

# PRVI DIO

## Uvod i osnove



# Pregled tretmana PTSP-a u predškolske djece

## Zašto je tretman potreban?

---

### Realno stanje

Izlaganje životno ugrožavajućim traumatskim događajima je relativno često. Više od dvije trećine djece u svom iskustvu doživi najmanje jedan životno ugrožavajući traumatski događaj do 16. godine života (Copeland, Keeler, Angold i Costello, 2007), a više od jednog, čak trećina njih. Dobra je vijest da otprilike 70% osoba nema trajnih posljedica, međutim 30% njih koji su u riziku za razvijanje simptoma povezanih s traumom često to i pokazuju, stoga im treba specifični oblik terapije koji će im pomoći u oporavku.

Rezultati prospektivnih longitudinalnih istraživanja upućuju na potrebu za tretmanima poput ovog, pokazavši da posttraumatski stresni poremećaj ne nestaje sam od sebe u funkciji vremena (kraćeg ili dužeg vremenskog razdoblja). Istraživači su procijenili prevalenciju PTSP-a u mlađe djece na 10%, 6 mjeseci nakon prometne nesreće (Meiser-Stedman, Smith Glucksman, Yule i Dalglish, 2008) i opekline (DeYoung, Kenardy, Cobham i Kimble, 2012), 25% 6 mjeseci nakon eksplozije plina u Japanu (Ohmi i sur., 2002), 17% 9-12 mjeseci nakon 9. rujna (DeVoe, Bannon i Klein, 2006), 13% u prosjeku 15 mjeseci nakon ozljede u požaru (Graf, Schiestl i Landolt, 2011), i 23% dvije ili više godina nakon raznih traumatskih događaja (Scheeringa, Zeanah, Myers i Putnam, 2005).

### Prospektivna istraživanja na uzorcima mlađe djece

Na populaciji mlađe djece provedeno je nekoliko vrlo dobrih višegodišnjih studija PTSP simptoma. Mi smo proveli prvo prospektivno praćenje PTSP simptoma na grupi djece od 1 do 6 godina. Obitelji nisu tražile pomoć, a bile su izložene mnoštvu tipova trauma, uključujući nesreće, zlostavljanja, svjedočenja nasilju u obitelji. Inicijalno je u uzorak uključeno 62 djece, s prosječno 3,6 PTSP simptoma, dok ih je 26% imalo sve simptome za dijagnozu PTSP-a. Nakon 2 godine 35 djece u uzorku imalo je prosječno 2,9 simp-

toma, dok je 23% njih i dalje zadržalo sve simptome za dijagnozu PTSP-a. Budući da nije bilo dokaza o značajnom spontanom oporavku, pokazalo se da je u gotovo cijelom uzorku došlo do kroničnog pogoršanja.

Meiser-Stedman i sur. (2005) su procjenjivali 62 djece u dobi od 2 do 6 godina 2-4 tjedna nakon prometne nesreće i pronašli prevalenciju PTSP-a kod 7% djece. Ponovna procjena nakon 6 mjeseci pokazala je da je prevalencija povećana na 10%. De Young i sur. (2102.) su radili istraživanje na 130 djece u dobi od 1 do 6 godina s ozljedama u požaru i pronašli prevalenciju PTSP-a od 25% mjesec dana nakon traume, koja se smanjila na 10% nakon vremenskog odmaka od 6 mjeseci.

Dugoročna praćenja simptoma PTSP-a najviše su opisivana u slučajevima žrtava trauma kod odraslih ljudi. Ona su pokazala nekoliko različitih pravaca u funkciji vremena. *Umjerena* grupa je pokazala srednju težinu simptoma PTSP-a i određeni spontani oporavak. *Teža* grupa pokazuje veću težinu simptoma PTSP-a i određeni spontani oporavak. *Grupa s kroničnim pogoršanjem* pokazuje umjerene do jake simptome i ne napreduje i ne nazaduje u funkciji vremena. Samo ponetko iz ovih grupa spontano napreduje prema izostanku svih simptoma. Bitna poboljšanja jesu moguća, međutim kada se jednom PTSP razvije, to postaje kronični problem.

Navedeni podaci upućuju na to da PTSP ne nestaje sam po sebi, već da je intervencija nužna. Kada intervencija treba započeti? Tretman je indiciran ako su simptomi prisutni mjesec dana nakon traumatskog događaja. Nacionalni institut kliničke izvrsnosti (2005) objavio je ekspertno mišljenje u kojem stoji da se kod blažih simptoma PTSP-a preporuča samo praćenje unutar prvog mjeseca, dok se kod težih simptoma PTSP-a savjetuje tretman već unutar prvog mjeseca od traumatskog događaja. Ove su preporuke temeljene na značajnom dokaznom materijalu iz kojeg je vidljivo da simptomi koji egzistiraju nakon prvog mjeseca od traume vjerojatno će i dalje trajati, štetiti, i neće se razriješiti bez primjerenog tretmana.

Zbog toga, unatoč uvriježenom mišljenju da djeca jednostavno "prerastu" PTSP (Cohen i Scheeringa, 2009), dobiveni podaci pokazuju da značajan udio traumi izložene djece razvije kronične simptome PTSP-a i oštećenja, te zahtijevaju tretman. Nadalje, u našim studijama praćenja, uočili smo da, iako je 17 djece dobilo "tretman u zajednici", ona nisu napredovala, što sugerira da je takva vrsta tretmana neučinkovita te da je potreban mnogo učinkovitiji način rada. Upravo iz tih razloga razvili smo ovaj terapijski protokol.

## Razvoj tretmana PTSP-a za djecu predškolske dobi

---

Prije osmišljavanja Tretmana PTSP-a za djecu predškolske dobi (TPP) samo su dva istraživanja bila usmjerena na simptome vezane za traumu kod mlađe djece, i to one koja je vezana za seksualno zlostavljanje. Cohen i Mannarino (1996a) su 39 djece, žrtve seksualnog zlostavljanja, u dobi od 3 do 6 godina slučajnim izborom podijelili tako da je jedna grupa imala 12 individualnih seansi KBT-a usmjerenog na traumu, dok je druga grupa imala nestrukturiranu terapiju podrške. Grupa s KBT-om napredovala je značajno bolje

od grupe sa suportivnom terapijom. Rezultati su dobiveni primjenom mjernih instrumenata koji su mjerili probleme u ponašanju i internalizirane simptome u djece, ali ne i simptome PTSP-a (Total Behavior Problems i Internalizing Scale of the Child Behavior Checklist). U ovom istraživanju nije provedeno mjerenje simptoma PTSP-a. Deblinger, Stauffer i Steer (2001) su metodom slučajnog odabira rasporedili 44 djece u dobi od 2 do 8 godina u dvije grupe. Jedna grupa je primila KBT tretman usmjeren na traumu u trajanju od 11 seansi, dok je druga grupa imala suportivni edukacijski tretman. Obje grupe pokazale su poboljšanje na PTSP simptomima; razlog zašto grupa s KBT-om nije pokazivala veće poboljšanje od suportivne grupe može biti i u tome što od članova grupe nije traženo, zbog dobi, da govore o vlastitom iskustvu.

Premda su rezultati ovih istraživanja ohrabrujući, ipak treba istaknuti određena ograničenja. Prvo, samo je u istraživanju Deblinger i sur. (2001) korišteno mjerenje ishoda PTSP-a i nisu pronađene razlike između grupe s KBT-om usmjerenim na traumu i suportivne grupe. Dokazi za smanjivanje simptoma PTSP-a u mlade djece su zbog toga slabi. Drugo, oba istraživanja ograničena su samo na djecu žrtve seksualnog zlostavljanja. Zbog toga, iako je država počela financirati edukacijske programe za kliničare koji bi radili s djecom s PTSP-om, a posebno nakon 2001. i rušenja Trgovačkog centra, te uragana na Floridi 2004., ipak su predškolska djeca ostala bez tih programa zbog percepcije da ne postoje dovoljno dobri protokoli za tu dobnu skupinu (Allen, Saltzman, Brymer, Oshri i Silverman, 2006; CATS Consortium, 2007).

Dodatni propust bio je i nedostatak podataka o izvedivosti vezano za to mogu li mlada djeca razumjeti i sudjelovati u ključnim tehnikama KBT-a. Premda su istraživanja Cohen i Mannarina (1996a) i Deblinger i sur. (2001) koristila rigorozne metode kako bi osigurali vjernu primjenu ovakvog tretmanskog protokola, ipak nisu imali podatke o stvarnoj primjenjivosti KBT tehnika na mlađoj djeci. Drugim riječima, terapeuti su prikladno slijedili protokol, ali nisu zasebno procjenjivali jesu li djeca razumjela svaki element u protokolu. Terapeutova vjernost protokolu i izvedivost protokola što se tiče djece mogu se podosta preklapati, ali i ne moraju.

Još jedan važan cilj u razvijanju tretmana PTSP-a za predškolsku djecu bio je da se osmisli metoda u kojoj će zadatke djeca zaista moći i napraviti (tj. biti razvojno izvedivi). Protokol Tretmana PTSP-a za djecu Predškolske dobi (TPP) osmišljen je na temelju relevantne literature o KBT tehnikama u radu s PTSP-om, mojih istraživačkih rezultata o procjenama mlade djece i mog kliničkog iskustva u radu s mladom djecom s PTSP-om. Za vrijeme pisanja Priručnika pozvao sam Judith A. Cohen i Lisu Amaya-Jakson da mi pomognu i budu koautorice. Cohen i Anthony P. Mannarino već su imali iskustva u osmišljavanju i primjeni KBT-a usmjerenog na traumu u starije djece. Nadalje, vodili su ranije spomenuto istraživanje koristeći KBT kod seksualno zlostavljane djece u dobi od 3 do 6 godina (Cohen i Mannarino, 1996a). Ta je terapija, između ostalih tehnika, uključivala i trening upravljanja anksioznošću (izravni razgovor o asocijacija-ma na traumu s progresivnom relaksacijom i pozitivnim zamišljanjem), identifikaciju iskrivljenih atribucija, i vrijeme provedeno s majkama tijekom 12 individualnih seansi. Amaya-Jakson i John March, napisali su i provjerili KBT priručnik za stariju djecu (Mar-

ch, Amaya-Jakson, Murray i Schulte, 1998), koji je, između ostalog, uključivao trening upravljanja anksioznošću s izlaganjem putem priča i putem zamišljanja, stres termometar, hijerarhijska lista podražaja, pozitivni samogovor, identifikaciju iskrivljenih misli, domaća zadaća za izlaganje *uživo* i prevenciju povratka simptoma u okviru 14 seansi grupne terapije. Judy i Lisa bile su od velike pomoći u ranim fazama razvoja i uklanjanju pogrešaka u prvim slučajevima.

Na temelju svojih istraživanja (Scheeringa, Peebles, Cook i Zeanah, 2001; Scheeringa i Zeanah, 2001; Scheeringa, Zeanah, Drell i Larrieu, 1995) i kliničkog iskustva s ovom populacijom, modificirao sam navedene tehnike za primjenu na djeci s traumatskim iskustvom u dobi od 3 do 6 godina. Također sam uključio i mnoge nove tehnike koje nisu bile standardizirane u prijašnjim intervencijama poput psihoedukacije sa slikovnim materijalom, vođenog razgovora o otporu, seansi za uvježbavanje izvršavanja planova, implementacije gotovo svih vježbi i pripovjedačkih izlaganja uz pomoć crteža, personalizirane mape za sakupljanje crteža i radnih listova, sistematske desenzitizacije koja započinje izlaganjem na niskoprovocirajuće anksiozne situacije, a završava izlaganjem na visokoprovocirajuće anksiozne situacije, sigurnosnih planova, uključivanja roditelja koji promatraju seanse preko interne TV, i planiranog vremena s roditeljima u svakoj seansi kako bi se prezentirao radni materijal.

## Empirijski dokazi

---

Provjerili smo tretman PTSP-a za djecu predškolske dobi u istraživanju koje je uključivalo djecu s različitim vrstama trauma u dobi od 3 do 6 godina između 2005. i 2008. godine (podaci o djeci dobiveni su od Nacionalnog instituta mentalnog zdravlja R34 MH70827). Djeca su morala imati između 36 i 83 mjeseca u trenutku posljednje traume i u trenutku uključivanja u istraživanje. Umjerena mentalna retardacija, autistični poremećaj, sljepoća, gluhoća, jezična barijera postavljeni su kao isključujući kriteriji. Nadalje, djeca čija je jedina trauma bila seksualno zlostavljanje također su isključena iz istraživanja budući da je u prijašnjim istraživanjima potvrđena učinkovitost KBT-a u radu s djecom žrtvama seksualnog zlostavljanja (Cohen i Mannarino, 1996a; Deblinger i sur., 2001).

Istraživanje je bilo podijeljeno u dvije faze. U prvoj smo fazi primijenili terapijski protokol na šestero djece. Tijekom primjene iskustveno smo došli do brojnih manjih ispravljanja (npr. termin *sigurno mjesto* nije bio dobro shvaćen pa je promijenjen u *sretno mjesto*). U drugoj fazi, po metodi slučajnog odabira, podijelili smo ispitanike na grupu koja će odmah dobiti tretman i na grupu koja će sačekati 12 tjedana. Tih 12 tjedana je vrijeme rada grupe koja započinje tretman. Uragan Katrina pogodio je New Orleans vrlo brzo nakon što je faza 2 počela, što je omelo tretman nekolicini ispitanika i zaustavilo sve aktivnosti skoro 6 mjeseci nakon što je naša klinika mogla opet početi s radom. Zbog tog kašnjenja odlučili smo premjestiti desetero ispitanika na izravni tretman kako bismo dopunili i formirali dokumentaciju prije nego nastavimo sa slučajnim odabirom. Kao rezultat toga puno više djece je uključeno u izravni TPP tretman ( $n = 51$ ) nego stavljen na listu čekanja ( $n = 24$ ). Trideset i dvoje djece je završilo barem jed-

nu seansu u TPP grupi, 20 je završilo cijeli program od 12 seansi, a 11 je odradilo listu čekanja od 12 tjedana.

Prvi cilj istraživanja bio je provjeriti učinkovitost terapijskog protokola u smanjivanju simptoma PTSP-a. Tretman je jasno odrađen i razlike između dviju grupa bile su visoko značajne (Scheeringa, Weems i sur., 2011). TPP grupa je imala srednju vrijednost od 7,9 simptoma prije tretmana, a nakon tretmana ta je vrijednost pala na 3,6 simptoma. Grupa na čekanju nije pokazala značajna poboljšanja (srednja vrijednost 7,7 simptoma prije liste čekanja i 7,2 simptoma nakon završetka liste čekanja). Kvalitativna upotreba priručnika opisana je kroz dva prikaza slučaja (Scheeringa i sur., 2007).

Nadalje, 10 od 11 djece koja su završila s razdobljem čekanja i odgovarala kriterijima uključeni su u TPP. Šestero od njih deset završilo je svih 12 seansi, te su zajedno činili novu grupu na kojoj su se procjenjivali učinci tretmana. Veličina učinka smanjivanja simptoma PTSP-a bila je velika po konvencionalnim standardima:  $d = 1,01$ . Broj simptoma također je značajno smanjen za veliki depresivni poremećaj, za poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem i anksiozni poremećaj zbog separacije, ali ne i za ADHD. Veličina učinka  $d = 0,92$  za veliki depresivni poremećaj,  $d = 0,72$  za anksiozni poremećaj zbog separacije i  $d = 0,89$  za poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem također je bila velika.

Ispitanici su praćeni 6 mjeseci nakon prestanka tretmana ( $n = 16$ ) i uočeno je da su učinci i dalje umjereni do jaki kod svih poremećaja osim ADHD-a, što upućuje na izvrsnu stabilnost učinaka postignutih tretmanom.

Drugi glavni cilj istraživanja bio je ispitati upotrebljivost svih KBT tehnika koje smo primjenjivali u radu s mlađom djecom. Četrdeset i šestero djece sudjelovalo je u barem jednoj seansi i bilo ocjenjivano za provedivost tehnika KBT-a usmjerenog na traumu.

U cjelini, djeca su procijenila da su razumjela i označila 85,5% od ponuđenih čestica (od mogućih 1793 čestica u ukupno 388 terapijskih seansi). Neovisni procjenjivač procijenio je 30,7% terapijskih seansi s videozapisa ( $n = 116$ , 530 stavki) i taj procjenjivač se složio s terapeutovom procjenom u 96,2% slučajeva. Njihovo slaganje mjereno kappa koeficijentom iznosilo je 0,86. Podaci o provedivosti specifičnih tehnika prikazane su kasnije, nakon opisivanja tehnika.

Od tada, TPP su koristili mnogi vježbenici kojima sam bio u superviziji, kolege s Tulane sveučilišta i svugdje na svijetu. Povratne informacije u tijeku proteklih 5 godina donijele su manja dotjerivanja. TPP je proširen na preko 800 kliničara u 27 edukacija širom svijeta, uključujući i Englesku i Australiju, te podijeljen stotinama kliničara putem interneta.

## Tko je pogodan za tretman?

---

U našem ispitivanju kriterij po kojem su se birali sudionici bio je da su djeca doživjela životno ugrožavajuće iskustvo i imala 4 ili više PTSP simptoma, od kojih je bar jedan ponovno proživljavanje simptoma iz kriterija B prema DSM-IV, ili izbjegavanje simptoma

kriterija C iz DSM-IV. Simptomi ponovnog proživljavanja ili izbjegavanja su potrebni radi vježbi izlaganja koje su važne u KBT-u usmjerenom na traumu. Djeca ne moraju imati sve simptome prema kriterijima za dijagnozu poremećaja.

Donja dobna granica za djecu bila je određena godinom u kojoj djeca imaju razvijenu autobiografsku narativnu memoriju događaja i adekvatno verbalno izražavanje. To se pojavljuje otprilike oko 36. mjeseca života. (Fivush, 1993; Terr, 1988), ali u određenim okolnostima može biti i ranije. Gornja dobna granica za korištenje ovog protokola mnogo je fleksibilnija. U našem istraživanju dob djece varirala je od 3 godine i 0 mjeseci do 6 godina i 11 mjeseci u trenutku od posljednje traume i u trenutku uključivanja u istraživanje. Sa starijom djecom koristili smo protokol, ali izvan ovog istraživanja.

Relativna kontraindikacija za korištenje ovog protokola kod djece s neliječenim ADHD-om. Iz mojeg iskustva korisnije je najprije tretirati ADHD medikamentima i tek onda započeti protokolom. U nejasnim slučajevima u kojima je ADHD blag, ili je suspektno da su simptomi ADHD-a povezani s PTSP-om, ima smisla započeti tretman i vidjeti može li dijete surađivati.

## Kako se pretpostavlja da tretman djeluje?

---

Pregledom istraživanja tretmana PTSP-a identificirana su tri faktora uključena kroz različite tipove tretmana trauma:

1. Emocionalna uključenost u prisjećanje traume.
2. Organizacija i artikulacija traumatske priče.
3. Modifikacija bazičnih vjerovanja o svijetu i sebi (Zoellner, Fitzgibbons i Foa, 2001).

U KBT strukturi TPP-a uzimaju se u obzir sva tri. Najveći izazov u radu s mladom djecom je primjena tehnika na razvojno adekvatan način tako da djeca i roditelji od toga imaju koristi.

## KBT za PTSP

KBT se do sada pokazao kao vrlo učinkovit način rada s PTSP-om zbog usmjerenosti na teorije učenja i kognitivne distorzije (Foa, Keane i Friedman, 2009; Silverman i sur., 2008; Zoellner i sur., 2001). Premda još uvijek nije sasvim jasno što na neurološkoj razini uzrokuje PTSP, evidentno je da novonastala ponašanja, misli i osjećaji nisu postojala prije traumatskog događaja, te su vjerojatno povezana s povećanim automatskim kognitivnim procesima.

*Bihevioralna terapija* se temelji na primarnoj pretpostavci da se većina ponašanja razvija i učvršćuje kroz principe učenja (Rimm i Masters, 1979). Jedan od principa učenja, operantno kondicioniranje (Skinner, 1953) je posebice koristan u tretmanu jer se željeno ponašanje (operant) pojačava potkrepljivačima (odgovor). U teoriji, promjene u ponašanju izravno su povezane s jačinom i frekvencijom odgovora. Takav teorijski model može se implementirati u terapijski protokol tretmana.



*Kognitivna terapija* temelji se na primarnoj pretpostavci da osobe interpretiraju svijet kroz kognitivne strukture (sheme), koje zatim utječu na mijenjanje ponašanja i osjećanja (Beck, 1967). Međutim kognicije i ponašanja nisu nezavisni, stoga su teoretičari tražili realniju kombinaciju poput one u teoriji socijalnog učenja (Bandura, 1969).

KBT je racionalno spajanje oba modaliteta koja su se u proteklih 30 godina inkorporirala u različite vrste intervencija (Thase i Wright, 1997). Empirijski utemeljena teorija, te praksa KBT-a omogućili su stvaranje sustavnog i strukturiranog terapijskog protokola tretmana.

KBT tehnike pojednostavljeno je moguće opisati kroz dvije komponente: izlaganje (sistematska desenzitizacija i prolongirano ili imaginarno izlaganje) i trening suočavanja s anksioznošću (relaksacija, kognitivno restrukturiranje i biofeedback). Za obje komponente pa čak i za njihovu kombinaciju postoji empirijska podrška (prikazano u Rothbaum i Foa, 1996). TPP se služi objema tehnikama u kombiniranom tretmanskome programu. Iako su izlaganje i trening suočavanja s anksioznošću primarne tehnike namijenjene za smanjivanje simptoma PTSP-a, postoji niz drugih elemenata TPP-a koji zajedno čine uspješni tretmanski program; slijedi njihov opis.

## Sastavnice TPP-a

---

Glavni okvir 12 terapijskih seansi TPP-a prikazan je na sljedećoj listi. Seanse se nadograđuju jedna na drugu slijedeći principe terapije postupnog izlaganja. Vještine potrebne za drugu seansu podučavaju se u prvoj seansi i tako redom. Izlaganja od šeste do desete seanse kreću se od nisko anksiozno provocirajućih, a zatim se postupno povećavaju u skladu s usvajanjem vještina koje djetetu omogućavaju da se nosi s uznemirujućim sadržajima izlaganja.

- Seansa 1: Psihoedukacija, pregled.
- Seansa 2: Upravljanje ponašanjem za modul prkošenja.
- Seansa 3: Učenje KBT alata (vještina) – identificiranje osjećaja.
- Seansa 4: Učenje KBT alata (vještina) – vježbe relaksacije.
- Seansa 5: Pričanje priče.
- Seansa 6: Izlaganje priči – blago uznemirujuće.
- Seansa 7: Izlaganje priči - srednje jako uznemirujuće.
- Seansa 8: Izlaganje priči - srednje jako uznemirujuće.
- Seansa 9: Izlaganje priči – najtežem trenutku - jako uznemirujuće.
- Seansa 10: Izlaganje priči – najtežem trenutku – jako uznemirujuće.
- Seansa 11: Prevencija povratka simptoma.
- Seansa 12: Rezime tretmana i dodjela diplome.

Naslovi seansi opisuju samo glavni fokus svake seanse. U svakoj seansi primjenjuju se brojne aktivnosti: one su detaljno opisane u drugom dijelu Priručnika. Ovdje su također opisane tehnike koje se koriste u tretmanu i temeljni pristup kako bismo izbjegli njihovo ponavljanje u drugom dijelu Priručnika.

### Soba terapeuta

Ne držite igračke i grickalice u svojoj sobi (koristili smo grickalice za vrijeme seanse, ali ih nismo držali u sobi). Izbjegavanje čini srž PTSP-a. Dva PTSP simptoma uključuju izbjegavanje vanjskih i unutarnjih znakova koji podsjećaju osobu na njene traumatske događaje. Ako su igračke i grickalice u sobi, čak i ako su izvan dječjeg vidokruga, ipak će ih ometati u procesu izlaganja. Nadalje, glavni zadatak u dječjem životu je igra tako da će se pokušati igrati ako im se pruži prilika. Također je vrlo važno napomenuti da su djeca dovedena na terapiju od strane roditelja, što znači da su nevoljko tu i ne shvaćaju koncept terapije kao mjesta gdje se razgovara o emocionalnim i ponašajnim problemima. Način kako se uredi terapijski prostor upućuje ih na to kako se treba ponašati. Stoga igračkama i grickalicama u sobi terapeuta nije mjesto.

### Izravan pristup

Za vrijeme svake seanse, a posebno na samom početku, u radu s mlađom djecom potrebno je prilagoditi pristup "usmjerenosti na bitno" u odnosu na razgovor o traumi. Ako dijete nerado govori o traumi, terapeut se može neugodno osjećati ako inzistira na tome jer je svjestan činjenice da postoji velika razlika u usporedbi i sa starijom djecom i odraslima u odnosu na njihovu dob, veličinu i verbalne sposobnosti. Neugodnost također izaziva i spoznaja da skrbnik prati svaku seansu. U slučaju da mu je skrbnik jasno dao do znanja da izbjegava s djetetom govoriti o traumi, terapeut tada ima dva pacijenta o kojima mora brinuti. Za razbijanje napetosti često se koristi humor. Usprkos ovim potencijalnim izazovima da uspjeh tretmana ovisi o djetetu, a možda i o skrbniku, ipak se na kraju uspiju suočiti sa zastrašujućim sjećanjima.

### Terapijski savez

Po mojem mišljenju taj takozvani terapijski savez malo je precijenjen. On je, dakako, važan jer se radi o aktivnosti koja je u biti interpersonalna. Precijenjen je stav da savez mora biti afektivno izražen, a ako nije, onda je neprimjeren i umjetan. Slažem se da topao terapijski savez čini terapiju ugodnijom. Ipak sve osobe po svojoj prirodi ne izražavaju svoje osjećaje jednako. Nekima je to jako lako, dok drugi uopće nisu zainteresirani za interpersonalnu interakciju (primjerice, djeca s Aspergerovim sindromom). Stoga tretman može biti uspješan i s afektivno hladnijim savezom, ali s čvrstim suradničkim odnosom. Kada se savez ne uspostavlja tako lako, terapeut bi morao prilagoditi svoj interakcijski stil temperamentu i osobnosti svakog pojedinca (a ne suprotno). Suradnja je jedini bitan element bez kojeg terapija ne može biti uspješna.

### Pružanje otpora

Na temelju rezultata istraživanja koji pokazuju da skrbnici djece s PTSP-om imaju vlastiti simptomatski teret (prikazano u Scheeringa i Zeanah, 2001) i na temelju kliničkog iskustva iz kojeg je vidljivo da se majke često protive s djecom razgovarati o njihovu