u odrasloj dobi (22). Melanie Klein i Anna Freud smatraju se začetnicama psihoanalitičke terapije igrom – jednoj od nekoliko psihodinamskih modela. Međutim, njihovi pogledi na terapiju igrom su se znatno razlikovali (21). Melanie Klein je promatrala igru primarno kao dijagnostičko sredstvo – igra sama po sebi nije terapijska, već služi radi interpretacije. Kao i Freud, Klein je vjerovala da su slobodne asocijacije u odrasloj dobi potpuno ekvivalentne igri u dječjoj dobi. Čim terapija započne stvara se transferna neuroza u kojoj terapeut postaje određena figura iz djetetove prošlosti te djeluje kao centralni izvor intrapersonalnog nemira. Kroz igru terapeut otkriva nesvjesno, doživljava transfernu neurozu i čitavo vrijeme koristi tehnike interpretacije. Klein je zagovarala direktno objašnjavanje interpretacije pacijentu (20,22). Ukoliko je interpretacija točna, dijete protumačuje to kao znak ljubavi, povjerenja i olakšanja te korigira svoje ponašanje (22). Klein je smatrala da se interakcija s roditeljima mora održavati na minimumu kako bi interpretacija bila što točnija i bez vanjskih artefakata (20).

S druge strane, Anna Freud je smatrala da slobodne asocijacije u odraslih nisu ekvivalentne dječjoj igri jer je dječja igra manje egzaktna od jezika (22). Nadalje, s djecom nije moguće ostvariti transfernu neurozu zbog toga što glavni izvori intrapersonalnog konflikta, što su u većini slučajeva roditelji, postoje u istom vremenskom momentu kao i terapija. Dodatni razlog za nemogućnost ostvarenja transferne neuroze je i činjenica da je Anna Freud vjerovala kako terapeuti moraju surađivati s roditeljima u obliku individualnih seansi. Takav odnos terapeuta s roditeljima

onemogućuje djetetovu percepciju terapeuta kao nestvarnog i neutralnog na kojem je moguće izvoditi projekciju. Unatoč takvom pogledu, Anna Freud je i dalje vjerovala da se transfer događa u nekom obliku, no naglašavala je postojanje dualnosti odnosa terapeuta i djeteta imajući na umu da je terapeut novi objekt djetetu, a ne samo „prazan papir“ za djetetovu projekciju (20-22). Kao i drugi rani psihoanalitičari, interpretaciju je smatrala temeljem terapije, no da bi došlo do transfera, a time i mogućnosti interpretacije, prvo je potrebno ostvariti pozitivan odnos s pacijentom (20). Stoga je uz interpretaciju koristila i druge tehnike poput verbalizacije, sugestije i podrške (8,22). Iako se najveći značaj u psihoanalitičkoj terapiji igrom pridaje Anni Freud i Melanie Klein, bitno je naglasiti da one nisu prve koje su igru koristile u terapeutske svrhe. Hermine Hug-Hellmuth, bečka učiteljica i analitičarka, formalno je prva koristila terapiju igrom u djece. Terapiju je provodila u kućama svojih klijenata te je cijenila ulogu obitelji u terapiji educirajući roditelje da nastave raditi na odnosu s djetetom i nakon što terapija završi. Suprotno ranim psihoanalitičarima, smatrala je da je igra sama po sebi terapeutska i da interpretacija nije ključna (20,21).

Rani psihoanalitičari su ulogu terapeuta promatrali kao ulogu promatrača. S obzirom da je cilj terapije bio stvoriti transfer pacijenta, njihova pozicija je morala ostati udaljena i neutralna. Suprotno tomu, Winnicot, čiji se pogled smatra pretečom suvremene psihoanalize, smatra da igra nije isključivo medij interpretacije, već da je sama terapija igrom kroz stvaranje odnosa terapeuta i pacijenta ljekovita. Prema njemu igra nikada nije potpuno intrapsihičko iskustvo, niti vanjska realnost. Igra je definirana kao tranzitorni fenomen koji pliva u međuprostoru stvarnosti i nesvjesnog. Dijete formira igru prema svojim unutarnjim potrebama, ali ju i mijenja u kontekstu vanjske okoline (22). Igra je improvizacijska aktivnost između dvoje ljudi u kojima se neprestano izmjenjuju ideje, osjećaji i značenja. Značenje igre ne proizlazi isključivo iz djeteta, već nastaje sintezom i integracijom trenutne dinamike između djeteta i terapeuta. Za vrijeme igre djeca se nalaze u posebnom stanju (eng. *play state*) koje je karakterizirano fluidnijim i fleksibilnijim stanjem ega. Zadaća je psihoanalitičara integrirati se u to posebno stanje jer se tako postižu bolji terapeutski odnos i šansa za međusobnu identifikaciju. Terapeut to može postići imitacijom pacijenta, mijenjanjem afekta, pokretanjem dijaloga s ciljem da dijete samostalno pozove terapeuta na igru ili postane zainteresirano za terapeutove radnje (23). Na taj način je moguće stvaranje novog odnosa koji nije isključivo interpretativne prirode. Dapače, Winnicot smatra da pretjerano naglašavanje interpretacije suviše diktira strukturu igre i rigidno nameće pacijentu objašnjenje njegovih konflikata. Stoga je pacijentov transfer bolje koristiti kao alat za stvaranje jačih granica

između pacijenta i terapeuta. Pacijent smije u kontekstu tranzitornog fenomena igre simbolično uništavati terapeuta i učiti o prihvatljivijim adaptibilnim mehanizmima što u konačnici vodi k jačanju percepcije sebe i drugih (22).

Pod utjecajem Winnicota suvremeni su psihoanalitičari svoj fokus usmjerili prema procesu prepoznavanja. Za normalan razvoj najvažnija su rana iskustva i formiranje odnosa s roditeljskim figurama. Kroz te odnose djetetov identitet, granice i osjećaji bivaju prepoznati, a ukoliko je proces rekognicije i prihvaćanja zadovoljavajuć, dijete internalizira i formira zdravu ličnost (22). Fonagy i Target nadovezuju se naglašavanjem važnosti mentalizacije pri kojoj dijete uči raspoznavati vlastitu motivaciju tj. unutarnje konflikte koji potiču određena ponašanja. Istovremeno dijete uči predviđati i razlikovati tuđa mentalna stanja od vlastitih (10,22). Zbog svega navedenog danas se interpretaciji igre pristupa puno fleksibilnije te se pozornost više pridaje intimnom odnosu pacijenta i terapeuta. S vremenom se kroz odnos uz puno rada i vremena otkrivaju dublji psihološki konflikti (22).

Unazad dvadeset godina postoje velika nastojanja psihoanalitičara da igru povežu s reorganizacijskim procesima mozga (24). Dosadašnja istraživanja pokazuju da su u štakora, koji su netom prije mjerenja sudjelovali u energičnoj igri, izmjerene visoke razine moždanog neurotrofnog čimbenika (eng. *brain-derived neurotrophic factor*, BDNF). BDNF je jedna od glavnih kemijskih molekula koje promoviraju neuralni razvoj i diferencijaciju (25). U ljudi je pokazano da igra promovira maturaciju frontalnih režnjeva i time unaprijeđuje visoke cerebralne funkcije. Alan Levy je smatrao da do transformacije neuronskih veza dolazi kada je mozak na rubu kaosa. Nelinearni dinamički sustav mozga u trenutku potpunog kaosa doživljava destabilizaciju, a potom pronalazi put k reorganizaciji tj. prelasku s opsolentnih obrazaca funkcije na nove, fleksibilnije i adaptibilno prihvatljivije obrasce. Izvor kaosa se u psihoanalitičkom pristupu ostvaruje u dijadi terapeuta i pacijenta. Kaos se manifestira u obliku slobode izražavanja pacijenta (npr. pacijent percipira terapeuta kao objekt i ubija njegovu lutkicu u simboličnoj igri). Pritom odnos nije bez granica, već upravo suprotno – trebao bi biti siguran i ispunjen povjerenjem. Jedino kroz simultano slobodno, kaotično igranje s terapeutom i istovremenu sigurnost je moguće ostvariti kompleksniju organizaciju mozga u kojoj terapeut nije više samo objekt, nego postaje i subjektom (24).

#### 4.1.2. Terapeut

U prošlosti idealni psihoanalitičar bio je karakteriziran svojom neutralnošću i rezerviranošću prema pacijentu. Međutim, takva karakterizacija se danas smatra opsolentnom. Terapeut je dužan stvoriti uvjete i atmosferu u kojoj će dijete biti spremno suočiti se sa svojim unutarnjim konfliktima. Potrebe djeteta zahtijevaju, čak i u psihoanalitičkoj terapiji, terapeuta koji je iskren, dostupan, strpljiv i cjelovit pri čemu on ne ostaje neutralan prema pacijentu, već s njim ostvaruje bliski odnos. Neutralnost terapeuta se treba zadržati u njegovom načinu komentiranja ponašanja pacijenta. Ponašanje djece tijekom terapije često u psihoanalitičaru mogu izazvati kontratransfer, posebice npr. ako dijete pokazuje sadističko i agresivno ponašanje prema igračkama. Kontratransfer je važan alat psihoanalitičara jer otkriva terapeutove nerazriješene konflikte, a može djelovati i kao smjernica u boljem razumijevanju simbolizacije i smjera terapije (21).

Sugarman u prikazu slučaja djevojčice Sare opisuje uspješno nošenje sa Sarinim mazohističkim porivima uz istovremenu težinu kontrole kontratransfera. Kada je Sara imala dvije godine, njezini su se roditelji rastali. Posljedično je Sara konstantno mijenjala lokaciju stanovanja boraveći ponekad kod oca, a ponekad kod majke. Nijedan roditelj u tom tranzicijskom periodu nije uspio zadovoljiti razvojne potrebe tako malenog djeteta. U konačnici se Sarina majka ponovno udala i odselila zajedno s njenim novim mužem i Sarom daleko od Sarinog oca. S tri i pol godine Sara je došla u Sugarmanovu ordinaciju radi ambivalentnosti prema majci, izrazite seksualizacije agresije i anksioznosti, manjka osjećaja krivnje i voajerizma. Majka je navela da ju Sara redovito moli da ju fizički kazni ili opominje za loše ponašanje. Već je u samom početku terapije Sara dramatzirala svoje seksualne porive putem ponavljanog upiranja prsta u terapeutovo međunožje, izgovaranja vulgarnih riječi i naređivanja da se terapeut svuče. Tijekom dugog perioda terapije u trajanju od nekoliko godina, pri čemu su se u terapiji najčešće javljali motivi manjka vrijednosti, mazohizma i voajerizma u kojima je ženska lutkica simbolično kažnjavala mušku lutkicu, Sara je uspjela realizirati osjećaj bezvrijednosti koji je bio usko povezan s ponašanjem njezine majke. S obzirom da su majka i očuh tijekom seksualnog odnosa ostavljali vrata otvorenima, Sarino nesvjesno je majčine sadističke radnje tijekom seksualnog akta s očuhom doživjela kao potencijalnim izvorom ljubavi i pažnje što objašnjava i njeno maladaptivno ponašanje. U konačnici je došlo do izliječenja svih simptoma, a Sara je samoinicijativno s novim znanjem o sebi prestala promatrati majku i očuha koji su i dalje odbijali zatvoriti vrata sobe, ali je majka barem korigirala svoje ponašanje u smislu adekvatnijeg posvećivanja Sari (26).

Kako bi psihoanalitičar lakše kontrolirao kontratransfer ključno je da je sposoban za kontinuiranu introspekciju uz kreaciju vlastite psihoanalize na temelju ranih iskustava. Vješt terapeut je konstantno u dodiru sa svojim unutarnjim djetetom što mu omogućava spontanost u igri uz istovremeno kontrolu pretjeranog identificiranja i etiketiranja pacijentovog ponašanja. Supervizija je izrazito važna u ovom pristupu kako bi se stalno procijenjivala dinamika odnosa. Preporučljivo je i prethodno surađivati sa psihički zdravom djecom kako bi terapeut ojačao svoje interpretacijske sposobnosti (20).

Danas se javljaju i tehnološka rješenja za praćenje kontratransfera i kvalitete terapije. Halfon i sur. u svom istraživanju generiraju sustav dubokog učenja uz pomoć kojeg kroz istovremenu analizu terapeutovih bilješki i izraza lica sudionika stvaraju podatak o ekspresiji afekta tijekom seanse. Dosadašnja istraživanja su pokazala da je djetetovo jače iskazivanje afekta za vrijeme terapije povezano s boljim rezultatima liječenja. Osim što ovakav tehnološki sustav može pomoći terapeutu u procjeni kvalitete seanse na temelju pacijentovog afekta, promatranje i bilježenje vlastitog afekta bi objektiviziralo pojavu kontratransfera. S tim saznanjem terapeut bi lakše usmjeravao vlastito ponašanje (27).

#### **4.1.3. Soba i igračke**

Psihoanalitičar pristupa igri s ciljem ostvarenja zbog čega je prakticiranje igre pretvaranja (eng. *pretend play*) zlatni standard u psihoanalizi. Za vrijeme igre pretvaranja stvara se siguran prostor u kojem dijete može izraziti svoje emocije pritom ne dobivajući etikete strašnog čudovišta koje uništava svijet, a k tome ni etikete bespomoćnog stvorenja koje se ne može braniti. S obzirom da se igra odvija u „kao da“ obliku, mogućnosti su neograničene. Djeca su sigurna i slobodna za izražavanje i agresivnijih poriva. Kroz simboličnu igru otkrivaju se i spoznaju unutarnji konflikti djeteta (28).

Tradicionalno je psihoanalitički pristup strukturiran direktivno pri čemu terapeut djeluje kao vodič seanse (8). Direktivnost seanse može se objasniti na primjeru odabira igračkaka. Terapeut je obično birao s kojim će se igračkama dijete igrati. Pažljivo odabrane igračke su, prema terapeutovoj procjeni, nosile visoki potencijal za simbolizaciju (20). Nadalje, Rūth i Holch predlažu generalne smjernice za opremanje psihoanalitičke sobe za igru s naglaskom na proces mentalizacije. Ključni faktor u organizaciji sobe je stvoriti prostor koji predstavlja unutarnji svijet te je strogo odvojen od vanjskog. Stoga se soba, odabrana za prenamjenu i renovaciju, nalazila na zadnjem katu bolnice

na kraju hodnika. Ispred sobe nisu bile postavljene stolice jer je postojao strogi raspored seansi bez potrebe čekanja. Unutar sobe nisu bili dopušteni mobiteli, a igračke, crteži i materijali nisu se smjeli iznositi iz sobe. U samo posebnim slučajevima dijete je moglo donijeti neki materijal izvana. S obzirom da velik broj djece ima problem s hiperaktivnošću i održavanjem koncentracije, soba je bila dizajnirana tako da izgleda vrlo obično uz što manje senzornih podražaja. Manji dio igračaka bio je smješten u ormariću s transparentnim vratašcima, dok je veći dio bio pospremljen i sakriven. Prilikom ulaska prva stvar koju je dijete moglo uočiti je platforma na kojoj su se nalazili brojni jastučići za sjedenje stvarajući tako osjećaj sigurnosti, topline i ugone. U sobi su se nalazili još i stolić za crtanje i tepih na kojem se odvijala igra, a dijete je moglo i sigurno skočiti s platforme ako bi se inicirala fizička igra (npr. borba drvenim mačevima). Svako dijete je imalo i svoju kutiju u koju je pospremalo privatne materijale nastale tijekom terapije. Time se dodatno učvrstila pozicija sobe kao svijeta imaginacije i fantazije (29).

Mnogi psihoanalitičari danas smatraju da bi opremanje sobe kao i odabir igračaka trebao biti fleksibilniji. Svaka igračka može postati dinamički materijal te se djetetu dopušta da samo odabere s čime će se igrati. Takva sloboda dodatno pomaže psihoanalitičaru u razumijevanju simbolizacije i stvaranju interpretacije s obzirom da odabir pacijenta nije slučajan. Preferiraju se igračke otvorenog tipa pa se zato često koriste lutke i kuće lutaka, superheroji i mitska bića, životinje, Play-Doh, lego kocke, auti i kamioni. No, i manje slobodne igre poput društvenih igri mogu se prilagoditi simbolizaciji (20,28).

#### **4.1.4. Uloga obitelji**

Već ranije je spomenuto kako su kroz povijest psihoanalitičari različito percipirali suradnju s roditeljima (20,22). Danas se smatra uključivanje roditelja u terapijski proces esencijalnim. Roditelji su glavni izvor informacija kako se dijete ponaša kod kuće, kako se slaže s drugom djecom i kako napreduje u školi. Da bi roditelji bili što otvoreniji u razgovoru, ključno je slušati ih pažljivo, s poštovanjem i bez osuđivanja. To, naravno, ne znači da terapeut treba ignorirati kada se roditelj ponaša neodgovorno i neprimjerenom prema djetetu. U takvim je slučajevima roditeljima potrebno na empatičan način dati do znanja da je dio problema i u njihovom ponašanju. Prihvatanje takvih kritika i sugestija lakše se ostvaruje kada roditeljima objasnimo kroz koje faze razvoja djeca prolaze, u kojoj se fazi trenutno nalazi njihovo dijete, što je djetetu potrebno i kakve situacije su se pojavljivale za vrijeme terapije u kratkim crtama (21). Yanof zagovara rano



objašnjavanje na koji način se igri pripisuje određena simbolizacija i interpretacija putem jednostavnih primjera. Roditelji često misle da se tijekom terapije igrom razgovora kao i u terapiji odraslih te ne razumiju značaj igre. Roditeljima je potrebno objasniti da igra nije samo zabava, već za djecu to predstavlja rad i potrebu (9,28). Uvijek se mora zaštititi djetetovu privatnost. Stoga s opisivanjem događaja s terapije ne treba ići u detalje, već onoliko koliko je potrebno da roditelj prilagodi svoje ponašanje (21). Terapeut nikada ne smije zaboraviti da je, koliko god jak bio odnos terapeuta i djeteta, odnos roditelja i djeteta na prvom mjestu te da je uspješno liječenje moguće samo ako i roditelji podržavaju dijete na njegovom putu (21,28).

#### 4.1.5. Ciljevi

Glavni cilj tradicionalne psihoanalize je pomoći pacijentu da osvijesti svoje unutarnje konflikte. Prihvatanjem svojih unutrašnjih nemira dijete doživljava intrapersonalnu promjenu (8). Ciljevi terapije mogu biti korekcija rigidnih crta ličnosti djeteta kojemu rigidnost uzrokuje osjećaje bezvrijednosti, liječenje suviše inhibiranog ili impulzivnog djeteta, suočavanje narcističnog djeteta s njegovim osjećajima vulnerabilnosti itd. Zajedničko svim ovim primjerima je težnja intrapersonalnoj promjeni, odnosno, promjeni djeteta kao cjeline, umjesto liječenja isključivo trenutnih simptoma. Takav cilj je svojstven i psihoanalitičkom pristupu i terapiji orijentiranoj klijentu (eng. *Child-centered play therapy*, CCPT) (8,21). Fonagy i Target, u kontekstu mentalizacije, naglašavaju 13 ciljeva psihoanalitičkog pristupa terapiji igrom – 1. razvoj *ega*, 2. prepoznavanje unutarnjih stanja i etiketiranje emocija, 3. cjepkanje preplavljujuće anksioznosti u manje dijelove koje dijete može proraditi, 4. razvoj unutarnje reprezentacije emocija, 5. kognitivni razvoj povezivanjem različitih procesa, 6. jačanje interpersonalnih odnosa spoznavanjem uzročno-posljedičnog, 7. jasnije određivanje imaginarnog i realnog svijeta, 8. postavljanje granica, 9. stvaranje unutarnje reprezentacije sebe i drugih, 10. njegovanje recipročnosti, 11. smanjenje impulzivnosti i uživanje u odgođenoj gratifikaciji, 12. stvaranje „kao da“ modusa i 13. postepeno upoznavanje djeteta sa suprotnim predožbama (10).

Psihoanalitički pristup može se primijeniti u liječenju bilo kojeg psihičkog poremećaja, no smatra se da je posebice uspješan u liječenju anksioznih poremećaja, depresije, psihotičnih simptoma, graničnih i narcističnih crta ličnosti te nošenju s kroničnim bolestima. Psihoanalitički pristup posebice dobro razvija odgovornost, otpornost i adaptabilnost. S obzirom na dugo trajanje terapije ne preporuča se u liječenju specifičnih fobija ili jednokratnih trauma, a neuspjeh se može očekivati

i kod djece koja nemaju sposobnost introspekcije. U nekim slučajevima ovaj pristup može i pogoršati stanje pacijenta npr. kod djece koja imaju problem s ovisnošću (21).

Kao što je već ranije spomenuto, sposobnost za igru pretvaranja je izrazito važan element normalnog dječjeg razvoja. Sposobnost za izvođenje simbolične igre korelira s razinom kognitivne, ali i afektivne funkcije. Stoga je ona transcendentalna i esencijalna u svim pristupima terapije igrom, iako igra pretvaranja nosi poseban značaj u psihoanalitičkom pristupu jer se koristi kao izvor interpretacije. Pojedina djeca, uslijed nedovoljne kognitivne zrelosti ili nastanka afektivnih psihičkih poremećaja, nemaju sposobnost za izvođenje simbolične igre te pokazuju specifične, patološke obrasce igre (23,28). Halfon i sur. su proširili bodovnu ljestvicu pod nazivom Instrument za procjenu dječje terapije igrom (*Children's Play Therapy Instrument, CPTI*) koja je dosad ocijenjivala obrasce igre na temelju subjektivnog mišljenja promatrača, grupirajući pojedine komponente CPTI-a u nekoliko profila igre (eng. *play profiles*). Inhibirani i dezorganizirani profili igre češće su bili povezani s depresivnom, anksioznom i agresivnom simptomatologijom. Detaljnije strukturiranje pojedinih profila igre i njihovo povezivanje s određenim psihičkim poteškoćama u budućnosti bi moglo pomoći psihoanalitičarima u jasnijoj interpretaciji, a time i kreaciji konkretnijih ciljeva. Dodatno, praćenjem promjene patoloških profila igra prema adaptivnom i simboličnom, olakšala bi se procjena uspješnosti terapijskog procesa (30).

## **4.2. Nedirektivni pristup i terapija orijentirana prema djetetu**

### **4.2.1. Povijest**

Dvadesetak godina nakon nastanka psihoanalitičkog pristupa terapije igrom, Carl Rogers, američki psiholog, postavlja temelje svoje teorije orijentirane prema osobi. Rogers je osmislio teoriju razvoja ličnosti u kojoj se djeca nalaze u centru kontinuirano promijenjivog svijeta. Sveukupnu cjelinu dječjeg bića tj. sve misli, osjećaje, ponašanja i pretpostavke o sebi naziva personom (eng. *person*) djeteta. Prilikom odrastanja djeca dolaze u kontakt s različitim iskustvima i događajima. Ta iskustva i događaje Rogers naziva fenomenalno područje (eng. *phenomenal field*). Iz interakcije s fenomenalnim područjem se postepeno izgrađuje *self* tj. pojam o sebi. Dakle, djeca posjeduju unutarnju sposobnost prilagođavanja i oblikovanja *selfa* ovisno o uvjetima vanjske i unutarnje okoline s ciljem ostvarenja pozitivnijeg *selfa* pomoću kojeg će moći zadovoljiti trenutne potrebe. Taj proces Rogers naziva self-aktualizacijom. U početnim fazama razvoja *self* djeteta se većim dijelom kreira samostalnom evaluacijom (npr. spoznaja da ne voli hladnoću, spoznaja da voli

zagrljaje). Kako dijete sazrijeva ulazne informacije započinju sve više dolaziti izvana tj. od drugih osoba, prije svega roditelja. Ako je dijete zanemareno, zlostavljano ili nevoljeno, ono će pokušati integrirati takvo iskustvo u obliku pretpostavki da je zločesto i bezvrijedno. Pokušaj integracije takvih pretpostavka o sebi je u izravnom konfliktu s prirodnom težnjom djeteta k pozitivnoj self-aktualizaciji. Uslijed tog konflikta dijete će početi osjećati posljedice distorzije *selfa* u obliku sumnje u sebe, konfuzije, nezadovoljstva sobom itd (31,32).

Pod utjecajem Rogersove teorije razvoja ličnosti, njegova učenica Virginia Axline formira humanistički pristup terapije igrom koji naziva nedirektivna terapija. Moustakas, Ginnot, Guerny i Landreth godinama su nadograđivali i proširivali početni rad Virginije Axline postulirajući pristup terapiji igrom za koji se danas u Sjedinjenim Američkim Državama koristi naziv terapija orijentirana prema djetetu, a u europskim državama terapija orijentirana prema klijentu (33). Pojedina literatura naglašava razliku između početne nedirektivne terapije i kasnije proširene terapije orijentirane prema djetetu pri čemu se u terapiji orijentiranoj djetetu koriste direktivniji pristup, bihevioralni elementi i psihodinamske tehnike (10).

Radi jednostavnosti u daljnjem tekstu će navedeni termini biti poistovječeni i koristiti se intermitentno, a pojedine specifičnosti ili razlike u pristupu između različitih stručnjaka bit će posebno naglašene po potrebi.

#### **4.2.2. Terapeut**

Prema Rogersovoj teoriji karakteristike idealnog terapeuta orijentiranog prema osobi uključuju kongruenciju, apsolutno prihvaćanje i empatiju (19,31). Kongruencija predstavlja iskrenost i autentičnost. Terapeut se ne pretvara da je netko drugi niti preuzima neku lažnu ulogu. Što je terapeut više vjeran svojoj osobnosti, veća je i šansa konstruktivne intrapersonalne promjene djeteta (31). No, njegova autentičnost dodatno mora sadržavati i duboko uvjerenje da su djeca u potpunosti samostalno sposobna u sigurnim uvjetima razriješiti vlastite poteškoće i razviti prihvatljivije obrasce ponašanja. To uvjerenje ne smije biti isključivo intelektualne prirode, već prožimati terapeuta kroz cijelo njegovo biće. Za razliku od psihoanalitičkog terapeuta, terapeut koji primijenjuje nedirektivni pristup sebe ne smatra superiornim tj. ključnim faktorom koji može putem vlastitog uvida pomoći bespomoćnom djetetu (19). Terapija orijentirana prema djetetu nije samo skup terapeutskih tehnika nego cjelokupna filozofija i način života (31). Ako se terapeut ponaša lažno i površno te je nekonzistentan u svojem uvjerenju, djeca će to vrlo brzo prepoznati,

posebice ako su senzitivnija. Takav terapijski odnos ne nosi mogućnost za pozitivnu intrapersonalnu promjenu (19,31).

Apsolutno prihvaćanje podrazumijeva validaciju svih djetetovih osjećaja i ponašanja bez osuđivanja. Od djece se ne očekuje da se ponašaju ili igraju na određen način. Djeca imaju slobodu birati s čime će se igrati unutar sobe za igru. Terapeut na taj način simbolično sugerira djetetu da je u potpunosti prihvaćeno i dobrodošlo, a dodatno se jača i samopouzdanje, odnosno, vjerovanje da je dijete sposobno samo donositi odluke. Terapeut ne interpretira, ne evaluira niti ciljano propitkuje djetetove misli, osjećaje i ponašanja. To dakako ne znači da je on samo pasivni promatrač. Nedirektivni terapeut djeluje kao facilitator terapijskog odnosa, prepuštajući vodstvo i odgovornost do najviše moguće mjere djetetu. Evaluacija bi djetetu oduzela eksploracijsku moć a k tome bi mogla rezultirati i ponavljanjem određenog ponašanja radi nagrade i odobravanja što koči razvoj *selfa* (19,31,32).

Empatičko rezoniranje je ujedno i najteža stavka za postići. Axline je u sklopu klasične nedirektivne terapije smatrala da terapeut treba biti tih i neverbalan. Uz to se uvijek nalazi u djetetovom prostoru tj. prostoru gdje se odvija igra. Terapeut kroz neverbalnu opservaciju emocija i ponašanja te prisustvo postiže zajedničko stanje u kojemu postoji međusobno zrcaljenje. Ovaj koncept polazi sa stajališta da dječji mozak posjeduje „zrcalne neurone“ te da u djetinjstvu kroz međusobno zrcaljenje emocija majke i djeteta, dijete ostvaruje prvo poimanje samog sebe. Ako je majka topla, pristupačna i nastoji validirati djetetove osjećaje i potrebe, dijete će steći pozitivno mišljenje o sebi i ljudima oko sebe, zdrav odnos sa svim vrstama emocija i samopouzdanje da je sposobno samostalno brinuti se za sebe. U terapiji igrom osoba s kojom dijete ostvaruje zrcaljenje je sada terapeut (19). Landreth proširuje prethodno razmišljanje smatrajući da bi pri radu s određenom vrstom djece (npr. djeca kojoj se opetovano nisu poštivale granice) terapeut trebao zauzeti neutralnu poziciju izvan prostora dječje igre. Iako se terapeut u tom trenutku ne nalazi u neposrednom, privatnom prostoru djeteta, terapeut je okrenut svojim tijelom prema djetetu. Takva pozicija tijela prenosi poruku da dijete ima potpunu pozornost terapeuta (19,34). Terapeut strpljivo čeka trenutak kada će se dijete osjećati sigurno i pridružuje se igri tek kada ga dijete samostalno odluči pozvati. Nadalje, Landreth smatra da je zrcaljenje potrebno izvoditi verbalno u obliku rečenica (npr. „ti si sada ljut“) jer se tako jasnije i direktnije iskazuje usklađenost, pažnja i empatija. Neovisno koristi li terapeut preporuke početne nedirektivne terapije igrom ili modificirane terapije

orijentirane djetetu, on se mora truditi kontrolirati vlastita unutarnja stanja, afekt i razinu stresa jer će se sve navedeno zrcaliti u odnosu s djetetom (19).

Navedene Rogersove temeljne karakteristike terapeuta može se sažeti putem 8 principa nedirektivne terapije igrom koje je formirala Axline. 1. terapeut mora što prije postići topao odnos s djetetom, 2. terapeut u potpunosti prihvaća dijete, 3. terapeut ostvaruje osjećaj permisivnosti kako bi se dijete moglo slobodno izražavati, 4. terapeut je aktivan i pomno prati djetetova stanja s ciljem zrcaljenja, 5. terapeut duboko vjeruje u sposobnost djeteta da samostalno riješi vlastite teškoće ako mu se osiguraju optimalni uvjeti i preda odgovornost, 6. terapeut je nedirektivan te djeluje kao suputnik, 7. terapeut ne požuruje terapiju već se prepušta procesu i postepenom građenju odnosa i 8. terapeut zadaje minimalne potrebne granice kako bi se terapija zadržala u svijetu stvarnosti i bila sigurna za sve sudionike (10,31,32).

Kako bi se tijekom terapije provodila navedena načela postoji nekoliko CCPT tehnika koje bi svaki nedirektivni terapeut trebao koristiti. Kao što je već navedeno, tijekom terapije se očekuje da terapeut koristi tehniku zrcaljenja (eng. *reflecting*). Terapeut može vršiti refleksiju putem praćenja i validiranja pacijentovog ponašanja (npr. „sada slažeš kamenčiće u redove“), pacijentovih emocija (npr. „uzbuđen si jer si uspio iz prve“) ili parafraziranja pacijentovih riječi (npr. „ti znaš puno o svojoj prijateljici Mari“). Terapeutski odnos može se produbiti i pomoću facilitiranja djetetove kreativnosti, fleksibilnosti, odgovornosti i samopouzdanja. Postavljanje granica (eng. *limit setting*) od posebnog je značaja u CCPT. Landreth preporuča korištenje Modela priznavanja, komuniciranja, ciljanja (eng. *acknowledging, communicating, targeting, ACT*) za lakše uspostavljanje granica. Djetetovu potrebu za kršenjem granica treba neosuđujuće validirati, no potom ponovno verbalizirati granicu i predložiti alternativno ponašanje koje može zadovoljiti potrebu djeteta uz istovremeno poštovanje uspostavljenih granica (31,33). Postavljanje granica važno je pri završetku seanse jer djeca često negoduju kada je vrijeme za prestanak s igrom (34).

#### **4.2.3. Soba i igračke**

Soba za igru u nedirektivnoj terapiji bi trebala biti opremljena tako da reprezentira razvojno prigodan i poznat prostor u kojem se djeca osjećaju sigurno i ugodno (31). Preporuča se postojanje posebnog prostora za igru, no kada to nije moguće terapeut može kreirati prijenosnu sobu za igru (eng. *portable playroom*) pri čemu terapeut posjećuje dijete sa svojim setom igrački (33). Prije početka terapijskog procesa terapeut bi trebao od velikog broja različitih igrački i materijala

napraviti pažljivu selekciju. Pritom se smatra da se optimalne igračke mogu podijeliti u tri kategorije – igračke za igru pretvaranja (eng. *real-life toys*), igračke za agresivnu igru (eng. *aggressive-release toys*) i igračke za kreativnu ekspresiju (eng. *toys for creative expression and emotional release*). Takav odabir igrački sugestira da je u sobi za igru djetete slobodno raditi što želi i da ne postoje predrasude prema određenim emocijama i ponašanjima. Idealno se u svakoj sobi može naći nekoliko igračaka iz svake kategorije, međutim, koja će kategorija igrački biti najzastupljenija ovisi o problemu s kojim djetete dolazi na terapiju (31). Načelno, igračke moraju omogućiti odigravanje različitih situacija i izražavanje velikog spektra osjećaja. U CCPT-u se izbjegavaju mehaničke igračke, kao i društvene igre i kartaške igre jer otežavaju ekspresiju i suviše su rigidne. Nadalje, igračke bi morale moći potaknuti eksploraciju i direktivnost u djetetu bez pomoći terapeuta. Društvene igre često imaju kompleksna pravila što djetetu koje je već frustrirano ili nezainteresirano može pogoršati njegove poteškoće, a k tome i prisiljavaju terapeuta da se upliće u djetetovu igru. Nedostatak takvih igara je i često naglašena kompetitivnost što je u kontrastu s karakteristikama terapijskog odnosa kojima CCPT teži (32). Specifičnost odabira igračaka u CCPT-u je što se u obzir uzima i multikulturalnost djece. Prilikom selekcije potrebno je osigurati lutke različitih boja kože, etnički različite igračke plastične hrane i pribora za jelo, kontinentalne i tropske životinje itd. jer se djeca lakše poistovjećuju s igračkama koje su im poznate ili im slične (31-33). Iako je odabir igračaka i opremanje sobe za igru izrazito važan proces, on ne može zamijeniti ključni faktor nedirektivne terapije – topao, iskren, empatičan i pratiteljski odnos terapeuta i djeteta (31). Danas postoje i nastojanja da se prostor za igru iz zatvorenog prostora preseli u prirodno okruženje. Swank i Shin (2015) prvi su opisali prirodno utemeljenu terapiju orijentiranu prema djetetu (eng. *nature-based child centered play therapy*) u kojoj se seanse i izgradnja terapijskog odnosa događaju u prirodi, a igračke su napravljene od prirodnih materijala. No, ovaj oblik CCPT-a je tek u nastajanju što svjedoči i činjenica da o toj temi dosad postoji samo nekoliko obećavajućih prikaza slučajeva i dva manja istraživanja (35).

#### **4.2.4. Uloga obitelji**

Uloga obitelji u CCPT-u ne razlikuje se mnogo od uloge obitelji u suvremenom psihoanalitičkom pristupu. Prije početka terapije roditelje treba intervjuirati, objasniti im proces terapije i važnost igre te ih kontinuirano izvještavati o napretku terapije uz istovremeno čuvanje povjerljivosti djeteta (31-33). Međutim, specifičnost CCPT-a u kontekstu obitelji predstavlja posebni humanistički pristup terapije igrom koji se naziva filijalna terapija (31,32)

Filijalnu terapiju su 60-ih godina prošlog stoljeća utemeljili bračni par Bernard i Louise Guerney s ciljem rasterećenja već ionako malog broja dječjih terapeuta i jačanja odnosa između djece i roditelja (31,36). Filijalna terapija je hibridni oblik CCPT-a u kojem se roditelje podučava osnovnim tehnikama i vještinama CCPT-a kako bi mogli provoditi terapiju s vlastitom djecom (37). Guerneyji su filijalnu terapiju provodili u obliku 12-to mjesečnog programa koji se sastojao od didaktičnih predavanja, supervizijske grupe u kojoj su roditelji dobivali savjete od terapeuta i drugih roditelja i tjednih seansi s vlastitim djetetom koje su provodili kod kuće. S obzirom da je originalni model filijalne terapije bio suviše financijski i vremenski zahtjevan, Landreth je kondenzirao filijalnu terapiju u posebno dizajniran program od sveukupno 10 seansi koji naziva terapija temeljena na odnosu djeteta i roditelja (eng. *child-parent relationship therapy*). U takvom se programu jednom tjedno održava dvosatna supervizijska grupa s terapeutom i ostalim roditeljima pri čemu je sastanak didaktične i suportivne prirode. Nakon tri inicijalna sastanka roditelji su dužni i jednom tjedno provoditi terapiju igrom s vlastitim djetetom te poslati snimku seanse na evaluaciju (11,31,36). Iako je filijalna terapija zamišljena u obliku grupnog modela tijekom kojeg terapeut vrši superviziju nad više roditelja, Van Fleet ju je prilagodio i za rad s pojedinačnim obiteljima (36,37). Nakon provedbe terapije u roditelja se bilježi niža razina roditeljskog stresa, veća razina empatije prema vlastitoj djeci i tolerancija prema nepoželjnim ponašanjima, dok se u djece bilježi trend jačanja samopouzdanja i olakšana ekspresija emocija. Istraživanja pokazuju da su takvi pozitivni učinci dugotrajni i sveobuhvatni (37).

Filijalna terapija dobro je istražen i prepoznat pristup terapije igrom koji konzistentno pokazuje pozitivne rezultate u radu s roditeljima i djecom različitih nacionalnosti i kliničkih poteškoća (31). Danas je filijalna terapija proširena i na obučavanje paraprofesionalnih stručnjaka poput socijalnih radnika (36). Prilikom posvojiteljskog procesa djeca se nalaze u kratkotrajnom tranzicijskom periodu karakteriziranom nestabilnošću i promijenjivošću. U takvim situacijama izlaganje djeteta nepoznatom terapeutu može izazvati dodatni stres i produbiti osjećaj nesigurnosti. Međutim, ukoliko terapeut provodi samo konzultacije sa socijalnim radnicima, djetetu se uskraćuje direktna terapeutska intervencija koji bi mu mogla olakšati taj period. Filijalna terapija predstavlja intermedijarno rješenje kojim se dijete ne bi izlagalo dodatnom stresu, ali bi imalo pristup koristima terapije igrom (38).

#### 4.2.5 Ciljevi

Definiranje ciljeva ponešto je kontradiktorno i nekonzistentno s filozofijom CCPT-a. Ciljevi su po prirodi evaluacijski. Zbog toga postojanje preciznih ciljeva suviše diktira proces terapije, a time oduzima i djetetovu slobodu da djeluje direktivno. Nadalje, formiranjem ciljeva pridaje se prevelika važnost simptomima, a propušta se pristupiti djetetu kao cjelini (32). Unatoč tomu, moguće je definirati 10 generalnih smjernica koje su dovoljno široke da ne narušavaju bit nedirektivne terapije, a ipak djeluju kao misao vodilja terapeutima. Te smjernice podrazumijevaju – 1. razvoj pozitivnijeg koncepta *selfa*, 2. usvajanje više razine odgovornosti prema sebi, 3. jačanje self-direktivnosti, 4. veće prihvatanje sebe, 5. veća mogućnost oslanjanja na sebe, 6. jačanje samopouzdanja za donošenje vlastitih odluka, 7. osjećaj veće kontrole, 8. veća senzitivnost prema sebi i svojim poteškoćama, 9. razvoj moći samoevaluacije i 10. uzgajanje povjerenja u sebe i svoje sposobnosti (32,34).

Danas se CCPT smatra pristupom koji je široko primijenjiv u liječenje različitih internalizirajućih i eksternalizirajućih kliničkih stanja djece. S obzirom da u CCPT-u postoji naglasak na djetetu kao osobi, njegova primjena prelazi granice etničkih i socioekonomskih pitanja (32). Iransko istraživanje pokazuje da je nedirektivna terapija imala značajan, pozitivan učinak na djecu s anksioznim poremećajima, točnije generaliziranim anksioznim poremećajem, agorafobijom, socijalnom fobijom, separacijskom anksioznošću i strahom od ozlijeđivanja (39). CCPT se pokazuje i kao potencijalno učinkovita alternativa bihevioralnoj terapiji koja se najčešće primjenjuje u liječenju djece s autizmom (40,41). Bihevioralna terapija, iako učinkovita u smanjenju maladaptivnih ponašanja tipičnih za autizam, ne obuhvaća širu problematiku autizma, a to je socijalna disfunkcija koja prati djecu s autizmom. Za djecu s autizmom socijalna disfunkcija je izvor osjećaja neadekvatnosti, niskog samopouzdanja i kontinuiranog osjećaja pritiska zbog društvenih zahtjeva neurotipičnog okoliša. Nadalje, zbog naglašenog fokusa na liječenje simptoma, promjene ponašanja često nisu dugotrajne niti generalizirajuće. Schottelkorb i sur. su u svojoj studiji demonstrirali poboljšano socijalno funkcioniranje i interakcije te smanjenje eksternalizirajućih ponašanja u djece s autizmom nakon primjene CCPT-a. Velik broj djece je imao uz autizam i ADHD čiji su se simptomi, također, smanjili (40). Bihevioralna terapija je manjkava u suočavanju sa smanjenom sposobnošću zajedničke pažnje, pomoću koje dvije osobe istovremeno usmjeravaju pažnju na isti predmet i ps, kao i u zbrinjavanju niske razine autonomije. Tijekom nedirektivne terapije u trajanju od pet mjeseci u prikazu slučaja dječaka Johna došlo je do znatnog



poboljšanja u navedenim kategorijama pri čemu je John uspio ostvariti blizak odnos s terapeutom uz preuzimanje vodstva u igri, jačanje samoinicijativne motivacije i želje za interakcijom, a k tome su se poboljšale i njegove komunikativne i verbalne sposobnosti koje su povezane s mogućnošću djetetove simbolične igre (41). Primjena CCPT-a ima pozitivan učinak na akademski uspjeh rizične djece, a ostaje pitanje zbog čega djeca ostvaruju bolje rezultate nakon primjene CCPT-a, s obzirom da nije nađena poveznica između primjene CCPT-a i porasta intrinzične motivacije (42). Guerney navodi samo dvije situacije u kojima je mala šansa da CCPT proizvede željene učinke, a to su aktivna shizofrenija i teški oblik autizma iz razloga što u takvim stanjima pacijent ima izrazito narušenu sposobnost percepcije te posljedično teško integrira topao i empatičan terapijski odnos (31).

#### **4.3. Ostali pristupi terapiji igrom**

Jungova analitička terapija igrom (eng. *Jungian analytical play therapy*, JAPT) je psihodinamski pristup terapiji igrom kojeg su utemeljili John Allan i Margaret Lowenfield pod utjecajem Jungove teorije. Jungijanski analitičari su vjerovali da se čovjekova psiha (eng. *psyche*) sastoji od *ega*, nesvjesnog personalnog i nesvjesnog kolektivnog. Ako *ego* nema kapacitet da integrira personalno nesvjesno i kolektivno nesvjesno – reprezentacije unutarnjeg i vanjskog svijeta pojedinca – razvijaju se psihički poremećaji. Nadalje, jungijanski analitičari su smatrali da djeca posjeduju unutrašnju moć za samoizliječenje. Njegovanjem terapijskog odnosa dolazi do aktivacije moći za samoizliječenje te posljedično smanjenja tenzije između suprotstavljenih strana (8,43). Stoga se JAPT obično vodi nedirektivno pri čemu terapeut stvara pozitivan i uzajaman odnos s djetetom kroz promatranje i sudjelovanje u njegovoj igri. Prilikom terapije specifične tehnike koje se koriste su pričanje bajki, crtanje i terapija s pijeskom (eng. *sandplay therapy*) (8).

U klasičnoj terapiji s pijeskom terapeut dopušta djetetu da izabere figurice i pribor koji će koristiti prilikom stvaranja vlastitog malog svijeta unutar pješčanika. Na kraju seanse terapeut minimalno interpretira i komentira djetetovu kreaciju. Obično se postavljaju pitanja o nazivu svijeta, kako se dijete osjećalo tijekom stvaranja tog svijeta i kako bi se osjećalo da živi u svojoj kreaciji. Dijete kroz iskustvo stvaranja svijeta u pješčaniku doživljava intrapersonalnu promjenu za koju mu nije potrebna terapeutova interpretacija. Modifikacije navedene terapije uključuju Igru stvaranja mandale (eng. *Create Your Mandala*) i Igru bajki u pijesku (eng. *Fairy Tales in the Sand*, FTS). U Igru stvaranja mandale terapeut najprije vodi dijete kroz meditaciju pri čemu dijete duboko diše i

stvara imaginarne slike povezane s događajima koje je proživjelo taj dan. Nakon takve relaksacije terapeut usmjerava dijete da nacrtá veliki krug u pijesku i unutar njega stvori svijet kakav želi. Seansa završava promatranjem stvorenog svijeta u tišini. Jung je vjerovao da mandala predstavlja cjelinu i jedinstvo. Stvaranjem mandale dijete uz pomoć *ega* postepeno pomiruje nesvjesno personalno i nesvjesno kolektivno ostvarujući individualizaciju *selfa*. FTS se provodi na način da terapeut dopušta djetetu da izabere jednu od ponuđenih bajki te je potom zajedno čitaju. Nakon čitanja terapeut zamoli dijete da izabere jednu temu, lika ili sliku koju smatra posebice važnom, te prikaže osjećaje koje povezuje s odabranim elementom pomoću pijeska. Na kraju terapeut procesira stvorene slike sličnim pitanjima kao i u klasičnoj terapiji pijeskom. FTS omogućuje poistovjećivanje djeteta s arhetipskim, mitološkim simbolima koji prikladno opisuju njegove unutarnje poteškoće. U trenutku kada dijete postaje svjesno kako arhetipski simboli predstavljaju njegovu realnost nastaje prostor za promjenu ponašanja i napredak mehanizama adaptacije (43).

Recentna primjena i uspješnost terapije pijeskom vidljiva je u istraživanju njene učinkovitosti u smanjenju depresije, suicidalne ideacije i niskog samopoštovanja u djece koja su za vrijeme COVID-19 pandemije bila izložena internetskom nasilju (eng. *cyberbullying*). Terapija pijeskom se provodila u obliku grupne terapije igrom pri čemu je svako dijete imalo svoj mali pješčanik. Koristila se tehnika slična Igru stvaranja mandale. Djeca koja su sudjelovala u terapiji s pijeskom su po završetku terapije pokazala sniženje depresivnog raspoloženja, pad u broju suicidalnih ideacija te višu razinu samopoštovanja u odnosu na kontrolnu grupu što je u skladu i s drugim sličnim istraživanjima. Rezultati studije pokazuju da je terapija s pijeskom učinkovito sredstvo ekspresije u kojem se djeca osjećaju ugodno i sigurno (44).

Kognitivno-bihevioralna terapija igrom (eng. *Cognitive-behavioral play therapy*, CBPT) noviji je pristup terapije igrom koji nastaje pod utjecajem Beckove kognitivne terapije. Kognitivna terapija temelji se na identifikaciji pogreški mišljenja i zaključivanja te kako one utječu na emocije i ponašanje pojedinca. S obzirom da je za provođenje takvog oblika terapije potrebna visoka razina razvoja, kognitivna terapija se primarno koristila u odraslih, a uspješno se prilagodila i starijoj djeci. Međutim, kognitivna terapija je naišla na prepreku u prilagodbi za predškolsku djecu. Predškolska djeca se nalaze u preoperacijskoj fazi kognitivnog razvoja karakteriziranoj egocentrizmom, konkretnim mišljenjem i kognitivnim distorzijama koje nisu nužno maladaptivne u toj dobi, no otežavaju diferencijaciju od stvarno iracionalnih. Navedene karakteristike su gotovo

nespojive s provedbom kognitivne terapije. S ciljem prilagodbe kognitivne terapije toj dobnoj skupini, Knell formira kognitivno-bihevioralni pristup terapiji igrom. Prikupljanje informacija o vjerovanjima, pretpostavkama i mišljenju u djece se odvija direktivno kroz promatranje, procjenu igre, zadatke i roditeljska izvješća. Tijekom terapije koriste se različite tehnike s ciljem promjene maladaptivnih, dobi nesvojstvenih kognitivnih distorzija i usađivanja adaptivnih. Jedna od tehnika je modeliranje pri čemu terapeut modelira prilagođenije i adaptivno zrelije ponašanje na primjeru plišanih životinja, lutki ili crteža (8,45). Primjerice, terapeut u prvoj ili drugoj seansi smišlja priču o dvoje djece od kojih se jedno bojalo vrtuljka, a drugo ne. Kako bi dijete moglo lakše pratiti, terapeut paralelno prikazuje priču crtanjem na papiru ili ploči. Mogu se nacrtati i oblačići iznad dvoje djece u koje pacijent može upisati prikladne osjećaje. Tako dijete uči raspoznati svoje misli i emocije, a time i prilagođavati svoje ponašanje (18). Druga tehnika, sistemska desenzitizacija, koristi igru kao medij koji je u suprotnosti s neugodnim osjećajima (igra ne može biti kompatibilna s osjećajem straha). Spoznajom da je igra siguran i relaksiran medij djeca mogu kroz npr. crtanje ili biblioterapiju izražavati svoje kognitivne distorzije što je posebice važno kod seksualno zlostavljane djece koja obično izbjegavaju procesiranje traume. Ostale tehnike uključuju kreiranje zamišljenih situacija i suočavanje s njima te verbalizaciju pozitivnih izjavnih rečenica (8,45). CBPT dodatno naglašava i važnost generalizacije koja ne nastupa prirodnim putem, već je potreban kontinuirani nastavak primjene naučenih tehnika kada terapija završi. To je posebice značajano u kritičnim situacijama kada postoji veća šansa relapsa. Roditeljska podrška je temelj uspjeha u ovoj terapijskoj fazi (45).

CBPT se pokazuje učinkovito u liječenju specifičnih fobija, pojedinačnih traumatičnih događaja poput rastave roditelja, seksualno zlostavljanje djece, selektivnog mutizma, enkopreze, agresije, ADHD-a, anksiozne i depresivne djece (18,45). Češko istraživanje prikazuje kako se liječenje psihičke traume nastale COVID-19 pandemijom može provoditi, osim kroz različite već spomenute tehnike, i kroz posebne programe CBPT-a. Neki od tih CBPT programa su Terapija roditeljsko-dječje interakcije (eng. *Parent-Child Interaction Therapy*), Program snage snalaženja (eng. *Coping Power Program*) i Program djeca zajedno (eng. *Kids together program*) (18). Studija provedena u Nigeriji pokazuje da u djece s govornom manom, koja su pod rizikom od razvoja socijalne fobije, nižeg akademskog uspjeha pa čak i ovisnosti, je primjena CBPT-a znatno smanjila razinu socijalne anksioznosti (46). Iz navedenog je očito da CBPT posjeduje široke indikacije, a

daljnjim istraživanjima njezina empirijska vrijednost će samo jačati, a potencijalno i voditi prema novim interesantnim smjerovima (45).

Postoje još brojni psihodinamski (npr. adlerijanska terapija), humanistički (npr. gestalt terapija), sistemski (npr. ekosistemska terapija) i noviji pristupi (npr. integrativna terapija) terapije igrom čije opisivanje prelazi mogućnosti ovog rada (47). Poznavanje i kombiniranje direktivnih i nedirektivnih tehnika je poželjno, a koje tehnike će se više koristiti ovisi o individualnim potrebama pacijenta. Integracijom i prihvaćanjem prednosti različitih pristupa jača se terapijska snaga terapije igrom. Ovo je posebno istaknuto u liječenju seksualno zlostavljanje djece kojoj je s jedne strane potreban empatičan, siguran i slobodan odnos kojeg mogu voditi vlastitim tempom i time vratiti osjećaj kontrole, a s druge strane struktura i poticaj na sukobljavanje s potisnutim osjećajima jer se takva djeca često odbijaju sukobiti s neugodnim i bolnim sjećanjima ili im je potreban izrazito dug period u kojem mogu ponovno biti retraumatizirana (48). Važnost integracije nedirektivnih i direktivnih pristupa opipljivo je prikazana u kliničkom istraživanju o djeci s noćnim strahovima. Istraživači su po uzoru na teoretski model Virginie Axline formirali Trostruko ekspresivnu terapiju igrom (eng. *Triad expressive play therapy*, TEPT), a istovremeno su kreirali i Kognitivno-bihevioralnu terapiju igrom uz uključenost roditelja (eng. *Cognitive-behavioral therapy including parent involved play*, CBT-PIP) koji je u odnosu na TEPT imao pridodane elemente CPBT-a. U istraživanju su uspoređeni učinci TEPT i CBT-PIP te je pokazano da im je učinkovitost u rješavanju emocionalnih tegoba tj. straha i anksioznosti i fizioloških tegoba tj. poremećaja spavanja podjednaka, međutim kada se koristio CBT-PIP postigao se bolji učinak u liječenju bihevioralnih problema tj. izbjegavajućih ponašanja u obliku odlaska iz svog kreveta i spavanja s roditeljima (49).

## **5. ZNANSTVENA PODLOGA TERAPIJE IGROM**

Istraživanja o učinkovitosti terapije igrom već više od 80 godina potvrđuju njezin pozitivan učinak na pacijente različite dobi, etničkog podrijetla, državljanstva i psihičkih poteškoća i potreba. U razdoblju od 2000. do 2023. godine objavljeno je 137 kvalitativnih istraživanja od kojih je 56 provedeno u obliku randomiziranog kliničkog pokusa, 20 u obliku kvazi-eksperimentalnih grupnih istraživanja (eng. *quasi-experimental group designs*), 28 u obliku eksperimentalnih pojedinačnih prikaza slučajeva (eng. *experimental single-case designs*) i 33 u obliku ponovljenih grupnih prikaza slučajeva (eng. *single-group designs*) (50). Međutim, većina istraživanja koja se bave

proučavanjem učinka terapije igrom su karakterizirana malim uzorcima, opisivanjem pojedinačnih slučajeva, nedovoljno standardiziranim provođenjem terapije i općenito manjkavim dizajnom studija što onemogućuje generalizaciju rezultata na populaciju (36,51).

Iako su već Casey i Berman (1985.) te Weisz i sur. (1987., 1995.) proučavali učinkovitost dječje psihoterapije, zasada postoje samo dvije poznate metaanalize koju su se usko fokusirale na istraživanje učinkovitosti terapije igrom (36). U prvoj metaanalizi koju su proveli LeBlanc i Ritchie (2001.) selekcijom 42 studije pokazalo se da je srednja vrijednost učinka terapija igrom 0.66 što ju čini umjereno efektivnom intervencijom u liječenju (51). Bratton i Ray (2005.) u novijoj su metaanalizi proširili količinu uključenih istraživanja na 93 te pokazali i veće vrijednosti učinkovitosti – srednja vrijednost učinka je bila  $0,8 \pm 0,4$  (36). LeBlanc i Ritchie nisu našli značajnu poveznicu između dobi, spola, prezentirajućih problema, individualne naspram grupne terapije i učinkovitosti terapije igrom (51). Slične rezultate pokazali su i Bratton i Ray, a dodatno su ih proširili napominjući da je većina djece starije od 10 godina, koja je sudjelovala u recenziranim istraživanjima, bila sniženog kognitivnog razvoja što je moglo uvjetovati visoku učinkovitost i u toj dobi. Nadalje, terapija igrom je bila učinkovitija u liječenju internalizirajućih poteškoća u djece mlađe od 7 godina, a u nekoliko većinski ženskih istraživanja uočen je viši trend učinkovitosti u odnosu na istraživanja s prevalentno muškim sudionicima (36). LeBlanc i Ritchie ukazali su na signifikantni utjecaj duljine trajanja i broja seansi na učinkovitost terapije igrom. Prema njihovoj meta-analizi optimalan broj seansi je oko 30-35, a slične rezultate dobili su i Bratton i Ray. Važno je naglasiti da se ovaj broj seansi pokazao značajnim kod terapije provedenoj od strane profesionalnog terapeuta, dok u slučaju filijalne terapije broj seansi nije bio značajan, a postojao je i trend da je potreban manji broj seansi za jednak efekt. No, unatoč takvom rezultatu ne smije se zanemariti važnost profesionalnog terapeuta koji s jedne strane educira i vrši superviziju filijalne terapije, a s druge strane je bolja opcija u liječenju kompleksnijih pacijenta (36,51). Bratton i Ray dodatno su pokazali da humanistički tj. nedirektivni pristupi imaju veću učinkovitost te da je utjecaj terapije igrom ovisan o prostoru u kojem se terapija održava (bolnice i škole naspram stambenih objekata). Međutim, važno je naglasiti da je prilikom usporedbe teoretskih modela broj istraživanja koja su koristila nedirektivni pristup bio znatno viši od direktivnih. Obje vrste teoretskih pristupa su učinkovite u liječenju. Potrebna je bolja standardizacija istraživanja kako bi se mogle uspostaviti takve dedukcije, a posebno treba imati na umu da je učinkovitost pristupa uvjetovana i konkretnom kliničkom indikacijom (36).

## 6. ZAKLJUČAK

Mentalni poremećaji pojavljuju se u sve većem broju u dječjoj i adolescentnoj populaciji te teže epidemijskim razmjerima. Prema američkim podacima čak 20 % djece razvija psihičke teškoće dovoljno jakog intenziteta da zadovolje kriterije određene dijagnoze. Istovremeno manje od 1/3 psihički bolesne djece uspijeva dobiti pomoć kakva im je potrebna (52).

Postoji velika potreba za povećanjem kapaciteta zdravstvenih radnika, a k tome i za pronalazak zlatnog standarda u liječenju psihičkih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi (16,36). Terapija igrom posjeduje potencijal da postane temeljna intervencija i traženo rješenje na sve veće potrebe djece s psihičkim poremećajima. Kako bi se njezina pozicija, kao pristupa utemeljenog na dokazu (eng. *evidence-based medicine*), učvrstila i priznala u širim medicinskim krugovima, esencijalno je stimulirati daljnje izvođenje kvalitetno dizajniranih studija (36,51).

## 7. ZAHVALE

Zahvaljujem se svom mentoru izv. prof. dr. sc. Ivanu Begovcu na strpljenju i savjetima te što mi je kroz komunikaciju, ali i praktične primjere i kliničku praksu uspio približiti izrazito zanimljiv i izazovan svijet dječje i adolescentne psihijatrije.

Hvala mojim prijateljima, mojoj dragoj prijateljici Jeleni i KSET-ovcima, koji su se naslušali mojih fakultetskih nedaća, trudili se odvratiti mi misli kada je to bilo potrebno i što su ostali uz mene u trenucima kada mi je bilo najteže.

Hvala mom dečku Mateju, što me kontinuirano inspirira svojim životnim putem i podsjeća da je, čak i kada te zadesi velika životna tragedija, moguće ostati snažan, jednostavan, nasmijan, požrtvovan, empatičan i nepokolebljiv.

I konačno, najveće hvala mojoj obitelji – roditeljima, bratu, svim bližnjima, kao i onima koji, nažalost, više nisu s nama, pa čak i mom psu Albiju – što su me od mojih najranijih dana učili što znači biti pošten, uporan, skroman, odgovoran, brižan, ali prije svega dobar čovjek koji nije opterećen ispraznim i prolaznim sjajem. Tim vrijednostima nastojat ću se uvijek voditi u mom liječničkom pozivu.

## 8. LITERATURA

1. Treasure T. What is play? U: Robinson C, Treasure T, O'Connor D, Neylon G, Harrison C, Wynne S. Learning Through Play. Oxford: Oxford University Press; 2018. str. 4–21.
2. Rudan D. On play and playing. Coll Antropol. 2013 Oct 13;37(4):1385–91.
3. Proyer RT. A multidisciplinary perspective on adult play and playfulness. Int J Play. 2017 Sep 2;6(3):241–3. doi: 10.1080/21594937.2017.1384307
4. Mellou E. Play theories: a contemporary review. Early Child Dev Care. 1994 Jan;102(1):91–100. doi: 10.1080/0300443941020107
5. Ginsburg K; the Committee on Communications; the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. Pediatrics. 2007 Jan 1;119(1):182–91. doi: 10.1542/peds.2006-2697
6. Shrinivasa N, Bukhari M, Ragesh G, Hamza A. Therapeutic intervention for children through play: An overview. Arch Ment Health. 2018;19(2):82–9. doi: 10.4103/AMH.AMH\_34\_18
7. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzaha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An overview of play therapy. Mater Socio Medica. 2021 Dec 22;33(4):293–7. doi: 10.5455/msm.2021.33.293-297
8. LaBauve B, Watts R, Kottman T. Approaches to play therapy: a tabular overview. TCA J. 2001 Mar 1;29(1):104–13. doi: 10.1080/15564223.2001.12034583
9. Beck Dvoržak M. Liječenje igrom (play therapy). U: Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine 3. Zagreb: Školska knjiga; 1992. str. 121–8.
10. Begovac I, Antić M, Arbanas G, Bačan M, Bambulović I, Barišić N, i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. [pristupljeno 14.5.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>
11. Landreth G. Play Therapy: The Art of The Relationship. 3rd ed. London: Routedledge; 2012.



12. Elbeltagi R, Al-Beltagi M, Saeed NK, Alhawamdeh R. Play therapy in children with autism: its role, implications, and limitations. *World J Clin Pediatr.* 2023 Jan 9;12(1):1–22. doi: 10.5409/wjcp.v12.i1.1
13. Chinekesh A, Kamalian M, Eltemasi M, Chinekesh S, Alavi M. The Effect of Group Play Therapy on Social-Emotional Skills in Pre-School Children. *Glob J Health Sci.* 2013 Dec 24;6(2):163-7. doi: 10.5539/gjhs.v6n2p163
14. Jafari N, Mohammadi MR, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iran J Psychiatry.* 2011;6(1):37-42.
15. Hidayat DR, Prabowo AS, Cahyawulan W, Fitriyani H. The efficacy of using play therapy in children with behavior disorders: A meta-analysis overview. *Int J Res Stud Psychol.* 2016 Jun 29;5(3):63-9. doi: 10.5861/ijrsp.2016.1404
16. Ewing D, Monsen J, Kwoka M. Behavioural and emotional well-being of children following non-directive play with school staff. *Educ Psychol Pract.* 2014 Apr 3;30(2):192–203. doi: 10.1080/02667363.2014.907128
17. Godino-Iáñez MJ, Martos-Cabrera MB, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Vargas-Román K, Membrive-Jiménez MJ, et al. Play Therapy as an intervention in hospitalized children: a systematic review. *Healthcare.* 2020 Jul 29;8(3):239-50. doi: 10.3390/healthcare8030239
18. Raudenska J, Gumančík J, Raudenský M, Pasqualucci A, Moka E, Varrassi G, et al. Cognitive-behavioral play therapy and COVID-19 pandemic trauma in preschool children. *Cureus.* 2023 Aug 28;15(8):e44249. doi: 10.7759/cureus.44249
19. Robinson S. What play therapists do within the therapeutic relationship of humanistic/non-directive play therapy. *Pastor Care Educ.* 2011 Sep 1;29(3):207–20. doi: 10.1080/02643944.2011.599858
20. Punnett AF. *Psychoanalytic and Jungian Play Therapy.* U: O'Connor KJ, Schaefer CE, Braverman LD. *Handbook of Play Therapy.* 2 izd. New York: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. str. 61–92.

21. Bromfield R. Psychoanalytic play therapy. U: Schaefer CE, ur. Foundations of Play Therapy. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2003. str. 1–13.
22. Levy A. Psychoanalytic approaches to play therapy. U: Schaefer CE, ur. Foundations of Play Therapy. 2. izd. John Wiley & Sons Inc.; 2011. str. 43–59.
23. Yanof A. Play in the analytic setting: The development and communication of meaning in child analysis. *Int J Psychoanal.* 2019 Nov 2;100(6):1390–404. doi: 10.1080/00207578.2019.1642758
24. Levy A. Neurobiology and the therapeutic action of psychoanalytic play therapy with children. *Clin Soc Work J.* 2011 Mar 1;39(1):50–60. doi: 10.1007/s10615-009-0229-x
25. Gordon N, Burke S, Akil H, Watson S, Panksepp J. Socially-induced brain 'fertilisation' : play promotes brain derived neurotrophic factor transcription in the amygdala and dorsolateral frontal cortex in juvenile rats. *Neurosci Lett.* 2003 Apr 24;341(1):17–20. doi: 10.1016/S0304-3940(03)00158-7
26. Lang F. Play in the Psychoanalytic Situation. *J Am Psychoanal Assoc.* 2007 Sep 1;55(3):937–48. doi: 10.1177/00030651070550031101
27. Halfon S, Doyran M, Türkmen B, Oktay E, Salah A. Multimodal affect analysis of psychodynamic play therapy. *Psychother Res.* 2021 Apr 3;31(3):313–28. doi: 10.1080/10503307.2020.1839141
28. Yanof A. Play Technique in psychodynamic psychotherapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2013 Apr 1;22(2):261–82. doi: 10.1016/j.chc.2012.12.002
29. RÜth U, Holch A. How to design and equip a mentalization-based play therapy room. *Psychodin psychiatry.* 2018; 46(2):240-51. doi: 10.1521/pdps.2018.46.2.240
30. Halfon S. Play profile constructions: an empirical assessment of children's play in psychodynamic play therapy. *J Infant Child Adolesc Psychother.* 2017 Jul 3;16(3):219–33. doi: 10.1080/15289168.2017.1312875

31. Glover G, Landreth G. Child-Centered Play Therapy. U: O'Connor KJ, Schaefer CE, Braverman LD. Handbook of Play Therapy. 2. izd. New York: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. str. 93–118.
32. Sweeney D, Landreth G. Child-Centered Play Therapy. U: Schaefer CE, ur. Foundations of Play Therapy. 2. izd. John Wiley & Sons Inc.; 2011. str. 129–52.
33. Bratton SC, Ray DC, Edwards NA, Landreth G. Child-centered play therapy (CCPT): theory, research, and practice. *Pers-Centered Exp Psychother.* 2009 Dec 1;8(4):266–81. doi: 10.1080/14779757.2009.9688493
34. Menassa BM. Theoretical orientation and play therapy: examining therapist role, session structure, and therapeutic objectives. *J Prof Couns Pract Theory Res.* 2009 Mar 1;37(1):13–26. doi: 10.1080/15566382.2009.12033852
35. Mitchell A, Benkendorff N. It's good to go outside: a review of Nature-based child-centered play therapy. *Aust Couns Res J.* 2019;13(1):8–13.
36. Jones L, Bratton S, Ray D, Rhine T. The efficacy of play therapy with children: a meta - analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol Res Pract.* 2005 Aug;36(4):376–90. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
37. Johnson L, Bruhn R, Winek J, Krepps J, Wiley K. The use of child-centered play therapy and filial therapy with head start families: a brief report. *J Marital Fam Ther.* 1999;25(2):169–76. doi: 10.1111/j.1752-0606.1999.tb01120.x
38. Ryan V. Adapting non-directive play therapy for children with attachment disorders. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2004 Jan 1;9(1):75–87. doi: 10.1177/1359104504039174
39. Hateli B. The effect of non-directive play therapy on reduction of anxiety disorders in young children. *Couns Psychother Res.* 2022;22(1):140–6. doi: 10.1002/capr.12420
40. Schottelkorb AA, Swan KL, Ogawa Y. Intensive child-centered play therapy for children on the autism spectrum: a pilot study. *J Couns Dev.* 2020;98(1):63–73. doi: 10.1002/jcad.12300

41. Josefi O, Ryan V. Non-directive play therapy for young children with autism: a case study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2004 Oct 1;9(4):533–51. doi: 10.1177/1359104504046158
42. Blanco PJ, Holliman RP, Carroll NC. The effect of child - centered play therapy on intrinsic motivation and academic achievement of at-risk elementary school students. *J Child Adolesc Couns*. 2019 Sep 2;5(3):205–20. doi: 10.1080/23727810.2019.1671758
43. Green E. Jungian analytical play therapy. U: Schaefer CE, ur. *Foundations of play therapy*. 2. izd. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2011. str. 61–85.
44. Lee M, Yeom Y, Kim M, Lee Y, Kim K, Kim D, et al. Effects of school sandplay group therapy on children victims of cyberbullying. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Apr 7;102(14):e33469. doi: 10.1097/MD.00000000000033469
45. Knell S. Cognitive-behavioral play therapy. *J Clin Child Psychol*. 1998 Mar 1;27(1):28–33. doi: 10.1207/s15374424jccp2701\_3
46. Obiweluzo P, Ede M, Onwurah C, Uzodinma U, Dike I, Ejiofor J. Impact of cognitive behavioural play therapy on social anxiety among school children with stuttering deficit: A cluster randomised trial with three months follow-up. *Medicine (Baltimore)*. 2021 May 14;100(19):e24350. doi: 10.1097/MD.00000000000024350
47. Schaefer C, ur. *Foundations of Play Therapy*. 2. izd. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2011.
48. Rasmussen L, Cunningham C. Focused play Therapy and non-directive play therapy. *J Child Sex Abuse*. 1995 May 10;4(1):1–20. doi: 10.1300/J070v04n01\_01
49. Kahn M, Ronen A, Apter A, Sadeh A. Cognitive–behavioral versus non-directive therapy for preschoolers with severe nighttime fears and sleep-related problems. *Sleep Med*. 2017 Apr 1;32:40–7. doi: 10.1016/j.sleep.2016.12.011
50. Ray D. Research in play therapy: Empirical support for practice. U: Crenshaw DA, Stewart AL, ur. *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice*. New York: The Guilford Press; 2014. str. 467–82.

51. Leblanc M, Ritchie M. A meta-analysis of play therapy outcomes. *Couns Psychol Q.* 2001 Jun 1;14(2):149-63. doi: 10.1080/09515070110059142
52. Lin YW, Bratton SC. A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *J Couns Dev.* 2015;93(1):45–58. doi: 10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x

## 9. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 23. lipnja 1998. u Zagrebu kao drugo dijete u mojoj obitelji. S pet godina sam započela pohađati Glazbeno Učilište Elly Bašić u klasi prof. Dobrile Berković-Magdalenić. Paralelno sam pohađala OŠ Josip Račić, te kasnije V. gimnaziju. Tijekom 13 godina paralelnog pohađanja dvije škole sudjelovala sam u mnogim međunarodnim i državnim natjecanjima uz osvajanje brojnih nagrada. Dva puta sam nagrađena Oskarom znanja. 2015./2016. godine sam maturirala violončelo s odličnim uspjehom te opravdala titulu „instrumentalista” održavanjem javnog solističkog koncerta u dvorani Matice hrvatske u okviru ciklusa „Mladi glazbenici u Matici”. Godinu dana kasnije završavam V. gimnaziju uz ostvarenje odličnog uspjeha na Državnoj maturi te potom upisujem Medicinski fakultet u Zagrebu.

Retrospektivno sam u akademskoj godini 2018./2019. nagrađena Dekanovom nagradom kao najbolja studentica prve godine. Više puta sam tijekom srednjoškolskog i fakultetskog obrazovanja nagrađivana Stipendijom Grada Zagreba za izvrsnost, Stipendijom Sveučilišta u Zagrebu i STEM stipendijom. Autorica i koautorica sam nekoliko prikaza slučajeva i jednog originalnog znanstvenog rada koji su bili izloženi u sklopu CROSS19, MedRi 2023 i 13-e hrvatsko-europsko-američke anesteziološke konferencije. Na zadnjoj godini studija djelovala sam kao demonstratorica u sklopu kolegija Klinička propedeutika prenoseći znanje mlađim kolegama i usavršavajući vlastite kliničke vještine. Članica sam Sekcije za neuroznanost te sam održala dva predavanja na temu mentalnog zdravlja u sklopu projekta „Priče pacijenata”. Volontirala sam i u sklopu CROMSIC-a prošavši edukaciju za „THE Talk” edukatora i „Pogled u sebe” edukatora, te organizirajući društvena događanja za strane studente.

U slobodno vrijeme sam kao članica KSET-a volontirala u dizajn timu pomažući oko kreacija vizuala za Brucošijadu FER-a i Job Fair. Aktivno se služim engleskim i njemačkim jezikom.