

Terapija igrom s djecom s poremećajem iz spektra autizma

Klišanin, Kristina

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:292067>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-10**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Terapija igrom s djecom s poremećajem iz spektra autizma

Kristina Klišanin

Zagreb, rujan 2019.

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Terapija igrom s djecom s poremećajem iz spektra autizma

Kristina Klišanin

izv.prof.dr.sc. Snježana Sekušak-Galešev

Zagreb, rujan 2019.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Terapija igrom s djecom s poremećajem iz spektra autizma“ i da sam njegova autorica.

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

Ime i prezime: Kristina Klišanin

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2019.

Terapija igrom s djecom s poremećajem iz spektra autizma

Kristina Klišanin

izv.prof.dr.sc. Snježana Sekušak-Galešev

Edukacijska rehabilitacija / Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

Sažetak rada:

Iako danas postoji mnogo terapija namijenjenih osobama s teškoćama, nedovoljno je razvijenih i dostupnih intervencija koje su usmjerene na pružanje savjetodavne ili psihoterapijske podrške ovoj populaciji. Posebno je zabrinjavajuće i što takve intervencije nisu dostupne djeci i mladima s poremećajem iz spektra autizma koji su podložniji problemima mentalnog zdravlja što zajedno s obilježjima primarne teškoće i nerazumijevanjem okoline značajno narušava kvalitetu njihovog života. Upravo zbog toga važno je istražiti mogućnosti primjene terapije igrom kao jednog od oblika psihoterapije za razrješavanje i preveniranje različitih psihosocijalnih teškoća s kojima se djeca s poremećajem iz spektra autizma susreću. Razni autori pretpostavili su kako sigurno okruženje i razvoj privrženog odnosa unutar terapije igrom može dijete s autizmom na temelju intrinzične motivacije potaknuti na daljnji razvoj poštivajući njegov integritet i autentičnost. Studije slučaja prikazane u radu pokazale su pozitivan utjecaj terapije igrom na područja koja uobičajeno nisu u fokusu tijekom rada s navedenom populacijom, a koja su važna za razvoj zadovoljavajućeg odnosa prema sebi i drugima, kao što su empatija, privrženost, autonomija i suočavanje s traumama. Dodatan argument za ovakvu praksu nude i ispitana spremnost roditelja na uključivanje u terapiju igrom te perspektiva stručnjaka koji imaju pozitivna iskustva na ovom području. Iako je primjenu terapije igrom u radu s ovom djecom vrlo izazovno potkrijepiti kvantitativnim znanstvenim dokazima, potrebno je provesti daljnja istraživanja jer kao stručnjaci imamo odgovornost proširiti lepezu učinkovitih intervencija koje odgovaraju različitim potrebama, interesima i karakteristikama pripadnicima tako heterogene skupine kao što su djeca s teškoćama.

Ključne riječi: igra, terapija igrom, poremećaj iz spektra autizma

Play therapy with children with autism spectrum disorder

Kristina Klišanin

izv.prof.dr.sc. Snježana Sekušak-Galešev

Edukacijska rehabilitacija / Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

Abstract:

Although there are many therapies available today for people with disabilities, there isn't enough developed and available interventions aimed at providing counseling or psychotherapy support to this population. It is particularly worrying that such interventions are not available to children and young people with autism spectrum disorders who are more vulnerable to mental health problems, which, together with the characteristics of primary disability and misunderstanding from society, significantly impair their quality of life. Because of that, it is important to explore the possibilities of using play therapy as a form of psychotherapy to address and prevent the various psychosocial difficulties that children with autism spectrum disorders encounter. Various authors have suggested that a secure environment and the development of an attachment relationship within play therapy can encourage a child with autism to further develop based on intrinsic motivation while respecting his or her integrity and authenticity. The case studies presented in this paper have shown the positive impact of play therapy in areas that are not usually in focus while working with the population in question, and which are important for developing a healthy relationship to oneself and others, such as empathy, attachment, autonomy, and trauma management. An additional argument for this practice is offered by the proven willingness of parents to engage in play therapy and the perspective of professionals with positive experiences in this field. Although the use of play therapy with these children is very challenging to confirm with quantitative scientific evidence, further research is needed as we, as professionals, have a responsibility to expand the range of effective interventions that meet the diverse needs, interests and characteristics of members of such a heterogeneous group of children with disabilities.

Key words: play, play therapy, autism spectrum disorder

Sadržaj:

1. Uvod	2
2. Problemska pitanja	3
3. Terapija igrom	4
4. Obilježja djece s poremećajem iz spektra autizma	10
4.1. Mentalno zdravlje osoba s poremećajem iz spektra autizma	13
4.2. Igra djece s poremećajem iz spektra autizma	17
5. Iskustva primjene terapije igrom s djecom s poremećajem iz spektra autizma.....	22
5.1. Prikaz studija slučaja	25
5.1.1. Poticanje empatije, socijalne kompetencije i samoregulacije u terapiji igrom	25
5.1.2. Razvoj privrženosti, autonomije, simboličke igre i brige o sebi u terapiji igrom ..	28
5.1.3. Integrirana primjena terapije igrom usmjerene na dijete, direktivnog pristupa i eukacije roditelja	34
5.1.4. Ekspresivne metode u terapiji igrom (Sandplay terapija)	36
5.1.5. Terapija igrom u suočavanju s traumama.....	37
5.2. Iskustva terapeuta	40
5.3. Uključivanje roditelja u terapiju igrom	43
6. Zaključak	47
Literatura	48

1. Uvod

Danas je razvijen cijeli spektar intervencija namijenjenih poticanju specifičnih vještina i općeg rasta i razvoja djece s teškoćama u razvoju. Intervencije se obično razlikuju ovisno o tome jesu li više ili manje strukturirane i na koja područja razvoja nastoje utjecati uključivanjem djeteta u terapiju i provođenjem specifičnih metoda. Ipak, čini se da nije razvijeno ili barem dostupno dovoljno intervencija koje pružaju psihosocijalnu podršku djeci, mladima i odraslima s teškoćama u obliku savjetovanja ili psihoterapije. Jedna od takvih intervencija je terapija igrom koja koristi igru kao djetetovo najprirodnije sredstvo izražavanja i učenja za osnaživanje i pružanje podrške u razrješavanju raznih psihosocijalnih teškoća. Igra je karakteristična za svu djecu, bez obzira na razlike u materijalnim uvjetima, socijalnom okruženju i kulturi i u kojim odrastaju, a iznimka nisu ni djetetove sposobnosti. Dakle, i djeca s teškoćama uključuju se u slobodnu i spontanu igru uz određene različitosti koje se javljaju zbog međusobne interakcije samih teškoća i djetetove okoline. Među njima se nalaze i djeca s poremećajem iz spektra autizma čije se teškoće u socijalnoj interakciji i sklonost stereotipnim ponašanjima i interesima očituju i u igri. Ipak, takve teškoće ne bi trebale biti razlog neuključivanja djece s poremećajem iz spektra autizma u terapiju igrom, posebno ako uzmemo u obzir probleme mentalnog zdravlja koji se češće javljaju kod navedene populacije, a u kojima terapija igrom kao jedan od oblika psihoterapije može pružiti olakšanje.

2. Problemska pitanja

Uključivanje djece s poremećajem iz spektra autizma u terapiju igrom otvara nekoliko problemskih pitanja na koja ovaj diplomski rad nastoji dati odgovor.

Prvo, u radu će biti predstavljen teorijski okvir terapije igrom koji će se baviti razlikom između igre kao slobodne dječje aktivnosti i igre u terapiji, odnosno specifičnim tehnikama koje terapeuti igrom koriste kako bi u sigurnom prostoru igre potaknuli i osnažili dijete. Poseban naglasak stavljen je na terapiju igrom usmjerenu na dijete koja prema filozofiji humanističke psihologije vjeruje u snagu intrinzične motivacije djeteta za promjenom i rastom što smatram iznimno važnim u radu s djecom s teškoćama. Rad će se ukratko odgovoriti i na pitanje zanimljivih suvremenih spoznaja o utjecaju terapije igrom na neurobiološke strukture i procese koje mogu biti potrebne stručnjacima u njihovom kliničkom radu.

Zatim, otvara se i pitanje na koji način obilježja djece s poremećajem iz spektra autizma mogu utjecati na njihovo uključivanje u terapiju igrom. Uz već poznata obilježja opisana u dijagnostičkim priručnicima, rad se bavi i kratkim prikazom teorija koje nam objašnjavaju zašto dolazi do određenih specifičnosti uz davanje prostora perspektivi samih osoba koje u novije vrijeme sve češće dijele svoje iskustvo života s poremećajem iz spektra autizma. Emocionalni teret koji osobe opisuju povod je za detaljniji prikaz saznanja o mentalnom zdravlju navedene populacije. Narušeno samopouzdanje, loša slika o sebi i problemi mentalnog zdravlja koji se češće javljaju kod osoba s poremećajem iz spektra autizma mogu biti jedan od temelja za uključivanje u terapiju igrom kako bi se navedene teškoće razriješile ili prevenirale.

Opis specifičnosti igre djece s poremećajem iz spektra autizma otvara glavno problemsko pitanje na koje ovaj rad nastoji odgovoriti, a to je prikazati istraživanja koja su ispitala mogućnost primjene terapije igrom u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma. Odabrana istraživanja su studije slučaja koje su pokazale pozitivan učinak terapije igrom na poticanje raznih socioemocionalnih vještina i razrješavanje psihosocijalnih problema djece.

Na kraju se daje odgovor i na pitanje spremnosti roditelja na uključivanje u terapiju te perspektive stručnjaka koji imaju iskustva s primjenom terapije igrom u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma.

3. Terapija igrom

Igra kao dječja aktivnost predmet je interesa mnogih znanosti i pristupa. Ona potiče i u njoj se ogleda cjelokupni razvoj djeteta, od emocionalnog i intelektualnog do tjelesnog i socijalnog. Spontana je i prirođena svoj djeci te im otvara vrijeme i prostor za slobodno izražavanje vlastitih osjećaja, misli i teškoća s kojima se susreću. S obzirom na cjelokupnost dječjih aktivnosti koje se mogu smatrati igrom, možemo ju kategorizirati prema nekoliko kriterija. Prema spoznajnom razvoju razlikujemo senzomotornu, organiziranu, funkcionalnu, konstruktivnu i simboličku igru te igru s pravilima, a prema razini socijalne interakcije razlikujemo samostalnu, promatračku, paralelnu, asocijativnu i suradničku. Igru možemo dijeliti i obzirom na njenu složenost, materijale koji se koriste, psihičke funkcije koje igra zahtijeva i mnoge druge, ovisno o tome koji dio ovog složenog fenomena želimo istražiti (Sekušak-Galešev, 2011.).

Zbog toga je za ovaj rad bitna podjela autorice Gjurković (2018.) koja razlikuje edukativnu, slobodnu i terapeutsku igru s obzirom na ulogu i sudjelovanje odrasle osobe u igri s djetetom. Kao što joj i ime govori, u edukativnoj igri odrasla osoba koristi prostor igre za poučavanje raznih vještina i prijenos znanja važnih za djetetov daljnji rast i razvoj. U slobodnoj igri dijete i odrasla osoba ravnopravni su partneri u igri u kojoj oboje uživaju, spontani su i potpuno su prisutni „ovdje i sada“ bez skrivenih namjera za poučavanjem. Konačno, u terapeutskoj igri odrasla osoba svojim pristupom i specifičnim tehnikama nastoji pomoći djetetu u razumijevanju i razrješavanju problema koji ga opterećuju.

Upravo na tom tragu je i definicija organizacije The Association for Play Therapy osnovane u Kaliforniji 1982. godine koja terapiju igrom određuje kao „*sistematičnu primjenu teorijskog modela s ciljem uspostavljanja interpersonalnog odnosa u kojem educirani terapeut koristi terapijsku snagu igre kako bi klijentu pomogao u prevenciji ili razrješavanju psihosocijalnih teškoća i ostvarivanju optimalne razine rasta i razvoja.*“¹.

Obzirom da je terapija igrom usmjerena na osnaživanje djeteta za (ponovno) uspostavljanje ravnoteže koja će mu pomoći u razrješavanju trenutnih psihosocijalnih teškoća te mu ponuditi alate za suočavanje s njima u budućnosti bez narušavanja ravnoteže, terapiju igrom možemo smatrati jednim od oblika psihoterapije (Sekušak-Galešev, 2014./2015.).

¹ <https://www.a4pt.org/page/AboutAPT>

Znakovito je i da terapija igrom svoje izvore ima u dječjoj psihoterapiji, a njenim pionirkama smatraju se Anna Freud i Melanie Klein koje su razvile teoriju i tehnike strukturirane terapije igrom koja se oslanjala na psihoanalitički pristup i katarzično značenje igre za djecu (Leblanc i Ritchie, 2001. prema Sekušak-Galešev, 2014./2015.). Kasnije se razvilo više različitih pristupa među kojima se nalaze, uz psihoanalitički pristup, terapija pražnjenja, terapija odnosa, grupna terapija igrom, terapija ograničavanjem i bihevioralna terapija. Pristupi se međusobno razlikuju prema cilju koji terapija ima, populaciji kojoj je namijenjena te ulozi terapeuta (Sekušak-Galešev, 2014./2015.). Ipak, danas se u literaturi najviše istražuje utjecaj terapije igrom usmjerene na dijete (engl. Child-Centered Play Therapy - CCPT), ranije znanu kao nedirektivna terapija igrom.

Terapija igrom usmjerena na dijete temelji se na filozofiji terapije usmjerene na klijenta Carla Rogersa, jednog od utemeljitelja humanističke psihologije. Virginia Axline primijenila je princip vjerovanja u ljudski potencijal za promjenom i samoiscjeljenjem u prihvaćajućoj i empatičnoj okolini na rad s djecom. U okviru ovog pristupa, igra se smatra jednom od najprirodnijih samoiscjeljujućih aktivnosti u kojoj dijete može sudjelovati obzirom da mu ona pruža prostor fantazije gdje sa sigurne udaljenosti može izraziti svoje najdublje misli, emocije i konflikte. Zbog toga terapeut nije pozvan osuđivati djetetovo ponašanje već razumjeti njegov pogled na svijet i „*vjerovati i imati povjerenja u intrinzičnu motivaciju za prilagodbom, mentalnim zdravljem, neovisnosti, autonomijom i samoaktualizacijom čime omogućuje djetetu tempo rasta određen njegovim jedinstvenim ritmom.*“ (Landreth, 1993., str.18.). Odgovornost je terapeuta da pokaže iskreno zanimanje za dijete i bezuvjetno ga prihvati onakvim kakvo ono doista jest. Između njih se razvija topao i brižan odnos u kojem se dijete osjeća dovoljno sigurno da može potpuno slobodno istražiti i izraziti sebe. Osjećaje koje dijete izražava terapeut reflektira kako bi se mu omogućio da razumije samo sebe, ali uz potpuno vjerovanje i poštovanje u djetetovo unutarnje vođenje i sposobnost da razriješi svoje konflikte. Na taj način terapeut izbjegava požurivanje i usmjeravanje procesa terapije uz postavljanje samo nužnih ograničenja koja pomažu djetetu da prihvati osobnu odgovornost i određenu razinu odgovornosti u odnosu na terapeuta. Ovi principi rada u terapiji igrom usmjerenoj na dijete sažimaju se u 4 glavne poruke koje terapeut prenosi djetetu: „Ovdje sam i ništa me neće omesti, potpuno sam prisutan fizički, mentalno i emocionalno za tebe. Ušima i očima slušam sve što mi (ne)govoriš, želim te potpuno čuti. Razumijem što mi pokušavaš izraziti i potrudit ću se da još bolje razumijem što izražavaš, doživljavaš i odigravaš. Stalo mi je do tebe i želim da to znaš.“ (Landreth, 1993.).

Da bi se doista i stvorio ovakav prislan odnos između terapeuta i djeteta te kreiralo okruženje u kojem je dijete osnaženo da samo razriješi svoje konflikte, terapeut primjenjuje nekoliko specifičnih tehnika. Najčešće korištene tehnike odnose se na terapeutsko postavljanje granica, empatičko reflektiranje misli, osjećaja i ponašanja, neverbalno zrcaljenje/praćenje te parafraziranje i sažimanje.

Terapeutsko postavljanje granica odnosi se na stvaranje sigurnog okvira koji djetetu šalje poruku da su svi njegovi osjećaji, želje i potrebe dopuštene, ali nisu sva ponašanja prihvatljiva. Primjerice, moguće je postaviti granicu da nije dopušteno udaranje terapeuta ili uništavanje igračaka. Važno je da se postave samo nužne granice te da one budu specifične i provodljive. Primjerice, nije preporučljivo postaviti granicu „*Ne možeš me jako udariti.*“. Landreth (1993.) navodi kako je postavljanje granice nužno da bi se dijete osjećalo fizički i emocionalno sigurno, ali kako bi se zaštitio i terapeut u fizičkom smislu, ali i zbog izbjegavanja razvoja negativnih osjećaja prema djetetu koje bi ga u pretjerano permisivnom okruženju moglo ugrožavati. Granice osiguravaju i da terapeutski odnos koji se razvije između djeteta i terapeuta ostane profesionalan, etičan i socijalno prihvatljiv. Također, granice okolini daju obilježja dosljednosti i predvidljivosti te naglašavaju „*ovdje i sada*“ element terapije igrom. Nadalje, ako su granice postavljene na način da odgovornost prebacuju na dijete, one potiču razvoj vještine donošenja odluka, samokontrole i odgovornosti. Primjerice, na terapeutu je odgovornost da provodi ograničenje ako je ono postavljeno na način „*Ne smiješ udarati po prozoru.*“, dok granica „*Prozori nisu za udaranje.*“ odgovornost prebacuje na dijete (Landreth, 1993.).

Gjurković (2018.) objašnjava tri ključna koraka u terapeutskom postavljanju granica ilustrirajući ih primjerima. U prvom koraku terapeut empatički reflektira djetetove osjećaje u tom trenutku, primjerice „*Znam da ti se ne da prekinuti igru.*“. Slijedi jasno izražavanje pravila, odnosno postavljanje granice poput „*Sada je vrijeme da se obuješ i da krenemo.*“, a na kraju djetetu dajemo izbor, odnosno nudimo alternativni način za zadovoljavanje njegove potrebe kao što bi bilo „*Možeš izabrati hoćeš li ti pospremiti ove igračke ili ćemo ih pospremiti zajedno.*“.

Empatičko reflektiranje spomenuto kao prvi korak u terapeutskom postavljanju granica samostalna je tehnika u kojem terapeut parafrazira djetetova ponašanja, misli i osjećaje rečenicama poput „*Razmišljaš s čime ćeš se igrati.*“, „*Odlučio si sve ronioce staviti u pijesak.*“, „*Znam da ti je dosadno.*“, „*Teško ti je zatvoriti kutiju.*“ i slično. Time djetetu

dajemo do znanja da smo ovdje i sada s njim i prepoznajemo što se s njim događa. Također, empatičkim reflektiranjem pomažemo djetetu da samo nauči prepoznati vlastita stanja istovremeno se osjećajući prihvaćeno i voljeno (Gjurković, 2018.).

Ostale tehnike uključuju parafraziranje i sažimanje djetetovih verbalnih odgovora (aktivno slušanje) te neverbalno zrcaljenje gdje terapeut svojim pozicioniranjem, stavom i ekspresijom djetetu šalje poruku da je i fizički usmjeren na njega te nastoji stvoriti opuštenu i otvorenu atmosferu (Sekušak-Galešev, 2014./2015.).

Utjecaj terapije igrom i opisanih tehnika na neurobiološki razvoj djeteta jedno je od novijih područja zanimanja raznih autora. Od terapeuta igrom zahtijeva se da povežu znanja iz ova dva područja kako bi mogli donositi bolje odluke u svom kliničkom radu (Hong i Mason, 2016.). Primjerice, imajući na umu biološki razvoj mozga, važno je da terapeuti znaju da se djeca koja su od rođenja izložena zlostavljanju, zanemarivanju i traumatičnim iskustvima, kasnije mogu suočavati s problemima sa spavanjem, pažnjom, srcem, senzornom integracijom i apetitom, odnosno funkcijama pod kontrolom moždanog debla koji se razvija do 1. godine života (Neigh i dr., 2009.; Perry, 2006.; van der Kolk, 2014. prema Hong i Mason, 2016.). U ranom djetinjstvu, odnosno godinama u kojima su djeca uključena u terapiju igrom, kroz interakciju s okolinom razvija se limbički sustav odgovoran za funkcije kao što su emocionalno reagiranje i motivacija, razvoj privrženih odnosa i integracija pamćenja (Panksepp, 1998.; Siegel, 2012.; van der Kolk, 2014. prema Hong i Mason, 2016.). Djeca koja su tada izložena nepredvidljivim i traumatičnim iskustvima mogu na određene podražaje povezane s traumama reagirati kao na prijetnju te je vjerojatnije da će imati problema s regulacijom vlastitih emocija i razvoju privrženih odnosa. Zbog toga im je potrebna „*trajna sigurna, pozitivna, brižna interakcija s drugima kako bi promijenili asocijacije između ljudi i negativnih iskustava u prošlosti.*“ (Hughes i Baylin, 2012.; Perry, 2006. prema Hong i Mason, 2016., str.37.) što je jedan od ciljeva u uspostavljanju terapijskog odnosa u terapiji igrom. Takva tvrdnja potkrijepljena je i saznanjima o snažnom utjecaju privrženog odnosa na razvoj mozga, posebice već spomenutog limbičkog sustava, kod djece u najranijoj dobi (Davies, 2002.; Perry, 2009.; Schore i Schore, 2008.; Siegel i Bryson, 2011. prema Hong i Mason, 2016.).

Također je važno da su terapeuti upoznati s utjecajem moždanih struktura kao što su amigdala i osovina hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda na razvoj anksioznih poremećaja i javljanje borba-brijeg-smrzavanje reakcija u prijetećim situacijama, posebno kod djece koja

su dugotrajno izložena stresnoj okolini (Hong i Mason, 2016.). Takvo znanje može terapeutu pomoći da prepozna iz kojih moždanih struktura dolazi određena djetetova reakcija i primjenom odgovarajućih tehnika pomoći mu u samoregulaciji. Važna je i uključenost struktura kao što su zrcalni neuroni u proces terapije igrom. Naime, zrcalni neuroni imaju ključnu ulogu u razvoju empatije i imitiranja drugih osoba. Tako je aktiviranjem zrcalnih neurona kod terapeuta omogućeno da opaža, prepoznaje i povezuje se s trenutnim djetetovim emocionalnim stanjem zbog čega se dijete osjeća shvaćeno i prihvaćeno (Stewart i dr., 2016.). Tada se zrcalni neuroni aktiviraju i kod djeteta „*dajući mu snažniji kapacitet za samoregulaciju slično kao što se bebin ritam otkucaja srca uskladi s otkucajima srca bliske osobe prilikom nošenja*“ (Badenoch, 2008. prema Stewart i dr., 2016., str.9.).

Nadalje, Stewart i dr. (2016.) ističu i važnost hormona oksitocina prozvanog i hormonom ljubavi obzirom na njegovu važnu ulogu u razvoju socijalnih odnosa. Naime, igra je kreativno iskustvo koje od djeteta zahtijeva da bude emocionalno uključeno što povećava razinu hormona oksitocina. Oksitocin potiče stanje emocionalnog blagostanja, važnog temelja za uspostavljanje povjerenja i privrženog terapijskog odnosa s djetetom. Više razine oksitocina javljaju se u situacijama kada se pojedinci zajedno smiju i pokazuju privrženost i empatiju (Feldman, 2012. prema Stewart i dr., 2016.) što se i događa tijekom terapije igrom.

Povećane razine oksitocina važne su i za daljnji razvoj mozga kod djeteta uključenog u terapiju igrom. Cozolino (2010., prema Stewart i dr., 2016.) govori da terapeut može iskoristiti svoje znanje neurologije kako bi psihoterapiju koristio kao sredstvo poticanja neuroplasticiteta navodeći kako empatička povezanost između djeteta i terapeuta potiče optimalne uvjete na kemijskoj razini za stvaranje novih neuronskih putova, dok je određena razina emocionalne uzbuđenosti kod djeteta pogodna za oblikovanje i integraciju postojećih neuronskih puteva. Na sličnom tragu su i autorice Wheeler i Dillman Taylor (2016.) koje specifične tehnike terapije igrom povezuju s boljom integracijom informacija na područjima kao što su bilateralna i vertikalna povezanost moždanih struktura, pamćenje, interpersonalni odnosi, svijest i dr. (Slika 1.), odnosno područjima interpersonalne neurobiologije koja spaja znanja iz različitih disciplina o povezanost našeg mozga, uma i odnosa s drugima (Siegel, 2012. prema Wheeler i Dillman Taylor, 2016.) čija neprekidna međusobna razmjena informacija stalno teži boljim oblicima samoorganizacije i integracije.

Table 1
Interpersonal Neurobiology Domains of Integration and Play Therapy Approaches

Domains of integration	Domain summary	Play therapy skill/technique
Consciousness	Awareness of the here-and-now and mindful acceptance for experiences in the moment.	Playroom design Therapeutic relationship Activity or reflection to engage all senses
Bilateral	Connection between the left and right hemispheres.	Brain in the palm of your hand model Connect to redirect "Be with" attitude Reflection of feeling Name it to tame it
Vertical (integrating upstairs and downstairs brain)	Connection between "top" and "bottom" regions of the brain (residing throughout the body) that allow for receptivity of internal experiences and higher order thinking.	Engage, don't enrage. Rule of thumb: Say it in 10 words Reflection of feelings Encouragement Limit setting Use it or lose it
Memory	Differentiation between implicit and explicit memories that allows the past to be experienced as the past.	Use the remote of the mind Metacommunications Remember to remember
Narrative	Meaning made of our experiences through the story we keep and share.	Retelling of stories (i.e., puppetry, dance, art, music, sandtray, or free play) Externalization of problems
State	Resolution between different and sometimes conflictual parts of ourselves and personality.	Let the clouds of emotion roll by SIFT Exercise mindsight Focus on the breath
Interpersonal	Connection between two individuals when we resonate with one another.	Increase the family fun factor Facilitative responses Connect through conflict
Temporal	Organization of time (past, present, future); existential questions purpose/finality of life.	Facilitative responses Process and integrate events into life story
Transpirational	A perceived interconnection to the whole of time, place, people.	Not developed until adolescence

Note. SIFT = sensations, images, feelings, and thoughts.

Slika 1. Područja integracije interpersonalne neurobiologije na koja utječu određene tehnike terapije igrom (Wheeler i Dillman Taylor, 2016.)

Iako su potrebna dodatna istraživanja o neurobiološkoj podlozi terapije igrom, spomenute sposobnosti i vještine kao što su interakcija s drugim osobama, uspostavljanje privrženih odnosa, izražavanje empatije, samoregulacija, promjena iz intrinzične motivacije i dr. koje se nastoje potaknuti u terapiji igrom, obično su područja na kojima se djeca s poremećajem iz spektra autizma često susreću s izazovima. Zbog samih obilježja poremećaja, ali i neprilagođene okoline, mogu se javiti razne psihosocijalne teškoće koje mogu omesti optimalan tijek rasta i razvoja djeteta. Upravo je tada odgovornost terapeuta da povezivanjem znanja iz različitih područja unaprijedi svoj klinički rad i u terapiju uključi svako dijete za koje smatra da bi ona imala pozitivan učinak. Posebno je važno upoznati se s obilježjima djece s poremećajem iz spektra autizma koji se često javljaju kod većine osoba u ovoj

populaciji, ali ostaviti prostor za upoznavanje i prihvaćanje jedinstvenih karakteristika svakog djeteta.

4. Obilježja djece s poremećajem iz spektra autizma

Poremećaj iz spektra autizma obilježen je teškoćama u socijalnoj komunikaciji i interakciji te ograničenim i repetativnim obrascima u ponašanju, interesima ili aktivnostima koje su prisutne već u ranom razvoju djeteta, a ograničavaju ili narušavaju svakodnevno funkcioniranje. Kako je riječ o spektru poremećaja koji obuhvaća osobe različitih sposobnosti, najnovije 5. izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM V) razlikuje 3 stupnja teškoća prema razini potrebne podrške koja može biti povremena, ograničena ili stalna, odnosno intenzivna (Američka psihijatrijska udruga, 2013.).

U izvješću o prevalenciji poremećaja iz spektra autizma među osmogodišnjom djecom (Centers for Disease Control and Prevention, 2014.) navedeno je da se on javlja kod 1 djeteta od njih 59 s razlikama obzirom na spol. Tako je za dječake četiri puta veća vjerojatnost da će biti dijagnosticirani od djevojčica. Podaci o prevalenciji poremećaja iz spektra autizma pokazuju kako je iz godine u godinu sve više djece u dobi od 8 godina dijagnosticirano s ovim poremećajem (Slika 2.). Zbog toga kao društvo imamo odgovornost uložiti dodatne napore u razumijevanje osoba s poremećajem iz spektra autizma i razvoj novih intervencija koje će djeci i odraslim osobama s poremećajem iz spektra autizma omogućiti zadovoljan i ispunjen život.

Surveillance Year	Birth Year	Number of ADDM Sites Reporting	Combined Prevalence per 1,000 Children (Range Across ADDM Sites)	This is about 1 in X children...
2000	1992	6	6.7 (4.5-9.9)	1 in 150
2002	1994	14	6.6 (3.3-10.6)	1 in 150
2004	1996	8	8.0 (4.6-9.8)	1 in 125
2006	1998	11	9.0 (4.2-12.1)	1 in 110
2008	2000	14	11.3 (4.8-21.2)	1 in 88
2010	2002	11	14.7 (5.7-21.9)	1 in 68
2012	2004	11	14.5 (8.2-24.6)	1 in 69
2014	2006	11	16.8 (13.1-29.3)	1 in 59

Slika 2. Prevalencija poremećaja iz spektra autizma prema podacima Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network (Centers for Disease Control and Prevention, 2018.)

Bihevioralno tumačenje poremećaja iz spektra autizma koje nam pruža već spomenuti DSM V ostaje na razini opisa ponašanja tipičnih za osobe s poremećajem iz spektra autizma. Da bi doista razumijeli što je u podlozi opisanih ponašanja, potrebno je istražiti na koji način osobe s autizmom razmišljaju i doživljavaju svijet oko sebe. Kao stručnjaci imamo dužnost *„poštovati način na koji te osobe misle i uče. (...) Tu se izrazom „poštovati“ koristimo za određivanje koncepta da je svijet za osobu s autizmom onakav kakvim ga ona doživljava.“* (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010., str.225.). Tako su razvijene mnoge teorije koje nastoje objasniti kognitivno funkcioniranje osoba s poremećajem iz spektra autizma. Ne postoji jedna teorija koja bi objasnila sve aspekte poremećaja iz spektra autizma, no najistaknutije su teorija uma, teorija deficita u izvršnim funkcijama te teorija centralne koherencije.

Prva teorija objašnjava poremećaj iz spektra autizma deficitom u teoriji uma, odnosno otežanoj sposobnosti pripisivanja mentalnih stanja sebi i drugima (Baron-Cohen, 1989c; Premack i Woodruff, 1978. prema Šimleša, 2011.). Zbog toga ove osobe imaju teškoće u zauzimanju perspektive drugih osoba te razumijavanju i predviđanju njihovih želja, namjera, vjerovanja i znanja. To može objasniti i neke od teškoća u neverbalnom ponašanju osoba s

poremećajem iz spektra autizma koje im otežavaju uspostavljanje socijalne interakcije (npr. kontakt očima, izrazi lica, geste i držanje tijela, spontano dijeljenje užitka, interesa ili postignuća s drugim osobama). Nedostatak je što navedena teorija ne objašnjava ograničene, repetativne i stereotipne modele ponašanja, interesa i aktivnosti koji su jedan od dva ključna kriterija za dijagnosticiranje poremećaja iz spektra autizma (Šimleša, 2011.). Sljedeća teorija govori da se poremećaj iz spektra autizma može objasniti deficitom u izvršnim funkcijama koji se onda očituje ponašanjima kao što su težnja za istim podražajima, teškoće u prebacivanju pažnje, perserveracija i nedostatak inhibicije koji su specifični i za osobe koje su doživjele ozljedu frontalnog režnja mozga (Ozonoff i dr., 1991. prema Šimleša, 2011.). Zadnja teorija govori o drugačijem načinu obrade informacija gdje zbog slabe centralne koherencije osobe s poremećajem iz spektra autizma informacije obrađuju pojedinačno bez uzimanja u obzir cjeline i konteksta zbog čega usmjerenost na detalje može biti od razine pedantnosti do opsesije (Frith, 1989.; Happe, 1999. prema Šimleša, 2011.).

Zbog interakcije navedenih teškoća u kognitivnom funkcioniranju te faktora društva koje još uvijek ne pruža u potpunosti potrebnu podršku, osobe s poremećajem iz spektra autizma od najranije dobi suočavaju se s preprekama na različitim područjima života. U novije vrijeme društvenih mreža same osobe progovaraju o vlastitom iskustvu pa tako možemo pročitati i sljedeće opise:

„Za mene je život s autizmom život u svijetu gdje je suptilni aspekt jezika potpuno stran koncept. (...) Toliko toga se događa oko tebe da osjetila postaju potrošena, izmučena i pretučena. (...) Kada ideš na intervju za posao, ne dobiješ posao jer nisi uspostavljao kontakt očima. (...) Pokušavaš pronaći nove prijatelje, ali ne znaš kako pristupiti nekome, ne znaš što reći ni kako to reći, ne znaš hoćeš li im se svidjeti i hoće li uopće slušati ono što želiš reći. (..) Bojiš se socijalnih interakcija, jer ne znaš kako te drugi vide.(...) Nikad ne znaš možeš li nekome otkriti svoj invaliditet jer ne znaš kako će reagirati. (...) Vrijedaju te, omalovažavaju, ignoriraju i gaze po tebi; podsmjehuju ti se, okreću očima na tebe i nazivaju te raznim imenima. (...) To je kada se osjećaš kao teret. Svaki dan. Svake minute. Svake sekunde. Znaš da si drugačiji pa pokušavaš najviše što možeš sakriti svoj invaliditet i ponašati se tipično, a nekih dana to uspijeva. (...) Ali najstrašniji dio? Nikada ne znaš kada će se to raspasti. (...) Zbog tog straha tvoj teret je još teži, teret pokušavanja da procesiraš svijet oko sebe, pokušas dati smisao informacijama koje stalno bacaju na tebe, a znaš da si autsajder.“ (Paquette, 2018.).

Osjećaj neshvaćenosti i isključenost iz društva, diskriminacija i različite vrste nasilja nažalost su svakodnevica mnogih osoba s poremećajem iz spektra autizma. Zbog toga ne čude ni podaci o poremećajima mentalnog zdravlja koji su češći u ovoj skupini osoba.

4.1. Mentalno zdravlje osoba s poremećajem iz spektra autizma

Organizacija Autism Speaks u svome posebnom izvješću navodi da prema epidemiološkim studijama između 54 i 70 posto osoba s autizmom također ima i jedan ili više poremećaja mentalnog zdravlja (Simonoff, 2008.; Hofvander, 2009.; Croen, 2015.; Romero, 2016. prema Autism Speaks, 2017.). To su najčešće poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje (ADHD), anksiozni poremećaji, depresija, shizofrenija i bipolarni poremećaj. No, istaknuta je razlika prema kojoj ADHD, shizofrenija i bipolarni poremećaji pripadaju neurorazvojnim stanjima čije izvore možemo pronaći već u ranom razvoju mozga (Munesue, 2008.; Sikora, 2012.; Rapoport, 2012. prema Autism Speaks, 2017.), dok se uzroci anksioznih poremećaja i depresije mogu djelomično pronaći u vanjskim faktorima svakodnevnog stresa i isključenosti iz društva s kojim se osobe s poremećajem iz spektra autizma susreću, a koji im narušavaju opću kvalitetu života (Vasa, 2016.; Greenlee, 2016. prema Autism Speaks, 2017.).

Različita istraživanja pokazuju da je jedan ili više anksioznih poremećaja dijagnosticiran kod između 11 i 42 posto osoba s poremećajem iz spektra autizma (Vasa, 2016.; White, 2009.; Croen, 2015.; Romero, 2016. prema Autism Speaks, 2017.) dok u prosječnoj populaciji prevalencija navedenih poremećaja iznosi tek 3 posto među djecom te 15 posto među odraslim osobama (Perou, 2013.; Kessler, 2009. prema Autism Speaks, 2017.). No, znamo da je osjećaj anksioznosti česti doživljaj i osobama s poremećajem iz spektra autizma koje nemaju dijagnosticiran anksiozni poremećaj. On se javlja u svakodnevnim situacijama intenzivnih senzornih podražaja, promjene ustaljenih rutina i rasporeda te socijalnim situacijama ili u samom iščekivanju, odnosno strepnji od navedenih situacija (Autism Speaks, 2017.).

Nadalje, dok je među prosječnom populacijom depresija dijagnosticirana kod 2 posto djece te 7 posto odraslih (Perou, 2013.; NIMH, 2015. prema Autism Speaks, 2017.), kod djece s poremećajem iz spektra autizma vidimo porast od 7 posto te 26 posto odraslih s depresijom (Greenlee, 2016.; Croen, 2015. prema Autism Speaks, 2017.). Specifičnost je što prevalencija depresije među djecom s poremećajem iz spektra autizma raste s godinama. Tako ona iznosi 5 posto među djecom osnovnoškolske dobi, dok kod tinejdžera s poremećajem iz spektra autizma naraste preko 20 posto. Uočena je i povezanost da se depresija češće javlja kod osoba

koje imaju više intelektualne sposobnosti zbog kojih imaju veću svjesnost o izazovima u socijalnim situacijama i izolaciji. Veća prevalencija depresije povezana je i uz jedan ili više zdravstvenih poremećaja koji se češće javljaju uz poremećaj iz spektra autizma čime značajno narušavaju kvalitetu života (Greenlee, 2016. prema Autism Speaks, 2017.).

Posebno je zanimljivo istraživanje Sveučilišta u Londonu (Cage i dr., 2018.) koje je ispitalo doživljaj prihvaćenosti i mentalno zdravlje odraslih osoba s poremećajem iz spektra autizma. Povezano s prethodnim podacima iz izvješća organizacije Autism Speaks, i u ovom istraživanju se pridaje važnost utjecaju vanjskih faktora na mentalno zdravlje osoba s poremećajem iz spektra autizma prihvaćajući socijalni model invaliditeta. Umjesto traženja uzroka problema mentalnog zdravlja u obilježjima samog poremećaja iz spektra autizma, autorice u obzir uzimaju utjecaj faktora koji nastaju u složenoj interakciji između pojedinca i njegove okoline. Poseban fokus je na faktorima iskustva pojedinaca i doživljaja prihvaćenosti gdje se prihvaćenost odnosi na onu od strane drugih osoba i prihvaćanje samoga sebe, a ispitala se njihova povezanost s faktorima mentalnog zdravlja - depresijom, stresom i anksioznosti. Rezultati obrade on-line upitnika kojeg je ispunilo 111 odraslih osoba s poremećajem iz spektra autizma pokazuju da se veća razina depresije povezuje s nižim prihvaćanjem od strane drugih osoba i nižim prihvaćanjem samoga sebe. Također, veća razina stresa bila je povezana s nižim prihvaćanjem od strane drugih osoba. Uz kvantitativne podatke, sudionici su imali priliku kroz kvalitativna pitanja opisati svoja iskustva. Tako je zanimljivo pročitati sljedeće odgovore:

„Čini se da ljudi ne shvaćaju da autizam utječe na svaki aspekt onoga tko sam ja kao osoba, a govoriti da bi trebao postojati lijek poručuje mi da ne bi trebala postojati ... Ne osjećam se prihvaćeno od društva dok god društvo ne shvaća da autističnim osobama ponekad treba podrška, a to nije ništa loše, ali postoji nešto vrlo loše u želji za promjenom autistične osobe u nekoga potpuno drugačijeg.“

„Osjećam da sam većinu svog života provela u potrazi za prihvaćanjem i stoga mogu prilično dobro glumiti neurotipično ponašanje.“

“[Maskiranje] je nevjerojatno iscrpljujuće i stresno i na kraju je dovelo do mentalnih i tjelesnih zdravstvenih problema.“

„Kako godine prolaze, patim od sve veće tjeskobe zbog nedostatka čak i neformalnog prihvaćanja od strane moje vrste i, obrnuto, ogromnih šiljaka tjeskobe kada me netko doista

'vidi'. *Nevidljivost je postala moja sigurna zona, ali i moj zatvor.*“ (Cage i dr., 2018., str.481.).

Iako samo istraživanje ima nedostatke koje autorice opisuju na kraju, može se zaključiti da osjećaj prihvaćenosti od strane drugih osoba za osobu s poremećajem iz spektra autizma može biti zaštitni faktor od depresije kao i da je veća razina prihvaćanja samoga sebe povezana s nižim razinom depresije (Cage i dr., 2018.).

Slične zaključke donosi i istraživanje Sveučilišta u Bathu (Cooper i dr. 2017.) koje je ispitalo povezanost socijalnog identiteta, samopouzdanja i mentalnog zdravlja kod 272 ispitanika s poremećajem iz spektra autizma. Rezultati su pokazali da u usporedbi s kontrolnom grupom, ispitanici s poremećajem iz spektra autizma imaju lošije samopouzdanje i veću razinu depresije i anksioznosti. Međutim, zanimljive su uočene razlike unutar same skupine ispitanika s poremećajem iz spektra autizma. Naime, autorice teorijsko polazište istraživanja pronalaze u pristupu koji se temelji na socijalnim identitetima. Prema takvom pristupu, samopoimanje svake osobe sastoji se od osobnog identiteta, odnosno osobnih karakteristika koje definiraju pojedinca, ali i socijalnih identiteta, odnosno karakteristika koje ta osoba dijeli s drugim članovima različitih skupina kojima pripada (Tajfel i Turner, 1979. prema Cooper i dr., 2017.). Prethodna istraživanja su pokazala da pripadanje skupinama može poboljšati fizičku i psihološku opću dobrobit (Jetten i dr, 2012. prema Cooper i dr., 2017.) što se pokazalo u nizu socijalnih skupina među kojima su mlade gej, lezbijske i biseksualne osobe (Detrie i Lease, 2007. prema Cooper i dr. 2017.) te pripadnici etničkih manjina (Verkuyten i Lay, 1998. prema Cooper i dr. 2017.). Pokazalo se i da je veća razina socijalne identifikacije tijekom vremena povezana s nižom razinom depresije u smislu da su osobe imale način zadovoljavanja svojih psiholoških potreba zbog čega su imale bolje samopoštovanje i veći osjećaj vrijednosti i kontrole (Greenaway i dr., 2015. prema Cooper i dr., 2017.).

Sukladno tome, autorice predstavljaju „*autism social identity*“ kao jedan od mnogih socijalnih identiteta koji mogu biti dio samopoimanja nekog pojedinca s ciljem ispitivanja njegovog utjecaja na samopouzdanje i mentalno zdravlje osoba s poremećajem iz spektra autizma. Socijalnu identifikaciju s drugim osobama s poremećajem iz spektra autizma koju nazivaju „*autism identification*“ definiraju kao osjećaj psihološke povezanosti sa skupinom do razine internalizacije u vlastitu sliku o sebi zbog čega se osoba osjeća i djeluje kao član iste skupine kao i druge osobe s poremećajem iz spektra autizma (Cooper i dr., 2017.). Međutim, iako su prethodna istraživanja pokazala da socijalna identifikacija poboljšava samopoštovanje jer su

pojedinci ponosni na svoja pozitivna pripadanja različitim skupinama (Jetten i dr., 2015. prema Cooper i dr., 2017.), pripadanje skupini osoba s poremećajem iz spektra autizma nije samo po sebi pozitivno obzirom na stigmatu s kojom se pojedinci, ali i cijela skupina suočava (MacLeod i dr., 2013. prema Cooper i dr., 2017.). Također, razni faktori otežavaju osobama s poremećajem iz spektra autizma da razviju osjećaj identifikacije s nekom socijalnom skupinom. Autorice kao glavne faktore izdvajaju već spomenutu socijalnu stigmatu, reakciju obitelji na saznavanje dijagnoze osobe, postojeće znanje o samom stanju, kognitivne procese te asimilaciju same dijagnoze poremećaja u vlastitu sliku o sebi. Značajan otežavajući faktor u razvoju pozitivivne identifikacije sa skupinom osoba s poremećajem iz spektra autizma su i teškoće u socijalnoj komunikaciji koje su jedno od obilježja samog poremećaja. Takve teškoće otežavaju osobama da putem socijalne interakcije s drugim članovima skupine razviju osjećaj identifikacije kao što to rade pripadnici prosječne populacije (Cooper i dr., 2017.).

Unatoč tome, rezultati ovog istraživanja su pokazali da je „*autism identification*“, odnosno identifikacija sa skupinom osobama s poremećajem iz spektra autizma pozitivno povezana s osobnim samopoštovanjem (ako osoba pozitivno doživljava navedenu skupinu) i negativno povezana s depresijom i anksioznosti. Autorice navode da bi implikacija ovih rezultata u praksi trebalo biti stvaranje više prilika za osobe s poremećajem iz spektra autizma da pozitivnije doživljavaju skupinu kojoj pripadaju što bi pomoglo u poboljšanju njihovog samopoštovanja i mentalnog zdravlja. Konkretno, autorice kao primjere navode on-line grupe podrške koje osobama mogu pomoći u usmjeravanju na pozitivna obilježja koja su vezana uz poremećaj iz spektra autizma te grupe podrške i samozastupanja koje bi pomogle da se osobe unutar zajednice upoznaju i zajedno surađuju. U odnosu na odgovornost koji ostali članovi društva imaju, autorice spominju i potrebu za boljom edukacijom i razumijevanjem, pružanjem podrške nakon dobivanja dijagnoze te obzirnije korištenje terminologije koja se koristi za nazivanje i opisivanje osoba s poremećajem iz spektra autizma (Cooper i dr., 2017.).

Prikazana istraživanja pokazala su kako su samopoimanje, samopoštovanje i osjećaj pripadnosti važni za mentalno zdravlje osoba s poremećajem iz spektra autizma. Iako su sudionici tih istraživanja bile odrasle osobe, možemo pretpostaviti da poticanje samopouzdanja i pozitivne slike o sebi od najranije dobi mogu biti zaštitni faktori od poremećaja mentalnog zdravlja kojima su osobe s poremećajem iz spektra autizma podložnije. I upravo u terapiji igrom dijete se nalazi u sigurnom prostoru gdje je slobodno izraziti se i biti prihvaćeno onakvim kakvo doista jest, gradeći svoje samopouzdanje i osjećaj vlastite vrijednosti.

4.2. Igra djece s poremećajem iz spektra autizma

No, da bi terapeut mogao stvoriti takvo sigurno okruženje, potrebno je djetetu pristupiti na njegovoj razini razvoja i uzeti u obzir sve osobitosti djetetovog ponašanja i interakcije s drugima. Poznata su neka od zajedničkih obilježja igre djece s poremećajem iz spektra autizma prema kojima su često prisutni rituali i stereotipi, rigidnost i osjetilna samostimulacija. Prisutne su i teškoće u prepoznavanju tuđih i ostvarivanju vlastitih namjera u igri te je otežana generalizacija vještina naučenih u igri na druga područja života (Frey Škrinjar, 2014./2015.). Utjecajem kognitivnih teškoća prisutnih kod djece s poremećajem iz spektra autizma na igru bavila se autorica Jordan (2001. prema Frey Škrinjar, 2014./2015.) koja izdvaja sedam glavnih područja. Na području percepcije javljaju se pretjerana ili nedovoljna osjetljivost na podražaje zbog kojih se dijete u igri može usmjeriti samo na jedno obilježje igračke poput mirisa, boje ili zvuka bez cjelovitog doživljaja odabrane igračke. Nadalje, javljaju se teškoće u združenoj pažnji zbog čega je otežano dijeljenje, slijeđenje i usmjeravanje pažnje između djeteta, druge osobe i predmeta zajedničkog interesa, u ovom slučaju igračke. U rješavanju zadataka s kojima se susreću tijekom igre često koriste ritualne odgovore čak i kada znaju da nisu ispravni te su općenito prisutne teškoće na području apstraktnog mišljenja zbog čega teže usvajaju koncepte igre i rijetko će se spontano uključiti u igru s drugom djecom, posebno igru imitacije. Zbog dobro razvijene sposobnosti pamćenja i učenja detalja mogu pokazati odlično proceduralno znanje o raznim temama koje su predmet njihovog interesa, no prisutne su teškoće u prisjećanju događaja koji su se njima samima dogodili. Primijećeno je da se djeca s poremećajem iz spektra autizma teže uključuju u interaktivnu igru što se može objasniti teškoćama na području integrativnog razmišljanja koje ih sprečavaju u usvajanju pravila igre i stvaranju cjelovitih shema o događajima koji se odvijaju tijekom igre. Konačno, autorica je izdvojila područje kreativnost čiji se nedostatak očituje u upotrebi govora i načinu pristupanja aktivnostima u igri.

No, posebno se ističu teškoće u razvoju simboličke igre. Stariji autori su teškoće u simboličkoj igri smatrali i ranim dijagnostičkim indikatorom za poremećaj iz spektra autizma (Baron-Cohen i dr., 1996.; Stone i dr., 1990.; Wolfberg, 1995. prema Emblen, 2014.), što je ostao dijagnostički kriterij u nekim instrumentima kao što su DSM IV (Američka psihijatrijska udruga, 2000.), Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS (Lord, Rutter i DiLavore, 1998.) i Autism Diagnostic Interview - ADI (Lord, Rutter i Le Couteur, 1994.) (Rutherford i dr., 2007. prema Emblen, 2014.).

Različiti autori istraživali su zašto djeca s poremećajem iz spektra autizma nailaze na prepreke u razvoju simboličke igre, a zanimljivo je istraživanje (Lin i dr., 2017.) koje navedene teškoće u igri povezuje s teorijom uma. Proučavajući igru 92 djece s poremećajem iz spektra autizma u dobi od 4 do 10 godina i njihovih roditelja i skrbnika, autori su zaključili kako je teorija uma povezana s kvalitetom (razrađenost, složenost i organiziranost), a ne kvantitetom njihove simboličke igre. Naime, u želji da prošire saznanja prošlih istraživanja koja su se bavila istom temom, autori su koristili unaprijedene mjerne instrumente za procjenu teorije uma i simboličke igre te su pokušali kontrolirati varijable repetitivnih obrazaca u ponašanju, interesima ili aktivnostima te verbalnog razumijevanja. Pokazalo se da je „*simbolička igra djece sa slabije razvijenom teorijom uma obilježena jednostavnošću, monotonijom i nefleksibilnosti*“ (Lin i dr., 2017., str.1193.), no čak su i djeca koja su imala razvijenu teoriju uma na osnovnoj razini, prosječno razvijeno verbalno razumijevanje te manje repetitivnih obrazaca imala teškoće u razvoju složenosti, kreativnosti, fleksibilnosti i organizacije vlastite simboličke igre. Njihova simbolička igra nije bila nešto što su samostalno kreirali, već je izražavala ono što su naučili od svojih vršnjaka i roditelja. Ipak, pokazalo se da djeca s bolje razvijenom teorijom uma manje sudjeluju u imitaciji tijekom simboličke igre, no autori objašnjavaju kako je vjerojatno da takva djeca nemaju toliko potrebu za imitacijom, već sama stvaraju sadržaj. Na kraju autori ističu međusobnu povezanost teorije uma i jezičnih sposobnosti u razvoju simboličke igre kod djece s poremećajem iz spektra autizma što se u praksi može primijetiti da djeca koja imaju bolje razvijene jezične sposobnosti imaju i raznolikiju simboličku igru. Na taj način simbolička igra može poslužiti kao „vrata“ u djetetov unutarnji svijet koja ćemo lakše otvoriti ako dijete ima bolje razvijene jezične sposobnosti (Lin i dr., 2017.).

Iako istraživanja nisu potpuno detaljno objasnila uzroke teškoća u razvoju simboličke igre djece s poremećajem iz spektra autizma, već se njihovi zaključci uglavnom temelje na korelacijskim rezultatima, i dalje je potrebno stvarati poticajno okruženje za razvoj simboličke igre. Autori Mundy, Sigman i Kasari (1993. prema Josefi i Ryan, 2004.) predlažu 7 preduvjeta koje treba ispuniti da bi se kod sve djece, uključujući i djecu s teškoćama, razvila simbolička igra:

1. Djetetova rutina trebala bi uključivati socijalnu interakciju s bliskom osobom koja će se temeljiti na recipročnosti. Naime, istraživanja ranih interakcija između majke i djeteta su pokazala da bliska odrasla osoba može svoju interakciju prilagoditi na način da predstavlja djetetovu zonu idućeg razvoja i time potiče razvoj jednostavne

interakcije dijete-osoba i dijete-predmet u složenu interakciju dijete-osoba-predmet. Takva interakcija najčešće se odvija u rutinskim jednostavnim igrama između majke i djeteta.

2. Koristiti konkretne simboličke predmete iz stvarnih životnih situacija kao što su igračke koje prikazuju različitu hranu (npr. plastični keksi, voće i povrće) koji zbog svoje očite sličnosti sa stvarnim predmetima mogu potaknuti simboličku igru u njenom najosnovnijem, početnom obliku.
3. Dijete treba biti emocionalno uključeno u igru jer ga njegovi interesi i potrebe mogu potaknuti da mijenja i organizira svoje razmišljanje i ponašanje.
4. Djetetu je potrebna intenzivna i redovita individualna podrška, odnosno potrebni su mu iskusniji partneri u igri koji će se znati prilagoditi djetetovim interesima i mogućnostima.
5. Potrebno je da su zadovoljene sve fizičke i sigurnosne potrebe djeteta kako bi se ono osjećalo zaštićeno i opušteno. Tek u okruženju koje mu je poznato i sigurno i u kojem vjeruje da će se tako osjećati i u budućnosti, dijete može početi razvijati simboličku igru.
6. Potrebni su bazična kognitivna sposobnost stvaranja simbola koja se obično javlja između 12. i 18. mjeseca razvoja te određeno znanje o predmetima koji se koriste za simboličku igru.
7. Na kraju, potrebno je da dijete ima specifična socijalna znanja o igri, kao na primjer to da neke situacije može prepoznati kao pretvaranje.

Značaj ovih preduvjeta koje su autorice Josefi i Ryan (2004.) uključile u svoj rad, a koji će biti prikazan kasnije u tekstu, je u tome što se oni mogu primijeniti u terapiji igrom. I tada se naglasak stavlja na stvaranju sigurnog i poticajnog okruženja za odvijanje socijalne interakcije između djeteta i terapeuta gdje su između ostalog ponuđene i igračke koje u sebi imaju potencijal za simboličku igru, a slijeđenje djetetovih interesa osigurava njegovu emocionalnu uključenost u cijeli proces.

Stručnjaci koji u praksi rade s djecom i pružaju im podršku svakako se trebaju voditi generalnim smjernicama za poticanje njihovog rasta i razvoja, no važno je ostaviti prostor u kojem dijete ima slobodu izraziti se i biti autentično. Iz takvih situacija stručnjak dobiva priliku unaprijediti svoje znanje, preispitati svoje stavove i prilagoditi svoje ponašanje. U tome im može pomoći i perspektiva roditelja što je pokazalo i istraživanje (Mitchell i Lashewicz, 2018.) o igri između očeva i njihove „šasave“ djece s poremećajem iz spektra

autizma. Autorice su kroz intervju s 10 očeva prikupile njihove priče iz kojih su se izdvojila tri međusobno povezana narativa. U prvom narativu akcije očevi su govorili kako igru koriste kao priliku za poučavanje specifičnih vještina i proširivanje djetetovog repertoara igara. Istaknuli su značaj sportskih igara koje su često koristili za prijenos važnih životnih lekcija poput onih o „*pobjedi s dostojanstvom, gubitku s dostojanstvom, poštenoj igri, dijeljenju, nesreći ... sport može biti prekrasna metafora za život i mnogo toga vas nauči.*“ (Mitchell i Lashewicz, 2018., str.8.). Očevi su govorili kako za svoju djecu žele da budu uspješna, prihvaćena te nađu svoje mjesto na svijetu i zbog toga su u odnosu s njima bili više direktivni i poticali ih da uče vještine potrebne za ostvarivanje njihovih potencijala. Autorice navode kako u tom pristupu očevi nisu toliko izražavali neprihvatanje svoje djece, koliko je takav pristup zapravo bio reakcija na društveno nametanje narativa „normalnosti“ koji se javlja i u obrazovnom sustavu te odnosu s raznim stručnjacima (Renshaw i dr., 2014. prema Mitchell i Lashewicz, 2018.). Tako su stručnjaci pozvani izbjegavati katastrofično viđenje djetetove teškoće i usmjeravanje na nedostatke što onda dovodi do zanemarivanja djetetovih sposobnosti i identiteta. Važno je da stručnjaci imaju na umu da je igra autotelična aktivnost koja za djecu ima snažnu intrinzičnu motivaciju i donosi im radost zbog čega svaka igra, pa i onda „neobična“ ima svoje prednosti i vrijednost (Mitchell i Lashewicz, 2018.).

Nadalje, izdvojio se i narativ prilagođavanja koji se odnosi na prilagodbu društvenim normama. Tu su očevi podijelili na koje načine je dijagnosticiranje poremećaja kod djeteta utjecalo na njihove aktivnosti zbog čega „*nikad s njim neću moći igrati hokej. Ne mogu se igrati dodavanja s njim. Ne mogu zapravo igrati ni društvene igre. (...) Shvatio sam, pa što mogu napraviti? Da bi bio u interakciji s njim... Najbolje što mogu je jednostavno pustiti da me on vodi...i što god da to bude, ipak je to vrijeme koje smo zajedno proveli.*“ (Mitchell i Lashewicz, 2018., str.10.). Iako su osjećali tugu zbog nemogućnosti igranja uobičajenih igara između očeva i djece, prilagodili su se djetetovim interesima i shvatili da im je zajedničko vrijeme važnije od same aktivnosti. Prilagođavali su se i drugi vanjskim uvjetima poput lokacije i prostora (npr. senzorna prilagodba okoline za gledanje filma), a za uobičajene dječje aktivnosti koje su njihov djeci izazivale napetost (npr. vožnja bicikla) su odlučili da nisu presudne i da ih dijete ne treba sada naučiti. Posebnu su istaknuli situacije prilagođavanja okolini koja ne prihvaća njihovu djecu, kao što su negativni komentari drugih roditelja i nedovoljno pristupačnih prostora i educiranih stručnjaka i volontera za provođenje aktivnosti za djecu s poremećajem iz spektra autizma. Opisali su i osjećaje koji im se javljaju kada promatraju svoju djecu u igri s vršnjacima. S jedne strane osjećaju sreću i ponos kada dijete

doživi uspjeh, dok s druge strane osjećaju tugu zbog očitih razlika koje njihovo dijete odvajaju od vršnjaka. Poput ovih očeva, stručnjaci su pozvani preispitati svoje norme „normalnog“ i otvoriti širi prostor prihvaćanja dječjih interesa i načina sudjelovanja u igri.

Zadnji narativ koji se izdvojio iz intervjua odnosi se na priče o prihvaćanju. U pričama očevi govore o prihvaćanju vlastitog djeteta kao jedinstvene osobe s jakim i slabim stranama koja iako je drugačija i „šašava“, nije „pokvarena“. Konkretno, opisuju situacije prihvaćanja djetetovih specifičnih interesa u igri bez potrebe za mijenjanjem ili preusmjeravanjem, posebno ako dijete u takvoj igri iskazuje snažne pozitivne emocije. Pozivaju na preispitivanje definicija „zabavnog“ i „normalnog“ govoreći da *„provodimo toliko vremena pokušavajući izvući Jasona iz njegovog svijeta u naš svijet, zar ne? Lijepo je otići u njegov svijet.“* (Mitchell i Lashewicz, 2018., str.13.). Opisani narativi usmjerenosti na akciju za poticanje djetetovih potencijala te postizanja ravnoteže između prilagođavanja uobičajenim društvenim normama i pozivanja na preispitivanje tih istih normi mogu se integrirati u osnovne principe terapije igrom, što će biti i prikazano u nastavku rada.

5. Iskustva primjene terapije igrom s djecom s poremećajem iz spektra autizma

Nije rijetkost da su djeca s poremećajem iz spektra autizma od najranije dobi uključena u više različitih intervencija. Većinom se to biheviornalne intervencije čiji cilj je poučavanje zamjenskih ponašanja u svrhu smanjena nepoželjnih ponašanja primjenom osnovnih principa modifikacije ponašanja (NAC, 2015. prema Popčević i dr., 2016.). Biheviornalne intervencije dugo su se smatrale jedinim intervencijama za djecu s poremećajem iz spektra autizma koje su znanstveno utemeljene (Stošić, 2009. prema Popčević i dr., 2016.), no prikupljanje i analiza literature pokazalo je (djelomičnu) djelotvornost i drugih pristupa. Balch i Ray (2015.) navode nedostatak intervencija usmjerenih na interpersonalne odnose koje djeci mogu pomoći da bolje razumiju sebe i razviju pozitivne trajne odnose te postanu otporniji i spremniji na suočavanje sa životnim izazovima. Objašnjavaju kako *„kroz razvoj odnosa s terapeutom u terapiji igrom, dijete ima priliku razviti osjećaj sigurnosti i kontrole, komunicirati i istražiti unutarne osjećaje i razviti svijest o sebi. Konkretno, djeca imaju priliku razumjeti sebe i promijeniti se zbog intrinzične motivacije, što se razlikuje od principa davanja vanjskog potkrijepljena u većini biheviornalnih intervencija.“* (Balch i Ray, 2015., str.436.).

Potreba za razvojnim intervencijama koje koriste i principe psihoterapije, a među koje možemo smatrati i terapiju igrom, još je jača ako se prisjetimo podataka o mentalnom zdravlju djece i odraslih s poremećajem iz spektra autizma. Osobe s poremećajem iz spektra autizma od najmlađe do odrasle dobi rijetko su uključene u intervencije savjetovanja i psihoterapije iako je poznato da je mnogo ponašanja vezanih uz navedeni poremećaj posljedica anksioznosti. Čak je poznati stručnjak na ovom području Tony Atwood autizam opisao kao *„anksioznost koja uvijek traži svoju metu.“* (T. Atwood, osobna komunikacija, Siječanj 2010., prema Parker i O'Brien, 2011.).

Također, smatram vrlo važnim uvažiti i novija saznanja o utjecaju koje su biheviornalne metode ostavile na odrasle osobe s poremećajem iz spektra autizma. Sve glasnije su kampanje o štetnosti intervencije Primijenjene analize ponašanja (engl. Applied Behavior Analysis - ABA) o kojoj progovaraju samozastupnici s poremećajem iz spektra autizma okupljeni u organizacije kao što su Autistic Self Advocacy Network i Autistic UK. Navode kako je *„previše anegdotalnih slučajeva koji govore o štetnosti ABA-e za autistične osobe da bi se to samo ‘pomelo pod tepih’. Postoje i akademski dokazi o štetnosti ABA-e. Nadamo se da će sve*

veći broj akademika s autizmom značiti i više istraživanja na ovom području.“ (Davison, 2018.). Mogu se pročitati i izjave poput „ABA ne uči djecu da budu tipična. Uči djecu da se ponašaju "normalno", dok ih istovremeno sprečava da pronađu svoje normalno. Umjesto da nas obučavaju, želimo da oni koji bi nas promijenili ispitaju vlastite motive, jer ABA nije korisna za autistične ljude. ABA oslobađa zabrinute roditelje koji žive u netolerantnom društvu od toga da prihvate tko smo mi zapravo. I donosi užasno veliku dobit onima koji žive od provođenja ABA-e.“ (Michael, 2018.). Pokrenuta je i kampanja na društvenim mrežama pod sintagmama #TodayinABA #ABAisAbuse i #ActuallyAutistic gdje osobe s poremećajem iz spektra autizma dijele svoja iskustva među kojima su izjave poput „Autistična djeca provode 20-40 sati tjedno učeći da ne posjeduju svoje tijelo i da moraju poštovati naredbe. A onda se šokiramo kad su djeca s teškoćama žrtve zlostavljanja.“², „#TodayInABA dijete je naučilo da nikada ne kaže odrasloj osobi o stvarima koje voli jer će te stvari biti uzete kao taoci dok ne popuste u programu ABA-e“³, „(o gašenju) Namjerno ignoriranje ili tzv. silent treatment u nebiheviornom kontekstu se općenito prepoznaje kao zlostavljanje. Bihevoristi to smatraju 'zadanim stanjem', a pažnja se 'zaslužuje poželjnim ponašanjem', ali to ignoriranje izaziva bol. (...) Naravno da svi mi svakodnevno doživljavamo ignoriranje. Kada trgovac od kojeg trebate pomoć razgovara s drugim kupcem ili prijatelj nešto čita i ne želi da ga ometate itd. S tim se nosimo. Ali što je drugačije u planiranom ignoriranju u ABA-i je da je to sustav uskraćivanja ljudske potrebe i izazivanja boli koji provode skoro svi, ako ne i svi ljudi s kojima ta osoba ima snažan odnos, s ciljem da ih se kontrolira. To je zlostavljanje.“⁴ Kampanje su imale takav odjek da su se u nju uključili ABA terapeuti i roditelji koji nude suprotno viđenje i dijele uspješne primjere kada je njihovoj djeci ABA pomogla u usvajanju važnih životnih vještina. Ipak, negativna iskustva pronašla su svoj put i do akademskog svijeta, pa je tako dostupno istraživanje koje potvrđuje veću razinu simptoma Posttraumatskog stresnog poremećaja kod osoba s autizmom koje su bile izložene ABA-i (Kupferstein, 2018.) te istraživanje autora Sandoval-Norton i Shkedy (2019.) o ozbiljnim problemima koji se javljaju prilikom primjene ABA-e u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma. Zaključuju kako je „važno pročitati i razumjeti dostupna istraživanja jer ukazuju na neke negativne učinke intervencija i metoda korištenih u ABA terapiji. Pokoravanje, naučena bespomoćnost, opsjednutost hranom/nagradom, veća ranjivost na seksualno i fizičko zlostavljanje, nisko samopouzdanje, smanjena intrinzična motivacija,

² <https://mobile.twitter.com/AutisticMama/status/1145424842927116289>

³ <https://mobile.twitter.com/epballou/status/1144652605928476673>

⁴ https://mobile.twitter.com/Cal_Montgomery/status/1138560954634002432

pokradeno samopouzdanje, inhibirane međuljudske vještine, izoliranost, anksioznost, potisnuta autonomija, laka ovisnost, oslanjanje na odrasle i dr. nastavljaju se stvarati kod marginalizirane populacije koja nije u mogućnosti obraniti se.“ (Sandoval-Norton i Shkedy, 2019., str.6.). Na raznim mrežnim izvorima⁵ mogu se pronaći i druge osobe priče i izvori za daljnje istraživanje teme, a posebno su zanimljivi članci bivših ABA terapeuta.

Obzirom na to, smatram važnim predstaviti pregled literature koje istražuje primjenu terapije igrom u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma. Autori Kenny i Winick (2000.) nude kratki povijesni pregled koji započinje autoricama Dawson i Adams koje su 1984. godine koristile igračke da bi poboljšale socijalne vještine i smanjile pervazivnu igru djece s poremećajem iz spektra autizma. Nadalje, Leland je u svom radu 1983. godine obrazložio da pomoću igrački djeca s teškoćama imaju priliku utjecati na svoju okruženje na način da ga stvaraju, kontroliraju i mijenjanju što im povećava svijest o svijetu oko sebe i pomaže da donose adaptivne odluke koje će im pomoći u suočavanju s razni izazovima. Samo dvije godine nakon, autorica Wolf piše o igri kao alatu procjene djece s poremećajem iz spektra autizma zbog njihovih komunikacijskih teškoća. O primjeni psihoanalitičke terapije igrom u radu s visokofunkcionirajućim dječakom s poremećajem iz spektra autizma pisao je autor Bromfield 1989. godine. Već spomenuta autorica Dawson 19902. godine provela je istraživanje u suradnji s autoricom Galpert koje je pokazalo da kada majke imitiraju igru svoje djece s poremećajem iz spektra autizma, kod djece se povećala pozornost i smanjila repetitivna igra, dok je egzistencijali pristup u terapiji igrom opisala autorica Turkley u svom radu iz 1998. godine.

Dakle, iako postoji nešto radova na navedenu temu, terapija igrom se i dalje ne smatra znanstveno utemeljenom intervencijom za rad s djecom s poremećajem iz spektra autizma. Parker i O'Brien objašnjavaju kako „*dosadašnja istraživanja nikada nisu ukazivala na to da je terapija igrom nedjelotvorna, već je njezinu učinkovitost teško znanstveno potvrditi*“ (2011.,

5

<https://lanathomas209.wixsite.com/unboundbooks/aba?fbclid=IwAR32GleyqMDzBBZN34Tw1eD7NCLBja2sMeSA6Yb-ywDsOPt0ZFOP5N5Yrfl> ; https://stopabasupportautistics.home.blog/2019/08/11/the-great-big-aba-opposition-resource-list/?fbclid=IwAR0hOOQVW64O0PzG7tby8Nli3D1OCldrP5HN8c5nx_Z68kI43mABp3Boeho ; https://rationalwiki.org/wiki/Applied_behavior_analysis#Notes ; <https://madasbirdsblog.wordpress.com/2017/04/25/i-abused-children-and-so-do-you-a-response-to-an-aba-apologist/?fbclid=IwAR0XbX-3cSNPN6QrcrJzAdlhKdCSi6jbNMvVt6XjQ2WlVwH6NcQeGcII5o8> ; <https://abaccontroveryautism.wordpress.com/2017/06/27/aba-autism-discussion/>

str.85.). U nastavku slijedi prikaz novije literature koja je ipak pokazala pozitivan učinak terapije igrom na rast i razvoj djece s poremećajem iz spektra autizma.

5.1. Prikaz studija slučaja

Autori koji su istraživali potencijal za uključivanje navedene populacije u terapiju igrom, uglavnom su koristili deskriptivnu metodu studije slučaja. Ova metoda omogućava autorima da istraže jedinstvenost i složenost određenog slučaja kako bi bolje razumjeli njegovo funkcioniranje u određenim okolnostima (Stake, 1995. prema Miočić, 2018.). Jedni od autora čija studija će biti prikazana u nastavku navode kako je prednost ove metode što omogućava proučavanje procesa u koje su sudionici uključeni tijekom terapije što je posebno značajno za stručnjake koji terapiju igrom provode u praktičnom radu (Parker i O'Brien, 2011.). Prednost metode je i u fleksibilnosti dizajna koji omogućava određivanje svrhe i cilja studije, odabira slučajeva koji će se ispitivati te metoda i tehnika prikupljanja i izvještavanja o podacima koji se mogu prilagoditi obzirom na to žele li autori testirati postojeću teoriju, kreirati novu ili polaze od „teorijskog vakuuma“ i žele samo opisati i ilustrirati pojedini slučaj (Miočić, 2018.). Obzirom na mali broj istraživanja i nedostatak same teorije primjene terapije igrom u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma, studija slučaja čini se prikladna metoda za ispitivanje takve teme.

5.1.1. Poticanje empatije, socijalne kompetencije i samoregulacije u terapiji igrom

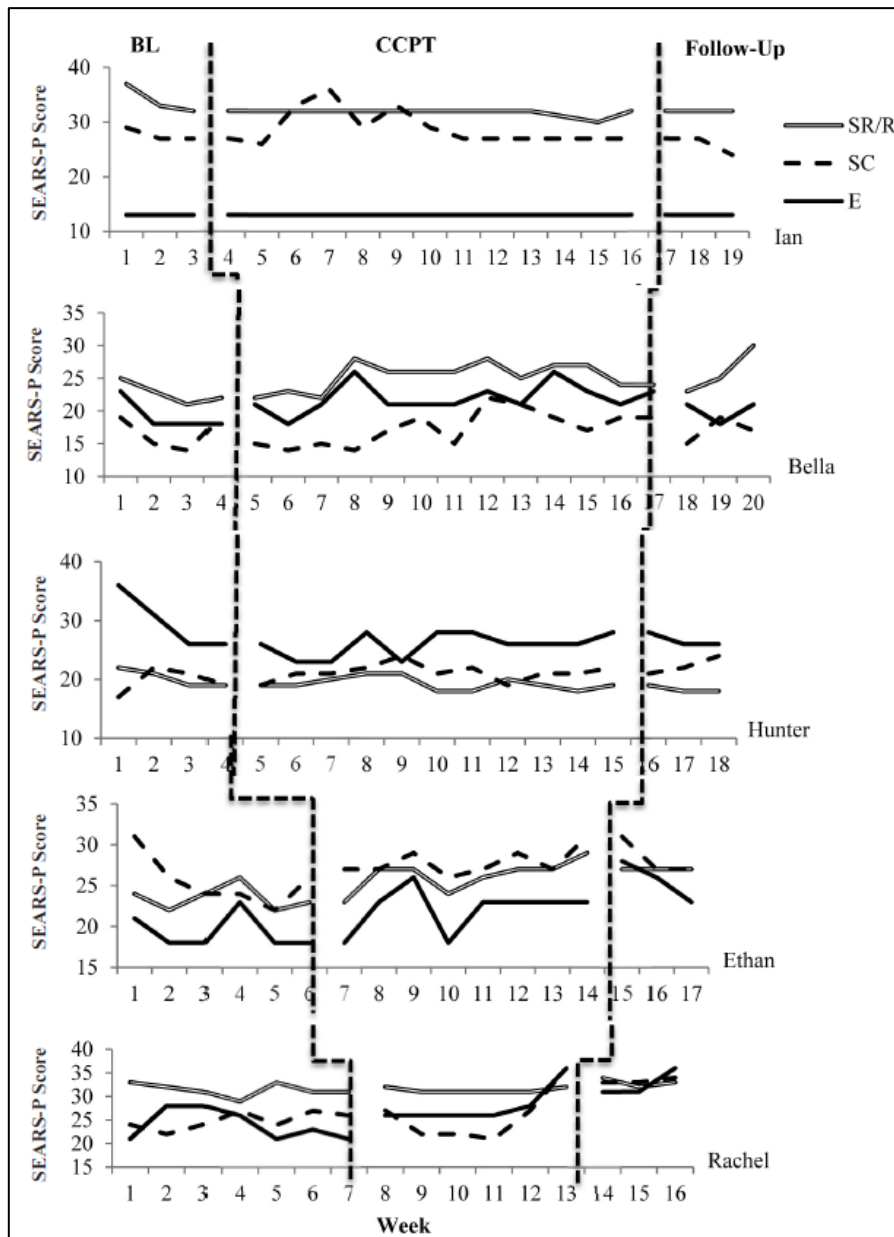
Primjerice, tako su autorice Balch i Ray (2015.) provele studiju slučaja pretpostavljajući da „kroz prihvaćanje i empatijski odnos s terapeutom, dijete s poremećajem iz spektra autizma će vjerojatnije otkriti samoosnažujuće načine ponašanja, komunikacije i povezivanja s drugima.“ (Balch i Ray, 2015., str.430.). U studiju je bilo uključeno 5 djece s poremećajem iz spektra autizma u dobi između 5 i 9 godina čiji rezultati procjene su pokazivali (veliki) rizik na područjima samoregulacije, socijalne kompetencije i empatije. Upravo su to bila područja na koja su autorice nastojale utjecati primjenom terapije igrom. Sva djeca bila su uključena u dodatne tretmane među kojima su se nalazili logopedska terapija, terapija Primijenjene Analize Ponašanja, radna terapija i fizikalna terapija. No, niti jedno od djece nije bilo uključeno u *counseling services*, odnosno savjetodavne ili psihoterapijske tretmane u koje možemo uključiti i samu terapiju igrom. Studija je započela intervjuom s roditeljima i skrbnicima za potrebe prikupljanja demografskih i razvojnih informacija o djeci nakon čega je slijedio period od 3 i više tjedana inicijalnog mjerenja. Primijenjen je upitnik za roditelje i

skrbnike mjernog instrumenta Social-Emotional Assets and Resilience Scales (SEARS; Merrell, 2011. prema Balch i Ray, 2015.) za procjenu usmjerenu na jake strane djece i adolescenata na područjima socijalnih i emocionalnih kompetencija. Roditelji i skrbnici su navedeni upitnik ispunjavali jednom u tjednu u periodu od 3 ili više tjedana, odnosno dok rezultati nisu pokazivali određenu razinu dosljednosti i kontinuiteta. Nakon toga je slijedila faza intervencije, odnosno period od 10 tjedana kada su djeca dva puta u tjednu bila uključena u individualno polusatnu seansu terapije igrom usmjerene na dijete. Istovremeno su njihovi roditelji i skrbnici nastavili s tjednim ispunjavanjem već spomenutog upitnika. Nakon završenih 10 tjedana provođenja intervencije, uslijedila je follow-up faza u trajanju od 3 tjedna u kojoj djeca nisu bila uključena u intervenciju, ali su se podaci nastavili prikupljati iz upitnika za njihove roditelje i skrbnike. Prije analize prikupljenih podataka, proveden je završni intervju s roditeljima i skrbnicima djece koja su bila uključena u studiju.

Iako su autorice pratile pojedinačne rezultate kako bi se mogao odrediti individualni učinak terapije igrom za svako pojedino dijete, u studiji je prikazan i sažetak svih rezultata (Slika 3.). Troje od petero djece s poremećajem iz spektra autizma uključenih u terapiju pokazalo je rezultate koji ukazuju da je provedena terapija igrom za njih bila korisna, dok je ostalih dvoje djece pokazalo neujednačene rezultate. Kod troje djece za koje se terapija igrom pokazala korisnom, primijećeno je poboljšanje na područjima samoregulacije, socijalne kompetencije i empatije. Od toga je najveće poboljšanje zamijećeno na području empatije, što je posebno značajno obzirom da djeca s poremećajem iz spektra autizma imaju teškoće u suosjećanju i razumijevanju drugih ljudi (Baron-Cohen i Wheelwright, 2004. prema Balch i Ray, 2015.) zbog čega se između ostalog javljaju i teškoće u socijalnoj interakciji i odnosima. Autorice takve rezultate povezuju s praksom terapije igrom gdje dijete ima priliku doživjeti suosjećanje, ali i jačati svoju sposobnost suosjećanja s drugom osobom jer terapeut prepoznaje djetetove osjećaje i potiče ga na osvještavanje i razumijevanje vlastitih osjećaja.

Nadalje, sva djeca su pokazala bolje rezultate na području socijalne kompetencije tijekom sudjelovanja u terapiji igrom. Autorice takav rezultat povezuju s usmjerenosti pristupa terapije igrom na odnos između djeteta i terapeuta što djetetu daje priliku da se osjeća prihvaćeno i shvaćeno u tom odnosu. To je posebno značajno za djecu s poremećajem iz spektra autizma koja se zbog već opisanih teškoća u socijalnoj interakciji mogu osjećati izolirano i usamljeno (Locke i dr., 2010. prema Balch i Ray, 2015.).

Na području samoregulacije, četvero djece je pokazalo poboljšanje u rezultatima, što su autorice povezale sa stvaranjem sigurnog prostora u terapiji igrom gdje dijete ima priliku razviti i poboljšati svoju sposobnost regulacije vlastitih emocija i ponašanja. Za poticanje samoregulacije kod djece, autorice posebno utjecajnim smatraju tehnike prebacivanja odgovornosti i postavljanja granica koje terapeuti primjenjuju u terapiji (Ray i dr., 2013. prema Balch i Ray, 2015.).



Slika 3. Prikaz rezultata svih sudionika kroz faze tretmana. BL = baseline faza mjerenja; CCPT = Child-Centered Play Therapy intervencija; SEARS-P = Social-emotional assets and Resilience Scales - upitnik za roditelje; SR/R = samoregulacija/odgovornost; SC = so

Iako je terapija igrom metoda koja se prilagođava djetetovoj razini razvoja i omogućava im da se izražavaju na način koji njima najviše odgovara (Landerth, 2012., prema Balch i Ray,

2015.), primjećuju se razlike u rezultatima među djecom obzirom na njihovu opću razinu funkcioniranja. Dječak koji je bio na najvišoj razini funkcioniranja je i najbrže pokazao napredak tijekom intervencije dok je djeci koja funkcioniraju na nižoj razini i nemaju razvijenu verbalnu komunikaciju trebalo više vremena na početku da se uključe u interakciju s terapeutom (Balch i Ray, 2015.).

U zaključku autorice navode ograničenja studije zbog kojih je teško generalizirati dobivene rezultate. Kao glavne nedostatke ističu mali broj sudionika u studiji te zamjerku da mjerni instrument nije bio dovoljno osjetljiv da bi se mogla zamijetiti manje značajne razlike kod djece koja se nalaze na nižoj razini funkcioniranja. Kao nedostatak navode i kratko trajanje intervencije i pretpostavku da bi kod neke djece (veći) napredak bio primijećen da su dulje ostala u procesu intervencije. Ipak, navode kako su neki roditelji iskazali želju da njihova djeca ostanu uključena u terapiju igrom čak i nakon završetka studije.

5.1.2. Razvoj privrženosti, autonomije, simboličke igre i brige o sebi u terapiji igrom

Prilikom provođenja terapije igrom, moguće je i snimati seanse kako bi se mogao detaljnije pratiti napredak djeteta. Autorice Josefí i Ryan (2004.) to su učinile s ciljem analiziranja napretka šestogodišnjeg dječaka s poremećajem iz spektra autizma koji je bio uključen u 16 seansi terapija igrom u periodu od 5 mjeseci. Seanse su trajale sat vremena, a na kraju su provedene i 3 dodatne seanse filijalne terapije. Inicijalne podatke o dječaku prikupila je terapeutkinja u razgovoru s njegovim roditeljima i učiteljem te osmotjednom opservacijom dječaka u njegovom domu i školi. Dječak je dio obitelji koji su činili majka, otac, starija sestra i mlađi brat te je bio uključen u posebnu školu za učenike s poremećajem iz spektra autizma gdje se primjenjivao bihevioralno pristup u obrazovanju. Nije koristio verbalnu komunikaciju već se izražavao ograničenim znanjem znakovnog jezika, gestama i fizičkim vođenjem osobe do predmeta koji mu je potreban. Dječak je pokazivao izrazitu uzbuđenost i energičnost ponašanjima kao što su trčanje naokolo uz pljeskanje rukama i vrištanje, a povremeno su se javljali i izljevi bijesa. Na području igre, pokazalo se da se dječak nikada ni na koji način ne uključuje u igru sa svojim bratom niti drugom djecom, dok se samostalna igra rijetko javlja uz tek mehaničko korištenje igrački. Uz prikupljene informacije o dječaku, zanimljiv je i odnos dječaka prema terapeutkinji tijekom procesa opservacije. Navodi se kako je pri kraju perioda opservacije dječak započinjao interakciju s terapeutkinjom na različite načine. Krajnji izraz takve interakcije bio je kada je dječak donio čistu pelenu koju je želio da mu terapeutkinja

stavi što je jako iznenadilo i emocionalno dirnulo njegovu majku. Kasnije je terapeutkinja pretpostavila kako se njen način opservacije u kojem „*nije nastojala promijeniti Johna, naučiti ga nečemu ili mu davati upute već sjedila u tišini i pažljivo promatrala može usporediti s praktičnom primjenom nedirektivne terapije igrom koja se usmjerava na združenu pažnja na aktivnosti koje vodi dijete.*“ (Josefi i Ryan, 2004., str.535.).

Kako je već spomenuto, seanse terapije igrom snimane su kamerom te je terapeutkinja kasnije analizirala subjektivne i objektivne pokazatelje dječakovog napretka. Ovakav pristup je odabran obzirom da je cilj studije zapravo bio istražiti kakve su mogućnosti provođenja terapije igrom za djecu s poremećajem iz spektra autizma. Tako su objektivni, broježani pokazatelji odabrani za praćenje dječakovog napretka tijekom terapije, dok su subjektivni pokazatelji omogućili dublji uvid u sam proces promjene koji se dogodio tijekom terapije (Boston i Lush, 1994. prema Josefi i Ryan, 2004.). Subjektivni pokazatelji, odnosno teme koje su se javljale tijekom terapije izdvojene su procesom kodiranja iz video snimki, dok su objektivni pokazatelji određeni na način da su terapeutkinja i neovisni, educirani promatrač klasificirali i izdvojili nekoliko kategorija ponašanja vodeći se istraživačkim pitanjima studije. Analizom su izdvojena 4 subjektivna pokazatelja, odnosno teme kojima je pridruženo 5 objektivnih pokazatelja, odnosno dječakovih ponašanja i aktivnosti u terapiji (Tablica 1.).

SUBJEKTIVNI POKAZATELJI (TEME)	OBJEKTIVNI POKAZATELJI (PONAŠANJA)
PRIVRŽENOST	1. Dječak inicira fizički kontakt s terapeutkinjom
	2. Dječak inicira igru, isključujući stereotipna ponašanja s igračkama/objektima
AUTONOMIJA	3. Dječak inicira interakciju s terapeutkinjom, uključujući zajedničku igru, smiješak, razgovor i gestikulaciju ⁶
RAZVOJ SIMBOLIČKE IGRE	4. Vrijeme provedeno u igri, uz analizu po specifičnim aktivnostima
	5. Vrijeme provedeno u ritualnim / opsesivnim aktivnostima, uključujući ponašanja kao što su tapkanje lopte, trčanje gore-dolje po sobi, udaranje lopte bez cilja i pljeskanje rukama ⁷
BRIGA O SEBI I	/

⁶ U ova ponašanja nije uključen kontakt očima jer ga nije bilo moguće pratiti statičnom kamerom.

⁷ Vrijeme koje je dječak proveo gledajući kroz prozor nije bilo uključeno zbog dojma da dječak tu aktivnost koristi za samoregulaciju vlastitih osjećaja.

Tablica 1. Subjektivni i objektivni pokazatelji analizirani u studiji slučaja Josefi i Ryan (2004.)

Tema privrženosti označavala je dječakovu sposobnost da ostvari odnos sa terapeutkinjom i kvalitetu njihovog odnosa tijekom trajanja terapije. Ovoj temi pridruženi su objektivni pokazatelji koji se odnose na broj puta kada je dječak inicirao fizički kontakt i interakciju s terapeutkinjom s ciljem praćenja dječakovog izražavanja potrebe za fizičkom blizinom, dijeljenjem interesa i socijalnom interakcijom s terapeutkinjom. Iz perspektive terapeutkinje, tema privrženosti odnosila se na sigurnost koju dječak osjeća u prostoriji s njom, odnosno koliko ga ta sigurnost potiče da ulazi u interakcije. Analiza snimki pokazala je kako je na početku terapije dječak većinu seansi proveo fizički udaljen od terapeutkinje na drugoj strani prostorije gledajući kroz prozor. Kako je terapija napredovala, dječak se sve više približavao terapeutkinji i inicirao kontakt očima i fizički kontakt koji je napredovao sve do sjedenja u krilu i traženja da ga nosi na leđima. Interakcija s terapeutkinjom napredovala je do razine komunikacije gestama i riječima, a posebno je istaknuta situacija kada je dječak ozlijedio ruku i odmah tražio utjehu terapeutkinje. U seansama prije rastanka ili kada je dječak obaviješten da se planirana terapija neće održati, pokazivao je uznemirenost i reakcije tipične za uobičajeno proces gubitka. Ova opažanja govore kako se dječak osjećao dovoljno sigurno da razvije privrženost prema terapeutkinji, a to potvrđuju i objektivni pokazatelji. Prema njima je dječak najviše fizičkog kontakta ostvario između 11. i 14. sesije te su oni tada i najduže trajali (Tablica 2.). Obzirom na vrijeme provedeno u interakciji s terapeutkinjom, ono se značajno povećalo nakon 8. seanse kada je iznosilo od oko 2 do oko čak 16 minuta ukupno provedenih u interakciji (Tablica 3.).

Session	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
No. of physical contacts	0	2	2	0	1	1	0	0	1	1	5	2	4	5	1	1
Total time of physical contact ¹	0	0.12	0.95	0	0.08	0.97	0	0	0.12	0.17	1.33	5.67	6.42	4.83	2	1.5

¹ Time is in minutes taken from the hourly session.

Tablica 2. Fizički kontakt. Broj fizičkih kontakata i ukupno vrijeme izraženo u minutama provedeno u fizičkom kontaktu tijekom jedne seanse od 60 minuta (Josefi i Ryan, 2004.)

Table 2. Time spent in interaction with therapist

Session	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Talked to therapist	0.58	0.17	0.08				0.15	0.50	0.67		0.20	0.03	0.03	0.37	0.03	0.67
Asked for help	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03											
Initiated interactive activities	1.92		0.58	1.50	0.17	1.83	0.05	0.58	6.00	2.42	9.08	12.00	8.85	5.92	3.17	5.33
Communicated with gestures		0.02	0.02			0.03	0.05				0.33		0.23			0.17
Broke boundaries/ looked for a reaction					0.03			0.17	0.28				0.33	0.83		
Asked for comfort														0.33		
Initiated physical contact			0.67		0.08				0.17			4.33	0.13	2.33		
Total interacting time ¹	2.53	0.22	1.38	1.53	0.31	1.86	0.25	1.25	7.12	2.42	9.61	16.36	9.57	9.78	3.20	6.17

¹ Time is in minutes taken from the hour session.

Tablica 3. Vrijeme provedeno u interakciji s terapeutkinjom, izraženo u minutama tijekom jedne seanse od 60 minuta (Josefi i Ryan, 2004.)

Tema autonomije odabrana je za praćenje razvoja dječakove autonomije i samostalnosti, a održavala se u objektivnom pokazatelju iniciranja interakcije s terapeutkinjom, uključujući zajedničku igru, smiješak, razgovor i gestikulaciju. Terapeutkinja je u okviru ove teme pratila i koliko dječak traži njenu pomoć, na koji način se odnosi prema granicama i pravilima postavljenim tijekom terapije te pokazuje li znatiželju i potrebu za istraživanjem svoje okoline. U već prikazanoj Tablici 3., vidljivo je kako je dječak na prvim seansama tražio pomoć terapeutkinje, i to u jednostavnim zadacima kao što su skidanje čepa s boce i kutije s plastelinom. Kasnije se ta potreba nije javljala čak niti kada se dječak suočio s težim zadacima poput otvaranja vreće s kockama za koji mu je bilo potrebno nekoliko minuta da ga riješi, ali je na kraju uspio bez traženja pomoći terapeutkinje. Već na drugoj seansi, dječak je počeo testirati postavljene granice odbijanjem izlaska iz sobe nakon završetka seanse, no terapeutkinja navodi kako je kasnije njegovo ispitivanje granica postalo „proaktivno i namjerno, podsjećajući na malu djecu koja počinju razvijati svoju volju, što uključuje i suprotstavljanje s voljom odraslih.“ (Josefi i Ryan, 2004., str.539.). Napredak u samostalnosti pokazao se i u dječakov spremnosti da istražuje nove igračke i otkrije nepoznate prostorije u blizini prostorije za terapiju, a koja mu je postala sigurno mjesto. Opisana subjektivna opažanja terapeutkinje potkrijepljena su zabilježenim napretkom u objektivnim pokazateljima. Tako Tablica 4. pokazuje značajno povećanje vremena provedenog u aktivnostima koje je inicirao sam dječak.

Table 3. Time spent on activities initiated by the child

Session	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Sand	0.83	3.00	0.50		1.58				0.58							1.17
Musical Instruments	0.83	1.00	1.50	1.00	1.92	0.68					3.75	1.50	1.08	2.33	1.58	2.33
Book reading	1.92			1.50								1.33				
Play dough	0.30		1.75		2.67	3.17	3.58	1.92								
Farm	1.92					0.35			1.50							
Poster paints		3.00	3.00	2.17	3.50	3.50	2.50	3.92	3.17	4.00	3.67	3.50	3.17	3.08	2.58	15.92
Finger paints			6.45	7.25	6.33	4.50	6.32	3.75	7.83	5.17	4.25	14.42	11.33	3.67	7.92	3.50
Pretend food									4.32							
Pretend telephone						1.50							2.42			
Building blocks										2.43	9.08	9.00	6.75	7.75	3.17	5.33
Dolls' play												1.67	1.33			
Doctor's kit															2.17	
Total ¹	5.80	7.00	13.20	11.92	16.00	13.70	12.40	9.59	17.40	11.60	20.75	31.42	26.08	16.83	17.42	28.25

¹ Time is in minutes taken from the hour session.

Tablica 4. Vrijeme provedeno u aktivnostima koje je inicirao dijete, izraženo u minutama tijekom jedne seanse od 60 minuta (Josefi i Ryan, 2004.)

Tema igre odnosila se na praćenje razvoja dječakovog izbora aktivnosti, razine uključenosti i koncentracije u tim aktivnostima te interakcija s terapeutkinjom. U prvoj polovici cjelokupnog trajanja terapije, dječak se uglavnom igrao samostalno na vrlo sličan način, bez značajnih varijacija, a koristio je materijale kao što su boje za prste, plastelin i glazbene instrumente. Nakon devete seanse, dječak je počeo koristiti igračke koje su namijenjene simboličkoj igri (npr. igračke hrane, kocke za slaganje, igračka telefon, lutke i pribor za doktora) te uključivati terapeutkinju u zajedničku igru s tim materijalima. U zajedničkoj igri dječak je često imitirao terapeutkinju, usmjeravao njenu pažnju na igračke te prihvaćao promjene koje je terapeutkinja predlagala u igri. U već prikazanoj Tablici 4. mogu se pratiti promjene u aktivnostima igre koje je dječak inicirao, ali i porast broja različitih aktivnosti koje je inicirao. Primijećen je i porast u vremenu kojeg je dječak proveo u igri tijekom seanse, a terapeutkinja izvještava kako je pri kraju terapije dječak mogao 15 i više minuta biti uključen u igru bez pokazivanja stereotipnih ponašanja kao što su stiskanje loptice i pljeskanje loptice koja su bila specifična za dječaka i koja su se često javljala na početku terapije. Takva opažanja djelomično su potkrijepljena objektivnim pokazateljima. Naime, dječak je u prvih osam seansi proveo u prosjeku tek 11.2 minute u samoiniciranim aktivnostima, dok je u sljedećih osam seansi taj prosjek narastao na čak 21.22 minute. No, prema podacima koji su mjerili vrijeme koje je dječak proveo u stereotipnim ponašanjima, nije primijećen značajan

napredak. Tako je u prvih osam seansi to vrijeme u prosjeku iznosilo 10.89 minuta, a u sljedećih osam seansi 8.39 minuta.

Tema brige odnosila se na promjene u aktivnostima koje je dječak radio da bi zadovoljio svoje potrebe i zapravo se u velikoj mjeri podudara s već opisanim temama. Obzirom da temi brige nisu pridruženi objektivni pokazatelji, dječakov razvoj na ovom području potkrijepljen je opažanjima terapeutkinje. Tako je opisano dječakovo kompulzivno jedenje keksića ponuđenih na početku svake seanse, čuvanje ponuđenog soka za kasnije i gomilanje boje za prste na papir „*kao da nikakva količina boje ne bi bila dovoljna za njega.*“ (Josefi i Ryan, 2004., str.542.). Promjene su uočene nakon šeste seanse kada je dječak uzimao manje boje za prste, dao si dovoljno vremena za jedenje keksića i uživao u njima te popio ponuđeni sok bez čuvanja za kasnije, a terapeutkinja je kao posebno važan trenutak izdvojila kada je dječak tijekom devete seanse tražio još keksića. Iako je prema unaprijed dogovorenom pravilu smio pojesti samo dva keksića, ovaj događaj je bio značajan jer je dječak prepoznao svoju potrebu i tražio od terapeutkinje s kojom je razvio prislan odnos da mu pomogne. Značajan je i za već spomenutu temu igre obzirom da je nakon dječakovog zahtijeva, terapeutkinja ponudila igračke hrane koje je dječak onda koristio za zajedničku simboličku igru sa terapeutkinjom.

Zanimljiva su i opažanja dječakove majke koja je na kraju terapije izvijestila o značajnim promjenama u dječakovom ponašanju. Tako naprimjer, prestala su noćna mokrenja koja su bila prisutna na početku terapije i dječak je puno uspješnije izražavao svoje potrebe majci. Također, dječak se vrlo brzo prilagodio na novu okolinu povremenog programa institucionalne brige u koji je bio uključen tijekom istraživanja, a izvijestila je i kako uspješnije predviđa svakodnevne događaje, bolje se prilagođava promjenama u rutini te lakše prihvaća majčina pravila. Za majku je posebno važna bila promjena u dječakovom prepoznavanju i odgovaranju na tuđe potrebe i emocije što je potkrijepila primjermom situacije kada je tijekom igre u parku dječak samoinicijativno pružio ruku i pomogao mlađem bratu koji se mučio da se popne pokraj njega (Josefi i Ryan, 2004.).

Zaključno, autorice sumiraju kako je provedena terapija imala pozitivan učinak na dječaka jer su rezultati pokazali veću razinu samostalnosti, mogućnost razvoja privrženog odnosa sa terapeutkinjom te razvoj simboličke igre. Napominju nemogućnost generaliziranja rezultata na cijelu populaciju djece s poremećajem iz spektra autizma te zaključak kako terapija igrom nije imala značajan utjecaj na smanjenje stereotipnih ponašanja kod dječaka. Navode kako ovi zaključci nisu konačni već potiču i ohrabruju daljnja istraživanja, ali i primjenu terapije igrom

u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma ravnopravno s bihevioralnim metodama koje za sada prevladavaju (Josefi i Ryan, 2004.).

5.1.3. Integrirana primjena terapije igrom usmjerene na dijete, direktivnog pristupa i edukacije roditelja

Prethodne studije često su se pozivale na studiju slučaja autora Kenny i Winick (2000.) koji su početkom stoljeća s 11-godišnjom djevojkom s poremećajem iz spektra autizma proveli terapiju igrom. Na inicijalnoj procjeni djevojka je pokazivala ispodprosječne rezultate na područjima kao što su komunikacija, socijalne vještine i vještine svakodnevnog života obzirom na svoju dob. Također, autori su promatrali i obiteljsku dinamiku koja je pokazala nedovoljnu uključenost oca u život djevojke te visoku razinu ovisnosti o majci što je kod djevojke uzrokovalo nedostatak neovisnosti i izražavanje vlastitog nezadovoljstva na neprimjerene načine. Upravo zbog toga autori navode kako je terapija igrom odabrana jer promicanjem otvorenog i prihvaćajućeg stava prema djetetu te oslanjanjem na neverbalnu komunikaciju dopušta djetetu s teškoćama da „*otkrije fizičke i emocionalne snage koje posjeduje u odnosu na svoje teškoće.*“ (Carmichael, 1993. prema Kenny i Winick, 2000., str.16.). Terapija se provodila prema integrativnom pristupu koji uključuje terapiju igrom usmjerenu na dijete, direktivne intervencije usmjerene na osobnu higijenu i osnovne životne navike te edukaciju i pružanje podrške roditeljima.

Tijekom prvih 7 od ukupno 11 sesija terapija igrom koje su trajale 3 mjeseca primjenjivali su se isključivo principi terapije igrom usmjerene na dijete prema kojima su na početku terapije postavljena samo nužna pravila, nastojalo se razviti povjerenje između djevojke i terapeuta te se djevojku prihvaćalo onakvom kakva doista jest. Zadnji princip pokazao se izrazito važnim na području komunikacije gdje terapeut nije bio frustriran njenim komunikacijskim teškoćama, niti ih je pokušavao ispraviti. Posebno važno je bilo razviti odnos u kojem će djevojka osjećati slobodu da može u potpunosti izraziti svoje osjećaje, što je u seansama često bio osjećaj ljutnje. Kada je djevojka iskazivala svoje osjećaje, uloga terapeuta je bila da te osjećaje prepozna i reflektira na način koji će ju potaknuti na dobivanje uvida i razumijevanje vlastitog ponašanja. Primjerice, ispade gnjeva prije ulaska u sobu terapeut je tumačio kao način izražavanja ljutnje prema majci koja joj zapravo ne daje izbor želi li uopće taj dan sudjelovati na terapiji što je terapeut reflektirao rečenicama „*Danas si jako ljuta što moraš biti ovdje.*“ i „*Ne želiš ući i jako si ljuta na svoju mamu što te dovela ovdje.*“. Ispadi ljutnje bili su posebno intenzivni nakon sukoba s majkom koji su prethodili seansama što autori

objašnjavaju unutarnjim nezadovoljstvom jer djevojka ne želi biti ovisna o majci, a istovremeno se stalno suočava s neuspjesima u pokušajima da bude samostalna (Kenny i Winick, 2000.).

Na polovici intervencije, majka je izvijestila o rjeđim sukobima između nje i djevojke i općenito manjoj uznemirenosti kod djevojke, zbog čega je odlučeno da će se uvesti direktivne tehnike za poticanje usvajanja vještina održavanja osobne higijene. Direktivne tehnike primijenjene za usvajanje vještina svakodnevnog života temeljile su se na prijedlozima autora Lelanda (1983. prema Kenny i Winick, 2000.) koji navodi da bi seanse terapije igrom trebale biti strukturirane samo onoliko koliko je djetetu potrebno da prilagodi svoja socijalno neprihvatljiva ponašanja pod pretpostavkom da će dijete ono što je naučilo u igri, bolje generalizirati na ostala područja života. Tako je primjerice uz pomoć lutke i kroz igru, djevojka bila poticana na usvajanje navika za održavanje oralne higijene, međutim ta nastojanja nisu bila uspješna. Direktivne tehnike bile su primijenjene i u poticanju socijalnih vještina. Primjerice, terapeut bi verbalnim opisom pratio aktivnost koju je djevojka započela i ako ona na to nije odgovorila, bila bi kažnjena zaustavljanjem aktivnosti dok na neki način ne uzvratila (pogled očima, osmijeh, govor). Djevojka na ovakve strukturirane zadatke nije reagirala jednako pozitivno kao i na nedirektivne aktivnosti te ih je do kraja terapije i izbjegavala. U zaključku autori govore kako takva reakcija ima teorijske i praktične implikacije jer iako „*terapeut u terapiji igrom usmjerene na dijete daje osnovne uvjete empatije, topline i istinskog poštovanja prema djetetu*“ (Carmichael, 1993. prema Kenny i Winick, 2000., str.27.), pitaju se je li terapija igrom pravi pristup za poticanje vještina i aktivnosti svakodnevnog života.

Važan dio integrativnog pristupa u terapiji igrom činile su i edukacija roditelja te pružanje psihosocijalne podrške. Majka djevojčice imala je priliku s terapeutom podijeliti svoje frustracije i brige vezane uz odgoj djeteta s teškoćama. Majka je s vremenom razvila realističnija očekivanja za svoju kćer i naučila cijeniti male napretke. Isplanirala je aktivnosti za budućnost koje će potaknuti razvoj njene kćeri.

O pozitivnim rezultatima izvijestili su i drugi stručnjaci s kojima se djevojka susretala tijekom trajanja intervencije - manja uznemirenost tijekom neuroloških pregleda, bolja suradnja i pozitivne promjene u ponašanju u školi, manje ispada bijesa, rjeđe plakanje za majkom u stresnim situacijama. S vremenom je djevojka razvila i veću privrženost prema terapeutu što

se vidjelo u ponašanjima kao što su češće uključivanje terapeuta u igru, fizička blizina terapeutu i rijetko okretanje leđima prema njemu, uzbuđenje prije dolaska na seanse itd.

Autori zaključuju kako je ovakav integrirani pristup imao samo djelomično uspješan učinak. Naime, djevojka je bila puno spremnija prihvatiti terapiju igrom, dok je tijekom primjene direktivnog pristupa odbijala suradnju. Objašnjavaju kako okruženje i atmosfera terapije igrom nisu primjerene za poučavanje specifičnih zadataka, što se pokazalo i u rezultatima.

5.1.4. Ekspresivne metode u terapiji igrom (Sandplay terapija)

Integriranjem ekspresivnih metoda u terapiju igrom bavila se studija slučaja iz Australije (Parker i O'Brien, 2011.). Obzirom na komunikacijske teškoće te probleme mentalnog zdravlja s kojima se učenici s poremećajem iz spektra autizma suočavaju, autori predlažu terapiju igrom kao učinkovit alat za poticanje igre i napretka u ponašanju tih učenika kako u školi, tako i u domu. Specifično, predlažu Sandplay terapiju definiranu kao „*tehniku psihoterapije koja klijentu omogućava slaganje figurica u kutiji s pijeskom i stvaranje pješčanog svijeta koji se podudara s raznim dimenzijama njegove ili njene socijalne stvarnosti*“ (Goss i Campbell, 2004., prema Parker i O'Brien, 2011., str.82.). Sandplay terapija pruža i dodatni element senzorne stimulacije te mogućnosti da dijete svoje misli i osjećaje izrazi njihovom projekcijom na igračke i simbole koje samo odabere (Landreth, 2009. prema Parker i O'Brien, 2011.).

U terapiju igrom bio je uključen sedmogodišnji dječak s poremećajem iz spektra autizma koji je u školi pokazivao razna nepoželjna ponašanja kao što su ispadi bijesa, udaranje i grizenje drugih učenika te odbijanje sudjelovanja u školskim aktivnostima. Terapija se odvijala tijekom 12 tjedana s tjednim seansama u trajanju od 45 minuta. Rezultati su pokazali napredak u dječakovoj igri koji je pratio i smanjenje nepoželjnih ponašanja. Zanimljivo je pratiti dječakov napredak u igri kroz četiri faze koje autori u izvornom članku potkrepljuju i fotografijama prikaza iz kutije s pijeskom. Tijekom prve tri seanse prevladavala je faza kaosa, dezorganizacije i izostanka reda. Seanse su završavale pitanjima želi li promijeniti nešto u svom prikazu u kutiji s pijeskom, odnosno želi li dodati ili maknuti neke od figurica na što je dječak oklijevao dajući dojam da ne zna kako da napravi promjenu u postojećem prikazu ili pronade alternative za svoj prikaz. Oko pete seanse se u igri počeo javljati red i glavna tema je bila bitka između figurica koja je na početku bila dezorganizirana i bez jasnog pobjednika. Oko sedme seanse u bitkama su bile prikazane jasne strategije i pobjednici. Kasnije je dječak počeo izdvajati figurice heroja dok su istovremeno dječakovi učitelji izvještavali da se dječak

čini puno sretniji i spremniji na suradnju s njima, ali da i dalje ulazi u sukobe s drugom djecom. Bogatija igra s više reda ponavljala se i tijekom idućih seansi kada su učitelji izvještavali kako se dječakovo ponašanje značajno poboljšalo te da su se izljevi bijesa drastično smanjili. U završnoj fazi terapije, dječak je slagao prikaze u pijesku koji su imali dublja simbolička značenja. Prvo, dječak se jako identificirao s Petrom Panom čiju figuricu je koristio nekoliko tjedana zaredom. Zatim, izdvojili su prikaz u pijesku vrlo sličan biblijskoj priči o Noinoj arki gdje životinje odlaze na brod da bi započele novi život „ostavljajući za sobom način na koji su činili stvari u prošlosti i odlazeći u novi svijet.“ (Parker i O'Brien, 2011., str.84.). Nadalje, jedan od idućih prikaza u pjesku pokazivao je novi svijet pun ljepote i bogatstva za kojeg autori pretpostavljaju da simbolički predstavlja novi dječakov pogled na svijet nakon što je on sam dobio više kontrole nad vlastitim životom i mogućnosti da upravlja pjeskom i figuricama s ciljem postizanja rezultata kojim može biti zadovoljan.

Deskriptivne opise seansi autori su nadopunili grafičkim prikazima koji pokazuju prosječno manje nepoželjnih ponašanja tijekom tjedana trajanja terapije. Od prosječno 35-40 nepoželjnih ponašanja tijekom prvih tjedana terapije, u završnim tjednima se njihov prosjek smanjio na manje od 5 nepoželjnih ponašanja u tjednu.

U zaključku autori utvrđuju kako terapija igrom može biti prikladna metoda savjetovanja za djecu s poremećajem iz spektra autizma kod koje se češće javljaju poremećaji mentalnog zdravlja. Prednost koju terapija igrom ima nad ostalim metodama je sama činjenica da je „*igra kao intervencija razvojno primjerena za djecu*“ (Parker i O'Brien, 2011., str.86.) te što se u svojim tehnikama ne oslanja toliko na verbalnu komunikaciju u usporedbi s drugim savjetodavnim i psihoterapijskim metodama.

5.1.5. Terapija igrom u suočavanju s traumama

Već opisani problemi mentalnog zdravlja kojima su osobe s poremećajem iz spektra autizma podložnije mogu biti posljedica traumatičnog iskustva, ali mogu još više osobu dovesti u rizik od ponovnog doživljavanja zlostavljanja i traumatizacije. Nažalost, sa zanemarivanjem i zlostavljanjem se djeca s poremećajem iz spektra autizma susreću od najranije dobi, podaci govore kako su djeca s teškoćama u razvoju čak do 3 puta u većem riziku od zlostavljanja (Reiter i dr., 2007. prema Guest i Ohrt, 2018.). Djeca i odrasle osobe s poremećajem iz spektra autizma izložene su najrazličitijim oblicima zlostavljanja i zanemarivanja, od fizičkog i psihičkog do seksualnog, a specifične teškoće u komunikaciji i samoregulaciji otežavaju im da potraže pomoć. Alarmantan je i podatak da je za djecu s poremećajem iz spektra autizma

koja su doživjela fizičko ili seksualno nasilje 6 puta veća vjerojatnost da će pokušati počiniti samoubojstvo (Mandell i dr., 2005. prema Guest i Ohrt, 2018.). Također, u obzir treba uzeti i da zbog drugačijeg načina doživljavanja svijeta oko sebe te senzornih teškoća, za osobe s poremećajem iz spektra autizma i svakodnevnih situacija mogu biti traumatične (Guest i Ohrt, 2018.).

Postojeći tretmani za djecu s poremećajem iz spektra autizma ne pokazuju dovoljno otvorenosti i mogućnosti prilagodbe za svu djecu obzirom na različitost samih obilježja među populacijom, a postojanje traume kod djeteta cijeli pristup čini još složenijim. U tu svrhu autori Guest i Ohrt (2018.) proveli su studiju slučaja uključivanja petogodišnjeg dječaka s poremećajem iz spektra autizma koji je pretrpio obiteljsku traumu u terapiju igrom usmjerenu na dijete. Naime, dječak je na terapiju upućen zbog izraženih destruktivnih i agresivnih ponašanja. Kod dječaka su bile prisutne anksioznost u socijalnim situacijama, poremećaj spavanja uz noćne more te senzorne teškoće. Zanimljivo je kako je dječak dijagnozu poremećaja iz spektra autizma te poremećaja pažnje s hiperaktivnošću dobio tijekom početka terapije nakon procjene psihologa. Na obiteljskom planu, dječak je živio s bakom po majčinoj strani obzirom da je njegova majka bila ovisna o opojnim drogama, a oca nikada nije upoznao. Prije života s bakom, dječak je bio žrtva teškog zanemarivanja i zlostavljanja koja su između ostalog uključivala obiteljsko nasilje, fizičko kažnjavanje i zaključavanje u ormar.

Dječak je godinu dana bio uključen u terapiju kada su se dva puta tjednom odvijale seanse u trajanju od 45 minuta do sat vremena. Autori navode kako su se pozitivni pomaci kod dječaka primijetili već nakon 5 mjeseci provođenja intervencije, a napredak se odvijao kroz 5 faza.

U prvoj fazi zagrijavanja koja je trajala od prve do desete seanse dječak je pokazivao iznimnu napetost. Prvih nekoliko seansi dječak se nije micao već je samo nijemo zurio u igračku dvorca. Bez stvaranja pritiska od strane terapeutkinje, dječak je s vremenom započeo interakciju pokazujući na figurice u dvorcu koje želi pomaknuti. Krajem ove faze, dječak se osjećao dovoljno sigurno i ugodno s terapeutkinjom da je uspostavio i verbalnu komunikaciju. Ipak, takva komunikacija bila je otežana zbog dječakovih teškoća u izražavanju, a verbalni komentari terapeutkinje ometali su ga u igri. Obzirom na dječakovu traumatičnu prošlost i teškoće u komunikaciji, terapeutkinja izvještava kako je stvaranje privrženosti među njima trajala duže nego s drugim klijentima.

Između 11. i 14. seanse odvijala se agresivna faza kada je dječak po ulasku u sobu počeo bacati lutku u zid što je bilo potpuno različito od dosadašnjih mirnih i tihih ulazaka. Uz smirenost i reflektivni govor terapeutkinje takvo ponašanje trajalo je 45 minuta. Dječak je udarao i bacao lutku uz agresivno vikanje da se tako ne smije ponašati prema djetetu. Takvo ponašanje ponovilo se i na idućim seansama.

Od 15. do 22. seanse trajala je agresivno-regresivna faza kada se i dalje nastavilo već opisano agresivno ponašanje, ali je istovremeno dječak pokazivao i regresiju u infantilno stanje poput sisanja dode, puzanja i plakanja za pomoć. Tražio je da ga se drži u naručju, a doma je tražio da se grli i mazi s bakom što nikada nije tražio u protekle 2 godine života s njom. Također, scene koje je dječak proigravao u ovoj infantilnoj fazi bile su povezane sa stvarnim događajima iz njegovog ranijeg života o kojima ih je izvjestila dječakova baka. Tako naprimjer, dječak je igrao scenu kada ga je majka kao jednogodišnju bebu vodila na groblje i tamo provodila nekoliko sati. Javljale su se i scene borbe s majčnim partnerima koji su bili nasilni prema njemu i majci te scene u ormaru gdje se dječak počeo suočavati sa svojim strahom od mraka i zatvorenih prostora. Tijekom ove faze, terapeutkinja je nedirektivnim govorom pomogla dječaku u prepoznavanju i izražavanju svojih emocija te uzvraćanju nježnosti koje je dječak zahtijevao od terapeutkinje i bake.

Usljedila je regresivna faza od 23. do 32. seanse kada je dječak na svaku seansu dolazio s jasnim ciljem. Vadeći dudu iz usta i dajući je terapeutkinji, dječak je pogledao lutku koju je prije nekoliko seansi udarao i bacao govoreći „*sada je vrijeme da beba odraste. Sigurno je i vjerujem ti. Ovo je dijamant. Želim da ga ti imaš*“ (Guest i Ohrt, 2018.). Na sljedećim seansama dječak se u igri pretvarao da gradi vremeplov i vraćao se u prošlost „popraviti stvari“. Terapeutkinja je izdvojila kako je dječak odigrane situacije „popravljao“ na način primjereniji svojim godinama i uz korištenje zrelijih vještina u usporedbi s prethodnim fazama. Također je igrao scene u kojima brine za svoju „djecu“, odnosno plišane igračke i kuha za terapeutkinju i baku.

Po završetku prvih 5 mjeseci terapije od 33. do 40. seanse odvijala se faza usvajanja. Dječak je počeo razvijati nove vještine te se suočavati s novim izazovima. Tijekom, ali i izvan sesija počeo je za sebe koristiti pozitivan govor ohrabrujući se tijekom izvođenja novih zadataka. mogao je prepoznati osjećaje poput sreće, tuge i ljutnje te ih izraziti riječima. Nove vještine koje je dječak usvojio pokazale su se i u njegovoj igri koja je uključivala crtanje i pisanje te izrađivanje stvari za druge osobe. U odnosu s drugima, više je tražio interakciju i održavao

kontakt očima, a tražio je i da se uključi u sportsku grupu. Prestale su noćne more i strah od kukaca. Više se nisu javljala agresivna ponašanja zbog kojih je bio udaljavan iz škole te je bio u mogućnosti ponovno se vratiti na nastavu.

Na kraju autori zaključuju kako je provedena terapija dječaku pružila sigurno okruženje u kojem je stekao osjećaj sigurnosti i kontrole bez nametanja očekivanja od strane odrasle osobe. Zbog toga je dječak pokazao napredak u socijalnim vještinama i samoregulaciji, a procjene školskog psihologa pokazale su napredak i u ponašanju u školi. Ipak, istaknuto je kako je dječaku ipak trebalo više vremena za uspostavljanje odnosa s terapeutkinjom te mu je bilo potrebno duže vrijeme i za prelazak u sljedeću fazu. Iako je pokazao simboličku igru, ona je i dalje ostala vrlo konkretna obzirom da je dječak često u njoj koristio citate iz filmova, igrice i pjesama. No, upravo je prednost terapije igrom usmjerene na dijete što zbog svoje prilagodljivosti razvojnoj fazi djeteta dopušta prostor i vrijeme da dijete sa složenim teškoćama ostvari napredak.

Prikazane studije slučaja pokazale su da postoji značajan potencijal za primjenu terapije igrom u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma, posebno s ciljem razrješavanja različitih psihosocijalnih teškoća što se razlikuje od uobičajenih biheviornalnih metoda terapije koje su usmjerene na modificiranje ponašanja. U terapiji igrom neka djeca imaju priliku po prvi puta biti u odnosu gdje se osjećaju dovoljno sigurno i prihvaćeno onakvima kakvi doista jesu. Povezujući s podacima o mentalnom zdravlju osoba s poremećajem iz spektra autizma, možemo pretpostaviti kako poticanje pozitivnog samopoimanja te osjećaja pripadnosti i prihvaćenosti kroz terapiju igrom mogu biti važan zaštitni faktor mentalnog zdravlja djece s poremećajem iz spektra autizma.

5.2. Iskustva terapeuta

Već je spomenuto kako metoda studije slučaja daje uvid u procese promjene i razvoja koji se odvijaju tijekom terapije, što su prikazana istraživanja i potkrijepila. Takvi uvidi korisni su za stručnjake koji terapiju igrom provode u svom svakodnevnom praktičnom radu s djecom.

Njihova iskustva ispitala su autorice Overley i dr. (2018.) metodom polustrukturiranog intervjua. Intervjui su provedeni s 10 terapeuta i supervizora terapije igrom koji rade s djecom s poremećajem iz spektra autizma. Cilj je bio sudionike potaknuti da općenito opišu svoje iskustvo provođenja terapije igrom s navedenom populacijom, ispitati planiraju li nastaviti s takvim radom te što bi željeli da drugi znaju o njihovom radu.

Nakon transkripcije i detaljne analize prikupljenih intervjua, izdvojile su se tri značajne teme. U prvoj temi obuhvaćene su izjave prema kojima je terapija igrom usmjerena na dijete učinkovita. Unutar ove teme sudionici su se osvrnuli na okruženje koje se stvori unutar terapije igrom za koje smatraju da pomaže djeci s poremećajem iz spektra autizma. Smatrali su da obilježja takvog okruženja kao što su neutralnost i konzistentnost pomažu stvaranju sigurnog prostora gdje se djeca osjećaju dovoljno opušteno da se mogu slobodno izraziti, a bezuvjetno prihvaćanje i podržavajuća atmosfera takvog okruženja potiče rast i razvoj djeteta. Također, terapeuti su govorili i o odnosu koji se uspostavlja između njih i djece tijekom terapije. Zbog toga što nemaju „tajni zadatak“ koji žele nametnuti djetetu kao što je to slučaj u drugim terapijskim pristupima, dijete se može osjećati dovoljno opušteno i osnaženo te možda i prvi put u životu ima priliku biti s nekim tko „*stvarno pokušava biti s njima točno tamo gdje se nalaze u tom trenutku.*“ (Overlay i dr., 2018., str.17.). U takvom odnosu djeca su spremnija na interakciju, a terapeuti izvještavaju kako je razvoj njihovog odnosa jedan od najvažnijih elemenata terapije igrom te kako se razvoj njihovog odnosa odvijao usporedno s pozitivnim promjenama u ponašanju o kojem su izvještavali roditelji i učitelji djece tijekom terapije. Unutar iste teme, govorilo se i o tome kako uloga terapeuta pomaže djetetu. U svom radu terapeuti su koristeći posebne tehnike i način interakcije poticali djecu i pružali im podršku. To se odnosilo na nastojanja da budu usklađeni s djetetom, odnosno da im pristupaju sukladno njihovoj razini razvoja i slijede djetetovu inicijativu. Kada terapeut nije okupljen davanjem uputa djetetu i poučavanju, otvara se prostor da dijete izrazi svoje misli, osjećaje i interese što je podijelila i jedna od sudionica intervjua: „*samo sam odgovarala na ono što mi je on govorio i dijelio, „To zvuči jako uzbudljivo“ i „Zvuči kao da si stvarno uživao u tome“. I točno sam znala da on nikada nije zapravo imao priliku nekome ispričati sve te priče bez da ga preusmjeravaju ili govore „Ne bi baš trebao toliko pričati o tome“... Ja sam samo prihvaćala. Koristila sam taj pristup...usmjerenost na dijete.*“ (Overlay i dr., 2018., str.18.).

Sljedeća tema obuhvatila je izjave terapeuta prema kojima ova terapija odgovara karakteristikama i potrebama djece s dijagnozom poremećaja iz spektra autizma. Prvo, terapeuti su govorili o tome kako prostor organiziraju na način da su raspored sobe i materijala uvijek isti, a granice prostora su jasno određene. Takvom organizacijom omogućili su djeci osjećaj predvidljivosti i dosljednosti prostora u kojem se onda mogu osjećati dovoljno sigurno i opušteno da bi istražili i izrazili svoje emocije i probleme. U takvoj najmanje restriktivnoj okolini djeca su imala osjećaj kontrole i mogla donositi odluke što je za posljedicu imalo pozitivan utjecaj na njihovo samopoštovanje jer „*samopoštovanje, taj*

sastavni dio socijalnog funkcioniranja, neće napredovati u okruženju koje šalje poruku 'Nisi dovoljno dobar upravo takav kakav jesi.'" (Notbohm, 2005. prema Overlay i dr., 2018., str.20.). Nadalje, unutar iste teme terapeuti su podijelili svoja razmišljanja kako specifičan odnos koji se stvara između njih i djeteta tijekom terapije igrom odgovara potrebama djece s poremećajem iz spektra autizma. Naime, odnosom koji se uspostavlja smatraju dubokim i podržavajućim odnosom koji neka djeca nemaju prilike ostvariti i iskusiti u svakodnevnom životu. Od početnog prihvaćanja i podržavanja, djeca su s vremenom razvila sigurnu privrženost prema terapeutu, a neki prema roditeljskim informacijama izvijestili i o transferu razvoja takvog odnosa prema vršnjacima. Ono što pomaže u stvaranju takvog odnosa svakako su i razne tehnike koje terapeuti primjenjuju, a smatraju ih primjerenim potrebama djece s poremećajem iz spektra autizma. Tako su izdvojili tehnike praćenja, bezuvjetnog pozitivnog poštovanja i prisutnosti 'ovdje i sada' koje im omogućavaju da vide dijete onakvim kakvo ono doista jest, bez osuđivanja ili stvaranja očekivanja. Koristeći tehnike terapije igrom, imaju prilike promatrati djecu i učiti od njih te pratiti njihov razvoj bez „stvaranja pritiska da budu drugačiji od onoga što već jesu.“ (Ray i dr., 2012. prema Overlay i dr., 2018., str.21.) uz shvaćanje da su oni prvenstveno djeca, a tek onda djeca s dijagnozom poremećaja iz spektra autizma (Overlay i dr., 2018.).

Treća i zadnja tema koja se izdvojila nakon analize svih intervjuova odnosila se na želju roditelja da budu više uključeni. Ta želja očitovala se u opažanju da su svi terapeuti uključeni u istraživanje izvijestili kako najviše interakcije imaju s roditeljima djece s poremećajem iz spektra autizma od sve druge populacije s kojom su radili. Zbog toga su su uvidjeli da odnos između djeteta i roditelja te njihov odnos s roditeljima može imati presudni utjecaj na uspjeh terapije. Prvenstveno se taj utjecaj odnosi na odluku roditelja o uključivanju i zadržavanju djeteta u terapiji, ali prisutan je i dublji utjecaj. Naime, terapeuti su podijelili svoja opažanja roditelja koji pate zbog nerazumijevanja i nedovoljne povezanosti s vlastitom djecom te potrebe da im se u tome pomogne. Zbog toga su neki od terapeuta poučili roditelje tehnikama koje se primjenjuju u terapiji igrom. To su napravili s ciljem da se napredak postignut tijekom terapije generalizira i na druga područja života djeteta te da se napredak nastavi i nakon završetka terapije. Takva nastojanja terapeuta opravdana su teorijskim saznanjima koja govore o većoj razini prihvaćanja, samopoštovanja i samopouzdanja kod djece i roditelja kada su roditelji uključeni u terapiju i poučeni specifičnim tehnikama (Simeone-Russell, 2011. prema Overlay i dr., 2018.). Također, pokazalo se da kada roditelji mogu vidjeti dijete iz novih okvira terapije igrom, pozitivnije mu pristupaju te ga više ohrabruju i mogu uživati s

djetetom u njegovim interesima (Fleischmann, 2004.; Porter, 2012.; Vanfleet, 2012. prema Overley i dr., 2018.). Autorice navode kako takva promjena u perspektivi roditeljima može pomoći da ostvare produktivniju interakciju sa svojim djetetom, umanje vlastiti stres i napetost te potaknu bolje odnose u cijeloj obitelji (Overley i dr., 2018.). Upravo zbog toga su terapeuti u intervjuima izrazili svijest o važnosti svoje višestruke uloge u odnosu prema roditeljima kao onih koji im pružaju podršku, poučavaju ih te posreduju između roditelja i djeteta. Važno im je da su roditelji uključeni u terapiju igrom i da prepoznaju njen značaj da bi na kraju i samo dijete dobilo poruku kako su „*i tvoji roditelji zajedno s nama u ovome, da smo svi jedan tim i da zajedno radimo s osobama koje su tebi važne.*“ (Overley i dr., 2018., str.19.).

Zaključno, sudionici istraživanja podijelili su svoju želju za boljim općenitim educiranjem i informiranjem o poremećaju iz spektra autizma i napretku koji je moguće ostvariti primjenom terapije igrom u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma kako bi se otklonile predrasude o samoj terapiji i njoj (ne)učinkovitosti. Terapeuti su izrazili svoju uvjerenost u napredak djece kada im se pruži dovoljno vremena i prostora bez „skrivenih namjera“ terapeuta da dijete pouči i promijeni u skladu sa svojim unaprijed određenim očekivanjima. No da bi se to postiglo, terapeuti su podijelili i prepreke s kojima se suočavaju u svom radu, a koje su se odnosile na otežano provođenje terapije zbog prostorne udaljenosti ili vremenskog ograničenja te korištenje specifičnih materijala obzirom da djetetove teškoće. Ipak, navode kako je terapija igrom dovoljno prilagodljiv pristup koji dopušta potrebne adaptacije te unatoč svim preprekama i predrasudama nastavljaju s primjenom terapije igrom u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma (Overley i dr., 2018.).

5.3. Uključivanje roditelja u terapiju igrom

Iako su terapeuti igrom u praksi uočili važnost uključivanja roditelja u terapiju, odnosom djece s poremećajem iz spektra autizma i njihovih roditelja bavili su se i drugi autori. Zabrinjavajuć je zaključak autorica Keenan i dr. (2016.) kako roditelji djece s poremećajem iz spektra autizma doživljavaju veći psihološki stres koji uključuje simptome depresije i anksioznosti te stres vezan uz samu ulogu roditeljstva. Iako su takva saznanja već poznata u literaturi, ova studija je pokazala i da navedene populacija doživljava veću razinu anksioznosti vezanu uz privrženost sa svojim djetetom. Autorice navode kako je takav rezultat moguć zbog češćih simptoma generalne anksioznosti kod roditelja djece s poremećajem iz spektra autizma, ali daju važnost intervencijama koje bi se usmjerile na poboljšanje usklađenosti i

reflektivnosti u odnosu ovih roditelja i njihove djece (Slade, 2009. prema Keenan i dr., 2016.). Ovi zaključci doneseni su na temelju usporedbe podataka o odnosu 24 djece s poremećajem iz spektra autizma u dobi od 7 do 14 godina i njihovim roditeljima te odnosa 24 djece bez teškoća i njihovih roditelja.

Detaljnije istraživanje privrženosti djece s poremećajem iz spektra autizma i njihovih roditelja proveli su nizozemski autori van Ijzendoorn i dr. (2007.). Naime, u istraživanje je bilo uključeno ukupno 55 djece i njihovih roditelja među kojima su bila djeca tipičnog razvoja te djeca s poremećajem iz spektra autizma, intelektualnim teškoćama i kašnjenjem u govorno-jezičnom razvoju. Pokazalo se da su roditelji djece s poremećajem iz spektra autizma jednako senzibilni prema svojoj djeci kao i roditelji ostale djece, no da su njihova djeca u usporedbi s drugima manje sigurno privrženata te je češći dezorganizirani oblik privrženosti. Zabilježeno je i kako djeca s poremećajem iz spektra autizma tijekom igre manje uključuju svoje roditelje. Autori su teorijsko polazište za istraživanje pronašli u teoriji privrženosti prema kojoj roditeljski senzibilitet ima utjecaj na razvoj sigurne privrženosti kod djeteta, što nije potvrđeno za populaciju djece s poremećajem iz spektra autizma i njihovih roditelja. Zanimljivo je da je kod drugih sudionika istraživanja pronađena povezanost između roditeljske senzibilnosti i sigurne privrženosti u djece. Autori pretpostavljaju da zbog bioloških predispozicija te obilježja samog poremećaja, djeca s poremećajem iz spektra autizma imaju smanjenu osjetljivost na socijalne podražaje (Gervais i dr., 2004. prema van Ijzendoorn i dr. 2007.), a navode i potrebu za prilagodbom kriterija senzibilnosti roditelja djece s poremećajem iz spektra autizma te mogućnosti da ta djeca mogu sigurnu privrženost pokazivati na drugačije načine od djece tipičnog razvoja. Zaključuju s idejom da unutar ove populacije veći utjecaj na razvoj privrženosti ima interaktivno ponašanje roditelja u kojem često mogu nailaziti na prepreke obzirom na djetetove teškoće u interakciji.

Obzirom na to, zanimljivo je istraživanje autorica Hiles Howard i dr. (2018.) koje su ispitale učinkovitosti Theraplay terapije na kvalitetu interakcije između djece s poremećajem iz spektra autizma i njihovih roditelja. Theraplay terapija je jedna od metoda rane intervencije koja koristi interakciju u igri kao medij za poboljšanje odnosa između djeteta i roditelja. Uglavnom je kratkotrajna (tjedne sesije u trajanju od 30 minuta tijekom 4 do 6 mjeseci) i provodi se zajedno s djetetom i njegovim roditeljem. Oni su uključeni u aktivnosti igre koje su vrlo strukturirane i izazovne, ali potiču uključenost i stvaraju priliku da se dijete osjeća prihvaćeno i vrednovano od strane svog roditelja. Također, takav pristup istovremeno potiče roditelje da bolje razumiju svoje dijete i povežu se s njim (Hiles Howard i dr., 2018.).

Obzirom da navedena terapija svoje teorijsko utemeljenje pronalazi u teoriji privrženosti, terapeut uspostavlja empatičan i usklađen odnos s roditeljem koji zatim služi kao model za uspostavljanje istog odnosa između djeteta i roditelja u kojem je roditelj potaknut za osvijesti i preispita svoje obrasce privrženosti kako bi razvio dodatni senzibilitet i empatičnost prema svom djetetu (Booth i Jernberg, 2010. prema Hiles Howard i dr., 2018.).

Provedeno istraživanje uključivalo je 8 djece s poremećajem iz spektra autizma u dobi od 3 do 9 godina i njihove roditelje. Oni su bili uključeni u intenzivnu Theraplay terapiju uz mjerenja prije i nakon intervencije. Naime, nakon inicijalnog mjerenja, svaki par dijete-roditelj bio je uključen u dvije sesije od 60 minuta svaki dan tijekom perioda od 9 dana. Završna mjerenja provedena su prvo 2 tjedna nakon intervencije, a zatim i 3 mjeseca nakon.

Prikupljeni podaci bili su podijeljeni u tri grupe. U prvu grupu pripadaju rezultati prikupljeni prije i nakon intervencije. Korištena je Marschak Interaction Metodom (MIM) koja od roditelja i djeteta zahtijeva uključivanje u strukturirane aktivnosti igre kao što su „Jedan drugome stavite šešir.“, „Nacrtajte crtež i neka ga dijete kopira.“, „Jedan drugoga škakljajte po stopalima.“, „Igrajte se skrivača.“, „Recite djetetu da se brine za lutku.“ i „Hranite jedan drugoga grickalicama.“. Tijekom igre, promatraju se ponašanja djeteta i roditelja te njihov međusobni odnos na 16 dimenzija. One uključuju promatranje izraza lica, vokalizacije, neposrednu blizinu, responzivnost, fiksaciju pogleda kod djece i roditelja uz posebne kategorije za roditeljsko predlaganje vođenja i prihvaćanje tog vodstva od strane djece. Tri dimenzije odnose se na promatranje komponentni njihovog odnosa - koliko su u međusobnom socijalno uključeni, ravnoteža u inicijativi i kontrolirajućim ponašanjima između djeteta i roditelja te opći dojam njihove interakcije. Rezultati su pokazali napredak u mjerenju nakon provedene intervencije. Bolji rezultati primijećeni su u ponašanju roditelja na dimenzijama izražajnosti i responzivnosti prema djetetu. Također, održavali su bolji kontakt očima s djetetom i puno više nudili svoje vođenje u igri. Napredak je primijećen i u ponašanju djece koja su „više vokalizirala, bila bliže svojim roditeljima, imala bolji kontakt očima i bila spremnija na prihvaćanje roditeljskog vođenja.“ (Hiles Howard i dr., 2018., str.65.).

Zatim, neovisni promatrači su analizirajući videosnimke seansi pratili promjene u ponašanju tijekom trajanja intervencije i uočili su pozitivne pomake na istim dimenzijama kao i nakon završetka intervencije. Dodatno su izvijestili o ravnopravnijoj podijeli moći između roditelja i djeteta unutar seansi. U treću grupu rezultata pripadaju opažanja terapeuta koji su nakon

svake seanse ispunjavali tablice za praćenje ponašanja djece i roditelja. Terapeuti su kroz 10 čestica pratili interakciju djece s roditeljem ili terapeutom. a kroz 8 čestica su procijenili interakciju roditelja s djecom uz superviziju terapeuta. Njihova opažanja također su pokazala pozitivne promjene koje su bile usklađene sa opažanjima neovisnih promatrača tijekom trajanja intervencije te rezultatima mjerenja nakon.

Unatoč ograničenjima kao što su izostanak kontrolne grupe te mali i homogeni uzorak, autorice zaključuju kako Theraplay terapija može biti korisna za djecu s poremećajem iz spektra autizma, njihove roditelja, ali najvažnije i za njihov međusobni odnos (Hiles Howard i dr., 2018.).

6. Zaključak

Zabrinjavajući podaci o učestalijim problemima mentalnog zdravlja kod osoba s poremećajem iz spektra autizma koji zajedno s obilježjima primarne teškoće i neprilagođenom okolinom značajno narušavaju kvalitetu života, svakako su povod za razvoj psihoterapeutskih intervencija namijenjenih ovoj populaciji. Studije prikazane u radu pokazale su da upravo terapija igrom može pružiti psihosocijalnu podršku potrebnu i u mlađoj dobi, a takve intervencije mogu pružiti potrebnu ravnotežu s obzirom na prevladavajuće bihevioralne tretmane koji se preporučuju djeci s poremećajem iz spektra autizma. Sigurnost i povjerenje koje se stvaraju između djeteta i terapeuta otvaraju prostor za promjenu potaknutu intrinzičnom motivacijom i u skladu s djetetovim jedinstvenim tempom razvoja. Iako je potrebno dodatno istražiti prednosti, nedostatke i potrebne prilagodbe u uključivanju ove djece u terapiju igrom, dosadašnja saznanja otkrila su nam da za neke od njih ovo može biti prva ili jedina prilika da se osjećaju potpuno prihvaćeno i uvaženo što nikako ne smijemo zanemariti ili obezvrijediti. Vjerujem kako će nova saznanja na ovom području razbiti poneke predrasude o terapiji igrom kao „beskorisnoj i neozbiljnoj“ te osnažiti što više roditelja i stručnjaka da u nju uključe i djecu s poremećajem iz spektra autizma.

Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga (2013.): Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-5. Jastrebarsko, Naklada Slap.
2. Autism Speaks (2017.): Autism and Health: A special report by Autism Speaks. Advances in Understanding and Treating the Health Conditions that Frequently Accompany Autism. Dostupno na: <https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/2018-09/autism-and-health-report.pdf>
3. Balch, W. J. i Ray C. D. (2015.): Emotional Assets of Children With Autism Spectrum Disorder: A Single-Case Therapeutic Outcome Experiment. *Journal of Counseling & Development*, 93 (4), 429-439.
4. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i sur. (2010.): Poremećaji autističnog spektra - Značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška. Zagreb, Školska knjiga.
5. Cage, E., Di Monaco, J., i Newell, V. (2018.): Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 48 (2), 473–484. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5807490/pdf/10803_2017_Article_3342.pdf
6. Centers for Disease Control and Prevention (2018.): Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder. Posjećeno 3.2.2019. na mrežnoj stranici: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (zadnja izmjena na stranici 15.11.2018)
7. Centers for Disease Control and Prevention (2014.): Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Surveillance Summaries*. Posjećeno 27.1.2019 na mrežnoj stranici: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm#suggestedcitation>
8. Cooper, K., G. E. Smith, L., i Russell, A. (2017.): Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, 47 (7), 844-854. Dostupno na: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Owner/My%20Documents/Downloads/Cooper et al-2017-European Journal of Social Psychology.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Owner/My%20Documents/Downloads/Cooper%20et%20al-2017-European%20Journal%20of%20Social%20Psychology.pdf)
9. Davison, S. (2018.): Does ABA harm Autistic People? Posjećeno 12.8.2019. na mrežnoj stranici: <https://autisticuk.org/does-aba-harm-autistic-people/?fbclid=IwAR1Ug-MSGsvkZgzdp-011mRdSda6peU8OdSD8ieOjPJshR6RIkgDeuXngBA>

10. Emblen, T. (2014.): Development of Play Profiles: Influence of disability on Children's Play. Diplomski rad. Faculty of Health, School of Health and Social Development Deakin University. Dostupno na: <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30067410/emblen-development-2014A.pdf>
11. Frey Škrinjar, J. (2014./2015.): Interni materijal za potrebe kolegija Razvoj osoba s poremećajem iz autističnog spektra. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.
12. Gjurković, T. (2018.): Terapija igrom: Kako razviti vještine za razumijevanje djeteta i produbiti odnos s njim. 2. izdanje . Split, Harfa.
13. Guest, D. J. i Ohrt, J. J. (2018.): Utilizing Child-Centered Play Therapy With Children Diagnosed With Autism Spectrum Disorder and Endured Trauma: A Case Example. *International Journal of Play Therapy*, 27 (3), 157-165.
14. Hiles Howard, A. R., Lindaman, S., Copeland, R. i Cross D. R. (2018.): Theraplay Impact on Parents and Children With Autism Spectrum Disorder: Improvements in Affect, Joint Attention, and Social Cooperation. *International Journal of Play Therapy*, 27 (1), 56-68.
15. Hong, R. i Mason, C. M. (2016.): Becoming a Neurobiologically-Informed Play Therapist. *International Journal of Play Therapy*, 25 (1), 35-44.
16. Josefi, O. i Ryan, V. (2004.): Non-directive play therapy for young children with autism: A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9 (4), 533–551.
17. Keenan, B. M., Newman, L. K., Gray, K. M. i Rinehart, N. J. (2016.): Parents of Children with ASD Experience More Psychological Distress, Parenting Stress, and Attachment-Related Anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46 (9), 2979–2991.
18. Kenny, M. C. i Winick, C. B. (2000.): An integrative approach to play therapy with an autistic girl. *International Journal of Play Therapy*, 9 (1), 11-33.
19. Kupferstein, H. (2018.): Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism*. 4 (1), 19-29.
20. Landreth, G. (1993.): Child-centered play therapy. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28(1), 17-29.
21. Lin, S.K., Tsai, C.H., Li, H.J., Huang, C.Y., Chen, K.L. (2017.): Theory of mind predominantly associated with the quality, not quantity, of pretend play in children with autism spectrum disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 26 (10), 1187–1196.
22. Michael, C. (2018.): Why I hate ABA: A Personal Opinion. Posjećeno 12.8.2019. na mrežnoj stranici: http://www.thinkingautismguide.com/2018/05/why-i-hate-aba-personal-opinion.html?fbclid=IwAR1ptp_HTcJC7xx_5MsrsZPP7fxq5oSIFSfcoo1hgpb5YGXLYkeiNB2anGY

23. Miočić, I. (2018.): Fleksibilnost studije slučaja: Prednost ili izazov za istraživače? Ljetopis socijalnog rada, 25 (2), 175-194. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/216811>
24. Mitchell, J. i Lashewicz, B. (2018.): Quirky kids: fathers' stories of embracing diversity and dismantling expectations for normative play with their children with autism spectrum disorder. Disability & Society, 33 (7), 1120-1137. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/325323190_Quirky_kids_fathers'_stories_of_embracing_diversity_and_dismantling_expectations_for_normative_play_with_their_children_with_autism_spectrum_disorder
25. Overley, L. C., Snow, M. S., Mossing, S. L., Degges-White, S. i Holmes, K. P. (2018.): Exploring the experiences of play therapists working with children diagnosed with autism. International Journal of Play Therapy, 27 (1), 14-24.
26. Paquette, J. (2018.): What Living With Autism Is Like for Me. Posjećeno 30.6.2019. na mrežnoj stranici: <https://themighty.com/2018/01/what-living-with-autism-is-like-for-me/>
27. Parker, N. i O'Brien, P. (2011.): Play Therapy - Reaching the child with autism. International Journal of Special Education, 26 (1), 80-87.
28. Popčević, K., Ivšac Pavliša, J., Bohaček, A., Šimleša, S. i Bašić, B. (2016): Znanstveno utemeljene intervencije kod poremećaja iz spektra autizma. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 52 (1), 100-113. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/161504>
29. Sandoval-Norton, A. H. i Shkedy, G. (2019.): How much compliance is too much compliance: Is long-term ABA therapy abuse? Cogent Psychology, 6 (1). Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2019.1641258>
30. Sekušak-Galešev, S. (2011.): Interni materijal za potrebe kolegija Rehabilitacija igrom. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.
31. Sekušak-Galešev, S. (2014./2015.): Interni materijal za potrebe kolegija Praktikum iz terapije igrom. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.
32. Stewart, A. L., Field, T. A. i Echterling, L. G. (2016.): Neuroscience and the Magic of Play Therapy. International Journal of Play Therapy, 25 (1), 4-13. Dostupno na: <https://pdfs.semanticscholar.org/8ef4/cabbfd97f03d8dd745fdbb83bb8c527eba8b.pdf>
33. Šimleša, S. (2011.): Izvršne funkcije i teorija uma kod osoba s poremećajem iz autističnoga spektra. Psihologijske teme, 20 (1), 91-113. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/68725>
34. van Ijzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F. B., Buitelaar, J. K. i van Engeland, H. (2007.): Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder:

Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78 (2), 597-608.

35. Wheeler, N. i Dillman Taylor, D. (2016.): Integrating Interpersonal Neurobiology With Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 25 (1), 24-34. Dostupno na: http://www.stepintocounseling.com/wp-content/uploads/2017/06/pla_25_1_24.pdf