

UDK 615.851-053.2

Originalni naučni rad

Primljeno: 22.02.2022.

Odobreno za štampu: 10.03.2022.

DOI: <https://doi.org/10.46630/gped.1.2022.3>

NEDIREKTIVNA TERAPIJA IGROM¹

Aleksandra Bogdanović²

Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet, Departman za psihologiju

Apstrakt: Ovaj članak nastao je u nameri da domaćoj stručnoj javnosti predstavi modalitet terapije igrom koji se danas u svetu često primenjuje u radu sa decom – nedirektivnu terapiju igrom. To je učinjeno kroz prikaz osnovnih teorijskih principa na kojima intervencija počiva, terapijskog procesa i tehnika pomoću kojih se terapija odvija. Prikazana su pojedinačna i metaanalitička istraživanja efikasnosti ovog terapijskog modaliteta koja ilustruju da primena ovog oblika kratke terapije ostvaruje značajan efekat na redukciju emocionalnih i bihejvioralnih smetnji dece od 3 do 12 godina. Preporučeno je osnaživanje domaćih stručnjaka za primenu ovog pristupa.

Ključne reči: na dete usmerena terapija, nedirektivni pristup, terapija igrom.

Terapija igrom

Terapija igrom (engl. *play therapy*) definisana je kao sistematska upotreba teorijskog modela kako bi se osnovao interpersonalni proces gde obučeni terapeuti koriste moć igre kako bi pomogli malim korisnicima da spreče ili reše psihološke poteškoće i da dostignu optimalnu uzlaznu putanju svog razvoja i zdravo porastu. To je proces u kom dete kroz igru, svojim vlastitim tempom, istražuje prošle i sadašnje, svesne i nesvesne sadržaje i pitanja, koji su važni za njegov život u sadašnjosti (British Association of Play Therapy, 2008). Terapija igrom obuhvata široko polje terapijskih intervencija, baziranih na igri čija je namena da pomogne detetu da se izbori sa problemima ili dostigne željene ciljeve (Ljubomirović i sar., 2015).

Danas postoji nekoliko priznatih oblika terapije igrom koji počivaju na drugačijim teorijskim postavkama u odnosu na hronološki prvi, psihoanalitički okvir. Neki od oblika su kognitivno-bihejvioralna terapija igrom, terapija razrešenjem,

¹ Pripremljeno u okviru projekta Primenjena psihologija u funkciji kvaliteta života pojedinca u zajednici, koji se izvodi na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Nišu (br. 455/1-1-6-01).

² aleksandra.bogdanovic@filfak.ni.ac.rs

terapija u pesku i filial terapija. U okviru kognitivno-bihevioralne terapije igrom, igračke i igra se koriste kako bi se uticalo na misli i osećanja dece. Vrš se odabir materijala za terapiju koji je u potpunosti u skladu sa problemom koji dete ispoljava, te je materijal jedinstven za svako dete ponaosob. Osnovna pretpostavka je da postoji jaka veza između misli, situacija, emocija i ponašanja (Ljubomirović i sar., 2015). Terapija razrešenjem ili oslobađanjem (engl. *Release play*), kao oblik terapije igrom je pristup koji je razvio autor Leviz (prema VanFleet et al., 2010), za decu koja su iskusila specifična traumatska iskustva. Ovaj pristup se zasniva na verovanju u abreaktivne efekte igre i naknadno oslobađanje bola koji je prouzrokovala trauma. Kroz terapiju igrom u pesku (engl. *Sand play*), deci se olakšava da koriste metafore i simbole, dopuštajući im da komuniciraju kroz svet igre na manje preteći način. U terapijskom postupku deci se daje pesak, voda i kolekcija minijaturnih objekata. Unutrašnji svet postaje vidljiv kroz odabir figura koje deca postavljaju u pesak. Na ovaj način postaje vidljiv deo kojeg nisu svesni, a koji pokazuju u sigurnom mestu (Ljubomirović i sar., 2015). Filial terapija je vrsta terapije igrom gde se roditeljima daje uloga koterapeuta. Nakon sprovedene obuke u kojoj se uče veštinama koje su osmišljene na taj način da poboljšavaju roditeljsko samopouzdanje, ojačavaju veze između roditelja i deteta i poboljšavaju međusobno poverenje, oni sprovode sesije terapije igrom u svojim kućama, pod supervizijom obučenih terapeuta. Ova nedirektivna metoda rada omogućava roditeljima da pomognu svojoj deci i razviju dobar odnos sa njima na nedirektivan način, kroz sigurnu i pozitivnu atmosferu. Terapeuti roditeljima daju savete, povratne informacije i diskutuju sa njima o potrebama i napretku deteta (VanFleet, 2005).

Nedirektivna terapija igrom³

Jedan od modela terapije igrom koji se danas najčešće primenjuje je nedirektivni pristup utemeljen na teorijskim postavkama Virgdžinije Axline, koja je bila učenica i saradnica Karla Rodžersa. Zadojena njegovom filozofijom koja se bazira na snažnom verovanju u prirodne težnje za rast i sposobnost pojedinca za samousmerenje, ona principe nedirektivnog savetodavnog pristupa prevodi na rad sa decom (Bromfield, 2003). U terapijskim pristupima usmerenim na osobu (kada su u pitanju deca – usmerenim na dete) ne čini se nikakav napor da se kontroliše ili promeni dete. Oni se zasnivaju na teorijskim postavkama koje ističu da je dete kadro da donosi odluke i preuzima odgovornost u skladu s uzrastom i sposobnostima, vođeno nagonom za samoaktualizacijom. Ako su njegovi potencijali razvijeni, dete će postati srećnije, zadovoljnije i sigurnije u sebe, a takvo dete se bolje razvija, prihvata razumne autoritete i ponaša se odgovorno za sebe i druge. Vanflet (1994) smatra da su neke od najvažnijih prednosti nedirektivne igre to što, pozivajući se na specifične teorijske

³ Naziv Terapija igrom usmerena na dete (Child-Centered Play Therapy) potiče iz severno-američke literature i u ovom trenutku je nešto popularniji od originalnog naziva Nedirektivna terapija igrom (*nondirective play therapy*), koji se takođe koristi.

modele, koristi detetov prirodni resurs, potrebu za igrom, kao princip komunikacije, te omogućava detetu ispoljavanje poteškoća, dok je istovremeno i idealno mesto za učenje kako da se bori sa njima, zaštićeno, u prostoriji koja mu uliva sigurnost.

Terapija igrom usmerena na dete je nedirektivni pristup u kojem dete vodi (bira teme, instrumente i način na koji će ih koristiti), a terapeut pomno i pažljivo prati, nudeći potrebnu bliskost i sigurno okruženje. Upravo ta bliskost i fokusiranost na dete pomaže u prevladavanju teških situacija. Detetu se unutar prostora za igru postavljaju jedino ograničenja koja se tiču očuvanja bezbednosti i sigurnosti. Takav pristup omogućava detetu da se u potpunosti usmeri na vlastite resurse, pronade nove načine ophođenja prema emocijama i razvije nove oblike ponašanja. Detetu se pruža mogućnost da doživi sebe kao sposobnu, odgovornu osobu koja ima društvene odnose, pri čemu uči dve važne stvari: da niko uistinu ne poznaje nečiji unutrašnji svet tako dobro kao što ga poznaje sama individua i da se odgovornost i sloboda izbora razvijaju unutar pojedinca. Napredak u odnosu sa drugima dolazi postupno: dete najpre treba da nauči da poštuje sebe, iz čega proizlazi osećaj dostojanstva, pre nego što nauči da poštuje ličnost, prava i različitost drugih (Ray et al., 2015). Uloga terapeuta je praćenje ritma deteta u tom procesu, uz pokušaj da razume unutrašnji referentni okvir konkretnog deteta. Terapeut može povremeno reflektovati ono što opaža da dete radi, u cilju pokazivanja razumevanja detetovih osećanja i učenja deteta da samo prepozna sopstvene emocije koje leže iza nekog ponašanja, ali se postavljanje pitanja, davanje sugestija, rešenja i nuđenje pomoći strogo izbegavaju. Terapeut ne može da učini da deca rastu brže u nekoj značajnoj emocionalnoj ili razvojnoj oblasti, koliko god se trudio i bio dobronameran ili vešt. Često će, međutim, doživljavati potrebu, ili čak pritisak, da to čini. Nastavnici i roditelji, na primer, često očekuju od terapije da promeni dete ili njegovo ponašanje, tako da se ono uklopi u već definisana očekivanja zainteresovanih odraslih. To jednostavno nije moguće u okviru nedirektivnog tretmana igrom. Ovde se polazi od uverenja da sve što je detetu potrebno za razvoj već postoji u samom detetu. Bezuslovno poverenje u detetovu unutrašnju motivaciju za prilagođavanje, mentalno zdravlje, autonomiju i samoaktualizaciju omogućava detetu da se kreće tempom rasta koji određuje njegov jedinstven sklop.

Terapijski uslovi za rast

Terapija igrom usmerena na dete podrazumeva sveobuhvatnu filozofiju koja se zasniva na dubokoj posvećenosti terapeuta detetu i verovanju u njegov urođen kapacitet za rast. Podrazumeva kompletan terapijski sistem, a ne samo primenu nekoliko tehnika u radu. Prirodu specifičnog odnosa između terapeuta i deteta u ovom pristupu pokušala je da objasni Axline (1947) u svojim osam osnovnih principa, koji i danas čine okosnicu terapijskog delovanja:

1. Terapeut je istinski zainteresovan za dete i razvija sa njim topao, brižan odnos.
2. Terapeut bezuslovno prihvata dete i ne želi da ono bude drugačije nego što jeste.
3. Terapeut stvara osećaj sigurnosti i popustljivosti u odnosu, tako da se dete oseća slobodno da istražuje i ispoljava sebe.

4. Terapeut je osetljiv na osećanja deteta i nežno reflektuje ta osećanja, na takav način da se kod deteta razvija samorazumevanje.
5. Terapeut duboko veruje u sposobnost deteta da se ponaša odgovorno, nepokolebljivo poštuje sposobnost deteta da rešava lične probleme i omogućava detetu da to uradi.
6. Terapeut omogućava detetu da vodi u svim oblastima odnosa i opire se svakoj potrebi da usmeri dečju igru ili razgovor.
7. Terapeut poštuje postupnost u terapijskom procesu i ne pokušava da ga ubrzava.
8. Terapeut utvrđuje samo one terapeutske granice koje pomažu detetu da prihvati odgovornost prema sebi i sa drugima.

Odnos koji se razvija između terapeuta i deteta, uz kreativnost koju taj odnos oslobađa, generiše snagu za otpočinjanje procesa pravilnog razvoja za dete. Treba imati na umu da, šta god da se iz tog odnosa razvija, kod deteta je već bilo prisutno. Drugim rečima, terapeut ništa ne stvara, on samo pomaže da se oslobode potencijali koji već postoje u detetu. Tokom terapijske igre, dete se smatra odgovornim za sebe i sposobnim za preuzimanjem te odgovornosti. Ovaj snažan osećaj samoodgovornosti povezuje veštine i znanje dece sa aktivnostima koje se aktuelno dešavaju tokom igre (Bandura, 1977), podržavajući formiranje novih ponašajnih obrazaca, neophodnih za socijalno i emocionalno sazrevanje.

U terapiji igrom usmerenoj na dete, ključni faktor napredovanja nisu igračke, ili terapeutovo tumačenje detetovog ponašanja, nego odnos privrženosti koji se stvara između terapeuta i deteta (Landreth, 1993). Omogućavajući detetu sigurnu bazu, terapeut daje podršku razvoju pozitivnog odnosa prema sebi i zdravih obrazaca ponašanja u odnosu prema značajnim drugim figurama (Ainsworth & Bell, 1970). Prihvatajuće okruženje i dosledno podržavajuće ponašanje terapeuta stvaraju mogućnost za dete da, koristeći igru, uspostavi siguran odnos sa terapeutom i osnaži sebe na putu ka rešavanju unutrašnjih i interpersonalnih konflikata (Cochran et al., 2010). Terapeut ispred sebe ima zadatak da bude podržavajući pratilac detetove igre koji se trudi da razume detetovo viđenje sveta i pomogne mu da prepozna vlastita osećanja i pronađe način da se nosi sa njima. Postupci koji mu u tome pomažu uključuju refleksiju osećanja (“besan si”), odražavanje sadržaja igre (“mama se bori sa tatom”), praćenje ponašanja (“sada prelaziš na drugu stranu”), olakšavanje donošenja odluka (“ti odlučuješ o tome”), omogućavanje kreativnosti (“to može biti šta god poželiš”) i tumačenje odnosa (“želiš da se osećam bolje”) (Axline, 1947; Landreth, 2002).

Kako se terapija igrom odvija: Proces

U terapiji igrom usmerenoj na dete nema formalnih pravila koja definišu strukturu svake pojedinačne sesije. Deci je data sloboda da kontrolišu šta će se dešavati i vode sesiju na način na koji oni misle da treba. Ona su glavni režiseri svake sesije (Landreth,

2012) što znači da terapeutovo učestvovanje u igri zavisi od njihove želje. Preciznije, terapeut uvek jeste emotivni učesnik, u smislu u kom je emocionalno učestvovanje i samo njegovo podržavajuće prisustvo. Ali to, da li će biti fizički učesnik u igri, odlučuje dete. Terapeut u igru ulazi samo na jasan i nedvosmislen poziv deteta. Jako je važno dozvoliti detetu da ono upravlja sesijom, kako bismo bili sigurni da su upravo njegove emocije, misli i uverenja ono što je odigrano tokom sesije.

Ipak, izvesna ograničenja moraju postojati, a ta ograničenja postavlja terapeut. Ograničenja se ne postavljaju unapred, kako ne bi sprečila dete da prostoriju za igru doživi kao mesto gde se stvari ne smeju, a odnos sa terapeutom i atmosferu tokom igre oboji negativnim tonovima (Landareth, 2012), već u trenutku kada je potrebno. Terapeut postavlja ograničenja kada dete zahteva ili čini nešto što ugrožava njega samog, igračke, terapeuta ili sprečava terapeuta u ispunjenju terapeutskih uslova za rad koji podrazumevaju mogućnost da se detetu posveti puna pažnja, prihvatanje i toplina. Kada je potrebno uvesti ograničenje, to se čini na način koji je precizan, jasan i dozvoljava detetu da napravi izbor oko toga šta će se sledeće desiti, što mu daje osećaj samoodgovornosti i samokontrole koji doprinosi rastu i razvoju.

Prostorija za igru

Treba biti pažljiv pri kreiranju podržavajućeg mesta za igru. Prostorija za igru mora sadržati igračke i materijale za istraživanje, ekspresiju i provežbavanje raznovrsnih emocija i ponašanja, iako ne treba zaboraviti da je emocionalna bliskost koja se razvija iz terapeutskog saveza i toplog odnosa terapeuta prema detetu (Landareth, 2012) najvažnije terapeutsko sredstvo. Dete vide prostoriju za igru kao sigurno mesto gde su slobodni da budu svoji i na kom mogu raditi “skoro sve što požele”. Upravo je ovo izjava koja ih dočekuje pri svakom susretu sa terapeutom: “Sada ulazimo u posebnu prostoriju za igru. To je mesto na kom možeš raditi skoro sve što poželiš, a ako postoji nešto što ne možeš da radiš, ja ću te na vreme upozoriti”. Optimalni prostor je sasvim jednostavna soba, veličine od oko 12 kvadratnih metara, niti suviše uredna, niti u neredu, opremljena specijalno odabranim igračkama. Landareth (Landareth, 2012) izdvaja nekoliko ključnih karakteristika koje bi igračke i materijali trebalo da poseduju. On navodi da bi mehaničke, složene i igračke sa baterijama trebalo izbegavati. Ovakve igračke mogu zaokupiti svu pažnju deteta tokom trajanja seanse, dok sugerišu način na koji će ih dete koristiti i mogu izazvati uznemirenost deteta prilikom kvara ili prestanka rada baterija. Trebalo bi da koristiti igračke koje ne podrazumevaju unapred određenu strukturu igre i zacrtan put do predviđenog cilja. Važno je da to budu igračke koje dete može koristiti samostalno, bez pomoći terapeuta i takve da ne iziskuju nužno upotrebu verbalizacije. Nije nevažna ni napomena da bi igračke trebalo da budu snažne konstrukcije, koja može da izdrži stalnu aktivnu upotrebu, ali i bezbedne za korišćenje. No najvažnije od svega je to da igračke koje će se koristiti u terapiji igrom dozvoljavaju ispoljavanje širokog opsega kreativnih i osećajnih ekspresija, kao i istraživanje i imaginaciju (O'Connor et al., 2015).

Kada je u pitanju sadržaj, prostorija za igru bi trebalo da poseduje porodično orijentisane igračke i igračke za odigravanje situacija iz stvarnog života (*kuća lutaka sa nameštajem, kuhinja i posuđe, krevetići i čebad za lutke, porodica lutaka, lutke bebe i deca, životinje, automobili, novac, pijaca*), relaciono agresivne, *acting-out* igračke i takmičarske igračke (*vojnici, pištolji, strele, divlje životinje, dinosaurusi, prut, hula-hop, konopac za preskakanje, pikado*), igračke koje služe komunikaciji (*telefoni, megafoni*), igračke za kreativno ispoljavanje (*kreoni, markeri, maske, pesak, odeća za presvlačenje, magični štap i čarobno ogledalo, plastelin, tabla za crtanje, komplet za spasavanje*) i igračke za emocionalno pražnjenje (*pesak, voda, plastelin, glina*).

Iako je poželjno da prostorija za igru bude opremljena na način koji je naveden, potpuna opremljenost nije najbitniji uslov uspeha terapije. Stoga su blaga odstupanja od navedenih kriterijuma dopuštena, a u praksi često i neizbežna. Školski psiholozi ili psiholozi u domovima zdravlja najčešće neće imati odvojenu prostoriju za igru, već će svoje kancelarije modifikovati u igraonice. U takvim uslovima i “poseban ugao za igru” može biti dovoljan. Pažljiv odabir igrčaka važniji je od toga da sve igračke sa spiska budu prisutne. Porodica plišanih medveda može zameniti ljudsku porodicu, u slučaju nužde. Važno je samo da igračke u prostoriji za igru budu odabrane u cilju podsticanja izražavanja, a ne za to da detetu prođe vreme (O’Connor et al., 2015).

Trajanje tretmana i dužina sesija

Metaanalitičke studije koje su se bavile proučavanjem velikog broja pojedninačnih nalaza vezanih za efekte terapije igrom usmerene na dete govore nam da se najbolji rezultati postižu nakon 30–40 sesija, koje su uobičajenog trajanja od 30 minuta (Bratton et al., 2005; LeBlanc & Ritchie, 2001). No, nalazi Reja i saradnika (Ray et al., 2015) pokazuju da su pomaci vidljivi i statistički značajni i nakon 12 sesija, što ukazuje na mogućnost primene terapije igrom usmerene na dete kao kratke intervencije. Uobičajeno trajanje sesije je od pola sata do sat vremena, zavisno od uzrasta deteta.

Kome je terapija igrom namenjena: indikacije i kontraindikacije

Terapija igrom usmerena na dete namenjena je deci uzrasta od treće do dvanaeste godine. Izuzetno, kod dece koja su trpela emocionalno uskraćivanje i socijalnu deprivaciju, usled čega je prisutno zaostajanje u razvoju, moguće je podići gornju granicu na 17 godina. Valja pomenuti da ima pokušaja prilagođavanja terapije igrom za bebe (McMahon, 2012), ali i za odrasle (O’Connor et al., 2015). Iako je fokus na detetu, a ne na problemu ili na dijagnozi (Liles & Packman, 2009), postoje smernice koje ukazuju na to koja deca bi mogla imati najviše koristi od igre u terapijskom kontekstu. To su deca koja su iskusila fizičko, emocionalno ili seksualno

zlostavljanje, fizičko i emocionalno zanemarivanje, nasilje ili bolest u porodici, bilo koji oblik traume ili značajan gubitak. Takođe, to mogu biti deca sa dijagnozama reaktivnog poremećaja afektivne vezanosti, hiperaktivnosti, suprotstavljajućeg ponašanja, poremećaja ponašanja ili ishrane, anksiozna i depresivna deca. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (Perou et al., 2013) obavio je izveštaj o mentalnom zdravlju dece u SAD, za period od 2005. do 2011, koji je pokazao da je deficit pažnje i hiperaktivnost (6.8%) najučestalija dijagnoza među decom uzrasta od 3 do 17 godina. Slede poremećaj ponašanja (3.5%), anksioznost (3.0%), depresija (2.1%), autizam (1.1%) i Turetov sindrom (0,2%) (Perou et al., 2013). Brojne studije su pokazale da je terapija igrom usmerena na dete efikasan tretman za većinu ovih, ali i mnoge druge probleme (O'Connor et al., 2015). Terapija igrom usmerena na dete ima široko polje primene i gotovo da nema deteta kojem se ne može ponuditi. Razvijene su čak i prilagođene verzije terapije za rad sa autističnom decom (na primer Josefi & Ryan, 2004; Kenny & Winick, 2000) koja su, usled smanjenog kapaciteta za simboličnu predstavu i teškoća u uspostavljanju socijalnih interakcija, tradicionalno smatrana nepogodnom za terapiju igrom. U radu sa autističnim detetom terapeut šalje poruku poštovanja i sigurnosti, sa bezuslovnim pozitivnim nagradama, kako bi se dete osetilo spremno da podeli svoj svet sa drugima. Cilj nije popravljavanje sekundarnih simptoma autizma, niti menjanje detetovog ponašanja, već redukovanje emocionalnih problema i potpuno prihvatanje deteta onakvog kakvo ono jeste. Posebno su izdvojena četiri polja na koja bi intervencije u okviru terapije igrom usmerene na dete trebalo da budu usmerene u radu sa autističnom decom (Josefi & Ryan, 2004). To su udružena pažnja, imitacija, mapiranje uma i funkcionalna igra. No, autori ipak navode da je za decu sa teškim oblicima autističnog poremećaja i aktivnim šizofrenim ispoljavanjima malo verovatno da će pozitivno reagovati na terapiju igrom (Guerney, 2001). Sličnu zabrinutost pri radu sa odraslim pacijentima koji su bolovali od ozbiljnih mentalnih poremećaja ispoljio je Rodžers, koji je smatrao je takvim pacijentima teško da uvide vrednosti pristupa koji se temelji na obostranoj iskrenosti, empatiji i bezuslovnim pozitivnim potkrepljenjima (Glover & Landreth, 2015).

Istraživanja efikasnosti terapije igrom

Kada je u pitanju proučavanje efikasnosti psihoterapijskih intervencija namenjenih deci, nedirektivna terapija igrom ima verovatno najdužu istoriju, sa istraživanjima koja datiraju iz perioda pre II svetskog rata (Baggerly et al., 2009). Uglavnom se radi o ekperimentalnim nacrtima, gde se učinak terapije igrom poredi sa alternativnim tretmanom, placebo tretmanom ili odsustvom bilo kakvog tretmana (Lin & Braton, 2015). Autori izveštavaju da je pregledom literature od 1953. do 2010. godine pronađeno čak 110 studija, od kojih većina pokazuje statistički značajnu superiornost terapije igrom nad kontrolnim tretmanima. No, treba imati na umu da je, u statističkom smislu, nedostatak jednog dela ovih istraživanja to što su sprovedena na malom uzorku, što umanjuje statističku moć i mogućnost generalizacije nalaza.

Mnogi autori prepoznali su ovo kao problem, te je u poslednje vreme objavljeno nekoliko metaanalitičkih studija koje za cilj imaju statističko kombinovanje rezultata velikog broja pojedinačnih nalaza kako bi se izračunala ukupna veličina efekta tretmana u okviru terapije igrom (Bratton et al., 2005; LeBlanc & Ritchie, 2001, Ray et al., 2015).

Niz studija efikasnosti terapije igrom usmerene na dete sprovedenih na uzorku školske dece (Fall et al., 2002; Garza & Bratton, 2005; Ray, 2007; Ray et al., 2009; Schottelkorb & Ray, 2009; Schumann, 2010) ukazuju na poboljšanja kada su u pitanju agresivno ponašanje, eksternalizovani problemi, deficit pažnje i problemi u odnosu sa nastavnikom. Blanco i Rej (Blanco & Ray, 2011) potvrđuju stare nalaze (Axline, 1948) o efektu na bolje akademsko postignuće kod dece sa problemima u učenju.

Pojedinačna empirijska istraživanja pokazuju da terapija igrom usmerena na dete popravlja self-koncept (Baggerly, 2004), eksternalizovane smetnje ponašanja (Kot et al., 1998), podstiče razvoj jezika (Danger & Landreth, 2005; Fall et al., 2002; Packman & Bratton, 2003) i umanjuje stres nastao u porodičnoj ili školskoj sredini (Ray, 2007; Ray et al., 2008). Rezultati daju podršku korišćenju terapije igrom usmerene na dete i tretmanu dece i mladih sa dijagnozom deficita pažnje i hiperaktivnosti (Ray et al., 2007; Schottelkorb & Ray, 2009).

Iako su malobrojna, istraživanja koja su pokušala da procene uspešnost nedirektivne terapije igrom kod dece sa teškoćama u razvoju takođe saopštavaju o pozitivnim ishodima. Jedno takvo eksperimentalno istraživanje pokazalo je da je ovaj terapijski modalitet veoma efikasan u tretmanu hiperaktivnog i razdražljivog ponašanja kod dece sa teškoćama u razvoju (Swan & Ray, 2014). Na osnovu proučavanja socioemocionalnog rasta troje dece sa dijagnozom poremećaja iz autističnog spektra, uzrasta od 4 do 6 godina, tokom desetonedeljnog individualnog tretmana nedirektivne terapije igrom, autori zaključuju da terapija rezultuje pozitivnim pomacima u svim merenim oblastima razvoja (Salter, Beamish, & Davies, 2016). Oni navode rezultate studije (Kenny & Winick, 2000, prema Salter, Beamish, & Davies, 2016) sa jedanaestogodišnjom devojčicom sa dijagnozom autizma i učestalim agresivnim prkosnim ispadima. Terapija je obuhvatala nedirektivnu terapiju igrom, roditeljsku podršku i direktivne intervencije koje su se ticale lične higijene i socijalnih veština. Pozitivni pomaci u redukciji razdražljivosti, tantruma i agresivnih pražnjenja i boljoj responzivnosti na zahteve (o kojima su izveštavale majka i učiteljica), bili su u korelaciji samo sa nedirektivnim oblicima terapije. Ovi nalazi ukazuju na to da terapija igrom usmerena na dete može biti uspešna intervencija za podršku socioemocionalnog razvoja autistične dece.

Objavljena je studija (Baggerly & Jenkins, 2009) koja je izučavala efekte nedirektivne terapije igrom na razvojne i dijagnostičke faktore, merene Boksalovim profilom (Boxall Profile) kod dece beskućnika. Na uzorku od trideset šestoro dece značajna poboljšanja su izmerena na jednoj od dve dimezije razvoja i na jednom od tri dijagostička profila, ukazujući na umerenu uspešnost ovog metoda.

Kako su tradicionalne metode lečenja anksioznosti manje uspešne sa decom mlađeg uzrasta, od značaja može biti rezultat ekperimentalne sudije, koji pokazuje značajno smanjenje ukupnog nivoa strepnje kod 53 anksiozna deteta između 6 i 8

godina starosti nakon tretmana u okviru terapije igrom usmerene na dete (Stulmakera & Ray, 2015).

Istraživanje sprovedeno u okviru instituta za mentalno zdravlje (Ray, 2008) koristeći arhivske podatke o tretmanu 202 deteta pokazalo je da je terapija igrom usmerena na dete posebno uspešna sa decom iz kliničke populacije koja imaju eksternalizovane probleme u ponašanju, kod one sa kombinacijom eksternalizovanih i internalizovanih problema i sa decom čiji su roditelji bili korisnici usluga, dok ona sama nisu pripadala kliničkoj populaciji. Ista studija ukazala nam je još jedan značajan podatak – benefite terapije igrom usmerene na dete posredno osećaju i roditelji, rezultati pokazuju značajno smanjenje nivoa roditeljskog stresa majki i očeva nakon tretmana igrom njihove dece.

Na osnovu metaanalitičkih nalaza Bratona i saradnika (Bratton et al., 2005) na preko 90, i Le blanka i Ričija (LeBlanc & Ritchie, 2001) na preko 40 istraživačkih studija, možemo se uveriti u veliku efikasnost terapije igrom, kao terapijskog pristupa u radu sa decom. Braton i saradnici upoređivali su međusobno direktivne terapijske modalitete sa onima koji imaju nedirektivan, humanistički pristup u radu sa decom i izvestili o statistički značajno boljoj efikasnosti potonjih (Bratton et al., 2005).

Nedavno je objavljena metaanalitička studija čiji je cilj bio ispitivanje efikasnosti terapije igrom usmerene na dete u smanjivanju problematičnog ponašanja dece osnovnoškolskog uzrasta (Ray et al., 2014), na osnovu nalaza objavljenih u 23 studije. Rezultati pokazuju da primena nedirektivne terapije igrom ostvaruje značajan efekat na poboljšanje eksternalizovanih (veličina efekta 0.34) i internalizovanih problema (veličina efekta 0.21), kao i na samoefikasnost (0.29) i akademsko postignuće (0.36), čime je obezbeđen snažan dokaz koji govori u prilog ovoj intervenciji (Ray et al., 2014).

Na osnovu pregleda navedenih nalaza uočavamo da gotovo svi jednoglasno govore o pozitivnim implikacijama koje nedirektivna terapija igrom može imati za psihološki rast i razvoj dece. Terapija igrom usmerena na dete je priznata kao najpopularniji oblik terapije igrom u Sjedinjenim Američkim Državama (Lambert et al., 2005), veliku popularnost i uticaj ima i širom sveta (Ray, 2014) i brojna istraživanja potvrđuju njenu efikasnost već decenijama unazad. Stoga je upadljivo odsustvo savremene domaće literature i istraživanja na ovu temu. Terapija igrom usmerena na dete je metod koji je vrlo ekonomičan, u smislu da ne zahteva velika finansijska ulaganja za primenu, edukacija za bazični nivo je relativno brza i kratkotrajna, sama terapija spada u kratke intervencije, a ima zadovoljavajuću efikasnost, te bi je trebalo popularisati za primenu kod nas. Preporuka da se radi na tome, kroz razvoj edukativnih programa i širenje terapije igrom u različitim kontekstima, čini se razumnom.

Zaključak

Terapija igrom usmerena na dete ima dugu istoriju efikasnog korišćenja, kako u kliničkom, tako i u školskom okruženju. Ona prati i potpomaže razvoj, bez stvaranja pritiska na dete da se promeni u skladu sa unapred definisanim zahtevima sredine.

Cilj je podsticanje zdravog rasta i razvoja, razvijanje veština u rešavanju problema, redukcija nepoželjnog ponašanja, jačanje samopouzdanja i razvijanje samokontrole, u aktuelnoj situaciji, kroz prihvatanje deteta i njegovih sposobnosti da vodi na tom putu. Efikasnost terapije igrom usmerene na dete za tretman širokog spektra problema i poremećaja kod dece potvrđena je u brojnim istraživanjima. Preporučeno je zato osnaživanje domaćih stručnjaka za primenu ovog pristupa.

Literatura

- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*, 49–67. <http://dx.doi.org/10.2307/1127388>
- Axline, V. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Houghton Mifflin.
- Axline, V. (1948). Play therapy: Race and conflict in young children. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 43*, 300–310.
- Axline, V. (1981). *Play therapy*. New York: Ballantine Books.
- Baggerly, J. (2004). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, 13*(2), 31–51. <https://doi.org/10.1037/h0088889>
- Baggerly, J.; Jenkins, W. (2009). The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, 18*(1), 45–55. <https://doi.org/10.1037/a0013878>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Blanco, P., & Ray, D. (2011). Play therapy in elementary schools: A best practice for improving academic achievement. *Journal of Counseling and Development, 89*, 235–243.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional psychology: research and practice, 36*(4), 376–390. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
- Bromfield, R. N. (2003). Psychoanalytic play therapy. *Foundations of play therapy*, 1-13.
- Cochran, J., Cochran, N., Nordling, W., McAdam, A., & Miller, D. (2010). Two case studies of childcentered play therapy for child referred with highly disruptive behavior. *International Journal of Play Therapy, 19*, 130–143. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019119>
- Danger, S., & Landreth, G. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy, 14*, 81–102.
- Fall, M., Navelski, L. F., & Welch, K. K. (2002). Outcomes of a play intervention for children identified for special education services. *International Journal of Play Therapy, 11*, 91–106.
- Garza, Y., & Bratton, S. (2005). School-based child centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy, 14*, 51–80.

- Glover, G., & Landreth, G. L. (2015). Child-centered play therapy. *Handbook of Play Therapy*, 93–118.
- Guerney, L. (2001). Child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 13–31.
- Josefi, O. & Ryan, V. (2004). Non-directive play therapy for young children with autism: A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 533–551. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104504046158>
- Kenny, M., & Winick, C. (2000). An integrative approach to play therapy with an autistic girl. *International Journal of Play Therapy*, 9, 11–33.
- Kot, S., Landreth, G., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7, 17–36.
- Lambert, S., LeBlanc, M., Mullen, J., Ray, D., Baggerly, J., White, J., & Kaplan, D. (2005). Learning more about those who play in session: The national play therapy in counseling practices project. *Journal of Counseling & Development*, 85, 42–46.
- Landreth, G. L. (1993). Child-centered play therapy. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28(1), 17–29.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 529.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.
- Leblanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 149–163.
- Liles, E. E., & Packman, J. (2009). Play therapy for children with fetal alcohol syndrome. *International Journal of Play Therapy*, 18(4), 192–206.
- Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45–58.
- Ljubomirović, N. (2000). Play therapy for children with attachment disorder from 4-7 years of age. *Psihijatrija danas*, 32, 167–180.
- Ljubomirović, N., Srećković, N., & Rangelov, A. (2015). Children's expression through play therapy. *Psihijatrija danas*, 47(2), 93–103.
- McMahon, L. (2012). *The handbook of play therapy and therapeutic play*. Routledge.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2015). *Handbook of play therapy*. John Wiley & Sons.
- Packman, J., & Bratton, S. (2003). A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy*, 12, 7–29.
- Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., ... & Parks, S. E. (2013). Mental health surveillance among children—United States, 2005–2011. *MMWR Surveill Summ*, 62(2), 1–35.
- Ray, D. (2007). Two counseling interventions to reduce teacher-child relationship stress. *Professional School Counseling*, 10, 428–440.
- Ray, D. C. (2008). Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2), 165–187.

- Ray, D. C., Armstrong, S. A., Balkin, R. S., & Jayne, K. M. (2015). Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools, 52*(2), 107–123
- Salter, K., Beamish, W., & Davies, M. (2016). The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *International Journal of Play Therapy, 25*(2), 78–90.
- Schottelkorb, A., & Ray, D. (2009). ADHD symptom reduction in elementary students: A single case effectiveness design. *Professional School Counseling, 13*, 11–22.
- Stulmakera, H., Ray, D. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review, 57*, 127–133.
- Swan, K. L., & Ray, D. C. (2014). Effects of child-centered play therapy on irritability and hyperactivity behaviors of children with intellectual disabilities. *The Journal of Humanistic Counseling, 53*(2), 120–133.
- VanFleet, R., Ryan, S. D., & Smith, S. K. (2005). Filial therapy: A critical review. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 241–264). American Psychological Association.
- VanFleet, R., Sywulak, A. & Sniscak, C. (2010). *Child Centered Play Therapy*. Guilford Press.

NON-DIRECTIVE PLAY THERAPY

Aleksandra Bogdanović

University of Niš, Faculty of Philosophy, Department of Psychology

Abstract: This article was created with the intention of presenting to the domestic professional public the modality of play therapy that is often used in the world today in working with children – non-directive play therapy. This is done through the presentation of the basic theoretical principles on which the intervention is based, the therapeutic process and the techniques by which the therapy takes place. Individual and meta-analytical studies of the effectiveness of this therapeutic modality are presented, which illustrate that the application of this form of short therapy has a significant effect on the reduction of emotional and behavioral disorders in children from 3 to 12 years. It is recommended to empower domestic experts to apply this approach.

Keywords: *child-centered therapy, non-directive approach, play therapy.*

Цитирање чланка:

Aleksandra, B. (2022). Nedirektivna terapija igrom. *Godišnjak za pedagogiju 7*(1), 37-48.