

# PRZECIWDZIAŁANIE KRZYWDZENIU DZIECI

Oparte na dowodach podejście do profilaktyki i interwencji



POD REDAKCJĄ

**Arnona Bentovima i Jenny Gray**



**PARPA**

PAŃSTWOWA AGENCJA ROZWIĄZYWANIA  
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH



**NPZ**  
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



# Przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci



# Przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci

**Oparte na dowodach podejście do profilaktyki i interwencji**

*Pod redakcją Arnona Bentovima i Jenny Gray*

*Przedmowa: Harriet Ward*



**PARPA**

**PAŃSTWOWA AGENCJA ROZWIĄZYWANIA  
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH**



**NPZ**  
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Tytuł oryginału:

Eradicating Child Maltreatment. Evidence-Based Approaches  
to Prevention and Intervention Across Services

ISBN 978-1-84905-449-2

eISBN 978-0-85700-823-7

Tłumaczenie:

Aleksandra Wilkin-Day

Redakcja językowa:

Renata Durda

Projekt okładki, skład i łamanie:

Cezary Puchniarz

Copyright © Arnon Bentovim i Jenny Gray 2015

Foreword copyright © Harriet Ward 2015

Copyright © 2017 by Państwowa Agencja Rozwiązywania  
Problemów Alkoholowych

ISBN ISBN 978-83-88075-23-0

ebook ISBN 978-83-88075-32-2

pdf ISBN 978-83-88075-34-6

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia  
na lata 2016-2020

**EGZEMPLARZ BEZPŁATNY**

# Spis treści

Przedmowa	7
<i>Harriet Ward</i>	
1. Wprowadzenie	11
<i>Jenny Gray, OBE, Międzynarodowe Towarzystwo Zapobiegania Przemocy i Zaniedbaniom wobec Dzieci (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect – ISPCAN), konsultant pracy socjalnej, Wielka Brytania</i>	
2. Koszty i konsekwencje krzywdzenia dzieci	20
<i>Arnon Bentovim, Profesor wizytujący, Royal Holloway, University of London, Wielka Brytania</i>	
3. Rola instytucji ochrony zdrowia w reagowaniu na krzywdzenie dzieci	69
<i>Jenny Woodman, UCL Institute of Child Health, Wielka Brytania i Ruth Gilbert, UCL Institute of Child Health, Wielka Brytania</i>	
4. Zapobieganie przemocy: właściwe działania na starcie	125
<i>Jane Barlow, Warwick University, Wielka Brytania</i>	
5. Podejście do rodzicielstwa i wspierania rodzin zgodne ze zdrowiem publicznym: mieszana strategia profilaktyczna ograniczająca przemoc i zaniedbania wobec dzieci	151
<i>Ron Prinz, Professor and Director of Parenting and Family Research Center, University of South Carolina, USA</i>	

6. Rozwojowy i dynamiczny model w systemach usług pomocowych: maksymalne wykorzystanie naszej wiedzy	174
<i>Bruce F. Chorpita, University of California, Los Angeles oraz Practice Wise LLC, USA, Alayna Park, University of California, Los Angeles, USA i Eric L. Daleiden, Practice Wise LLC, USA</i>	
7. Nadzieja dla Dzieci i Rodzin: stworzenie pakietu narzędzi ukierunkowanego na problem przemocy rodzicielskiej i związane z nią negatywne skutki u dzieci	200
<i>Arnon Bentovim</i>	
8. Zastosowanie pakietu narzędzi „Nadzieja dla Dzieci i Rodzin” wobec rodziny Greenów	246
<i>Arnon Bentovim</i>	
9. Wykorzystywanie seksualne dzieci: możliwości profilaktyki	263
<i>Donald Findlater, Fundacja Lucy Faithfull (The Lucy Faithfull Foundation), Birmingham, Wielka Brytania</i>	
10. Podsumowanie	298
<i>Arnon Bentovim i Jenny Gray</i>	
Lista współautorów	322



---

# PRZEDMOWA

*Harriet Ward*

Patrząc w przeszłość, można odnieść wrażenie, że bywały czasy, w których przemoc i zaniedbania wobec dzieci w ogóle nie miały miejsca. W XIX-wiecznej Ameryce twierdzenie, że dzieci mogą potrzebować ochrony przed przemocą lub zaniedbaniem ze strony rodziców bądź innych odpowiedzialnych za nie osób, było postrzegane jako tak niedorzeczne, że sprawca takiego czynu z 1874 r. był ścigany na podstawie ustawodawstwa dotyczącego opieki nad zwierzętami (sprawa ta doprowadziła do późniejszego powstania Nowojorskiego Towarzystwa Przeciwdziałania Okrucieństwu wobec Dzieci – New York Society for the Prevention of Cruelty to Children). W Wielkiej Brytanii przez stulecie temat ten na zmianę pojawiał się i znikał z publicznej świadomości, w pewnych momentach stanowił źródło niepokoju, by potem zostać zapomnianym i ignorowanym przez dłuższy czas. Londyńskie Towarzystwo Przeciwdziałania Okrucieństwu wobec Dzieci (The London Society for the Prevention of Cruelty to Children) powstało w 1884 r., w czasie, w którym zaczęto poruszać problem występowania przemocy fizycznej i seksualnej oraz zaniedbywania dzieci. Jego działalność zapoczątkowała dyskusję na temat ograniczenia prawa ojca do dowolnego stosowania kar fizycznych wobec dzieci. Ta debata niemal zawsze formułowana była z perspektywy ojca, prawie nigdy matki, a z pewnością nie dziecka. Jednakże w pierwszej połowie XX wieku, nie licząc zainteresowania będącego następstwem śmierci Denisa O’Neila, poniesionej z rąk jego zastępczych rodziców w 1945 r., problem ten pozostawał w dużej mierze zapomniany lub ukrywany, a bierność specjalistów rozgrzeszało założe-

nie, że przemoc i zaniedbania wobec dzieci po prostu nie mają miejsca w krajach uznawanych za cywilizowane.

Nowatorski artykuł autorstwa Kempego i współpracowników, zatytułowany *Zespół dziecka maltretowanego*<sup>1</sup>, opublikowany w 1962 r. przez „Journal of the American Medical Association”, wyznaczył punkt, od którego występowanie przemocy i zaniedbywania dzieci nie mogło już dłużej być ignorowane (Kempe, 1962). Od tej pory praca Międzynarodowego Towarzystwa Przeciwdziałania Przemocy i Zaniedbaniom wobec Dzieci (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect – ISPCAN), Komitetu Praw Dziecka przy ONZ oraz licznych innych międzynarodowych organizacji, pokazała wyraźnie, że krzywdzenie dzieci stanowi bardzo realny problem w każdym kraju. Liczne badania empiryczne pokazały również, że długotrwały wpływ przemocy i zaniedbań wobec dzieci na ich zdrowie i dobrostan oraz koszty szerokiego rozpowszechnienia się tego zjawiska stanowią dla społeczeństwa na tyle poważne problemy, że ich rozwiązania nie można pozostawić lokalnym lub krajowym inicjatywom. Krzywdzeniu dzieci trzeba stawić czoła i zająć się nim na poziomie międzynarodowym.

W 1978 r. Henry Kempe, założyciel ISPCAN, przekonywał, że organizacje i specjaliści, na których spoczywa odpowiedzialność za ochronę dzieci, muszą przejść kilka etapów, zanim osiągną poziom, na którym możliwe będzie zagwarantowanie, że „każde dziecko jest chciane, kochane i zadbane, ma schronienie, jest nakarmione i otrzymuje najlepszej jakości usługi w zakresie profilaktyki i opieki zdrowotnej” (Kempe, 1978). Dziś wciąż jesteśmy bardzo daleko od tego poziomu.

Niemniej jednak od tej pory miało miejsce kilka prób osiągnięcia tego celu. Wspieranie praw dzieci zawarte w Konwencji o prawach dziecka ONZ (UNCRC), międzynarodowe inicjatywy podejmowane w celu zapobiegania okaleczaniu kobiecych narządów płciowych, han-

---

<sup>1</sup> W polskiej literaturze tłumaczony również jako „zespół dziecka krzywdzonego” (przyp. tłum.).

dłowi ludźmi i wykorzystywaniu seksualnemu dzieci oraz wprowadzenie w kilku krajach prawodawstwa zakazującego przemocy fizycznej – to wszystko niewątpliwie kroki we właściwym kierunku.

Wiele spośród teoretycznych i praktycznych zagadnień omówionych w książce *Przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci. Oparte na dowodach podejście do profilaktyki i interwencji* zaznacza kolejne etapy w naszym rozumieniu przemocy i zaniedbywania dzieci oraz wskazuje, jak możemy się zająć tymi problemami. Konceptualizacja przemocy jako problemu zdrowia publicznego, który trzeba rozwiązać na poziomie całej populacji poprzez promowanie tego, co wiemy na temat skutecznego, wrażliwego rodzicielstwa, stanowi olbrzymi krok naprzód, ponieważ pokazuje jasno, że przemoc rodzicielska nie jest jednostkową aberracją, ale jednym z krańców spektrum praktyk rodzicielskich. Takie uniwersalne podejście wzmacnia przekaz, że zajęcie się przemocą i zaniedbaniami wobec dzieci jest odpowiedzialnością wszystkich specjalistów, którzy pracują z dziećmi, a to wymaga ścisłej współpracy międzyinstytucjonalnej. Wprowadzenie do szkolenia profesjonalistów podejścia opartego na wspólnych elementach oraz wspieranie ich w codziennej pracy wyznacza kolejne kroki ku wprowadzeniu praktyki opartej na dowodach. Niniejsza książka powinna być przeczytana przez wszystkich, którym leży na sercu dobro dzieci, ponieważ wyznacza kolejne ważne etapy w drodze do zapewnienia tego, by każde dziecko było chciane, kochane i otoczone opieką.

*Harriet Ward, CBE<sup>2</sup>*

*Profesor ds. badań nad dzieckiem i rodziną, Loughborough University*

---

<sup>2</sup> CBE – Komandor Orderu Imperium Brytyjskiego (przyp. tłum.).

## **Bibliografia**

Kempe, C.H. (1978) Recent developments in the field of child abuse. *Child Abuse and Neglect* 2, 4, 261–267.

Kempe, C.H., Silverman, F.N, Steele, B.F. Droegemueller, W. and Silver, H.K. (1962) The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association* 181, 1, 17–24.

## Rozdział 1

# WPROWADZENIE

*Jenny Gray*

Impulsem do powstania tej książki była krajowa konferencja *Wyeliminowanie zjawiska krzywdzenia dzieci. Interwencje wobec dzieci i rodzin: polityka i praktyka*, która odbyła się w Instytucie Zdrowia londyńskiego szpitala Great Ormond Street Hospital, w listopadzie 2012 r. Konferencja ta, zorganizowana przez Child and Family Training UK, Fundację Michaela Sieffa i Fundację Lucy Faithfull, pozwoliła zgromadzić w jednym miejscu grupę kluczowych specjalistów, którzy zaprezentowali, w jaki sposób ten (wymieniony w tytule konferencji) cel może być osiągnięty, gdy przyjmie się podejście zdrowia publicznego, z opartymi na dowodach interwencjami na poziomie pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowym. Praca autorów prezentacji jest przedstawiona w rozdziałach niniejszej książki.

Punktem wyjścia dla konferencji była nowatorska praca doktora Henry'ego Kempego i jego współpracowników, którzy w 1962 r. opisać „zespół dziecka maltretowanego”. Ich opiniotwórczy artykuł skupił uwagę profesjonalistów, a także społeczeństwa na zjawisku krzywdzenia dzieci. Zapoczątkował on globalny proces, polegający na dostrzeganiu, reagowaniu i interweniowaniu na zjawiska krzywdzenia dzieci. Miało to ogromny wpływ na politykę i praktykę w tym zakresie w Anglii, prowadząc do utworzenia w 1979 r. Brytyjskiego Stowarzyszenia Badań i Zapobiegania Przemocy i Zaniedbaniom wobec Dzieci (British

Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, BASPCAN).

Na kongresie tej organizacji w 1978 r. w Londynie przemówienie programowe wygłosił Henry Kempe, który rok wcześniej powołał Międzynarodowe Towarzystwo Zapobiegania Przemocy i Zaniedbaniom wobec Dzieci (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect – ISPCAN). Określił on sześć etapów, które według niego powinni przejść specjaliści i społeczeństwo, aby na poziomie światowym osiągnąć stan, w którym dzieci będą wolne od przemocy:

- ✓ Etap 1: Zaprzeczanie przemocy fizycznej lub seksualnej.
- ✓ Etap 2: Rozpoznanie zespołu dziecka maltretowanego.
- ✓ Etap 3: Lepsze radzenie sobie z przemocą psychiczną, przy poświęceniu uwagi zaniedbywaniu i zaburzeniu rozwoju<sup>3</sup>.
- ✓ Etap 4: Rozpoznanie przemocy emocjonalnej, deprywacji i zaniedbywania.
- ✓ Etap 5: Dostrzeżenie trudnego położenia dziecka wykorzystywanego seksualnie.
- ✓ Etap 6: Zagwarantowanie, by każde dziecko było chciane, kochane i otoczone opieką, chronione, nakarmione oraz by otrzymywało najlepsze usługi w zakresie profilaktyki i opieki zdrowotnej.

Konferencja *Wyeliminowanie zjawiska krzywdzenia dzieci* z 2012 r. odbyła się dokładnie w tej samej sali wykładowej szpitala Great Ormond Street Hospital, co kongres w 1978 r. Stosowne więc było podczas konferencji w 2012 r. podjęcie rozważań na temat tego, czy idea wyeliminowania problemu krzywdzenia dzieci poprzez osiągnięcie szóstego etapu Henry'ego Kempego jest pobożnym życzeniem, czy też możliwe jest jej urzeczywistnienie.

<sup>3</sup> Angielskie określenie *failure to thrive* oznacza zaburzenie rozwoju dziecka, polegające na niedostatecznym przyroście wagi i wzrostu oraz opóźnieniu ogólnego rozwoju dziecka (przyp. tłum.).

Uczestnicy konferencji uznali, że interwencje podejmowane na poziomie pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowym powinny być oparte na bogactwie dostępnych dowodów z badań naukowych i choć potrzeba większej ilości badań, szczególnie dotyczących skuteczności interwencji, nic nie usprawiedliwia tego, by nie korzystać jak najlepiej z tego, co już wiemy. Jesteśmy wręcz to winni dzieciom i rodzinom, z którymi pracujemy, oraz społeczeństwu. Zastanawiano się nad metodą szkolenia opartą na wspólnych elementach (*common elements approach*), dzięki której wyposażono by profesjonalistów w narzędzia do wspólnej, interdyscyplinarnej pracy, opartej na skutecznych interwencjach. Kluczem do zmiany, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym, jest polityczne zaangażowanie w stworzenie strategii, która wykorzystuje podejścia oparte na dowodach, aby wspierać ciągłą pracę specjalistów nad rozwijaniem systemów mających na celu wyeliminowanie krzywdzenia dzieci. Niniejsza książka przedstawia serię rozdziałów, które podejmują każde z tych zagadnień i dostarczają wzorców działania. W rozdziale 2 Bentovim określa obciążenia i koszty, jak również uwarunkowania związane z krzywdzeniem dzieci. Następnie zadaje trudne pytanie, na ile skuteczne są strategie (polityki) i praktyki w różnych krajach dotyczące przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci oraz przedstawia argumenty na rzecz profilaktyki, nie tylko dlatego, że prawem dzieci jest bycie wolnymi od przemocy, ale także ponieważ wyniki badań wyraźnie wskazują, że terapia i późniejsze próby naprawienia skutków krzywdzenia dzieci są mniej skuteczne i bardziej kosztowne niż zapobieganie temu zjawisku.

Woodman i Gilbert w rozdziale 3 zastanawiają się nad rolą instytucji ochrony zdrowia w reagowaniu na krzywdzenie dzieci, w kontekście systemu ochrony dzieci w Anglii. Przedstawiają dowody naukowe zachęcające pracowników ochrony zdrowia do przyjęcia szerszego podejścia do interwencji i wsparcia dzieci i rodzin tam, gdzie pojawiają się obawy związane z krzywdzeniem dzieci. Przekonują, że takie podejście jest niezbędne z uwagi na ogromne zapotrzebowanie na usługi wspiera-

jące rodziny, którego nie zaspokajają działania pomocy społecznej skierowane do dzieci.

W rozdziale 4 Barlow przygląda się znaczeniu, jakie relacja rodzic–niemowlę ma na dalszy rozwój małego dziecka oraz wpływowi atypowych lub anomalnych interakcji rodzic–niemowlę, które mają miejsce w tym okresie rozwoju dziecka. Argumentuje ona, że badania wyraźnie wskazują na potrzebę diagnozy i interwencji, która rozpoczyna się w okresie ciąży i jest kontynuowana w pierwszym roku po porodzie. Opisuje również nową ścieżkę opieki okołoporodowej w ramach pomocy społecznej dla dzieci. Te opracowania mają fundamentalne znaczenie, jako że niemowlęta do pierwszego roku życia stanowią 11% dzieci, które podlegają planowi ochrony dzieci w Anglii, a zaniedbywanie (49%) i przemoc emocjonalna (25%) stanowią niemal trzy czwarte tych przypadków (Departament Edukacji, 2013). Barlow przypomina nam o tym, że niemowlęta są bardzo zależne od swoich opiekunów w tym, by móc optymalizować swój gwałtownie rozwijający się system nerwowy oraz by wspierać swoją zdolność regulacji afektu poprzez relację przywiązania. W rezultacie krzywdzenie, które zachodzi w tym okresie, ma fundamentalny wpływ na cały rozwój dziecka.

Prinz w rozdziale 5 przekonuje, że skuteczna profilaktyka przemocy i zaniedbań wobec dzieci wymaga szerszego podejścia niż to, które dotychczas (historycznie rzecz biorąc) skupiało się na zapewnianiu programów jedynie dla rodzin z grupy najwyższego ryzyka. W rozdziale tym Prinz prezentuje model rodzicielstwa i wsparcia rodzin, łączący profilaktykę krzywdzenia dzieci z innymi celami profilaktycznymi. Pokazuje wartość mieszanego podejścia (*blended approach*) do profilaktyki, które to podejście polega na wprowadzaniu interwencji na każdym poziomie, aby wesprzeć rodziców – od tych, którzy muszą pogodzić się z nową odpowiedzialnością związaną z rodzicielstwem, aż po tych, którzy doświadczają już poważnych trudności. Proponuje też, by tego rodzaju interwencje były testowane na całej populacji.



W rozdziale 6 Chorpita oraz jego współpracownicy opisują swoją propozycję szkoleniową, która pokazuje, że podejścia oparte na dowodach mogą być szeroko dostępne poprzez analizę wspólnych elementów w ramach różnych metod, niezależnie od podejścia teoretycznego. Tworząc to podejście, Chorpita, Bernstein i Daleiden (2011) wyróżnili 395 protokołów opartych na dowodach w ramach przeglądu ponad 750 nefarmakologicznych terapii testowanych podczas kontrolowanych prób klinicznych. Nie można oczekiwać, by jakikolwiek praktyk stał się ekspertem w stosowaniu tak dużej liczby różnych protokołów, nie wspominając o wszystkich. Autorzy wykonali zatem ogromną pracę, by z tychże protokołów wyodrębnić wspólne elementy i opracować materiały szkoleniowe, które wesprą codzienną pracę profesjonalisty z dziećmi doświadczającymi problemów w zakresie zdrowia psychicznego oraz ich rodzinami.

Bentovim i współpracownicy odnieśli podejście Chorpity do krzywdzenia dzieci. Artykuł Bentovima i Elliotta (2014) opisuje to, w jaki sposób przeanalizowali oni szereg interwencji będących złotym standardem w odniesieniu do krzywdzenia dzieci, a także dokonali przeglądu literatury, aby wyróżnić badania, których wyniki wskazują na dużą skuteczność interwencji. Korzystając z tej wiedzy, wyróżnili wspólne elementy wśród różnych rodzajów krzywdzenia, a następnie zespół profesjonalistów wykorzystał wyniki tej pracy do stworzenia modułów interwencyjnych przeciwdziałających przemocowym i zaniedbującym zachowaniom rodziców oraz powiązaniem z nimi pogorszeniem się zdrowia i rozwoju dzieci.

W rozdziale 7 Bentovim opisuje, w jaki sposób można udostępnić to podejście specjalistom pierwszego kontaktu dzięki zastosowaniu materiałów szkoleniowych pt. *Hope for Children and Families Modular Systemic Interventions: Targeting Abusive Parenting and the Associated Impairment of Children. Building on Strengths, Modifying Difficulties* – polskie tłumaczenie: *Modułowe interwencje systemowe „Nadzieja dla*

*Dzieci i Rodzin*”: program ukierunkowany na problem przemocy rodzicielskiej i związane z nią pogorszenie funkcjonowania dzieci. Opieranie się na mocnych stronach, modyfikowanie trudności (Bentovim 2014), podczas gdy rozdział 8 pokazuje na przykładzie studium przypadku, jak materiały programu „*Nadzieja dla Dzieci i Rodzin*” mogą być zastosowane w praktyce.

Wykorzystywanie seksualne dzieci nadal pozostaje poważnym problemem, mimo iż było ono przedmiotem wykładu Henry’ego Kempego podczas wręczenia nagrody im. C. Andersona Aldricha już w 1977 r. (Kempe, 1978). Z badań brytyjskich (Cawson i in., 2000; Grubin, 1998; Radford i in., 2013) wynika, że:

- ✓ 1 na 6 dzieci było wykorzystywane seksualnie przed ukończeniem 17 lat,
- ✓ 8 na 10 dzieci zna sprawców wykorzystania,
- ✓ mniej przypadków wykorzystania dotyczy rodziców/rodziców przybranych,
- ✓ olbrzymia większość nadużyć seksualnych wobec dzieci nie zostaje zgłoszona na policję.

Findlater w rozdziale 9 opisuje kompleksowe, wielopoziomowe podejście do przeciwdziałania zjawisku wykorzystywania seksualnego dzieci. Wyróżnia się w nim cztery podstawowe grupy docelowe: 1) sprawcy/potencjalni sprawcy, 2) ofiary/potencjalne ofiary, 3) specyficzne sytuacje, w których nadużycie wystąpiło/istnieje większe prawdopodobieństwo, że wystąpi oraz 4) społeczności/rodziny. Dodatkowo wymienia się w nim trzy poziomy profilaktyki: pierwszorzędową, drugorzędową i trzeciorzędową. Autor przekonuje, że wobec tego istnieje 12 elementów, na których powinny skupić się wysiłki profilaktyczne. Wzywa do szerokiego przyjęcia tego podejścia w odniesieniu do każ-

dego z elementów, aby dzięki edukacji zapobiegać nadużyciom seksualnym oraz zapewnić metody identyfikowania i interwencji wobec ofiar, sprawców i rodzin.

Specjalny Przedstawiciel Sekretarza Generalnego ds. Przemocy wobec Dzieci, Marta Santos Pais (Biuro Specjalnego Przedstawiciela Sekretarza Generalnego ds. Przemocy wobec Dzieci, 2013) w swoim niedawnym Globalnym Badaniu, oceniającym postęp od czasu ogłoszenia *Światowego raportu na temat przemocy wobec dzieci*, wydanego w 2006 r. przez Sekretarza Generalnego Organizacji Narodów Zjednoczonych, stwierdziła, że choć postęp nastąpił, to jest on „zbyt wolny, zbyt nierówny i zbyt fragmentaryczny, aby zakończyć stosowanie przemocy wobec chłopców i dziewcząt” (s. xiii). Stwierdza wyraźnie, że:

*Zapobieganie i zakończenie stosowania przemocy wobec dzieci wymaga globalnego wysiłku na bezprecedensową skalę – wysiłku, który dotyczy zarówno przywódców politycznych, jak i zwykłych obywateli oraz tak dzieci, jak i dorosłych. Koszt braku działania – dla każdego dziecka oraz dla postępu społecznego narodów – jest zwyczajnie zbyt duży, by go tolerować* (s. vii).

Rozdział 10 podsumowuje wkład, jakim jest każdy z rozdziałów niniejszej publikacji w dziedzinie wspierania procesu wprowadzania rekomendacji w zakresie polityki i praktyki określonych w *Światowym raporcie na temat przemocy wobec dzieci*, zaprezentowanym w 2006 r. Organizacji Narodów Zjednoczonych przez Pinheiro, niezależnego eksperta kierującego tym badaniem. Naszą intencją jest, by ta książka stała się znaczącym wkładem i kontynuacją globalnego wysiłku, niezbędnego do zakończenia stosowania przemocy wobec dzieci.

## Bibliografia

- Bentovim, A. (ed.) (2014) *Hope for Children and Families Modular Systemic Interventions: Targeting Abusive Parenting and the Associated Impairment of Children. Building on Strengths, Modifying Difficulties*. London: Child and Family Training. Available at [www.childandfamilytraining.org.uk](http://www.childandfamilytraining.org.uk) accessed on 13 March 2014.
- Bentovim, A. and Elliott, I. (2014) Hope for children and families: Targeting abusive parenting and the associated impairment of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 1, 16, 270–285.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker S. and Kelly, G. (2000) *Child Maltreatment in the United Kingdom. A Study of the Prevalence of Child Abuse and Neglect*. London: NSPCC.
- Chorpita, B.F., Bernstein, A. and Daleiden, E.L. (2011) Empirically guided coordination of multiple evidence-based treatments: An illustration of relevance mapping in childrens mental health services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79, 4, 470–480.
- Department for Education (2013) *Characteristics of Children in Need in England, 2012–13*. London: Department for Education. Available at [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/254084/SFR45-2013\\_Text.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/254084/SFR45-2013_Text.pdf), accessed on 14 April 2014.
- Grubin, D. (1998) *Sex Offending against Children: Understanding the Risk*. Police Research Series Paper 99. London: Home Office.
- Kempe, C.H. (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem. The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. *Padiatrics* 62, 3, 382–389.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N, Steele, B.F. Droegemueller, W. and Silver, H.K. (1962) The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association* 181, 1, 17–24.

Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children (2013) *Toward a World Free from Violence. Global Survey on Violence against Children*. New York: United Nations. Available at [http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/publications\\_final/toward\\_a\\_world\\_free\\_from\\_violence.pdf](http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/publications_final/toward_a_world_free_from_violence.pdf), accessed on 14 April 2014.

Pinheiro, P.S. (2006) *World Report on Violence against Children*. Geneva: United Nations.

Radford, L., Corral, S., Bradley, C. and Fisher, H. (2013) The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse and Neglect* 37, 10, 801–813.

# KOSZTY I KONSEKWENCJE KRZYWDZENIA DZIECI

*Arnon Bentovim*

## **Wprowadzenie**

Wyróżnienie przez Kempego sekwencji zauważania różnych form krzywdzenia w danej społeczności stanowiło kamień milowy w procesie dostrzegania i reagowania na krzywdzenie dzieci. Daje to nadzieję, że proces ten utoruje drogę do wyeliminowania tego zjawiska. Kolejnym kamieniem milowym była publikacja *Światowego raportu na temat przemocy wobec dzieci ONZ* (Pinheiro, 2006). Raport ten był następstwem intensywnego dwuletniego okresu regionalnych i krajowych konsultacji w formie tematycznych spotkań ekspertów, współpracy z Komitetem ds. Praw Dziecka w ONZ oraz panelu doradczego, uwzględniającego również głosy dzieci i młodych ludzi.

Pinheiro napisał w swoim wstępie: „Pełen zakres i skala różnych form przemocy wobec dzieci dopiero zaczynają być widoczne, podobnie jak było w przypadku dowodów krzywd, jakie powoduje” (Pinheiro, 2006, s. 26). Raport zawiera wypowiedź zmarłego Nelsona Mandeli:

*Dzieci muszą, wreszcie, bawić się na zielonych łąkach<sup>4</sup>, nietorturowane już mękami głodu ani niszczone przez choroby, niezagrożone plagami niewie-*

---

<sup>4</sup> W oryginale *veld* – określenie trawiastego obszaru w południowej Afryce (przyp. tłum.).

*dzy, molestowania i przemocy, ani niezmuszane już do podejmowania się czynów, których ciężar przekracza możliwości ich młodego wieku* (Nelson Mandela, cytowany przez Pinheiro, 2008, s. 26).

Wspomniane badanie było pierwszym przygotowanym przez Organizację Narodów Zjednoczonych badaniem, w którym w bezpośredni i spójny sposób zajęto się dziećmi, odzwierciedlając ich status jako właścicieli praw oraz uznając ich prawo do wyrażania poglądów na temat wszystkich spraw, które ich dotyczą, wraz z przyznaniem im należytej wagi.

Głównym przesłaniem było twierdzenie, że „żadna przemoc wobec dzieci nie jest usprawiedliwiona, a każdej przemocy wobec dzieci da się zapobiec” (Pinheiro, 2006, s. 26). Pinheiro wskazuje, że wbrew zobowiązaniom z zakresu praw człowieka przyjętych przez wiele krajów spośród międzynarodowej społeczności, która zauważa prawa rozwojowe dzieci, duża część przemocy wobec dzieci pozostaje legalna, usankcjonowana przez państwo i akceptowana społecznie. Celem tego badania było osiągnięcie punktu zwrotnego, by zakończyć usprawiedliwianie przemocy wobec dzieci, czy to akceptowanej „jako wynikająca z tradycji, czy też ukrytej pod nazwą dyscypliny”. Niezależnie od jej usprawiedliwienia, przemoc musi się skończyć. Badanie wyróżniało również skrajne formy przemocy wobec dzieci, nieuwzględnione w pierwszych definicjach różnych form przemocy. Są wśród nich:

- ✓ komercyjne wykorzystanie w celach seksualnych i handel ludźmi,
- ✓ okaleczanie kobiecych narządów płciowych,
- ✓ najgorsze formy pracy dzieci,
- ✓ wpływ konfliktów zbrojnych, konflikty etniczne,
- ✓ udział dzieci i młodych ludzi w takich konfliktach jako ofiary lub jako ci, którzy są częścią zorganizowanej przemocy, czasem nawet przeciwko własnym rodzinom i bliskim,

- ✓ zubożenie rodzin i niemożność wspierania życia rodziny oraz zaspokojenia podstawowych potrzeb dzieci, związane ze wszystkimi tego rodzaju formami wyzysku.

Na pełne spektrum przemocy wobec dzieci składają się przypadki tych dzieci, które są narażone na fizyczną, seksualną i psychologiczną przemoc w swoich domach, szkołach, w instytucjach opieki, w ramach systemu wymiaru sprawiedliwości oraz we własnych społecznościach. To spektrum zawiera również niedawno wyróżnione problemy związane z wyzyskiem (wykorzystaniem komercyjnym). Oprócz aktywnych form przemocy i nadużycia, niepokój budzi również wszechobecne zaniedbywanie potrzeb dzieci, niereagowanie na ich potrzeby – np. pojęcie niepowodzenia w „podawaniu i oddawaniu” (*serve and return*)<sup>5</sup>, sformułowane w ramach harwardzkiego projektu dotyczącego zaniedbania (the Harvard Neglect Project) – oznaczające brak znaczącej interakcji. Pewien stopień zaniedbania jest „normalny” w życiu rodzinnym, co oznacza, że w takich sytuacjach dziecko musi rozwinąć swoje własne zasoby, zamiast oczekiwać, że rodzic zajmie się każdą jego potrzebą. Opieka może być jedynie „wystarczająco dobra”. Poważne zaniedbanie w rodzinie ma miejsce wówczas, gdy niezaspokojone potrzeby dziecka mają szkodliwy wpływ na jego zdrowie i rozwój. Z poważnym zaniedbaniem w ramach opieki instytucjonalnej mamy natomiast do czynienia wtedy, gdy dochodzi do rozległych szkód w zakresie zdrowia i rozwoju dziecka, w tym rozwoju jego mózgu (Center on the Developing Child, Harvard University, 2012).

---

<sup>5</sup> Określenie *serve and return* odnosi się do rodzaju interakcji pomiędzy dzieckiem a rodzicem, które kształtują i wspierają rozwój mózgu dziecka. Podobnie jak podczas gry (np. w siatkówkę lub ping ponga) zachowanie dziecka, takie jak płacz, wyciągnięcie rąk, gaworzenie („podanie”) wywołuje adekwatną reakcję dorosłego, taką jak kontakt wzrokowy, komunikat werbalny czy przytulenie („oddanie”). Ta wrażliwość i gotowość dorosłego do reagowania na sygnały wysyłane przez dziecko buduje połączenia neuronalne w mózgu dziecka, co przyczynia się do rozwoju umiejętności komunikacyjnych i społecznych. Więcej na: [developingchild.harvard.edu](http://developingchild.harvard.edu) (przyp. tłum.).



Kluczowym elementem w dostrzeżeniu i reagowaniu na problem krzywdzenia dzieci na poziomie międzynarodowym oraz do jego wyeliminowania jest przyjęcie perspektywy praw dziecka.

## Perspektywa praw dziecka

Reading i in. (2009) w serii przeglądów tematyki krzywdzenia dzieci, opublikowanej w czasopiśmie „Lancet”, zauważają, że podstawowa reakcja systemów ochrony dziecka zazwyczaj była zgodna z konwencjonalnym podejściem medycznym, opartym na diagnozie i terapii, czyli polegającym na identyfikacji, ocenie (wywiadzie diagnostycznym) oraz interwencji podjętej w celu zapobiegania dalszemu krzywdzeniu. Argumentują, że choć takie podejście doprowadziło do osiągnięcia znaczącego postępu, niekoniecznie uwzględnia ono profilaktykę pierwszorzędową, polegającą na tym, aby od początku zapobiegać wystąpieniu krzywdzenia dzieci. Autorzy pokazują, że w miarę jak wzrasta rozumienie czynników, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia krzywdzenia dzieci, co omówimy w dalszej części tego rozdziału, coraz wyraźniejsza staje się potrzeba przyjęcia podejścia zdrowia publicznego związanego z profilaktyką pierwszorzędową. Reading i in. (2009) przekonują, że uwzględnienie praw dziecka wzmacnia zdrowie publiczne i ochronę dzieci przed przemocą.

Prawa dziecka są opisane w zasadach i artykułach Konwencji o prawach dziecka ONZ (UNCRC). Zasadniczo prawa te uwzględniają:

- ✓ zapewnienie usług,
- ✓ udział w życiu społecznym,
- ✓ prawo do ochrony i opieki.

Komitet ONZ ds. Praw Dziecka twierdzi, że wszystkie trzy rodzaje praw są nierozłączne i powinny być wprowadzane w pakiecie, a nie wybiórczo. Reading i in. zwracają uwagę, że UNCRC może wpływać na politykę oraz wymuszać zwiększenie odpowiedzialności państw dlatego, że jest instrumentem prawnym, a nie kodeksem moralnym, choć opiera się na etycznych i moralnych podstawach. Te zasady można przenieść do podejścia do zdrowia publicznego i ochrony przed krzywdzeniem, aby pomóc ograniczyć krzywdzenie i jego konsekwencje, a ostatecznie – przyczynić się do jego wyeliminowania. Wprowadzenie w Wielkiej Brytanii Modelu Diagnostyki (Assessment Framework) wyznaczyło przejście od ochrony dzieci, które doświadczyły krzywdzenia, do przyjęcia holistycznego spojrzenia na to, czy zostały zaspokojone potrzeby dziecka we wszystkich obszarach jego funkcjonowania, czy działania rodziców wspierają dziecko oraz jaki jest wpływ czynników indywidualnych i rodzinnych na zdolność zapewnienia właściwej opieki rodzicielskiej. Takie podejście stawia potrzebę ochrony w kontekście całościowego zaspokajania potrzeb dziecka – jest to podejście, które łączy wszystkie trzy gałęzie perspektywy praw dziecka: zapewnienie usług, udział w życiu społecznym oraz prawa do ochrony i opieki.

Gilbert i in. (2009a) w swoim artykule opublikowanym w czasopiśmie „Lancet”, dotyczącym kosztów i konsekwencji krzywdzenia dzieci w krajach o wysokim dochodzie, wskazują, że szersze spojrzenie na dobro dzieci, zamiast koncentrowania się na ich ochronie, może być skuteczniejsze w ograniczaniu występowania krzywdzenia dzieci w danej społeczności – co jest ważnym krokiem na drodze do wyeliminowania tego zjawiska. Woodman i Gilbert analizują te zagadnienia w rozdziale 3 niniejszej publikacji.

### **Błędy w rozpoznawaniu i zgłaszaniu spraw dotyczących nadużyć i przemocy wobec dzieci**

Powszechnie wiadomym jest, że jedynie niewielka część spraw dotycząca podejrzeń nadużyć i przemocy wobec dzieci jest zgłaszana, niewiele

kończy się dochodzeniem, a tylko nieliczni sprawcy zostają pociągnięci do odpowiedzialności. W wielu rejonach świata nie ma systemów pozwalających na rejestrowanie lub dogłębne badanie zgłoszeń dotyczących przemocy wobec dzieci. Badanie Gilbert i in. (2009a) podkreśla, że oficjalne statystyki zgłoszeń dramatycznie niedoszacowują prawdziwego rozmiaru problemu.

Istnieją różne powody niezgłaszania takich przypadków, m.in.: milczenie w obliczu wyraźnej dysproporcji władzy pomiędzy sprawcą i dzieckiem; strach przed konsekwencjami zgłoszenia; strach przed stygmatyzacją związaną ze zgłoszeniem przemocy, szczególnie wówczas, gdy patriarchalne pojęcie „honoru” rodzinnego jest cenione bardziej niż prawa człowieka i dobrostan dziewczynek czy kobiet. Utrzymujące się społeczne poparcie dla pewnych rodzajów przemocy wobec dzieci również jest zasadniczą przyczyną problemów, a prawo akceptujące „rozsądne” lub „słuszne” kary fizyczne odzwierciedla społeczne poparcie dla przemocy pod przykrywką dyscyplinowania dzieci. W wielu krajach brak rzetelnych danych sprawia, że proces wyznaczenia poziomu krzywdzenia staje się dużym wyzwaniem.

Pinheiro (2006) wskazuje, że dane zebrane na potrzeby międzynarodowego badania ONZ ujawniły, iż bardzo niewielka część dzieci (szacowany wskaźnik wynosił zaledwie 2,4%) była prawnie chroniona przed karami fizycznymi. Z badania prowadzonego wśród uczniów wynika, że od 20% do 65% dzieci w wieku szkolnym w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem doświadczyło słownego lub fizycznego zastraszania w szkole.

Niedawne ogólnościatowe badanie Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) nad niezależnymi instytucjami zajmującymi się prawami dzieci – Championing Childrens Rights (Obrona Praw Dzieci) (UNICEF, 2013) pokazało postęp, dzięki pojawianiu się globalnych grup „wspierających dzieci w publicznym podejmowaniu decyzji i dyskusji”. Obecnie zgłoszonych jest ponad 200 publicznych in-

stytucji, które zajmują się monitorowaniem i promowaniem praw dzieci poprzez kontrolę działań rządów, wpływanie na politykę publiczną oraz podejmowanie interwencji w indywidualnych przypadkach dzieci krzywdzonych.

### Problem sposobu definiowania krzywdzenia dzieci

Definicja krzywdzenia dzieci ma kluczowe znaczenie dla tego, w jaki sposób ten problem jest rozpoznawany, a także dla sposobów radzenia sobie z nim i profilaktyki. Przykładem może być poważna dyskusja nad tym, czy młodzi, prostytuujący się ludzie, poniżej wymaganego prawem wieku udzielenia świadomej zgody na kontakt seksualny, powinni być uznawani za ofiary przemocy wobec dzieci, czy też jako sprawcy, będący częścią zorganizowanej grupy przestępczej. Obecnie uznaje się, że takie młode osoby są poddane poważnemu wyzyskowi, a taki wyzysk jest częścią spektrum przemocy wobec dzieci i krzywdzeniem dzieci w ogóle.

Krzywdzenie dzieci jest generalnie definiowane jako jakakolwiek „czynność popełnienia lub zaniechania przez rodzica lub innego opiekuna, która skutkuje u dziecka szkodą, potencjalną szkodą lub groźbą szkody”. Samo krzywdzenie nie musi być zamierzone, definicje mogą skupiać się na specyficznej czynności lub na specyficznym rodzaju szkody wyrządzonej dzieciom przez rodziców lub opiekunów. Wyróżnia się zatem następujące podstawowe formy krzywdzenia dzieci:

✓ **przemoc fizyczna** jest definiowana jako zamierzone użycie przeciwko dziecku siły fizycznej lub narzędzia, co skutkuje lub potencjalnie może skutkować urazem fizycznym,

✓ **wykorzystywanie seksualne (przemoc seksualna)** jest definiowane jako przeprowadzony lub zamierzony akt seksualny, jakakolwiek forma kontaktu seksualnego, która stanowi próbę seksualnej interakcji z dzieckiem. Wyróżnia się również bezkontaktowe formy uwodzenia seksualnego (*grooming*),

- ✓ **przemoc psychiczna lub emocjonalna** jest celowym zachowaniem, które przekazuje dziecku, że jest ono bezwartościowe, niekochane, niechciane, znajduje się w niebezpieczeństwie albo jest cenione jedynie za zaspokajanie potrzeb innych,
- ✓ **zaniedbywanie** oznacza niezaspokojenie podstawowych fizycznych, emocjonalnych, medycznych/dentystycznych lub edukacyjnych potrzeb dziecka, niezapewnienie dziecku odpowiedniego pożywienia, higieny, schronienia lub bezpieczeństwa,
- ✓ **dziecko jest świadkiem przemocy między partnerami będącymi w relacji intymnej**, czyli jakiegokolwiek incydentu, zagrażającego zachowania, przemocy lub nadużycia pomiędzy dorosłymi, którzy są lub byli partnerami intymnymi członków rodziny, niezależnie od ich płci lub seksualności.

Powyższe definicje nie uwzględniają pojęć „zbiorowej krzywdy i wyzysku”, spowodowanych np. umieszczeniem w opiece instytucjonalnej, szkodliwymi zasadami i prawami, możliwą do uniknięcia wojną, konfliktem, kryzysem politycznym lub zamieszkami społecznymi (Reading i in., 2009). Opisuje się, że Gill w 1975 r. usiłował podać bardziej kompleksową definicję, która koncentrowała się na:

*Rozbieżnościach lub deficytach pomiędzy potencjalnymi i faktycznymi okolicznościami życiowymi, które umożliwiłyby optymalny rozwój dzieci, do którego powinny mieć prawo, niezależnie od źródeł lub czynników wywołujących deficyt* (s. 83).

Zatem wszelkie akty popełnienia lub zaniechania ze strony jednostek, instytucji, rządu czy społeczeństwa wraz z ich następstwami, które „pozbawiają dzieci równych praw i wolności i/lub zakłócają ich optymalny rozwój, stają się, z definicji, czynnościami lub warunkami przemocy lub zaniedbania” (s. 75). Choć pomocne może być rozsze-

rzenie pojęcia krzywdzenia jako elementu ogólnego wpływającego na dobrostan dziecka, wiąże się z tym ryzyko, że pojęcie to może być zbyt szerokie. Czyni to pomiary epidemiologiczne niemożliwymi, a także utrudnia określenie celu stanowiącego przedmiot badania oraz próby oceny skuteczności jakiegokolwiek interwencji.

W badaniu ONZ (Pinheiro 2006) przyjęto definicję krzywdzenia. Jest to:

*Zamierzone stosowanie przez jednostkę lub grupę siły fizycznej lub władzy; grożącej lub faktycznej, w stosunku do dziecka, która skutkuje lub z wysokim prawdopodobieństwem może skutkować faktyczną lub potencjalną szkodą w odniesieniu do zdrowia, przetrwania, rozwoju lub godności dziecka (s. 28).*

Włączenie nadużycia władzy poszerzyło definicję, uwzględniając akty popełnienia lub zaniechania, skutkujące emocjonalną szkodą oraz pozwoliły na włączenie do niej przemocy społecznej, politycznej i ekonomicznej. Dodanie i zastosowanie pojęcia wyzysku poszerza zakres krzywdzenia z prostej przemocy; oferuje możliwość operacjonalizacji podstawowej definicji tak, aby umożliwić pomiary epidemiologiczne i monitorowanie. Koncentracja na zamierzonej szkodzie definiuje monitorowanie w obszarze epidemiologicznym i zdrowia publicznego oraz wiąże specyficzne reakcje określone w polityce z podejściem opierającym się na prawach dziecka. Rozszerzenie związane ze szkodą społeczną i środowiskową byłoby bardzo trudne do zdefiniowania epidemiologicznie lub poprzez monitorowanie w ramach zdrowia publicznego, jako że, jak podkreślają Reading i in. (2009), z perspektywy dziecka źródło krzywdzącego działania może być niemożliwe do rozróżnienia. Autorzy przekonują, że połączenie podejścia opartego na prawach oraz związanego ze zdrowiem publicznym może być komplementarne, a stosowane wspólnie mogą stanowić bardzo skuteczne narzędzie zmiany w zakresie polityki, działalności zawodowej, czy wartości społecznych.

W ramach niedawnych badań prowadzonych przez Centrum Kempego, zaprezentowanych podczas Europejskiej Konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Zapobiegania Przemocy i Zaniedbaniom wobec Dzieci (ISPCAN) (Fluck i in., 2013), sprawdzano wpływ wprowadzenia zróżnicowanego reagowania tam, gdzie instytucje ochrony dzieci badają zarzuty krzywdzenia, jako podejścia reformującego tradycyjne działania na rzecz ochrony dzieci. Autorzy testują wartość tego podejścia poprzez ewaluację alternatywnej ścieżki reagowania, która od częściowej stosowanej ścieżki opartej na dochodzeniu różni się tym, że proponuje podejście opiekuńcze (*welfare approach*), angażując rodzinę, sprawdzając, jakie usługi będą potrzebne oraz wspierając zaangażowanie rodziny we współpracę z pracownikiem zajmującym się daną sprawą. Sprawdza się w ten sposób, czy ocena potrzeb rodziny, zamiast dochodzenia dotyczącego występowania określonych form krzywdzenia, skutkuje adekwatną ochroną oraz satysfakcją rodziny. Wstępne wyniki wskazują, że podejście promujące alternatywne reagowanie skutkuje tym, że rodzice są bardziej zadowoleni i mają poczucie, że otrzymali pomoc, w porównaniu do ścieżki dochodzeniowej, w przypadku której rodzice opisywali, że czuli się bardziej zaniepokojeni i rozczłosczeni. Zaobserwowano, że nie narażano przy tym bezpieczeństwa dzieci. Takie podejście, które otwarcie przyjmuje perspektywę praw dziecka, eliminując konieczność potwierdzenia występowania krzywdzenia, tworzy możliwości bardziej ludzkiej interakcji w relacji. Wymaga ono wyodrębnienia sytuacji, w których istnieją wyraźne dowody na to, że dziecku dzieje się poważna szkoda i wymaga ono aktywnej ochrony, które to przypadki są mniejszością w porównaniu do przytłaczającej liczby występowania zjawiska zaniedbywania dzieci w Stanach Zjednoczonych. Woodman i Gilbert w rozdziale 3 omawiają to zagadnienie z perspektywy zdrowia i zauważają, że jak dotąd podejścia oparte na zróżnicowanym reagowaniu nie były tak bardzo skuteczne.

Podnosi się zatem argument, że potencjalny prawny status Konwencji o prawach dziecka wraz z możliwościami podejścia zdrowia publicznego mogłyby zapewnić naukowy rygorizm potrzebny do monitorowania, identyfikowania zagrożeń oraz oceny interwencji profilaktycznych, a także wzmocnić skuteczność działania pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Perspektywa praw dziecka odegrała ważną rolę w skupieniu uwagi na problemach związanych z wyzyskiem seksualnym, handlem dziećmi oraz nawiązywaniem kontaktów związanych z przemocą za pośrednictwem Internetu. Findlater w rozdziale 9 omawia kompleksowe podejście do profilaktyki wykorzystywania seksualnego dzieci.

Zapewnienie rodzinom uniwersalnych usług oraz adekwatnego wsparcia finansowego może istotnie pomóc w zagwarantowaniu, że rodzice dysponują odpowiednimi zasobami, by wychowywać swoje dzieci. W takim kontekście, tam gdzie usługi są dostępne, prostszym zadaniem staje się zademonstrowanie obowiązkowej interwencji, uzasadnionej zasadami Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Prawodawstwo dotyczące dobra dzieci stopniowo włącza zasady opierające się na prawach dziecka, potrzebę, by dzieci miały swój głos w sprawie diagnozy i procedur sądowych, a także uznaje, że dobro dziecka ma nadrzędne znaczenie. Tym zasadom przyznaje się coraz większą wagę. Wynik interwencji można rozważać w kategoriach zdrowia i dobrostanu dziecka, ale również pod kątem tego, czy podczas jej stosowania przestrzegano praw dziecka.

Reading i in. (2009) analizują badania nad dziećmi korzystającymi z opieki instytucjonalnej w Europie. Badania te stały się powodem dużego zaniepokojenia w kontekście szkodliwych skutków wysokiego poziomu zaniedbań i przemocy, do których może dochodzić w ramach opieki instytucjonalnej, a także ukazują porażkę w dziedzinie prawa dzieci do życia rodzinnego, czy to we własnej rodzinie, czy w ramach kulturowo odpowiedniej alternatywy. Badacze podkreślają, że państwo ponosi bezpośrednią odpowiedzialność wobec dziecka za wspieranie



jego praw. Dlatego też dziecko, oprócz otrzymywania odpowiedniego zabezpieczenia, powinno mieć prawo do tego, by bezpośrednio pozwać państwo i zostać usłyszane w miarę rozwoju prawodawstwa i polityki. Analiza procesu wspierania praw do życia rodzinnego i ochrony dla tak wielu dzieci umieszczonych w instytucjach pokazuje pozytywny wpływ zapewnienia im praw do życia rodzinnego i ochrony. Proces zmiany kultury kraju od zapewnienia opieki instytucjonalnej do zapewnienia opieki rodzinnej poprzez rodzicielstwo zastępcze i adopcję stanowi istotny wkład w wyeliminowanie krzywdzenia.

## **Pomiar częstości i nasilenia krzywdzenia dzieci**

Gilbert i in. (2009a) wskazują, że w badaniach nad występowaniem różnych form przemocy w 80% i więcej przypadków krzywdzenia sprawcami są rodzice lub opiekunowie pełniący funkcje rodzicielskie. Z kolei sprawcami przemocy seksualnej najczęściej są znajomi lub inni krewni, rzadziej rodzice lub opiekunowie. Rzetelny pomiar częstości i nasilenia, a tym samym śledzenia tego, czy dokonał się jakiś postęp w kierunku celu, jakim jest wyeliminowanie przemocy, nie jest prosty. Podstawowe sposoby oceny częstości i nasilenia krzywdzenia dzieci to między innymi:

- ✓ samodzielna ocena dokonana przez ofiary będące w wieku pozwalającym im na wyrażenie zgody na udział w badaniach,
- ✓ badania oparte na relacjach rodziców opisujących poważne kary fizyczne lub wzorce opieki związane z zaniedbywaniem,
- ✓ oficjalne statystyki instytucji badających zgłoszenia zachowań związanych z przemocą.

Różnice pomiędzy niskimi wskaźnikami krzywdzenia udokumentowanymi przez instytucje zajmujące się ochroną dzieci a dziesięciokrotnie wyższymi wskaźnikami zgłaszanymi przez ofiary lub rodziców uwydat-

niają fakt, że bardzo niewielka część dzieci, które są krzywdzone, otrzymuje oficjalne wsparcie.

Niedawne obserwacje z Wielkiej Brytanii, gdzie w rezultacie publikacji i nagłośnienia takich przypadków, jak Victoria Climbié czy Baby P (Peter Connolly) (Munro, 2011), uwaga opinii publicznej była mocno skupiona na kwestiach związanych z ochroną dzieci, pokazały, że nastąpił istotny wzrost liczby zgłaszanych przypadków, w których mogło dojść do przemocy. W rezultacie systemy ochrony dzieci stały się przeciążone i odnotowano istotny wzrost liczby dzieci umieszczanych w systemie opieki.

Gilbert i in. (2009b) wskazują, że rozbieżności między oficjalnymi statystykami a badaniami środowiskowymi są jeszcze wyraźniejsze, gdy weźmie się pod uwagę wiek, w którym doszło do krzywdzenia. Istnieje odwrotny związek pomiędzy liczbą zgłoszeń a wiekiem dla wszystkich kategorii oprócz wykorzystywania seksualnego. Wydaje się, że istnieje ryzyko niepełnego zgłaszania przez rodziców młodszych dzieci oraz niepełnego wykrywania przypadków krzywdzenia przez instytucje zajmujące się ochroną dzieci w odniesieniu do dzieci starszych.

W swoim opublikowanym w czasopiśmie „Lancet” artykule na temat rozpoznawania i reagowania na krzywdzenie dzieci Gilbert i in. (2009b) zauważyli, że najczęstszym źródłem kierowania przypadków do zbadania przez organy zajmujące się ochroną dzieci, był kontekst edukacyjny. Młodsze dzieci, wcześniej nierozpoznane, mogą w chwili rozpoczęcia nauki w szkole prezentować pogorszenie w zakresie zdrowia i rozwoju, sugerujące, że mogły one doświadczać przemocy, co prowadzi do skierowania ich do innych instytucji. Rozdział 3, napisany przez Woodman i Gilbert, opisuje aktualną pracę autorek w tym obszarze z perspektywy zdrowotnej. Gilbert i in. (2009b) w swoim systematycznym przeglądzie stwierdzili, że przypadek jednego na 30 dzieci, które doświadczyły przemocy fizycznej ze strony rodzica i których przypadki były badane przez instytucje pomocy społecznej, był monitorowany zgodnie z planem ochrony dziecka.

Do wykorzystywania seksualnego dochodzi ze znaczącą częstotliwością, przy podobnej rozbieżności pomiędzy zgłoszeniami do odpowiednich władz a faktycznymi doświadczeniami nadużycia. Około 5% do 10% dziewczynek i 1% do 5% chłopców jest w okresie dzieciństwa narażonych na wykorzystanie seksualne z penetracją, choć wskaźniki uwzględniające wszelkie formy nadużycia seksualnego są znacznie wyższe. Gilbert i in. (2009b) twierdzą, że te szacunki są poparte wynikami metaanalizy badań przeprowadzanych na całym świecie i prawdopodobnie wskazują na dolną granicę faktycznej liczby nadużyć seksualnych w związku ze zjawiskiem niepełnego zgłaszania.

Badania kwestionariuszowe (oparte na samodzielnej ocenie) przeprowadzone w Wielkiej Brytanii i USA pokazały, że 8-9% kobiet i około 4% mężczyzn zgłosiło, że doświadczyli poważnej przemocy psychicznej, zaś około 9% dzieci lub ich matek zgłosiło zaniedbywanie – długotrwały brak opieki lub sytuacje, w których dziecko zostało skrzywdzone. Wskaźniki dotyczące bycia świadkiem przemocy pomiędzy partnerami intymnymi w okresie dzieciństwa wahały się od 8-10% do 24% w USA.

Szczegółowa analiza zgłoszeń wskazuje na wysoki wskaźnik występowania „wielorakich rodzajów krzywdzenia oraz utrzymujących się czynników ryzyka” u dziecka, takich jak niepełnosprawność lub choroby przewlekłe, bądź u rodziców, takich jak nadużywanie alkoholu, czy występowanie trudności społecznych związanych z wielokrotnym lub chronicznym krzywdzeniem, zwłaszcza zaniedbywaniem. Takie złożone lub skumulowane czynniki sprawiają, że interwencja związana z zaniedbywaniem staje się szczególnie trudna, a wskaźniki zaniedbywania w społeczeństwie pozostają uparcie wysokie. Finkelhor (2008) i jego współpracownicy pokazali, w jaki sposób krzywdzenie przez rodziców lub opiekunów łączy się z innymi formami wiktyimizacji: im bardziej poważna jest przemoc, której doznaje dziecko, tym większe jest prawdopodobieństwo, że doświadczyło ono dalszej wiktyimizacji,

a zatem narażenie na jeden rodzaj krzywdzenia niesie ze sobą wyższe ryzyko tego, że wraz z upływem czasu dziecko będzie bardziej narażone na inne rodzaje krzywdzenia. Im częstsze narażenie na różne formy krzywdzenia, tym większe prawdopodobieństwo, że będzie to poważna przemoc, mająca poważny wpływ na zdrowie psychiczne dziecka, oraz tego, że gdy takie dzieci czy młodzież wejdą w okres adolescencji, będą odpowiedzialne za krzywdę wyrządzaną innym. Taką obserwację popierają badania epidemiologiczne z rejonu Morza Bałtyckiego (Svedin i Priebe, 2007). Zastosowany w nich model badawczy polegał na przeprowadzeniu wywiadów z młodymi ludźmi w starszym wieku szkolnym w krajach graniczących z Morzem Bałtyckim, demonstrując szkodliwy wpływ skumulowanej wiktyimizacji na zdrowie psychiczne oraz zwiększenie ryzyka podejmowania przez młodzież zachowań krzywdzących innych – takich jak agresja oraz zachowania seksualne wobec rówieśników – przyczyniających się do przemocy rówieśniczej oraz wobec partnerów.

Ta perspektywa pokazuje, że podejście do wyeliminowania krzywdzenia wymaga, by o tym zjawisku myśleć nie jako o jednorazowym zdarzeniu, ale o stanie chronicznym, gdzie bardziej prawdopodobne staje się skumulowanie różnych form cierpienia, wiktyimizacji oraz o powiązanych z nimi problemami ze zdrowiem psychicznym i zaburzonymi zachowaniami, co podtrzymuje proces przemocy i powtórnego krzywdzenia.

### **Jakie czynniki determinują większe prawdopodobieństwo wystąpienia krzywdzenia dzieci?**

Jeśli mamy stworzyć szeroką perspektywę zdrowia publicznego/praw dziecka, wówczas niezbędne jest, by mieć obraz tego, jakie są uwarunkowania krzywdzenia. W związku z tym pomocne jest przyjrzenie się następującym czynnikom:

- ✓ charakterystyka ofiary,
- ✓ charakterystyka rodziców i środowiska,
- ✓ czy istnieją dowody na zmianę w jakimś przedziale czasu,
- ✓ różne wzorce z różnych krajów, aby zapewnić bardziej szczegółowy obraz uwarunkowań, a tym samym – środków zaradczych.

**Model ekologiczny** jest podejściem konceptualnym, który określa, w jaki sposób takie czynniki, jak osobista historia oraz cechy ofiary lub sprawcy, ich rodzina, bezpośredni kontekst społeczny oraz charakterystyka szerszego społeczeństwa determinują, czy krzywdzenie dzieci pojawi się z większym prawdopodobieństwem. Model ten dostrzega, że istnieje szeroki, złożony zakres czynników, które zwiększają ryzyko przemocy, mogą podtrzymywać chroniczny proces krzywdzenia lub przeciwnie – mogą chronić przed przemocą.

Ten model, poprzez opisanie czynników **ryzyka** oraz czynników **chroniących**, podkreśla, że chodzi o kombinację czynników działających na różnych poziomach, które wpływają na prawdopodobieństwo tego, że przemoc się pojawi, powróci lub zniknie. Miał on wpływ na utworzenie Modelu Diagnozy (Assessment Framework) w Wielkiej Brytanii, a także w innych krajach, co szczegółowo opisano w kolejnym rozdziale. To zaś wyznaczyło przejście od skupienia się tylko na ochronie dziecka do holistycznego podejścia, uwzględniającego to, w jaki sposób jego potrzeby są zaspokajane przez rodziców oraz to, jakie indywidualne czynniki rodzinne i środowiskowe mają wpływ na dziecko.

### *Charakterystyka ofiary*

Kluczowymi elementami składającymi się na bycie potencjalną ofiarą krzywdzenia jest natura dziecka oraz jego funkcjonowanie w rodzinie. Pierwotne przywiązanie pomiędzy rodzicem i niemowlęciem ma głęboki wpływ na reakcje dorastającego dziecka oraz na to, jakie z kolei reakcje

będzie ono nawiązywało. Dostrojony, reagujący rodzic stanowi kluczowy czynnik chroniący. Bezpieczne przywiązanie to lepsze perspektywy rozwoju potencjału dziecka, prowadzące do pozytywnego funkcjonowania emocjonalnego (Bentovim i in., 2009). Ten proces mogą naruszyć czynniki leżące po stronie dziecka lub rodzica. Rezultatem niedopasowania i niepowodzenia w rozwinięciu bezpiecznego przywiązania może być rozwój pozabezpiecznych lub zdeorganizowanych wzorców przywiązania. Powstające w ten sposób wzorce unikania, przywierania, lub naprzemiennego przywierania i odrzucania mogą w długofalowej perspektywie stwarzać istotne zagrożenie dla dziecka, poprzez wzbudzenie odrzucenia i irytacji u opiekuna. Proces ten został szczegółowo omówiony przez Barlow w rozdziale 4.

Czynnikiem, który okazuje się, że szczególnie utrudnia stworzenie bezpiecznego przywiązania, są narodziny dziecka z niepełnosprawnością lub przewlekłymi problemami zdrowotnymi. W naszej własnej serii badań nad dziećmi krzywdzonymi, wśród przypadków dzieci w Szpitalu dla Dzieci Chorych (Glaser and Bentovim, 1979), zauważyliśmy, że niezwykle duża liczba dzieci, które doświadczyły przemocy fizycznej, emocjonalnej lub zaniedbania, miała również jakiś rodzaj niepełnosprawności lub choroby przewlekłej. Sądziliśmy, że ten związek wynikał w jakimś stopniu ze specyfiki tej konkretnej populacji dzieci przyjętych do szpitala. Jednak badania środowiskowe ukazały, że dziecko z niepełnosprawnością oznacza zwiększone ryzyko krzywdzenia. Badanie przeprowadzone w USA (Sullivan i Knutson, 2000) pokazało, że łączny wskaźnik występowania jakiegokolwiek formy krzywdzenia wynosi 9% wśród dzieci bez niepełnosprawności, a aż 31% w grupie dzieci z niepełnosprawnością.

Wiadomo, że u dziewczynek występuje zwiększone ryzyko doświadczenia wykorzystania seksualnego, a u chłopców zwiększone ryzyko surowych kar fizycznych. Kulturowe poglądy na temat dziewczynek i chłopców również mają tu swój udział, np. nadmierne ceniecie dzieci

plci męskiej w niektórych społeczeństwach, gdzie dziewczynki są niedoceniane i tym samym bardziej narażone na bycie postrzeganymi jako właściwy cel reakcji seksualnych. Dziewczynki są zatem bardziej narażone na wykorzystanie seksualne, podczas gdy chłopcy, jeśli nie spełnią oczekiwań, mają większą szansę być poddani surowym karom. Czynniki temperamentalne, takie jak wyższy poziom aktywności oraz reakcje nieposłuszeństwa u chłopców mogą również odgrywać rolę w postrzeganiu ich jako krnąbrnych, co usprawiedliwia surowe reakcje rodziców.

Istnieją powiązane grupy dzieci, które są szczególnie podatne na krzywdzenie w danej społeczności: dzieci z mniejszości etnicznych oraz grup marginalizowanych, dzieci mieszkające lub pracujące na ulicy, dzieci przebywające w instytucjach opiekuńczych i aresztach/zakładach poprawczych oraz dzieci żyjące w społecznościach o wysokiej koncentracji nierówności, bezrobocia i biedy, dzieci uchodźców, a także inne dzieci wysiedlone (Pinheiro, 2006).

Choć omówiliśmy czynniki ryzyka, rośnie świadomość tego, że niektóre dzieci są szczególnie uodpornione na skutki krzywdzenia (*resilient*) i mają dostęp do różnych czynników ochronnych, takich jak dobra jakość wczesnej opieki lub czynniki genetyczne związane z rezyliencją. Badanie Ruttera i in. nad rumuńskimi sierocińcami (Rutter i in., 2009) na wstępnych etapach pokazało, że im później, po zabraniu z sierocińca, dziecko trafiło do adopcji związanej z opieką dobrej jakości, tym większe prawdopodobieństwo, że we wcześniejszym okresie życia było ono narażone na słabą opiekę, zaniedbanie i istotne przeciwności. W rezultacie bardziej prawdopodobne było, że u takich dzieci ujawnią się negatywne skutki, mimo iż później zostały one objęte dobrą opieką. Jednakże późniejsze badania (Rutter i in., 2009) pokazały, że istniała grupa dzieci, u których, mimo wcześniejszego narażenia na intensywne trudności, wystąpiło znacznie mniejsze pogorszenie w zakresie zdrowia i rozwoju. Stawia się tu hipotezę o związku rezyliencji z czynnikami genetycznymi i epigenetycznymi.

### *Charakterystyka rodziców i środowiska*

Gilbert i in. (2009a) wskazują, że wyróżnienie specyficznych cech rodziców, cech zwiększających ryzyko krzywdzenia, jest trudnym zadaniem. Wiele czynników jest nierozzerwalnie połączonych ze sobą: bieda, zaburzenia psychiczne, niskie osiągnięcia edukacyjne, nadużywanie alkoholu i narkotyków oraz doświadczenie krzywdzenia w dzieciństwie. Te czynniki są silnie związane z rodzicami, którzy krzywdzą swoje dzieci. Rodzice, którzy są młodzi, niewykształceni lub mają słabą wiedzę na temat rozwoju dziecka oraz nierealistyczne oczekiwania wobec własnych dzieci również mogą stanowić dla nich większe zagrożenie. Czynniki związane z przeżywanymi trudnościami rodziców mogą skutkować ich zmniejszoną zdolnością pozytywnego reagowania na niemowlę poszukujące opieki. Rezultatem tego może być międzypokoleniowy wzorec braku poczucia bezpieczeństwa, który może prowadzić do zdeorganizowanego procesu przywiązania oraz zwiększonego ryzyka krzywdzenia. Zaburzona regulacja emocjonalna stanowi reakcję powiązaną z kumulacją czynników związanych z ryzykiem wystąpienia przemocowych zachowań u rodziców; negatywne emocje, powstrzymywanie gniewu oraz obwinianie się mogą zostać wywołane przez normalne potrzeby niemowlęcia i małego dziecka. Zostało to opisane jako „proces systemowy zorganizowany wokół traumy” (*trauma organised systemic process*) (Bentovim, 1995) – rodzic próbuje „pozbyć się” przytłaczających stanów emocjonalnych poprzez „lokowanie” w dziecku cech, które usprawiedliwiają przemocowe działania. Jest to cecha charakterystyczna jednostek, u których rozwinęły się zaburzenia emocjonalne, destrukcyjne lub osobowościowe, zwłaszcza osobowości typu borderline, związane z ich własnymi trudnościami życiowymi. Sytuacja może być jeszcze bardziej skomplikowana, jeśli dodatkowo występuje nadużywanie substancji psychoaktywnych lub gdy relacje partnerskie nasilają intensywność negatywnych stanów emocjonalnych (Bentovim i in., 2009).



Określone związki zostały opisane np. przez Dixon, Brown i Hamilton Jiacritis (2005), którzy zauważyli zwiększone ryzyko krzywdzenia wówczas, gdy rodzice sami byli krzywdzeni w dzieciństwie oraz gdy mieli partnera, który stosował przemoc. Rodzic, skupiony na własnych potrzebach emocjonalnych, ma wyraźne trudności w zrozumieniu zmieniających się potrzeb rozwijającego się dziecka i rozpoznaniu uczuć, co może skutkować niepowodzeniem w dostosowaniu się, trudnościami związanymi z przywiązaniem oraz w ich następstwie z zaniedbującym i przemocowym rodzicielstwem.

Inne czynniki, które wiążą się z wyższym ryzykiem, to m.in. samotne rodzicielstwo, izolacja społeczna oraz niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna. Ulegają one nasileniu wówczas, gdy występują przygodni partnerzy, niemający biologicznej więzi z dzieckiem, gdy dochodzi do przemocy w relacji intymnej. Sąsiedztwo charakteryzujące się ubóstwem, bezrobociem i generalnym poczuciem anomii wewnątrz społeczności nasila izolację, wzmacnia stres w rodzinie i nie zapewnia alternatywnych źródeł wsparcia dla dzieci ani rodziców.

Jaffee i jego współpracownicy (2007) opisali „dwustronną interakcję”, czyli to, jak genetyczne predyspozycje do reagowania w określony sposób na bodźce w środowisku lub korelacja geny–środowisko mogą odgrywać istotną rolę w tym, czy krzywdzenie będzie miało miejsce. Przedstawiają oni przykład tego, że dziecko może odziedziczyć predyspozycję do prezentowania zachowań eksternalizujących problemy, co może zwiększać ryzyko wywołania niewłaściwych zachowań rodzicielskich.

Żaden pojedynczy czynnik ryzyka nie jest konieczny ani wystarczający, żaden pojedynczy czynnik ryzyka sam w sobie nie pozwoli przewidzieć, czy dojdzie do krzywdzenia. Przykładowo, choć choroba psychiczna rodzica wyraźnie stanowi czynnik ryzyka, większość rodziców cierpiących na choroby psychiczne nie zachowuje się w sposób przemocowy, a większość krzywdzonych dzieci nie miała rodziców z chorobą

psychiczną. Czynniki ryzyka wchodzą zatem w interakcję ze sobą nawzajem oraz z czynnikami chroniącymi w złożony sposób.

Krzywdzenie konceptualizuje się zatem jako wielorako uwarunkowany proces, zdeterminowany przez czynniki oddziałujące na poziomie jednostki, rodziny, społeczności oraz w ramach kontekstu kulturowego. Te uwarunkowania wzajemnie się modyfikują. Pytanie brzmi, jakie są implikacje tego odkrycia dla interwencji czy wyeliminowania problemu krzywdzenia dzieci? Można argumentować, że ogólne czynniki ryzyka mogą podlegać modyfikacjom poprzez zmiany polityki, takie jak zapewnianie wyższego dochodu rodziców, zapewnianie lepszej edukacji oraz generalnie zarządzanie społeczno-ekonomicznym kontekstem, w jakim funkcjonują rodziny. Zajęcie się czynnikami, które często występują, również może być celem interwencji; np. nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodzica jest częstym czynnikiem występującym zarówno w przypadku przemocy między partnerami, jak i krzywdzenia dzieci – a zatem skupienie się na nadużywaniu substancji może mieć znaczący wpływ na całą rodzinę.

## Skutki krzywdzenia dzieci

### *Wprowadzenie*

Skutki krzywdzenia dziecka będą prawdopodobnie dla niego rozległe i wywrą wpływ nie tylko na samo dziecko krzywdzone, ale także na jego przyszłe życie rodzinne, stanowiąc duży ciężar dla społeczeństwa. Występuje także poważne ryzyko śmierci w następstwie krzywdzenia. U dzieci, które były krzywdzone, zaburzenia psychiczne i medyczne rozwijają się znacznie częściej, niż u tych, które nie były krzywdzone. Długotrwałe zdrowotne konsekwencje krzywdzenia dzieci nie ograniczają się do lat dzieciństwa, szkodliwe skutki rzutują na okres dorosłości; dzieci, które były krzywdzone, są w grupie ryzyka wystąpienia chorób

i zaburzeń psychicznych oraz odnotowuje się u nich istotny stopień zaburzeń psychicznych, takich jak długotrwała depresja. Występuje powiązane z doświadczaną przemocą zakłócenie różnych aspektów rozwoju poznawczego, społecznego i emocjonalnego. Wiąże się to z gorszymi osiągnięciami edukacyjnymi, niższymi zarobkami oraz wyższym ryzykiem zaangażowania w działalność przestępczą. Krzywdzenie dzieci skutkuje zatem istotnymi kosztami osobistymi i społecznymi.

### *Śmierć dzieci a krzywdzenie*

Najbardziej tragiczną konsekwencją krzywdzenia dzieci jest ich śmierć. Każdego roku dzieci giną w efekcie zabójstwa (umyślne spowodowanie śmierci) lub zaniedbania (nieumyślne spowodowanie śmierci) (Gilbert i in., 2009a). Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), każdego roku ma miejsce 100 000 takich zgonów wśród dzieci poniżej 15. roku życia, co stanowi między 0%-6% wszystkich zgonów dzieci oraz około 7% zgonów będących skutkiem jakiegokolwiek urazu. Istotna liczba przypadków nie zostaje zgłoszona; rodzice biologiczni są odpowiedzialni za cztery piąte przypadków, przybrani rodzice za resztę. Do zabójstw dzieci najczęściej dochodzi w niemowlęctwie, a sprawcami jest jeden z rodziców, natomiast w przypadku starszych dzieci sprawcą zazwyczaj jest mężczyzna. Wskaźniki różnią się, ale odnotowano, że szczyt występowania takich wypadków zbiega się z okresami ekonomicznych i politycznych zmian, kiedy dochodzi do poważnych zakłóceń w funkcjonowaniu usług środowiskowych. W kontekście wyeliminowania problemu krzywdzenia dzieci niepokojący jest wskaźnik, pokazujący, że mimo poprawy w obszarze ochrony dzieci liczba zabójstw dzieci niewiele się zmniejszyła (Fox i Zawitz, 2007; Regionalne Biuro WHO w Europie, 2008).

### *Pomiar wpływu i konsekwencji krzywdzenia dzieci*

Odkąd pierwsze obserwacje Kempego zwróciły uwagę na zespół **dziecka maltretowanego**, pojawiło się zainteresowanie próbą zmierzenia długotrwałych konsekwencji krzywdzenia dzieci. Gilbert i in. (2009a) podsumowali dowody na powiązania pomiędzy różnymi rodzajami krzywdzenia a skutkami związanymi z edukacją, zdrowiem psychicznym, zdrowiem fizycznym oraz przemocą lub zachowaniami przestępczymi. Odkrycia w tym obszarze pozwoliły Gilbert i in. zebrać wyniki z badań kohortowych, które ustalały prospektywnie, czy dzieci były krzywdzone, czy nie, oraz mogli śledzić losy tych dzieci wraz z upływem czasu, aby określić późniejsze efekty krzywdzenia. Byli oni w stanie porównać te wyniki do badań przekrojowych, które mierzyły krzywdzenie retrospektywnie, na podstawie samodzielnych zgłoszeń w okresie adolescencji lub dorosłości. Wśród korzyści badań prospektywnych podkreślić należy fakt, że związek pomiędzy krzywdzeniem a będącymi jego następstwem efektami nie podlega wpływowi zniekształceń pamięciowych lub wspomnień opierających się na skutkach. Istnieje również możliwość dostosowania badania do czynników zakłócających, w miarę jak te się pojawiają.

### *Edukacja i zatrudnienie*

Badania podłużne konsekwentnie wykazują wpływ krzywdzenia na osiągnięcia edukacyjne. Pokazały one, że dzieci krzywdzone radzą sobie z nauką gorzej niż ich rówieśnicy i bardziej prawdopodobne jest, że zostaną objęte nauczaniem specjalnym. Różnice są znaczące. Dodatkowo, podobnie jak w innych obszarach, efekty się kumulują. Gdy krzywdzenie, np. zaniedbywanie, wiąże się z nieobecnością w szkole lub brakiem zachęty, to z kolei znajduje odzwierciedlenie w osiągnięciach szkolnych. Te związki nadal występowały po dokonaniu adaptacji uwzględniających charakterystyki rodzinne i społeczne. Badanie kohortowe popu-

lacji Nowej Zelandii przeprowadzone przez Boden, Horwood i Ferguson (2007) pokazało, że niepowodzenia w zakresie osiągnięć szkolnych utrzymywały się w okresie dorosłości. Ponadto krzywdzenie niesie długotrwałe konsekwencje ekonomiczne dla dotkniętych nim jednostek, doświadczających przemocy i zaniedbania. W prospektywnych badaniach częściej wykonywali oni zawody służebne lub niewymagające pełnych kwalifikacji (przyuczone), a także istotnie mniej osób utrzymywało się w pracy.

### *Zdrowie psychiczne*

Obszerna seria badań przeanalizowanych przez Gilbert i in. (2009a) pokazała, że krzywdzenie dzieci zwiększa ryzyko dziecięcych zaburzeń psychicznych, w tym zachowań internalizacyjnych – lęku i depresji – oraz eksternalizacyjnych – agresji i zachowań typu *acting out*. Bycie świadkiem przemocy bardziej niż jej doświadczanie wiąże się również ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń psychicznych, choć oglądanie przemocy pomiędzy partnerami wiąże się także z innymi negatywnymi zjawiskami w rodzinie. Wyniki badań – np. cytowane już wcześniej prace Finkelhor (2008) – sugerują, że różne rodzaje krzywdzenia w skumulowany sposób wywierają wpływ na późniejsze zdrowie psychiczne. Najbardziej istotnym problemem zdrowia psychicznego związanym z krzywdzeniem w późniejszym okresie życia jest zwiększone ryzyko depresji w okresie adolescencji i dorosłości (Sternberg i in., 2006). Ten efekt jest niezależny od innych czynników indywidualnych i rodzinnych, które zwiększają ryzyko depresji. Około jedna czwarta do jednej trzeciej krzywdzonych dzieci w badaniach przeprowadzonych po pewnym czasie (*follow-up*) spełnia kryteria poważnej depresji w wieku dwudziestu kilku lat (przed ukończeniem 30 lat). Jest to bardzo poważne obciążenie.

Krzywdzenie dzieci zwiększa również ryzyko stresu pourazowego, związanego z nawracającymi intruzjami przerażających myśli i wspomnień, trudnościami ze snem oraz psychicznym odcięciem. Tu znów zarówno badania prospektywne, jak i retrospektywne w spójny sposób pokazują związki pomiędzy różnymi formami przemocy oraz stresem pourazowym, a efekty te mogą być długotrwałe. Widom (1999) pokazał, że ryzyko PTSD było około dwa razy wyższe niż w grupie kontrolnej w badaniach kohortowych. Zauważono, że różne czynniki zwiększają ryzyko stresu pourazowego, w tym brak wspierającego rodzica lub opiekuna oraz utrzymujące się przebywanie w otoczeniu rodzinnym, w którym rodzice nadużywają substancji psychoaktywnych lub mają problemy z przemocą, co utrwała objawy pourazowe u dzieci i młodzieży. Wykorzystanie seksualne z penetracją wydaje się być wyjątkowe w powodowaniu długotrwałych szkodliwych następstw psychologicznych.

Bentovim i in. (2009) odnotowali następujący proces: dorastanie w przemocowym i niewspierającym otoczeniu, zakłócone mechanizmy przywiązania mają długofalowy wpływ na równowagę emocjonalną, niepowodzenia i brak zdolności rozumienia innych oraz zwiększają ryzyko rozwoju osobowości zorientowanej na siebie, a także skutkują trudnościami ze zrozumieniem i dostrzeżeniem potrzeb dzieci.

Tianari i współpracownicy wykazali podatność na psychozę (Tianari i in., 2004). Śledzili oni losy dzieci, które nosiły genetyczne obciążenie związane ze schizofrenią, a które zostały zaadoptowane przez rodziny niebiologiczne. Zauważono, że ryzyko rozwoju zaburzenia psychiatrycznego było wyższe, gdy dzieci zostały umieszczone w rodzinie o wyższym poziomie dysfunkcji, niż gdy były umieszczone w rodzinie o bardziej pozytywnych cechach. Związek pomiędzy krzywdzeniem dzieci a wywołaniem choroby psychiatrycznej wiąże się również z kumulatywnym wpływem niekorzystnych zdarzeń życiowych w dzieciństwie (Varese i in., 2012).

Istnieją obawy, że zarówno przemoc fizyczna, jak i seksualna są związane z ryzykiem prób samobójczych. Tu ponownie rolę odgrywa wpływ wielu różnych negatywnych czynników. Kilka badań kohortowych opisało związek pomiędzy zjawiskiem samobójstw a samookaleczeniami. Narażenie na poważną przemoc fizyczną lub przemoc seksualną z penetracją również ma szczególny związek z samookaleczeniami. Zachowania związane z cięciem się są związane z przemocą seksualną, ale nie z przemocą fizyczną ani zaniedbywaniem (Evans, Hawton i Rodham, 2005; McHolm, MacMillan i Jamieson, 2003; Yates, Carlson i Egeland, 2008).

Badania prospektywne pokazują zbiorczy/kumulatywny efekt krzywdzenia dzieci oraz ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych, problemów alkoholowych w okresie adolescencji i dorosłości (Simpson i Miller, 2002; Widom, Marmostein i White, 2006). Jest to potwierdzone w odniesieniu do kobiet, mniej oczywista jest zależność wśród mężczyzn.

Zapobieganie alkoholizmowi oraz związanym z nim problemom zdrowotnym, społecznym i z bezpieczeństwem dziewcząt i młodych kobiet stanowi ważny cel, uwzględniający takie problemy, jak płodowy zespół alkoholowy czy niepowodzenia w budowaniu relacji z innymi. Podobnie jak wcześniej, występowanie wielu różnych form przemocy oraz innych problemów w dzieciństwie, takich jak bycie świadkiem przemocy, prowadzi do zwiększenia ryzyka deklarowanego (w badaniach samoopisowych) nadużywania alkoholu i narkotyków w dorosłości.

### *Skutki w zakresie zdrowia fizycznego*

Gilbert i in. (2009a) zauważają, że część badań podłużnych opisuje silne związki pomiędzy przemocą fizyczną, zaniedbywaniem i wykorzystywaniem seksualnym a otyłością, które to związki utrzymują się po uwzględnieniu charakterystyki rodziny oraz indywidualnych czyn-

ników ryzyka (Noll i in., 2007; Thomas, Hyponnen i Power, 2008). W badaniach retrospektywnych sugerowany jest również związek pomiędzy wykorzystywaniem seksualnym dzieci a zaburzeniami odżywiania, takimi jak bulimia i anoreksja (Brewerton, 2007).

Klasyczne duże badanie poprzeczne ACE, przeprowadzone przez Felliti i in. (1998), skorelowało występowanie negatywnych czynników w dzieciństwie z późniejszymi skutkami zdrowotnymi. Autorzy również zauważyli kumulatywne efekty negatywnych czynników (przeciwności życiowych) w okresie dzieciństwa oraz ich związek z chorobami niedokrwiennymi serca, rakiem, przewlekłymi chorobami płuc, złamaniami kości oraz uszkodzeniami wątroby.

### *Agresja, przestępczość i przemoc*

Oprócz szeregu bolesnych doświadczeń związanych z krzywdzeniem dzieci, takich jak ból psychiczny, depresja, zespół stresu pourazowego czy faktyczny ból fizyczny, dzieci doświadczające przemocy oraz zaniedbywane są narażone na podwyższone ryzyko tego, że staną się agresywne i same będą zadawać ból i cierpienie innym, a także staną się sprawcami przestępstw i przemocy. Badania przeprowadzone przez Skuse i in. (1998) oraz Salter i in. (2003), które śledziły losy chłopców wykorzystywanych seksualnie od wczesnego dzieciństwa aż po dorosłe życie zostały zaplanowane tak, aby zweryfikować tezę, że jeśli mężczyzna był wykorzystywany seksualnie, to istnieje znacznie większe prawdopodobieństwo, iż na późniejszym etapie życia sam będzie sprawcą krzywdzącego zachowania seksualnego. Badania wykazały, że kluczowym czynnikiem nie było samo wykorzystanie seksualne, ale związek z przemocą fizyczną, odrzuceniem emocjonalnym oraz obserwowaniem fizycznej przemocy wobec rodzica.

W swojej pracy Finkelhor (2008) wykazał, że im bardziej stresujące i traumatyczne były wydarzenia, na które młoda osoba była narażona,



tym bardziej prawdopodobne, że około 14. roku życia będzie demonstrować zachowania eksternalizujące wobec innych dzieci czy młodzieży. Ci chłopcy, którzy sami cierpieli z powodu najbardziej skrajnego krzywdzenia, byli bardziej skłonni sami stosować przemoc interpersonalną, natomiast ci cierpiący mniej – dopuszczali się ataków na czyjeś mienie.

Dane z tych badań wskazują, że choć różne formy przemocy, fizycznej i seksualnej, mogą same w sobie być szkodliwe – szczególnie wykorzystanie z penetracją – to gdy takie zdarzenia są powiązane z długotrwałymi formami krzywdzenia – takimi jak zaniedbywanie i przemoc emocjonalna w niewspierającym otoczeniu – wówczas istnieje znacznie większe prawdopodobieństwo szerokiego, negatywnego wpływu w obszarach edukacji, zdrowia psychicznego i fizycznego, agresji oraz utrwalania cyklu przemocy.

Zrozumienie tego procesu ma z kolei wyraźne implikacje dla interwencji, którym przyjrzymy się w kolejnych rozdziałach, analizując pierwszorzędowe, uniwersalne, ukierunkowane, drugorzędowe, trzeciorzędowe oraz mieszane podejścia do profilaktyki (patrz rozdział 5 autorstwa Prinza). Barlow omawia profilaktykę pierwszorzędową w rozdziale 4; Prinz „mieszaną” formę profilaktyki zastosowaną na poziomie populacji w rozdziale 5; Chorpita i współpracownicy podejście do szerokiego upowszechnienia podejść do profilaktyki opartych na dowodach w rozdziale 6; Bentovim zastosowanie tego podejścia ukierunkowane na przemocowe zachowania rodzicielskie oraz pogorszenie funkcjonowania dzieci w rozdziałach 7 i 8, a Findlater kompleksową strategię profilaktyczną w odniesieniu do wykorzystywania seksualnego w rozdziale 9.

### Koszt krzywdzenia dzieci

W amerykańskich badaniach podjęto próbę ocenienia faktycznego kosztu, jakie społeczeństwo ponosi w związku z krzywdzeniem dzieci. Fang i in. (2012) spróbowali przypisać koszt finansowy niepowodzeniom w zakresie edukacji, zdrowia psychicznego, zdrowia fizycznego oraz agresji, przestępczości i przemocy. Oszacowali oni koszty zapewnienia specjalnego kształcenia, krótkoterminowej opieki zdrowotnej, długoterminowej opieki zdrowotnej oraz strat w produktywności. Wyliczyli również koszty pomocy społecznej skierowanej do dzieci (*child welfare costs*), związane z faktem, że osiągnięcia edukacyjne, zdrowie fizyczne i psychiczne, agresja, przestępczość i przemoc przynoszą skutki międzypokoleniowe, wywierając wpływ nie tylko na jednostkę, ale również odgrywając istotną rolę w późniejszych trudnościach rodzicielskich. Oszacowali również przyszłe koszty pomocy społecznej oraz koszty związane z sądownictwem karnym i obliczyli, że finansowe obciążenie społeczeństwa wynosi ponad 200 000 dolarów na każdą osobę krzywdzoną. Autorzy podkreślają zatem, na podstawie nie tylko kosztów dla jednostki, ale również finansowego obciążenia dla społeczeństwa, że wyeliminowanie zjawiska krzywdzenia dzieci byłoby ogromną oszczędnością i dla jednostki, i dla dobrobytu społeczeństwa.

### Narażenie na krzywdzenie w dzieciństwie: długofalowe koszty zdrowotne

Moffitt i uczestnicy Klaus-Grawe 2012 Think Tank (Moffitt and the Klaus-Grawe Think Tank 2013) zebrali najnowsze dowody wpływu krzywdzenia w okresie dzieciństwa na funkcjonowanie biologiczne oraz na efekty psychologiczne i fizjologiczne, które z kolei mogą doprowadzić do negatywnych skutków dotyczących zdrowia w ciągu całego życia. Zgromadzili je, zalecając by grupy badawcze zajmujące się stresem bio-

logicznym (*stress biology research*) oraz nauką na temat interwencji (*intervention science*) połączyły siły, by rozwiązać ten problem.

Analizują oni dowody z badań w odniesieniu do miar wrażliwych na stres dla następujących funkcji biologicznych:

- ✓ reakcje zapalne,
- ✓ erozja telomerów chromosomów,
- ✓ metylacja epigenetyczna i ekspresja genów,
- ✓ w mózgu dzięki danym z badań neuroobrazowych i neuropsychologicznych.

Twierdzą oni, że wspomniana analiza bada ukryte skutki krzywdzenia, które ujawniły się w ostatnich latach dzięki badaniom nad stresem biologicznym. Wiadomo, że wrażliwe na stres biomarkery „toksycznego stresu” u młodych ludzi wiążą się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia wielu różnych problemów w średnim wieku, ze zwiększonym ryzykiem chorób serca, chorób metabolicznych, immunologicznych oraz udaru (Danese i McEwen, 2012; Miller, Chen i Parker, 2011). Autorzy podkreślają, że zrozumienie tych skutków daje szansę wczesnej profilaktyce.

Leczenie dorosłych, którzy chorują w związku z tymi czynnikami, jest mniej skuteczne, niż zidentyfikowanie celów profilaktycznych, które można realizować we wczesnym okresie życia, zanim pojawi się choroba. W związku ze zmianami przyrostu naturalnego, autorzy przekonują, że dzieci stają się coraz bardziej wartościowym dobrem ekonomicznym, a zapewnienie zdrowia przez całe życie oraz produktywności każdego dziecka-obywatela staje się dla gospodarki światowej ważniejsze niż kiedykolwiek wcześniej. Argumentują oni, że:

*[Jeśli potwierdzi się] hipoteza, że stresory, takie jak przemoc, które poprzedzają wystąpienie problemów psychologicznych u młodych ludzi, warunkują również ich zdrowie na przestrzeni całego życia, to oznaczałoby*

*to, że obciążenie w postaci zgonów w dorosłości i późniejszym życiu mogłoby zostać zmniejszone poprzez skuteczną poprawę zdrowia psychicznego dzieci (Moffitt and the Klaus-Grawe Think Tank 2013, s. 1620).*

Definicja przemocy wobec dzieci/krzywdzenia dzieci, której używają w swoim przeglądzie, jest następująca:

*Osobiste narażenie na fizyczne akty zamierzonej szkody podczas pierwszych 18 lat życia, w tym fizyczne lub seksualne krzywdzenie przez rodziców lub innych opiekunów, fizyczna lub seksualna napaść ze strony innych dorosłych, przemoc domowa, zastraszanie ze strony rówieśników lub rodzeństwa (bullying) bądź przemoc w ramach relacji romantycznej w okresie adolescencji (Moffitt and the Klaus-Grawe Think Tank 2013, s. 1625).*

Ta definicja rozbudowuje definicje opisane wcześniej, a każda z wymienionych form wiktyimizacji może zostać dodatkowo opisana.

Choć stres stanowi normalny aspekt rozwoju i może wspierać rozwój poprzez nabywanie umiejętności i zdolności radzenia sobie z nim, może również być przytłaczający, a jego wpływ może być toksyczny. Autorzy przekonują, że jeśli generalnie toksyczny stres w okresie dzieciństwa ma wpływ na zdrowie, to badanie narażenia na przemoc staje się uzasadnionym testem dla tej hipotezy. Znaczącym osiągnięciem byłoby ustalenie, o ile dałoby się ograniczyć obciążenia związane z chorobami w populacji, gdyby wszystkie narażone na przemoc dzieci były skutecznie leczone. Jest to jednak trudne do określenia.

### ***Narażenie na przemoc w dzieciństwie a rezultaty w postaci reakcji zapalnych***

Stany zapalne pojawiają się wskutek działania czynników drobnoustrojowych, alergenów, środków drażniących oraz toksycznych związków chemicznych. Endogenne czynniki wyzwalające to między innymi biologiczne sygnały wytwarzane przez zestresowane, uszkodzone lub

w inny sposób źle funkcjonujące tkanki. Pojawia się wówczas reakcja układu immunologicznego, a skuteczna reakcja eliminuje sygnały, które ją wywołały i prowadzi do naprawienia tkanki. Jeśli czynniki wyzwalające stają się chroniczne, wówczas ochronna ostra reakcja zapalna może stać się szkodliwym, chronicznym stanem zapalnym. Chroniczne stany zapalne mogą prowadzić do istotnych uszkodzeń tkanek, które z kolei prowadzą do chorób związanych z wiekiem. Narażenie na wiktyimizację zostało powiązane z nienormalnym funkcjonowaniem układu immunologicznego przy podwyższonych wskaźnikach stanu zapalnego (Danese i in., 2007, 2011). W badaniu Dunedina, dzieci, które były narażone na odrzucenie przez matkę, surowe rodzicielstwo oraz destruktywne zmiany opiekunów bądź przemoc fizyczną lub seksualną, dwukrotnie częściej niż dzieci, które nie były krzywdzone, wykazywały podwyższony poziom wielokrotnie klinicznie istotnych biomarkerów stanów zapalnych (Danese i in., 2007). Te wnioski były niezależne od innych przeciwności, współwystępujących we wczesnym okresie życia.

W brytyjskim badaniu podłużnym bliźniaków dotyczącym ryzyka środowiskowego (Danese i in., 2011) dzieci krzywdzone fizycznie, mające aktualnie depresję, miały podwyższone wskaźniki stanu zapalnego. Dzieci-ofiary krzywdzenia, u których wystąpiły zmiany zapalne, miały również podobne zmiany zapalne w dorosłym życiu. Najsilniejszy wydaje się związek z depresją. Podnoszony jest argument, że odwrócenie skutków wiktyimizacji mogłoby potencjalnie zmniejszyć obciążenie zdrowotne.

### *Narażenie na przemoc w dzieciństwie a erozja telomerów chromosomów*

Telomery to powtarzające się sekwencje, które zakrywają i chronią końcówki chromosomów. Odgrywają one bardzo ważną rolę w replikacji komórek. Moffitt wraz z Klaus-Grawe Think Tank (2013) twierdzą, że odgrywa to bardzo istotną rolę w regulowaniu replikacji komórkowej,

oraz że brak ochrony w postępujący sposób skraca ten proces. Komórki wkraczają w stan reduplikacyjnego zatrzymania, zwanego starzeniem (senescencją). Skrócenie telomerów oraz zwiększone wskaźniki ich erozji wiążą się z wyższym ryzykiem zachorowalności i śmiertelności (Cawthon i in., 2003). Doniesienia z badań wstępnie potwierdzają związek między stresem w dzieciństwie a długością telomerów. Raportuje się, że te wyniki badań są prawdziwe, niezależnie od kluczowych czynników zakłócających. Korzystanie z opieki instytucjonalnej jest istotnie powiązane z krótką długością telomerów w okresie środkowego dzieciństwa (Drury i in., 2011). Dzieci, które są narażone na dwa lub więcej rodzajów przemocy, wykazywały istotnie większą erozję telomerów (Shalev i in., 2012). Jest to kontrowersyjna dziedzina i zaznacza się, że potrzeba jest więcej badań, aby wyjaśnić mechanizmy rządzące dynamiką długości telomerów.

### *Narażenie na przemoc w dzieciństwie a skutki epigenetyczne*

Epigenom jest drugą warstwą informacji, która reguluje funkcje genomowe, takie jak to, kiedy i gdzie dochodzi do aktywnej ekspresji genów. Epigenetyka odnosi się do odwracalnej regulacji różnych genomów, mających miejsce niezależnie od sekwencji DNA, upośrednianej przez biochemiczne zmiany w obrębie metylacji DNA oraz struktury chromosomów. Rosnąca liczba dowodów naukowych pokazuje, że zmiany epigenomu zachodzące w trakcie całego życia są skorelowane z wiekiem, co stanowi ważną obserwację, biorąc pod uwagę występowanie wielu chorób przewlekłych, zwiększające się wraz z wiekiem. Istnieją również czynniki zakłócające w środowisku. Zmiany w metylacji DNA w następstwie wczesnego stresu życiowego zostały powiązane z długotrwałymi zmianami w ekspresji genów i zachowaniu. Choć przeprowadzono obszerne badania na szczurach i małpach, pokazując związek przyczynowy pomiędzy opieką macierzyńską a różnicami epigenetycznymi, ta

praca wymaga replikacji. Moffitt oraz Klaus-Grawe Think Tank (2013) wskazują, że istnieją pewne ciekawe doniesienia łączące funkcję immunologiczną oraz stany zapalne w zaburzeniu stresowym pourazowym z różnicową metylacją DNA. Jest to ważny obszar przyszłych badań, który dopiero musi się rozwinąć.

### *Narażenie na przemoc w dzieciństwie a skutki w zakresie ekspresji genów*

Istnieje niewielka liczba badań, których przedmiotem były systemy biologiczne i stres, dostęp do osi podwzórce–przysadka–kora nadnerczy (HPA) oraz system zapalny. Istnieją pewne dowody na to, że ekspresja genów może pośredniczyć w skutkach, jakie narażenie na stres wywołuje we współczulnym układzie nerwowym. Wiąże się to z tym, że dzieci krzywdzone mają wyższy bazowy poziom hormonu stresu – kortyzolu oraz przytępione reakcje kortyzolowe na stres psychologiczny podczas lekowych testów prowokacyjnych (*pharmacological challenge*) (Danese i McEwan, 2012). Może to mieć związek ze stanami pobudzenia oraz skrajnymi reakcjami na „przypominajki” traumatycznych doświadczeń jednostki, co skutkuje nasilonym lękiem przed ponownym doświadczeniem lub wzbudzeniem reakcji behawioralnych na takie bodźce przypominające, wśród których może być „identyfikacja z agresorem”.

### *Narażenie na przemoc w dzieciństwie a skutki w zakresie zdrowia psychicznego*

Moffitt oraz Klaus-Grawe Think Tank (2013) twierdzą, że choć skutki w obszarze zdrowia psychicznego nie stanowią bezpośredniej miary stresu, takie reakcje powinny być uwzględniane, ponieważ uważają oni zdrowie psychiczne jako wskaźnik statusu zdrowotnego mózgu (Lupien i in., 2009). Rośnie liczba dowodów na to, że zaburzenia psychiczne wiążą się ze zmianami fizjologicznymi, takimi jak podwyższony stan zapalny. Badania nad zdrowiem wskazują, że rośnie upośledzenie

spowodowane zaburzeniami psychiatrycznymi, zwłaszcza w krajach o wysokich dochodach, gdzie ograniczono obecnie obciążenia związane z chorobami wysoce zakaźnymi. Choroby psychiczne odpowiadają za ponad 40% wszystkich lat przeżytych z niepełnosprawnością (Światowa Organizacja Zdrowia, 2001). Obecnie wykazano, że wiktyimizacja w dzieciństwie stanowi czynnik ryzyka dla wielu różnych rodzajów zaburzeń psychicznych, współwystępowania różnych problemów z zakresu zdrowia psychicznego, niekorzystnego przebiegu choroby oraz słabych reakcji na leczenie. W badaniu Dunedina krzywdzenie dzieci było istotnym predyktorem bardziej nawrotowego przebiegu dużych epizodów depresyjnych, zaburzeń lękowych, zaburzeń związanych z uzależnieniem od alkoholu oraz uzależnień od narkotyków. Odnosiliśmy się już do związku ze schizofrenią, psychozą i objawami psychozopodobnymi, a niektóre niedawne badania potwierdzają ten związek (Arseneault i in., 2011; Toth i in., 2011; Varese i in., 2012).

### *Narażenie na przemoc w okresie dzieciństwa a neuropsychologiczne skutki zdrowotne*

Podnoszony jest argument, że całokształt zdolności neuropsychologicznych jednostki, jakim jest iloraz inteligencji, stanowi potwierdzony, rzetelny predyktor zdrowia w ciągu całego życia lub przyczynę zachorowalności, kruchości w późniejszym okresie życia oraz wczesnej śmiertelności (Deary i in., 2004). Teoria wiążąca toksyczny stres w dzieciństwie ze zdrowiem mózgu uwzględnia następujący sekwencyjny łańcuch: chroniczny stres we wczesnym okresie życia zakłóca homeostazę systemów stresu biologicznego, w tym **procesy zapalne** oraz wydzielanie hormonów stresu osi HPA – kortyzolu – co z kolei zakłóca normalny rozwój struktury mózgu, a następnie tworzy obserwowalne deficyty w zakresie badanej pamięci oraz możliwości pamięciowych i uwagi u jednostek narażonych na stres. Moffitt oraz Klaus-Grawe Think Tank (2013) podsu-



mowują badania, które sprawdzają te powiązane czynniki. W badaniu *follow-up* Dunedina przeprowadzonym na potrzeby tego przeglądu, zauważono, że wcześniej krzywdzone dzieci miały deficyty w zakresie pamięci roboczej, wnioskowania wzrokowo-przestrzennego oraz rozumienia werbalnego nawet w tak późnym wieku jak 38 lat. Argumentuje się, że przywrócenie na wczesnym etapie homeostazy w obrębie hormonu stresu oraz systemów zapalnych może wzmocnić możliwości umysłowe.

### *Narażenie na przemoc w dzieciństwie a skutki widoczne w neuroobrazowaniu*

Istnieje spora liczba badań neuroobrazowych, wykorzystujących różne aktualnie dostępne technologie, w których badano związki z krzywdzeniem. Większość z nich badała dorosłych pacjentów z chorobami związanymi z traumą lub dorosłych, którzy retrospektywnie opisywali krzywdzenie. W dwóch doskonałych i kompleksowych przeglądach (Hart i Rubia, 2012; McCrory, De Brito i Viding, 2010) sformułowano wnioszek, że zmiany na poziomie strukturalnym i funkcjonalnym konsekwentnie pojawiały się w obrębie zespołu obwodów w rejonie czołowym i limbicznym mózgu, który zawiera takie struktury, jak hipokamp, ciało migdałowe, prążkowie, kora przedczołowa, kora czołowa oraz przedni zakręt obręczy. Szczegółowo badano różne obszary mózgu, szczególnie ciało migdałowe, ponieważ jest ono związane z warunkowaniem strachu i negatywną emocjonalnością, a stres może wpłynąć na jego wielkość.

Inną budzącą zainteresowanie strukturą mózgu jest kora przedczołowa, ponieważ dojrzewa ona późno i może być szczególnie podatna na wczesny stres oraz wiąże się z regulacją emocjonalną, mającą związek z impulsywnością i brakiem empatii obserwowanymi u młodych ludzi odpowiedzialnych za destrukcyjne zachowania. Tego rodzaju anomalie biologiczne są spójne z wzorcem adaptacji do zagrożenia środowiskowe-

go oraz podwyższoną nadmierną czujnością. Jednakże takie adaptacje niosą za sobą długofalowe koszty, w tym zwiększającą się podatność na problemy psychiczne. Moffitt oraz Klaus-Grawe Think Tank (2013) twierdzą, że nie w pełni zajęto się zagadnieniem przyczynowości, oraz że brakuje badań przed i po. Analizując kwestię interwencji, przedstawia się pogląd, że podejścia do interwencji profilaktycznych mogą wpływać na biologiczne procesy związane ze stresem, opisane jako pośredniczące między ekspozycją na przemoc oraz późniejszych jej oznak w postaci poważnego wpływu na zdrowie.

### *Implikacje dla interwencji*

Skuteczność interwencji generalnie przejawia się w zmianach w zakresie funkcjonowania psychologicznego, w związkach, relacjach, w zdolności wykazywania wyższego stopnia świadomości, w mentalizacji oraz w oznakach utrzymującej się zmiany w funkcjonowaniu. Moffitt oraz Klaus-Grawe Think Tank (2013) zwracają uwagę na wczesne badania, ukazujące zmianę w biomarkerach śledzących poprawę funkcjonowania. MacMillan i in. (2009) dokonali szczegółowego przeglądu zarówno podejść do profilaktyki pierwszorzędowej, jak i tych, których celem jest zapobieganie ponownemu krzywdzeniu oraz związanym z nim pogorszeniem zdrowia i rozwoju dzieci. W późniejszych rozdziałach pokażemy, w jaki sposób docenienie tych badań może pomóc w stworzeniu podejść pierwszorzędowych, uniwersalnych i ukierunkowanych, drugorzędowych oraz trzeciorzędowych – zapobiegając powrotowi przemocowych zachowań rodzicielskich oraz związanym z nimi pogorszeniem funkcjonowania dzieci: takich interwencji, które mogą zostać szeroko udostępnione dla praktyków pierwszego kontaktu, aby zapobiegać pojawieniu się lub odwrócić wpływ przemocy i krzywdzenia.

### *Na ile skuteczna jest polityka i praktyka w różnych krajach?*

Rozpoznanie i reagowanie na krzywdzenie dzieci stanowi istotną cechę krajów o wysokich dochodach, analizowanych przez Gilbert i jej współpracowników (2009b). Pytanie brzmi: czy praca i interwencja systemów ochrony dzieci w krajach na całym świecie różni się? Gilbert i współpracownicy (2012) podjęli próbę odpowiedzi na to pytanie, analizując wpływ polityki i praktyki w kilku krajach o wysokich dochodach. Wcześniej zaznaczono, że jedynie ograniczona liczba przypadków krzywdzenia dzieci zostaje zgłoszona do instytucji ochrony dzieci, które badają te przypadki.

Gilbert i in. ustalili, że znaczna liczba przypadków dzieci i młodych ludzi, którzy byli krzywdzeni, ale ich przypadki nie zostały zgłoszone do instytucji ochrony dzieci, miała kontakt z wieloma różnymi profesjonalnymi organizacjami. To podkreśla fakt, że specjaliści nie dokonują zgłoszeń do odpowiednich instytucji zajmujących się ochroną dzieci, zgłaszając jedynie niewiele przypadków. Być może z powodu braku pewności co do diagnozy lub wątpliwości, czy reakcja będzie adekwatna. Wywiady przeprowadzone z dziećmi i młodzieżą, będących w wieku pozwalającym na samodzielne zgłaszanie przypadków krzywdzenia wskazują, że zmniejszyła się liczba przypadków przemocy fizycznej i seksualnej w Wielkiej Brytanii, USA i w innych krajach. Pomimo ogólnych dowodów na spadek liczby zachowań związanych z przemocą fizyczną i seksualną, mamy do czynienia z ciągłym i utrzymującym się problemem zaniedbywania i brakiem świadomości potrzeb dzieci. Zaniedbywanie jest uniwersalne w wielu częściach świata i stanowi najczęstszą formę krzywdzenia, np. w USA.

Gilbert i in. (2012) w swoich badaniach porównawczych sześciu krajów, sprawdzali, czy istnieją pewne spójne tendencje we wskaźnikach w ramach każdego z badanych krajów. Mogli następnie dokonać porównań pomiędzy krajami, jak również w obrębie danego kraju. Zauważyli, że tendencja dotycząca śmierci z powodu przemocy była stabilna wraz

z upływem czasu oraz że istnieje rosnąca tendencja do umieszczania dzieci w opiece zastępczej. Choć wskaźniki śmierci były stabilne lub malejące, wskaźniki umieszczania w opiece zastępczej rosły, wskazując na to, że nie doszło do istotnego zmniejszenia występowania najbardziej poważnych form krzywdzenia. We wszystkich krajach rozwiniętych spadają wskaźniki śmierci związanych z urazem, co być może odzwierciedla lepszą opiekę zdrowotną, a dzieci, które doznały poważnego urazu, są skuteczniej leczone. Konsekwentny wzrost w zakresie opieki zastępczej, zwłaszcza w niemowlęctwie, być może sugeruje, że taka reakcja może być stosowana jako forma wczesnej interwencji, nie zaś jako ostateczność. Brakuje dowodów na konsekwentny spadek lub wzrost w obrębie wskaźników krzywdzenia dzieci w badanych sześciu krajach, co pokazuje, że postęp jest ograniczony, mimo niektórych badań wskazujących na mniejszą liczbę przypadków przemocy fizycznej i seksualnej w dzieciństwie.

Najniższe całkowite wskaźniki krzywdzenia, znacznie niższe niż w USA, odnotowano w Szwecji. Gilbert i in. (2012) zauważyli, że Szwecja w ciągu ostatnich 20 lat wydała więcej na ochronę dzieci i wprowadziła więcej inicjatyw związanych z uniwersalną ochroną niż inne kraje. W rezultacie mniejszy nacisk jest kładziony na ochronę dzieci lub na interwencje związane z umieszczeniem w opiece zastępczej. W USA jest odwrotnie – pojawiają się inicjatywy ukierunkowane na uniwersalną profilaktykę, inne podkreślają ochronę i interwencje związane z odbieraniem rodzinom dzieci (inne kraje znajdują się gdzieś pośrodku). Gilbert i in. (2012) konkludują, że polityka może mieć istotny wpływ na problem krzywdzenia dzieci, szczególnie gdy koncentruje się na zwiększeniu liczby inicjatyw dotyczących profilaktyki uniwersalnej.

Generalny wniosek jest taki, że, z wyjątkiem Szwecji – kraju, który potrafi mocno inwestować w profilaktykę uniwersalną – wskaźniki krzywdzenia dzieci pozostają stabilne, pokazując, jakim wyzwaniem jest wyeliminowanie zjawiska krzywdzenia dzieci.

Dane z badań sugerują, że potrzebne jest intensywne zastosowanie podejścia, które podkreśla znaczenie pierwszorzędowej, uniwersalnej i ukierunkowanej interwencji, jak również interwencji drugo- i trzeciorzędowych, aby zapobiec ponownemu krzywdzeniu oraz związanym z nim negatywnym efektom. Uzasadniają to dane z kilku krajów oraz szereg specyficznych interwencji badawczych. W rozdziale 5 (Prinz) omówimy pojęcie podejścia opartego na mieszanej (*blended*) interwencji oraz to, w jaki sposób różni się ono od podejść do profilaktyki pierwszorzędowej opisanych w rozdziale 4 (Barlow) oraz od interwencji podejmowanych w celu zapobiegania nawracającemu krzywdzeniu i związanym z nim pogorszeniem zdrowia i rozwoju dzieci (rozdziały 7 i 8 – Bentovim).

## Argumenty za profilaktyką

Mikton i Butchart (2009) przeprowadzili analizę dotyczącą profilaktyki krzywdzenia dzieci, dokonując systematycznej analizy przeglądów badań, aby dokonać syntezy najnowszych danych na temat skuteczności uniwersalnych i selektywnych interwencji profilaktycznych w zakresie krzywdzenia dzieci. Przekonują oni, że profilaktyka krzywdzenia dzieci stanowi globalny priorytet w obszarze zdrowia z powodu czterech głównych czynników:

- ✓ Po pierwsze, badania retrospektywne i prospektywne dowiodły, że krzywdzenie dzieci ma silny, długotrwały wpływ na architekturę mózgu, funkcjonowanie psychologiczne, zdrowie psychiczne, zachowania ryzykowne dla zdrowia oraz funkcjonowanie społeczne, przewidywaną długość życia i koszty związane z opieką zdrowotną.
- ✓ Po drugie, zaczynamy teraz lepiej rozumieć implikacje tych skutków dla kształtowania kapitału ludzkiego, siły roboczej, a ostatecznie – rozwoju społecznego i ekonomicznego.

- ✓ Po trzecie, badania epidemiologiczne wyraźnie stwierdziły, że krzywdzenie dzieci nie jest charakterystyczne dla Zachodu, ale jest ogólnosiwiatowym zjawiskiem, do którego dochodzi częściej w krajach o niższym lub średnim poziomie dochodu niż w krajach bogatszych.
- ✓ Po czwarte, dowody z badań wyraźnie sugerują, że leczenie i późniejsze próby naprawienia skutków krzywdzenia dzieci są zarówno mniej skuteczne, jak i bardziej kosztowne niż odpowiednio wczesne zapobieganie krzywdzeniu.

Mikton i Butchart przeanalizowali ponad 3000 badań pod kątem stosowanych w nich strategii badawczych. Zawarli tam 26 przeglądów podsumowujących 298 publikacji. Uwzględniono siedem głównych rodzajów interwencji:

- ✓ Wizyty domowe we wczesnym dzieciństwie (Olds i in., 2000) – przeszkolony personel odwiedza rodziców i dzieci w ich domach, zapewniając wsparcie, edukację oraz informację, aby przeciwdziałać krzywdzeniu dzieci. Ich celem jest również poprawa zdrowia dzieci oraz umiejętności sprawowania opieki przez rodziców.
- ✓ Programy edukacyjne dla rodziców (Lundahl, Nimer i Parsons, 2006) – te interwencje odbywają się zazwyczaj w ośrodkach, przeprowadzane są w grupach, mając na celu zapobieganie krzywdzeniu dzieci poprzez doskonalenie u rodziców umiejętności potrzebnych do wychowywania dzieci, zwiększanie wiedzy rodziców na temat rozwoju dziecka oraz wspieranie pozytywnych strategii radzenia sobie z dziećmi.
- ✓ Programy profilaktyki wykorzystywania seksualnego dzieci (Finkelhor, Asdigian i Dziuba-Leatheman, 1995) – uniwersalne programy często przeprowadzane w szkołach w formie uczenia dzieci na temat własności ciała, różnic pomiędzy dobrym a złym dotykiem oraz tym, w jaki sposób odróżnić sytuacje nadużycia.

- ✓ Programy łagodzenia urazów głowy doznanych wskutek przemocy (*abusive head trauma*) (Dias i in., 2005).
- ✓ Wieloskładnikowe interwencje (Kees i Bonner, 2005), w tym usługi, takie jak wsparcie dla rodzin, edukacja przedszkolna, umiejętności rodzicielskie i opieka nad dzieckiem.
- ✓ Interwencje opierające się na mediach – są to medialne kampanie, mające na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie krzywdzenia dzieci, często uważane za kluczową część każdej strategii związanej z przeciwdziałaniem krzywdzeniu dzieci.
- ✓ Grupy wsparcia i wzajemnej pomocy – nastawione na wzmocnianie sieci społecznej rodziców.

Szczegółowy przegląd dowodów badawczych wykazał, że cztery spośród siedmiu rodzajów interwencji uniwersalnych i selektywnych rokuje, jeśli chodzi o przeciwdziałanie faktycznemu krzywdzeniu dzieci: wizyty domowe, edukacja rodziców, zapobieganie urazom głowy związanym z przemocą oraz programy wieloskładnikowe. Dowody na skuteczność pozostałych są niejednoznaczne, np. programy profilaktyki wykorzystywania seksualnego dostarczają dzieciom informacji, ale bardziej problematyczne jest to, czy faktycznie zapobiegają temu, by dziecko nie zostało skrzywdzone.

Przeгляд podejść profilaktycznych wykonany przez Miktona i Butcharta został wzmocniony przez analizę wykonaną przez MacMillan i in. (2009), opublikowaną w czasopiśmie „Lancet”. Autorzy przeanalizowali niektóre dodatkowe badania, które nie były dostępne w przeglądzie Miktona i Butcharta. Barlow aktualizuje zagadnienia związane z profilaktyką pierwszorzędową w rozdziale 4, a Prinz zastosowanie „mieszanego” podejścia w rozdziale 5 – łączącego program dla rodziców Potrójne P (Program Pozytywnego Rodzicielstwa; *Triple P – Positive Parenting Programme – od tłum.*) oraz interwencję opierającą się na me-

diach, które miały istotny wpływ na liczbę zgłoszeń dotyczących przemocy wobec dzieci na poziomie populacji.

Zastosowaniu specyficznych interwencji profilaktycznych trzeba się przyjrzeć w pełnym kontekście podejścia opisanego wcześniej, podkreślającego, że skupienie się na dobrostanie dzieci i ich rodzin oraz społeczności może mieć istotny wpływ na wskaźnik krzywdzenia dzieci w przeciwieństwie do podejścia, które kładzie większy nacisk na ochronę dzieci przed krzywdzeniem i wykrywanie przypadków krzywdzenia. Takie podejścia mogą śmiało wyznaczyć wyraźny kierunek wyeliminowania krzywdzenia dzieci. W następnych rozdziałach przyjrzemy się bardziej szczegółowo tym podejściom profilaktycznym (Barlow, Prinz, Bentovim i Findlater).

## Bibliografia

- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H.L., Polanczyk, G., Moffitt, T.E. and Caspi, A. (2011) Childhood trauma and childrens emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry* 168, 65–72.
- Bentovim, A. (1995) *Trauma Organised Systems: Physical and Sexual Abuse in Families*. London: Karnac.
- Bentovim, A., Cox, A., Bingley-Miller, L. and Pizzey, S. (2009) *Safeguarding Children Living with Trauma and Family Violence: A Guide to Evidence Based Assessment, Analysis, Planning and Intervention*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Boden, J.M., Horwood, L.J., Fergusson, D.M. (2007) Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse and Neglect* 31, 1101–1114.
- Brewerton, T.D. (2007) Eating disorders, trauma and comorbidity – focus on PTSD eating. *Eating Disorders* 15, 4, 285–304.



- Cawthon, R.M., Smith, K.R., O'Brien, E., Sivatchenko, A. and Kerber, R.A. (2003) Association between telomere length in blood and mortality in people aged 60 years or older. *Lancet* 361, 393–395.
- Center on the Developing Child (Harvard University) (2012) The persistent absence of responsive care disrupts the developing brain: Working paper 12. Available at [www.developingchild.harvard.edu](http://www.developingchild.harvard.edu), accessed on 15 April 2014.
- Danese, A., Pariante, C.M., Caspi, A., Taylor A. and Poulton R. (2007) Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 104, 1319–1324.
- Danese, A., Caspi, A., Williams, B., Ambler, A. *i in.*, (2011) Biological embedding of stress through inflammation processes in childhood. *Molecular Psychiatry* 16, 244–246.
- Danese, A. and McEwen, B.S. (2012) Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology and Behaviour* 106, 29–39.
- Deary, I.J., Whiteman, M.C., Starr, J.M., Whalley L.J. and Fox, H.C. (2004) The impact of childhood intelligence on later life: Following up the Scottish mental surveys of 1932 and 1947. *Journal of Personality and Social Psychology* 86, 130–147.
- Dias, M.S., Smith, K., de Guegry, K., Mazur, P., Li, F. and Shaffer, M.L. (2005) Preventing abusive head trauma in infants and young people: A hospital based parent education programme. *Paediatrics* 115, 470–477.
- Dixon, L., Brown, K. and Hamilton Jiacritis, C. (2005) Risk factors of parents abused as children. *Journal of Psychology and Psychiatry* 45, 47–57.
- Drury, S.S., Theall, K., Gleason, M.M., Smyke, A.T. *i in.*, (2011) Telomere length and early severe social deprivation: Linking early adversity and cellular aging. *Molecular Psychiatry* 17, 719–727.
- Evans, E., Hawton, K. and Rodham, K. (2005) Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect* 29, 45–58.

FX., Brown, D.S., Florence, C.S. and Mercy, J.A. (2012) The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention.

*Child Abuse and Neglect* 36, 156–165.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F. *i in.*, (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14, 245–258.

Finkelhor, D. (2008) *Childhood Victimization: Violence, Crime and Abuse in the Lives of Young People*. Oxford: Oxford University Press.

Finkelhor, D., Asdigian, N. and Dziuba-Leatheman, J. (1995) The effectiveness of victimisation prevention instruction: An evaluation of childrens responses to actual threats and assault. *Child Abuse and Neglect* 19, 141–153.

Fluck, J., Merkel-Holguin, L., Harn, A. and Runyan, D. (2013) Differential response: Looking at this child welfare reform from an evidence and rights based perspective. Presentation at ISPCAN European Regional Conference, 16 September.

Fox, J.A. and Zawitz, J.A. (2007) *Homicide Trends in the United States*. Washington DC: US Department of Justice.

Gilbert, R., Fluke, J., O'Donnell, M., Gonzalez-Izquierdo, A.G. *i in.*, (2012) Child maltreatment: Variation in transient policies in six developed countries. *Lancet* 379, 758–772.

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P. *i in.*, (2009b) Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 373, 167–180.

Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. and Janson, S. (2009a) Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *Lancet* 373, 68–81.

- Gill, D. (1975) Unravelling child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry* 45, 346–356.
- Glaser, D. and Bentovim, A. (1979) The abuse of children with disability. *Child Abuse and Neglect* 3, 565–575.
- Hart, H. and Rubia, K. (2012) Neuroimaging of child abuse: A critical review. *Frontiers in Human Neuroscience* 6, 1–24.
- Jaffee, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Polo-Tomas, M. and Taylor, A. (2007) Individual, family, and neighbourhood factors distinguish resilient from nonresilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect* 31, 231–253.
- Kees, M.R. and Bonner, B.L. (2005) *Child Abuse Prevention and Intervention Services*. New York: Kluwer Academic Plenum.
- Lundahl, B.W., Nimer, J. and Parsons, B. (2006) Preventing child abuse, a meta analysis of parent training programmes. *Research in Social Work Practice* 16, 251–263.
- Lupien, S.J., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T. and Arias C. (2009) Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 10, 434–445.
- MacMillan, H., Wathen, C.N., Barlow, J., Fergusson, D.M., Leventhal, J.M. and Taussig H.N. (2009) Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 373, 250–266.
- McCrory, E., De Brito, S.A. and Viding E. (2010) Research review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51, 1079–1095.
- McHolm, A.E., MacMillan, H.L. and Jamieson, E. (2003) The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *American Journal of Psychiatry* 160, 933–938.

- Mikton, C. and Butchart, A. (2009) Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the WHO* 87, 353–361.
- Miller, G.E., Chen, E. and Parker, K.J. (2011) Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioural and biological mechanisms. *Psychological Bulletin* 137, 959–997.
- Moffitt, T.E. and the Klaus-Grawe Think Tank (2013) Childhood exposure to violence and long and life-long health: Clinical Intervention Science and Stress Biology Research joined forces. *Development and Psychopathology* 25, 1619–1634.
- Munro, E. (2011) *The Munro Review of Child Protection, Final Report: A Child Centred System*. London: Stationery Office.
- Noll, J.G., Zeller, M.H., Trickett, P.K. and Putnam, F.W. (2007) Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: A prospective study. *Paediatrics* 120, 361–367.
- Olds, D., Hill, P., Robinson, J. and Song, N.C. (2000) Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Current Problems of Paediatrics* 30, 109–241.
- Pinheiro, P.S. (2006) *World Report on Violence against Children*. Geneva: United Nations.
- Reading, R., Bissell, S., Goldhagen, J., Harwin, J. *i in.*, (2009) Child maltreatment is a violation of childrens human rights. How do we address this more effectively? *Lancet* 373, 332–343.
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Stevens, S. and Sonuga-Burke, E. (2009) *Policy and Practice Implications from the English and Romanian Adoption Study*. London: BAAF.
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbert, T. *i in.*, (2003) Development of sexually abusive behaviour in sexualised victimised males: A longitudinal study. *Lancet* 9, 356, 471–46.

- Shalev, I., Moffitt, T.E., Sugden, K., Williams, B. *i in.*, (2012) Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: A longitudinal study. *Molecular Psychiatry* 18, 5, 576–581.
- Simpson, T.L. and Miller, W.R. (2002) Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review* 22, 27–77.
- Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stephenson, J. *i in.*, (1998) Risk factors for development of sexually abusive behaviour in sexualised victimised adolescent boys: cross sectional study. *British Medical Journal* 18, 317, 175–179.
- Sternberg, K.J., Lamb, M.E., Guterman, E. and Abbott, C.B. (2006) Effects of early and later family violence on childrens behaviour problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse and Neglect* 30, 283–306.
- Sullivan, P.M. and Knutson, J.F. (2000) Maltreatment and disabilities: A populationbased epidemiological study. *Child Abuse and Neglect* 24, 1257–1273.
- Svedin, C.G. and Priebe, G. (2007) The Baltic Sea Study on adolescent sexuality. *Novo Report*, 159–177.
- Thomas, C., Hyponnen, E. and Power, C. (2008) Obesity and type 2 diabetes risk in mid-adult life: The role of childhood adversity. *Paediatrics* 121, 1240–1249.
- Tianari, P., Wynne, L., Sarri, A., Lahti L. *i in.*, (2004) Genotype environmental interaction in schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Psychiatry* 184, 216–222.
- Toth, S.L., Pickering Stronach, E., Rogosch, F.A., Caplan, R. and Cicchetti, D. (2011) Illogical thinking and thought disorder in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50, 659–668.
- UNICEF (2013) *Championing Human Rights – A Global Study of Individual Human Rights Centres for Children*. Geneva: UNICEF.

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise R. *i in.*, (2012) Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin* 38, 661–671.
- Widom, C.S. (1999) Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry* 156, 1223–1229.
- Widom, C.S., Marmostein, N.R. and White, H.R. (2006) Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviours* 20, 394–403.
- World Health Organization (2001) *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
- WHO Regional Office for Europe (2008) *Health for All Database (HFA-DB)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yates, T.M., Carlson, E.A. and Egeland, B. (2008) A prospective study of child maltreatment and self-injurious behaviour in a community sample. *Development Psychopathology* 20, 651–671.

# ROLA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W REAGOWANIU NA KRZYWDZENIE DZIECI

*Jenny Woodman i Ruth Gilbert*

## **Wprowadzenie**

W tym rozdziale pokazujemy, w jaki sposób dowody z badań podważają konwencjonalne spojrzenie na rolę, jaką osoby działające w obszarze opieki zdrowotnej powinny odgrywać w walce z krzywdzeniem dzieci. W części 1 najpierw podkreślamy powszechne apele o przyjęcie podejścia zdrowia publicznego wobec krzywdzenia dzieci oraz określenie tego, co to oznacza w odniesieniu do reakcji ze strony instytucji opieki zdrowotnej. Następnie opisujemy system ochrony dzieci (*the child welfare system*) w Wielkiej Brytanii jako kontekst, w ramach którego pracują profesjonaliści z obszaru zdrowia, a także wyjaśniamy, dlaczego ukułyśmy pojęcie „obaw związanych z krzywdzeniem” (*maltreatment related concerns*). W drugiej części rozdziału nakreślamy, co wiemy już o rozpoznawaniu krzywdzenia dzieci w ramach opieki podstawowej i ponadpodstawowej (drugorzędowej). W trzeciej części kierujemy naszą uwagę na to, w jaki sposób pracownicy ochrony zdrowia reagują na dzieci, które być może były krzywdzone. Pokazujemy, w jaki sposób dowody z badań wskazują na potrzebę szerszego udziału instytucji

ochrony zdrowia, w tym podejmowanie przez nie bezpośredniej reakcji wobec dzieci i rodzin. Choć polityka ani badania naukowe nie w pełni określiły tę sporną, szerszą rolę, przedstawiamy w zarysie te dowody, które sugerują, że jest ona już w jakiejś formie przyjmowana w obecnej praktyce, zwłaszcza w ramach opieki podstawowej. Taka bezpośrednia reakcja wobec dzieci i rodzin opiera się na zauważaniu i reagowaniu na czynniki rodzicielskie zwiększające ryzyko krzywdzenia dzieci oraz na szkodliwe interakcje rodzic–dziecko, co – zgodnie z naszą argumentacją – jest spójne z podejściem profilaktycznym w ramach zdrowia publicznego. W oparciu o literaturę na temat obecnej praktyki, pokazujemy, w jaki sposób te reakcje, podejmowane w ramach pierwszego kontaktu (*front-line*) w warunkach podstawowej i ponadpodstawowej opieki zdrowotnej, stanowią okazję do udostępniania różnorodnych następujących później ścieżek postępowania w odniesieniu do heterogenicznej populacji pacjentów, wywołujących obawy związane z możliwością występowania krzywdzenia dzieci.

W części czwartej rozdziału przedstawiamy nowe badania nad skutecznością bezpośrednich reakcji/działań podejmowanych wobec dzieci i rodzin przez pracowników pierwszego kontaktu w ramach ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę całe spektrum – od złego traktowania dzieci aż po krzywdzenie. Nasza dyskusja jest osadzona w kontekście brytyjskiej polityki i usług, ale czerpiemy z międzynarodowej literatury badawczej, a kluczowe pojęcia i argumenty można odnieść do innych krajów uprzemysłowionych. Choć wkład pielęgniarek i innego personelu medycznego jest ważny, my koncentrujemy się na roli lekarzy w ramach podstawowej i ponadpodstawowej opieki zdrowotnej<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Podstawowe usługi opieki stanowią pierwszy moment kontaktu dla wszystkich pacjentów w ramach systemu opieki zdrowotnej. W warunkach angielskich uwzględniają one lekarzy pierwszego kontaktu (rodzinnych), pielęgniarki oraz pielęgniarki środowiskowe. Opieka ponadpodstawowa (drugorzędowa) to usługi specjalistyczne, które zwykle nie stanowią pierwszego kontaktu w ramach systemu opieki zdrowotnej. W warunkach angielskich obejmuje specjalistów, takich jak pediatrzy lub kardiologów.



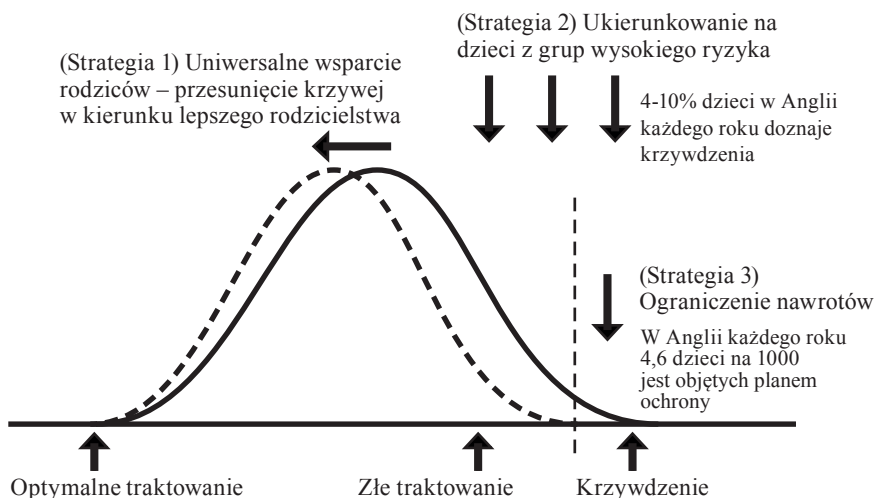
## Część 1. Podejście opieki zdrowotnej do problemu krzywdzenia

### *Jakie jest podejście opieki zdrowotnej do problemu krzywdzenia dzieci?*

W ciągu dwóch ostatnich dziesięcioleci coraz częściej zauważa się, że krzywdzenie dzieci to zjawisko, które obejmuje cały zakres nasilenia, rozciągający się na „normalną” populację (Barlow i Calam, 2011; Daniel, Taylor i Scott, 2011; Gilbert, Woodman i Logan, 2012; O'Donnell, Scott i Stanley, 2008; Slep i Heyman, 2008; Waldfogel, 2009; Wolfe i McIsaac, 2011). Patrząc z perspektywy „kontinuum” (Wolfe i McIsaac, 2011), zachowanie wobec dzieci i interakcje z nimi obejmują zakres od tych optymalnych po stanowiące poważną przemoc (rys. 3.1), a oprócz tego istnieje kontinuum dobra dzieci (*child welfare*). Określenie krzywdzenia jako jednego krańca tego kontinuum pokazuje jasno, że nie istnieje naturalny bądź oczywisty punkt graniczny, w którym złe traktowanie, czy też złe rodzicielstwo, staje się krzywdzeniem. Nie jest też zaskoczeniem, że szara strefa pomiędzy złym traktowaniem a krzywdzeniem może sprawiać trudność w konceptualizacji, zarówno dla ekspertów, jak i członków społeczeństwa, gdy weźmie się pod uwagę rodzaje czynności, interakcji lub sytuacji, które mogą składać się na krzywdzenie (Frameworks Institute, 2013). O dzieciach znajdujących się w tej szarej strefie można myśleć jako o **marginalnie krzywdzonych**; mogą one doświadczać łagodnego rodzaju krzywdzenia i niewiele wskazuje na to, by doświadczały jego poważnych konsekwencji (Waldfogel, 2009).

Przyjęcie modelu kontinuum dobra dziecka doprowadziło do zapotrzebowania na podejście do reagowania na krzywdzenie dzieci zgodnie z rozumieniem opieki zdrowotnej (Barlow i Calam, 2011; Daniel i in., 2011; Gilbert i in., 2012; O'Donnell i in., 2008). Podejście opieki zdrowotnej przyjmuje perspektywę populacji, która podkreśla znaczenie reagowania na potrzeby na całej długości kontinuum dobra dziecka. Zasadniczo podejście opieki zdrowotnej priorytetowo traktuje profilak-

tykę i wczesną interwencję. Jak widać na rysunku 3.1, takie podejście koncentruje się na czynnikach ryzyka w całej populacji: stara się ograniczać krzywdzenie poprzez „przesunięcie krzywej” po to, by poprawić efekty dla wszystkich dzieci na przestrzeni całego kontinuum. To podejście opiera się na założeniu, że populacja pośrodku oraz na lewo od krzywej (rys. 3.1) obciążone są jakimś stopniem ryzyka oraz możliwości poprawy, ale też istnieją interwencje, które działają na całym rozkładzie dobra dziecka.

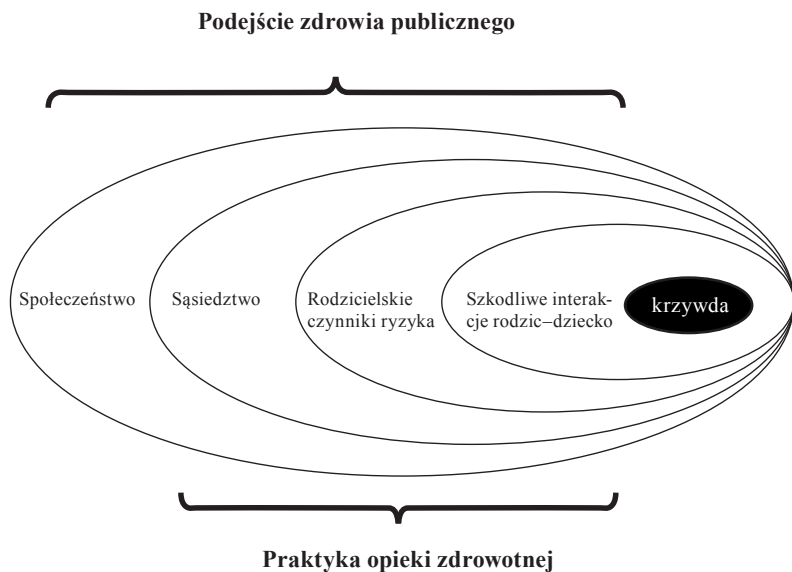


*Rysunek 3.1* Podejście ochrony zdrowia do krzywdzenia dzieci inwestuje w uniwersalne wsparcie dla rodziców (strategia 1), jak również w zajęcie się dziećmi z grup wysokiego ryzyka (strategia 2) oraz próby ograniczenia nawrotów tam, gdzie już doszło do krzywdzenia (strategia 3)

Źródło: Radford i in. (2011); Gilbert i in. (2012) oraz Departament Edukacji (2012–13). Przedruk za zgodą Gilbert i in. (2012).

Profilaktyczne podejście ochrony zdrowia ma sens, jeśli granica pomiędzy złym traktowaniem a krzywdzeniem jest postrzegana jako nieostra oraz jeśli niewielkie korzyści dla dużej liczby dzieci w środku krzywej mogą prowadzić do dużych korzyści dla populacji jako całości. Jak opisano w rozdziale 2, podejście ochrony zdrowia wzmacnia również jego kompatybilność z podejściem, które priorytetowo traktuje prawa dziecka oraz dane sugerujące, że wczesna interwencja jest najbardziej skutecznym podejściem pod względem rezultatu i kosztów.

W podejściu ochrony zdrowia próby przesunięcia krzywej rodzicielskiej opierają się na interwencjach uniwersalnych oraz typu *upstream*, po to, by zająć się głównymi czynnikami ryzyka dla szkodliwych interakcji rodzic–dziecko, mających korzenie we własnej historii życiowej rodziców oraz w ich możliwościach, a także czynnikami ryzyka związanymi z najbliższym sąsiedztwem (takich jak deprywacja, przemoc oraz brak dobrego dostępu do szkół i innych usług) oraz społecznymi czynnikami ryzyka (np. biedą oraz nierównościami społeczno-ekonomicznymi; Barlow i Stewart-Brown, 2003; Marmot, 2010; Social Exclusion Task Force, 2007). Obok interwencji *upstream* i uniwersalnych, podejście ochrony zdrowia może dostarczyć ukierunkowanych interwencji (*targeted interventions*) zapobiegających krzywdzeniu tam, gdzie występuje największa potrzeba, **ryzyko krzywdzenia i/lub skłonność do odniesienia korzyści, a także zaproponować działania skierowane do tych dzieci i rodzin, w których dochodzi do krzywdzenia, aby ograniczyć jego nawroty oraz negatywne konsekwencje (patrz rysunek 3.1).**



*Rysunek 3.2 Wkład opieki zdrowotnej*

Z perspektywy usług opieki zdrowotnej możliwości dla wczesnej interwencji i profilaktyki leżą w kontakcie pomiędzy personelem ochrony zdrowia a dziećmi i ich rodzicami lub opiekunami. Jak pokazuje rysunek 3.2, zajęcie się społecznymi i sąsiedzkimi czynnikami ryzyka krzywdzenia dzieci za pośrednictwem interwencji poprzedzających typu *upstream* i uniwersalnych zazwyczaj znajduje się poza zakresem działania ochrony zdrowia. Zamiast tego profilaktyczne podejście zdrowia publicznego do krzywdzenia w ramach usług opieki zdrowotnej może się charakteryzować wysiłkami podejmowanymi w celu rozpoznania i zareagowania na rodzicielskie czynniki ryzyka związanego z krzywdzeniem oraz szkodliwe interakcje rodzic–dziecko (patrz rysunek 3.2).

## **Działania ochrony zdrowia w kontekście systemu ochrony dzieci (*child welfare system*)**

Działania podejmowane w ramach instytucji ochrony zdrowia są kształtowane przez szerszy kontekst systemu ochrony dzieci. W warunkach brytyjskich personel opieki zdrowotnej powinien wiedzieć, w jaki sposób kierować osoby potrzebujące pomocy do instytucji pomocy społecznej zajmujących się dziećmi, aby pomóc rodzinom uzyskać dostęp do różnych interwencji, w tym profilaktycznych oraz wczesnych interwencji, stworzonych, by wspierać rodziny na różnych etapach kontinuum dobra dzieci. Jednakże zapewnienie wczesnej interwencji oraz usług wspierających przez pomoc społeczną dla dzieci nie jest przysługujące prawem. Decyzje lokalnych władz dotyczące zaproponowania usług wspierających na podstawie paragrafu 17 brytyjskiej ustawy o prawach dzieci z 1989 r. (Children Act 1989) pojedynczemu dziecku oraz jego rodzinie, mogą brać pod uwagę dostępne zasoby. W rezultacie dzieci i rodziny, które mogłyby skorzystać z usług oferowanych przez pomoc społeczną, nie zawsze mogą je otrzymać. W kolejnej części opiszemy aspiracje dotyczące strategii/polityki zdrowia publicznego w ramach pomocy społecznej skierowanej do dzieci (*childrens social care*) oraz przedstawimy zarys tego, co wiemy na temat wdrażania tego rodzaju reakcji w praktyce. Jak zobaczymy w częściach 2 i 3, jest to ważny kontekst dla zrozumienia tego, w jaki sposób placówki opieki zdrowotnej mogą wdrażać działania profilaktyczne wówczas, gdy personel ma obawy związane z krzywdzeniem dzieci.

### ***Teoria: odpowiedź opieki zdrowotnej***

Podobnie jak w wielu innych krajach uprzemysłowionych (Gilbert, Fluke i in., 2012; Trocme i in., 2013), system ochrony dzieci w Wielkiej Brytanii opiera się na zróżnicowanym reagowaniu (*differential response*) (Children Act 1989). Jak sugeruje nazwa, system ów zawiera wiele

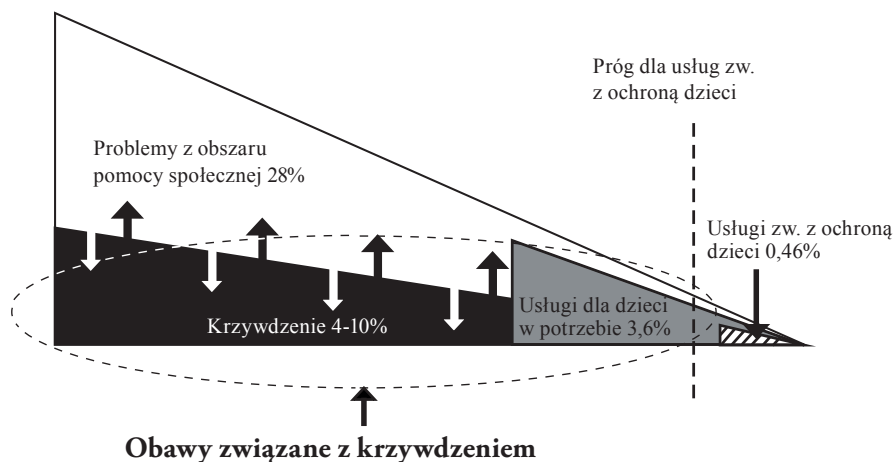
różnych ścieżek do instytucji zajmujących się ochroną dzieci. Te różne ścieżki były pieczołowicie chronione w początkowej legislacji, w odpowiedzi na argumenty wysunięte pod koniec lat 80., gdy w brytyjskim parlamencie dyskutowana była ówczesna ustawa o dzieciach (Children Bill). Później, w latach 90., zostały one jednoznacznie wyznaczone w ustawowych wytycznych w następstwie narodowej debaty, która doprowadziła do wniosków, że tradycyjnie wąska koncentracja na ochronie dzieci, wymagająca ustalenia dowodów szkody i winy, ignorowała szersze spektrum potrzeb związanych z dobrem dzieci, powodowała opóźnienia i bariery w pomaganiu rodzinom oraz była ukierunkowana na przymusowe, a czasem karzące, interwencje (Child Welfare Information Gateway, 2014; Department of Health, 1995; Department of Health, Home Office and Department for Employment, 1999; Parton, 2011). System zróżnicowanego reagowania został stworzony, aby zapewnić pomoc na wcześniejszym etapie, jak również by zapobiegać niepotrzebnym ustawowym dochodzeniom związanym z ochroną dzieci, które mogłyby mieć poważne negatywne skutki dla dziecka i rodziny, a także wiązać się ze znacznymi kosztami.

Od wprowadzenia w życie ustawy o prawach dzieci z 1989 r. (Children Act 1989) w Wielkiej Brytanii istnieje wiele różnych ścieżek dostępu do usług związanych z ochroną dzieci. Profesjonalne decyzje dotyczące tego, która ze ścieżek jest najbardziej odpowiednia do obrania po otrzymaniu zgłoszenia przez instytucje pomocy społecznej zajmujące się dziećmi, są umocowane w pojęciach „dzieci w potrzebie” oraz „znaczącej szkody” (*significant harm*), które stanowią fundament Ustawy z 1989 r. (Children Act 1989). Dla dzieci, które oceniono jako potrzebujące pomocy po to, by mogły osiągnąć lub utrzymać „rozsądny poziom zdrowia i rozwoju” lub tych, które są niepełnosprawne, ale nie cierpią lub nie istnieje duże prawdopodobieństwo, że będą cierpieły z powodu znacznego krzywdzenia, istnieje ścieżka dostępu do pomocy dla „dziecka w potrzebie”, zgodnie z paragrafem 17 Children Act 1989. Korzystanie z pomocy

dla dzieci w potrzebie jest dobrowolne: rodziny mogą zdecydować, czy przyjąć interwencję państwa, czy nie.

Osiągnięcie progu „znaczącej szkody” usprawiedliwia obowiązkową interwencję państwa w życie rodziny na podstawie paragrafu 31 Children Act 1989. Nie istnieje żadna absolutna definicja znaczącej szkody: ustawowe wskazania dla profesjonalistów mówią o tym, że dokonywane oceny powinny brać pod uwagę rodzaj i nasilenie przemocy, premedytację, wpływ na zdrowie i rozwój dziecka, możliwości rodziców w zakresie zaspokojenia potrzeb dziecka oraz szersze środowisko społeczne dziecka (HM Government, 2013). Jeśli zostanie ocenione, że dziecko cierpi lub jest prawdopodobne, że będzie cierpiało z powodu znaczącej szkody, wówczas powinno zostać podjęte ustawowe działanie w celu ochrony dziecka, zgodnie z dokumentem *Working Together to Safeguard Children* (HM Government, 2013) – polskie tłumaczenie: *Współpraca na rzecz zabezpieczenia dzieci*.

Wywiady oceniające sytuację oraz interwencje mogą być przymusowe: jeśli rodzice lub opiekunowie nie zastosują się do zaleceń lub gdy postęp jest niewystarczający, mogą zostać wszczęte działania prawne w celu zabrania dziecka i umieszczenia go w ramach opieki zatwierdzonej przez lokalne władze. Nadzorowane przez władze lokalne instytucje pomocy społecznej dla dzieci mogą zapewniać ochronę oraz wspierać dobro dzieci (zgodnie z częścią 111 ustawy Children Act 1989, która odnosi się do leżącego w ramach odpowiedzialności władz lokalnych wsparcia dla dzieci i rodzin), w czasie gdy prowadzone są dochodzenia zgodnie z paragrafem 47 lub po tym, jak zostały podjęte działania ochronne i złożono wnioski o nakaz opieki lub nadzoru (Department of Health, Department of Education and Home Office 2000, paragraf 1.27). W latach 2012–2013 w Anglii około siedem razy więcej dzieci otrzymało pomoc przeznaczoną dla dzieci w potrzebie (3,6% populacji dziecięcej), niż zostało objętych planem ochrony dzieci (0,46%, patrz rysunek 3.3; Department for Education, 2013).



Rysunek 3.3 Obawy związane z krzywdzeniem

**Problemy z obszaru pomocy społecznej:** 28% spośród 12 583 rodzin z bardzo małymi dziećmi doświadczało dwóch lub więcej trudności życiowych (np. depresji rodzica lub nadużywania alkoholu bądź innych substancji, stresu finansowego lub przepełnienia/złych warunków mieszkaniowych; Sabates i Dex, 2012). 2% spośród 7 657 rodzin doświadczało w 2005 r. pięciu lub więcej wskaźników niekorzystnego położenia: żadne z rodziców w rodzinie nie pracuje; rodzina zamieszkuje w miejscu, w którym panują złe warunki lub przepełnienie; żadne z rodziców nie ma jakichkolwiek kwalifikacji; matka ma zaburzenia psychiczne; przynajmniej jedno z rodziców ma długotrwałe ograniczającą chorobę, niepełnosprawność lub niepomaganie; rodzina ma niski dochód (poniżej 60% wartości średniej); lub rodziny nie stać na różne artykuły, takie jak ubrania czy żywność. Są to dane oparte na przekrojowym badaniu ankietowym przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie w 2005 r. (Grupa Robocza ds. Wykluczenia Społecznego – Social Exclusion Task Force, 2007).



**Krzywdzenie:** Co najmniej 4% (a nawet 10%) dzieci w krajach rozwiniętych każdego roku doświadczą przemocy lub zaniedbywania. Są to dane oparte na badaniach samoopisowych dzieci i rodziców (Finkelhor i in., 2009; Gilbert i in., 2009b; Gilbert i in., 2012b; Radford i in., 2011, Woodman and Gilbert, 2013).

**Usługi związane z ochroną dzieci:** 0,46% dzieci w Anglii było objętych planem ochrony dzieci w latach 2012–2013 (Department for Education, 2013; Gilbert i in., 2012b; Woodman i Gilbert, 2013).

**Usługi dla dzieci w potrzebie:** 3,6% dzieci w Anglii było objętych planem dla dziecka w potrzebie w latach 2012–13 (Department for Education, 2013).

W przypadku dzieci, które mogłyby skorzystać z wczesnej pomocy, ale nie osiągają kryteriów dziecka w potrzebie (w tym dzieci, które cierpią lub prawdopodobnie będą cierpiały z powodu istotnego krzywdzenia), ocena dotycząca wczesnej pomocy powinna zostać dokonana np. z zastosowaniem Wspólnego Schematu Oceny – the Common Assessment Framework (HM Government, 2013). W takich przypadkach profesjonaliści spoza obszaru pracy socjalnej (w tym pracownicy ochrony zdrowia) mogą dokonać diagnozy przy wsparciu instytucji pomocy społecznej dla dzieci oraz mogą działać jako specjalista prowadzący tam, gdzie wymagana jest wspólna reakcja wielu instytucji (*multi-agency response*). *Współpraca na rzecz zabezpieczenia dzieci (Working Together to Safeguard Children)* definiuje rolę specjalisty prowadzącego jako polegającą na rzecznictwie, wsparciu oraz koordynacji usług/działań (HM Government, 2013). Ta droga do wczesnej oceny dotyczącej ewentualnego otrzymania odpowiedniej pomocy nie jest przewidziana do zastosowania w odniesieniu do dzieci osiągających progi pozwalające uznać je za dzieci w potrzebie (w tym znaczną krzywdę lub prawdopodobną znaczną szkodę; HM Government, 2013).

W teorii zróżnicowane reagowanie oraz systemy wczesnego pomagania są kompatybilne z modelem kontinuum krzywdzenia dzieci oraz z profilaktycznym podejściem ochrony zdrowia (Drake, 2013). Alternatywne ścieżki są stworzone po to, by umożliwić profesjonalistom dostęp do odpowiednio terapeutycznych i/lub obowiązkowych usług dla dzieci na całym kontinuum dobra dziecka.

### *Rzeczywistość: nadmiernie przeciążony system pomocy, przechylony w jedną stronę*

Jednakże powszechnie przyznaje się, że trudno jest w praktyce utrzymać wizję parlamentu dotyczącą szerokiego spojrzenia na dobro/ochronę dzieci (Parton, 2011; Tunstill, Aldgate i Thoburn, 2010). System ochrony dzieci jest rozwijany w dwóch kierunkach, a w kontekście ograniczonych zasobów działania podejmowane wobec osób znajdujących się na ostrym końcu kontinuum (przedstawionym na rysunku 3.1) są traktowane priorytetowo w stosunku do działań profilaktycznych podejmowanych wobec tych znajdujących się w środku kontinuum (Parton, 2011; Tunstill i in., 2010). Oburzenie opinii publicznej oraz mediów wobec porażki instytucji pomocowych w zapobieganiu śmierciom dzieci zostało zidentyfikowane jako kluczowa siła napędowa dla uznania priorytetu działań związanych z ochroną dzieci (Parton, 2011).

Mimo iż każdego roku znacznie wyższy odsetek dzieci w Anglii otrzymuje pomoc przewidzianą dla dzieci w potrzebie, niż jest objętych planem ochrony dzieci (patrz rysunek 3.3), istnieją dowody na to, że zapotrzebowanie na usługi wspierające przekracza możliwości ich zapewnienia dzieciom, które są znane ośrodkom pomocy społecznej ds. dzieci, oraz że progę „znaczącej szkody” używa się jako instrumentu regulacji w ramach przeciążonych instytucji pomocowych (Brandon, Lewis i Thoburn, 1996; Broadhurst i in., 2010; Holmes i in., 2010). W bada-

niach z użyciem wywiadów, przeprowadzonych w Anglii (Canvin i in., 2007; Dale, 2004; Davies i Ward, 2012) oraz Irlandii (Buckley, Carr and Whelan, 2011), uczestniczące w nich rodziny i profesjonaliści twierdzili, że bardzo trudno było uzyskać dostęp do usług pomocowych przed osiągnięciem progu ochrony dzieci oznaczającego podjęcie interwencji (Buckley i in., 2011; Canvin i in., 2007; Dale, 2004; Davies i Ward, 2012). Gdy wzrasta niedobór zasobów, czy to wskutek cięć funduszy, zwiększenia ilości pracy, czy też obu tych elementów, progi odnoszące się do ochrony dzieci zwykle ulegają podwyższeniu (Mansell, 2006). W badaniu, przeprowadzonym w Anglii w 2013 r., w którym uczestniczyło 600 pracowników socjalnych i kierowników, 88% badanych stwierdziło, że rezultatem niedawnych oszczędności były podwyższone progi dla ustawowych interwencji w zakresie ochrony dzieci (Community Care, 2013).

Istnieje szczególna tendencja do „degradowania” przypadków poważnego zaniedbywania i przemocy emocjonalnej do kategorii dzieci w potrzebie (Community Care, 2012; Community Care, 2013), gdzie opóźniona i nieodpowiednia pomoc może mieć katastrofalne konsekwencje (Brandon i in., 2008). Sytuacja związana z brakiem wystarczającej pomocy dla dzieci zaklasyfikowanych jako będące „w potrzebie” może w Wielkiej Brytanii ulec pogorszeniu wskutek ciągłych cięć funduszy, które nieproporcjonalnie bardziej wpływają na działania pomocowe poniżej progu ochrony dziecka (aktualne w czasie pisania tego rozdziału w lutym 2014; Hopwood, Pharoah i Hannon, 2012).

Skierowanie do instytucji zajmującej się pomocą społeczną dla dzieci stanowi siłą rzeczy ważną część działań innych profesjonalistów i jest ono faktycznie obowiązkiem tychże profesjonalistów, wówczas gdy podejrzewają, że dziecko cierpi lub istnieje ryzyko, że będzie cierpiało z powodu znaczącej szkody (HM Government 2013). Mamy jednak system ochrony dzieci, który już teraz działa na granicy maksimum swoich możliwości, i w którym progi są bardzo wysokie, nawet w odniesieniu

do przyjęcia zgłoszenia/skierowania. W takim kontekście nie ma sensu, by skierowanie do pomocy społecznej oraz udział w podejmowanych przez nią procedurach stanowił jedyną dostępną reakcję lub punkt końcowy dla innych profesjonalistów, reagujących na podejrzenia przemocy i zaniedbywania, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci znajdujących się pośrodku kontinuum dobra dzieci. Pomimo nacisku kładzionego w brytyjskiej polityce na pracy interdyscyplinarnej stojącej za skierowaniem do pomocy społecznej ds. dzieci (w zakresie oceny/diagnozy, planowania i interwencji) (HM Government 2013), działania podejmowane przez profesjonalistów spoza obszaru pracy socjalnej tradycyjnie są opisywane jako skierowanie do pomocy społecznej oraz, czasami, udział w procedurach pomocy społecznej (Daniel, Taylor i Scott, 2010). Poza tym istnieją doniesienia o tym, że wielu praktyków nadal widzi skierowania jako sposób na przekazanie odpowiedzialności instytucjom pomocy społecznej ds. dzieci (Davies i Ward, 2012). Jednakże w części 3 tego rozdziału opisujemy przykłady tego, w jaki sposób pracownicy ochrony zdrowia w niektórych sytuacjach podejmują bezpośrednie działania wobec dzieci i rodzin, w przypadku których pojawiają się podejrzenia związane z przemocą i zaniedbywaniem. Owe bezpośrednie reakcje/działania nie wiążą się z intencją przekazania odpowiedzialności poprzez dalsze kierowanie do innej placówki.

### *Niepewność dotycząca bilansu korzyści i strat*

Choć podnosi się argument, że większość klientów i profesjonalistów pozytywnie odbiera działania związane z ochroną dzieci (Drake, 2013; Drake and Jonson-Reid, 2007), to badania z Anglii (Cossar, Brandon i Jordan, 2011; Dale, 2004), doniesienia z Irlandii (Buckley i in., 2011) oraz Ameryki (Drake and Jonson-Reid, 2007) mówią o tym, że spora część klientów była niezadowolona z tych działań, a niektórzy odbierali proces wywiadu i sprawdzenia jako „traumatyczny”, „stresujący” oraz „poniżający”, spostregali plany ochrony dzieci jako stygmatyzujące

oraz stanowiące puste obietnice oddziaływań, które nigdy nie zostały podjęte, oraz czuli się tak, jakby żyli w poczuciu ciągłego zagrożenia odebraniem dzieci. Choć trudno jest dokonywać generalizacji na podstawie badań jakościowych, które obejmują niewielką liczbę badanych i często nie są reprezentatywne ze względu na różnice pomiędzy tymi, którzy w nich uczestniczą i nie uczestniczą, możemy wyciągnąć wniosek, że przynajmniej niektórzy klienci doświadczają interwencji przeprowadzanej przez pomoc społeczną ds. dzieci jako karzącej i agresywnej. Stoi to w bezpośredniej sprzeczności z deklarowanymi celami brytyjskich służb socjalnych, które zostały stworzone, aby pełnić funkcje w dużej mierze terapeutyczne oraz by wspierać dzieci i rodziny, aby mogły pozostać razem, kiedy tylko jest to możliwe. Wywiady z profesjonalistami oraz ich osobiste opinie sugerują, że niektórzy pracownicy ochrony zdrowia (Gilbert i in., 2009a), a nawet pracownicy socjalni (Jones, 2001; Wrennall, 2010) podzielają obawy odbiorców usług dotyczące korzyści wynikających z systemu ochrony dzieci, przynajmniej w niektórych przypadkach.

Takie opinie i doświadczenia występują w kontekście bardzo słabych dowodów z badań dotyczących równowagi szkód i korzyści, jakie system ochrony dzieci niesie dla dzieci i ich rodzin, czy to w Wielkiej Brytanii, czy gdzie indziej (Drake, 2013). W dwóch seriach studiów przypadków dzieci, które doznały znaczącej szkody (Brandon i Thoburn, 2008) lub powrotu do rodziny w następstwie umieszczenia w pieczy zastępczej z powodu zaniedbywania (Farmer i Lutman, 2010; Lutman i Farmer, 2013), opisano, że u 40–60% dzieci rezultaty były dobre lub satysfakcjonujące. Jednakże w tych samych dwóch badaniach u znacznej mniejszości efekty były słabe, przy ciągłych i wyraźnych obawach i/lub tendencji spadkowej. W związku z tym, że w badaniach nad studiami przypadków nie ma grupy porównawczej, badania te mogą dostarczyć jedynie bardzo słabych dowodów: nie można oddzielić efektu interwencji od tego, co się stało bez przeprowadzenia tejże interwencji (Guyatt i in., 2011).

Badania kohortowe – które zapewniają grupę porównawczą – dotyczące skuteczności opieki zastępczej nad dziećmi krzywdzonymi w odniesieniu do ich dobrostanu i rozwoju przeprowadzono w trzech krajach, mianowicie w Anglii, USA i w Szwecji (Forrester i Harwin, 2008; Wade i in., 2010, 2011; Światowa Organizacja Zdrowia 2013). W badaniach w Szwecji i USA porównywano opiekę zastępczą do opieki sprawowanej w domu (Światowa Organizacja Zdrowia 2013), natomiast badanie przeprowadzone przez Wade i in. porównywało efekty u dzieci krzywdzonych, które pozostały w opiece zastępczej z tymi, które powróciły do domu. Siła tych dowodów oraz wnioski, które można wyciągnąć, są sporne. Jedna z opinii, wyartykułowana przez Davies i Ward (2012), mówi, że „wszystkie trzy badania empiryczne w ramach tej inicjatywy badawczej [tj., Lutman i Farmer, 2013; Wade i in., 2011 oraz Ward, Brown i Westlake, 2012], jak również rosnąca liczba innych badań [Forrester i Harwin, 2008; Skuse i Ward, 2003; Ward, Skuse i Munro, 2005] pokazują, że większość dzieci, którymi dziś zajmujemy się w Wielkiej Brytanii, odnosi korzyści z tej opieki” (s. 146–147).

Inny punkt widzenia, który podzielają autorki niniejszego rozdziału, utrzymuje, że dowody z badań są zbyt słabe, aby wyciągać wnioski na temat tego, czy opieka zastępcza działa, czy też nie w odniesieniu do poprawy rezultatów w populacji dzieci krzywdzonych. Argumentujemy, że zniekształcenie związane z doбором do badań kohortowych (*selection bias*) uniemożliwia wyciągnięcie rzetelnych wniosków na temat tego, czy opieka zastępcza jest korzystna czy szkodliwa. Ponieważ badania kohortowe uwzględniają grupę porównawczą, dostarczają znacznie więcej informacji niż studia przypadków, nie są jednakże w stanie w pełni zmierzyć i wyjaśnić cechy dziecka i rodziny, mające wpływ na decyzję o odebraniu dziecka (lub o jego przywróceniu do rodziny – jak to było w badaniu Wade i in., 2011). Te same cechy wpływają również na efekty po stronie dziecka, skutkując mylącymi i tendencyjnymi rezultatami. Niedawno przeprowadzony systematyczny przegląd danych zakończył

się konkluzją, iż nie ma wyraźnych dowodów na korzyści bądź szkodliwość opieki zastępczej dla dzieci krzywdzonych w odniesieniu do efektów rozwojowych (Światowa Organizacja Zdrowia 2013, rozdział 4). Ten przegląd uwzględniał jedynie te badania porównawcze, które brały pod uwagę zakłócenia będące skutkiem cech dziecka lub rodziny. Jedynie badania ze Szwecji i USA były wystarczająco mocne, by spełnić kryteria włączenia do przeglądu, który dostarcza najlepszych dostępnych dowodów dotyczących skuteczności umieszczenia w pieczy zastępczej w warunkach krajów rozwiniętych (Post, de Beer i Guyatt, 2013).

Jako że niejednoznaczna natura dowodów jest w dużej mierze spowodowana słabością metodologiczną planów badań obserwacyjnych (nie wiemy, że dana interwencja działa, raczej niż wiemy, że nie działa), badacze wzywają do przeprowadzenia randomizowanych badań kontrolnych dotyczących interwencji związanych z ochroną dzieci, w tym opieki zastępczej (Drake, 2013; Światowa Organizacja Zdrowia 2013). My również popieramy stosowanie randomizowanych prób kontrolnych do dokonania ewaluacji powrotów do rodziny oraz umieszczenia w opiece zastępczej tam, gdzie panuje niepewność wśród praktyków oraz do oceny innych standardowych interwencji związanych z ochroną dzieci, takich jak plany ochrony dzieci i/lub skierowanie do pomocy społecznej ds. dzieci. Z etycznego punktu widzenia randomizowane próby mogą mieć miejsce jedynie tam, gdzie występuje autentyczna niepewność co do tego, czy zaproponować dziecku daną interwencję, czy też nie (Davies i Ward, 2012; Drake, 2013; Światowa Organizacja Zdrowia 2013). Rezultaty pochodzące z mocnych randomizowanych badań kontrolnych są najpewniejszym sposobem rozstrzygnięcia debaty na temat wpływu opieki zastępczej (i innych interwencji) na dzieci krzywdzone.

### *Podsumowanie*

Po pierwsze, pomimo swoich założeń, system ochrony dzieci (*child welfare system*) napotyka na istotne bariery w skutecznym reagowaniu wobec dzieci znajdujących się na całej szerokości kontinuum dobra dzieci, zaś progi przyjęcia skierowań są wysokie, a progi udzielenia pomocy jeszcze wyższe. Widać to w mieszanych opiniach na temat pomocy społecznej ds. dzieci wyrażanych przez rodziców – w tym tych, którym odebrano dzieci lub znajdowali się pod nadzorem – oraz profesjonalistów. Brakuje dowodów dotyczących bilansu korzyści i strat/szkodliwości związanych z opieką zastępczą w populacji dzieci krzywdzonych. Jak zobaczymy później, w części 3, wysokie progi oraz ambiwalencja wśród profesjonalistów dotycząca systemu opieki nad dziećmi, zostały wyróżnione jako kluczowe siły napędowe niewystarczającego rozpoznawania i reagowania na krzywdzenie dzieci wśród pracowników ochrony zdrowia, szczególnie wówczas, gdy profesjonalści nie uważają, że dzieci spełniają kryteria interwencji podejmowanej przez pomoc społeczną ds. dzieci. W części 3 argumentujemy, że „bezpośrednie” działania mogą stanowić jeden ze sposobów, w jaki pracownicy ochrony zdrowia mogą reagować wobec dzieci, niezależnie od tego, czy osiągają one progi do podjęcia działań przez pomoc społeczną, czy też nie.

### *Zdefiniowanie spektrum jako „obawy związane z krzywdzeniem”*

Zgodnie z perspektywą zdrowia publicznego, zakres tutejszej dyskusji uwzględni rolę pomocy świadczonej przez ochronę zdrowia wobec dzieci, które ocenia się jako będące na granicy krzywdzenia w ramach szarej strefy kontinuum dobra dziecka, jak również wobec tych dzieci, które wyraźnie doświadczają krzywdzenia. Nasze szerokie podejście do definiowania krzywdzenia dzieci ma sens, biorąc pod uwagę trudności z dokładną oceną tego, czy dzieci doznają szkody oraz w kontekście systemu opieki nad dziećmi, który zachęca do „dewaluowania” ryzyka krzywdy



w odpowiedzi na ograniczone zasoby. Używamy terminu „obaw związanych z krzywdzeniem” (*maltreatment-related concern*), aby uchwycić pełen zakres obaw profesjonalistów związanych z krzywdzeniem dzieci oraz terminu „problem krzywdzenia” w odniesieniu do pełnego zakresu problemów dziecka i rodziny, wywołujących niepokój u profesjonalistów. Termin „obawy związane z krzywdzeniem” uwzględnia obawy związane z rodzicielskimi czynnikami ryzyka krzywdzenia oraz z niewłaściwym (poniżej optymalnego poziomu) sprawowaniem opieki rodzicielskiej lub dotyczące interakcji rodzic–dziecko, które ocenia się jako mające **potencjał** do tego, by stać się krzywdzącymi/szkodliwymi. Uwzględnia on również obawy, które w absolutny i definitywny sposób dotyczą krzywdzenia dzieci i tak też są nazwane.

Jak przedstawiono na rysunku 3.3, liczba dzieci w Anglii doświadczających każdego roku problemów związanych z krzywdzeniem, będzie wysoka. Ta grupa uwzględnia 4–10% dzieci, które według szacunków są każdego roku krzywdzone, jak również nieznaną odsetek dużej rzeszy dzieci (do 28%) z problemami natury socjalnej (*social welfare problems*), które w ocenie profesjonalistów znajdują się w szarej strefie kontinuum, pomiędzy złym traktowaniem a krzywdzeniem.

## **Część 2. Rozpoznanie problemów związanych z krzywdzeniem przez pracowników ochrony zdrowia**

Pierwszym krokiem w reagowaniu na krzywdzenie dzieci jest zauważenie problemu. Wszyscy profesjonaliści w Wielkiej Brytanii, w tym pracownicy ochrony zdrowia, są ustawowo odpowiedzialni za to, by rozpoznawać dzieci w potrzebie, w tym dzieci cierpiące lub wobec których istnieje prawdopodobieństwo, że mogą cierpieć z powodu istotnej szkody (HM Government 2013). Innymi słowy, na pracownikach ochrony zdrowia spoczywa odpowiedzialność za zidentyfikowanie peł-

nego zakresu problemów związanych z krzywdzeniem występujących w rodzinach, w tym rodzicielskich czynników ryzyka, takich jak nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz problematyczne interakcje rodzic–dziecko, niezależnie od tego, czy aktualnie osiągają one lokalne progi dla otrzymania pomocy ze strony podlegającej władzy lokalnej instytucji pomocy społecznej ds. dzieci. W ostatnich latach w polityce Wielkiej Brytanii nastąpiło przesunięcie w kierunku podkreślania tego, co wcześniej było nieujawnione: pracownicy ochrony zdrowia, w tym ci pracujący w placówkach dla osób dorosłych, są odpowiedzialni za dopytywanie o dzieci oraz za rozważenie tego, jaki wpływ mogą mieć problemy, które leczą, na rodzica oraz na dziecko. Ten przekaz został zawarty w programie politycznym rządu, zatytułowanym Think Family („Myślenie o rodzinie”) (Grupa Robocza ds. Wykluczenia Społecznego/Social Exclusion Task Force 2007) i od tego czasu został zapisany w wielu różnych wytycznych sformułowanych przez krajowe ciała zajmujące się opieką zdrowotną w Wielkiej Brytanii (Intercollegiate Committee for Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence 2008; National Institute for Health and Clinical Excellence 2009a; National Institute for Health and Clinical Excellence 2012; National Society for the Prevention of Cruelty to Children and Royal College of General Practitioners 2011; Royal College of Psychiatrists 2011).

Choć przegląd danych dotyczących śmierci dzieci zwrócił uwagę na to, że lekarze pierwszego kontaktu mogliby lepiej oceniać wpływ czynników ryzyka po stronie rodziców, takich jak używanie alkoholu przez matkę na możliwości sprawowania opieki rodzicielskiej (Brandon i in., 2011), badania jakościowe z udziałem lekarzy pierwszego kontaktu, przeprowadzone w Anglii i Danii oraz wśród holenderskich lekarzy pediatrów w ramach opieki podstawowej konsekwentnie opisują, że problemy u dorosłych, którzy mają dzieci, stanowią najczęstszy powód obaw związanych z krzywdzeniem w praktyce ogólnej (Hølge-Hazelton

i Tulinius, 2010; Lykke, Christensen i Reventlow, 2008, 2011; Schols, De Ruiter i Ory, 2013; Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013). Obawy opisywane przez lekarzy pierwszego kontaktu, biorących udział w tym badaniu, często dotyczyły dzieci znajdujących się w szarej strefie pomiędzy dziećmi w potrzebie a wartościami progowymi dla ochrony dzieci (Lykke i in., 2008, 2011; Woodman i in., 2013). Innymi ważnymi źródłami niepokoju były wizyty lekarskie dzieci (często z powodu problemów niezwiązanych bezpośrednio z krzywdzeniem), wiedza na temat szerszego środowiska, w którym funkcjonuje dziecko oraz informacje od innych profesjonalistów (Schols i in., 2013; Woodman i in., 2013).

Ograniczone dane, jakimi dysponujemy w odniesieniu do warunków szpitalnych, przedstawiają podobną historię. Podczas audytu 681 związanych z krzywdzeniem powiadomień pomocy społecznej ds. dzieci przekazanych w latach 2011–12 ze wszystkich oddziałów jednego ostrego szpitala ogólnego w Anglii, znaczący odsetek (40%) został zapoczątkowany w odpowiedzi na to, jak prezentowali się rodzice, spośród których 60% znajdowało się na ostrym dyżurze (Gonzalez-Izquierdo i in. w druku). Podobnie, jak niektóre inne oddziały szpitalne (Hoytema van Konijnenburg i in., 2013; Kaye i in., 2009), ten szpital miał politykę pytania specyficznych dorosłych pacjentów (np. z historią przemocy domowej, nadużywania substancji lub prób samobójczych) o to, czy mają w domu dziecko (Gonzalez-Izquierdo i in. w druku). Nie wiemy, na ile powszechna jest taka polityka pytania o pozostające w domu dzieci w szpitalach na terenie Wielkiej Brytanii. Wyniki mniejszego audytu dotyczącego budzących niepokój przypadków z okresu trzech miesięcy w ramach oddziału pediatrycznego innego angielskiego szpitala pokazały, że spośród 64 dzieci w prawie 40% przypadków niepokój wzbudziło obserwowane zachowanie rodzica (np. lekceważenie potrzeb dziecka lub agresja wobec członków rodziny) lub obawy dotyczące wydolności wychowawczej (np. wynikające z zaburzeń psychicznych) (Kugler i in.,

2012). Oba te audyty, wraz z wczesnym audytem podobnej polityki na ostrym dyżurze, pokazały, że personel ochrony zdrowia dostrzegał budzące niepokój kwestie związane z krzywdzeniem w ramach pełnego spektrum kontinuum dobra dziecka – w tym również, ale nie tylko, te przypadki wysoce pewne i/lub poważne (Gonzalez-Izquierdo i in. w druku; Kaye i in., 2009; Kugler i in., 2012).

Międzynarodowa literatura badawcza sugeruje, że obciążenie problemami związanymi z krzywdzeniem w warunkach oddziałów ostrych oraz praktyki ogólnej występuje wśród dzieci znajdujących się na granicy pomiędzy złym traktowaniem a krzywdzeniem, niż wśród dzieci z poważnymi urazami niebędącymi wynikiem wypadku – nawet w warunkach szpitalnych. Wiadomym jest, że prawdopodobieństwo przemocy jest wysokie u małych dzieci z określonymi rodzajami poważnych urazów, takich jak złamania w obrębie klatki piersiowej czy krwotoki siatkówki (przy braku potwierdzonego urazu będącego skutkiem wypadku lub innego medycznego wyjaśnienia) (National Institute for Health and Clinical Excellence 2009b). Jednakże, ponieważ takie wysoce predykcyjne urazy są rzadkie, stanowią one jedynie niewielki odsetek wszystkich problemów związanych z krzywdzeniem u dzieci przyjmowanych do szpitala (Lee, Gonzalez-Izquierdo i Gilbert, 2012). Największe obciążenia związane z krzywdzeniem (tj. najwięcej przypadków) mają miejsce wśród dzieci, które, w oparciu o prezentowane przez nie oznaki i objawy, mogą zostać uznane za należące do grupy niskiego ryzyka ze względu na typowy obraz kliniczny ich dolegliwości. Koncentrowanie się na nielicznych przypadkach wysokiego ryzyka zwiększa wyspecjalizowanie, ale zmniejsza czułość rozpoznania (Lee i in., 2012; Woodman i in., 2008).

Ilustracją dla tego argumentu może być australijskie badanie kohortowe, w którym wykorzystano dużą i reprezentatywną próbę danych pochodzących z przyjęć szpitalnych oraz z instytucji zajmujących się ochroną dzieci. Wykazało ono, że 30% dzieci przyjętych z powodu

**przypadkowych** obrażeń, było znanych instytucjom ochrony dzieci, a zatem mogły być uznane za grupę wysokiego ryzyka w odniesieniu do problemów związanych z krzywdzeniem (McKenzie i in., 2012). W innym australijskim badaniu, również łączącym reprezentatywne dane szpitalne oraz dane z pomocy społecznej, ale tym razem mającym charakter badania kliniczno-kontrolnego, stwierdzono około dziesięciokrotnie wyższe ryzyko zarzutów związanych z krzywdzeniem wśród dzieci przyjętych z powodu urazów/zatrucia oraz wśród przyjętych z powodu „zewnętrznych przyczyn stanu chorobowego” oraz zaburzeń psychicznych (O'Donnell i in., 2010). Ponieważ przyjęcia z powodu ostrych urazów odpowiadają jedynie za niewielki odsetek wszystkich przyjęć pediatrycznych (mniej niż 12% wśród dzieci poniżej 5. roku życia) (Gonzalez-Izquierdo i in., 2010), całkowita liczba problemów związanych z krzywdzeniem u dzieci, które nie odniosły obrażeń, będzie znacznie wyższa niż wśród dzieci z urazami. Zadaniem klinicysty jest zidentyfikowanie problemów związanych z krzywdzeniem u dzieci zgłaszających się z powodów, które nie są powiązane lub jedynie pośrednio (nie w sposób oczywisty) powiązane z krzywdzeniem. Krzywdzenie nie tylko skutkuje wielorakimi i długotrwałymi problemami zdrowotnymi u dzieci (jak opisano w rozdziale 2), ale wśród dzieci krzywdzonych mamy do czynienia z wyższymi od przeciętnych wskaźnikami chorób przewlekłych oraz niepełnosprawności. Z tych powodów pracownicy ochrony zdrowia powinni spodziewać się wizyt krzywdzonych dzieci z powodu choroby, a nie tylko urazu, oraz objawów niekoniecznie przypisywanych krzywdzeniu (Jaudes i Mackey-Bilaver, 2008; Stein i in., 2013; Sullivan i Knutson, 2000).

Wąska koncentracja na dzieciach z obrażeniami pozwalającymi z wysokim prawdopodobieństwem stwierdzić krzywdzenie, może dostarczać fałszywego poczucia spokoju w odniesieniu do dzieci bez takich obrażeń oraz odwrócić uwagę klinicysty od większości problemów związanych z krzywdzeniem (Lee i in., 2012). Kolejny problem może

być wywołany stosowaniem mniej predyktywnych wskaźników jako narzędzi przesiewowych w odniesieniu do krzywdzenia dzieci, co obserwuje się w sporej liczbie badań, w których dokonywano ewaluacji list kontrolnych (*checklist*) stosowanych na oddziałach ratunkowych. Te listy zawierają takie wskaźniki, jak powtarzające się wizyty w szpitalu, urazy u niemowląt, opóźnione objawy kliniczne, niespójność w wywiadzie lub brak spójności pomiędzy wywiadem a badaniem fizykalnym oraz nieprawidłowa interakcja rodzic–dziecko (Louwers i in., 2013; Woodman, 2009; Woodman i in., 2008, 2010). Z powodu względnie niskiego występowania krzywdzenia w tej populacji oraz wysokiego występowania tych wskaźników w populacji niekrzywdzonej, ich wartość predyktywna jest niska, o czym systematycznie donoszą badania. Stosowane jako narzędzie przesiewowe, wskaźniki te nie tylko mogą odwrócić uwagę od wielu krzywdzonych dzieci, u których takie wskaźniki nie występują, ale również niosą zagrożenie przeciążenia systemu poprzez zgłaszanie obaw dotyczących nierealnie wysokiej liczby dzieci, które nie były krzywdzone (Louwers i in., 2013; Woodman, 2009; Woodman i in., 2008, 2010).

Niewielka ilość dowodów badawczych, którymi dysponujemy, wskazuje na to, że specjaliści/lekarze nie ograniczają jednak swojej uwagi do tej niewielkiej liczby dzieci z obrażeniami. Wyniki dwóch niewielkich audytów przeprowadzonych w angielskich szpitalach sugerują, że przemoc fizyczna i/lub obrażenia występowały jedynie w bardzo nielicznych przypadkach spośród tych, które wzbudziły niepokój związany z możliwym krzywdzeniem (Kugler i in., 2012; Rachamim i in., 2011), zaś badania jakościowe sugerują, że lekarze pierwszego kontaktu poświęcają więcej czasu i energii, reagując na (możliwe) zaniedbywanie oraz przemoc emocjonalną niż na przemoc fizyczną i seksualną (Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013). Nie jest to zaskoczeniem, gdy weźmiemy pod uwagę to, że zaniedbywanie i przemoc emocjonalna konsekwentnie są opisywane jako najczęściej występujące w społeczeństwie rodzaje krzywdzenia

dzieci (Gilbert i in., 2009b; Radford i in., 2011; Stoltenborgh, w druku), a jedynie w mniejszości przypadków występują obrażenia i uszkodzenia, które są zarówno widoczne, jak i można je przypisać krzywdzeniu – nawet wśród dzieci cierpiących z powodu przemocy fizycznej (Glaser, 2011; National Scientific Council on the Developing Child, 2012; Radford i in., 2011; Ruiz-Casares, Trocme and Fallon, 2012).

Ogólnie rzecz biorąc, istnieją pewne, choć ograniczone, dowody sugerujące, że pracownicy ochrony zdrowia rozpoznają krzywdzenie w sposób, który jest spójny z podejściem zdrowia publicznego, przynajmniej w niektórych sytuacjach. Wydaje się, że rozpoznają oni problemy na całym kontinuum dobra dzieci, a także traktują rodzicielskie czynniki ryzyka oraz interakcję rodzic–dziecko jako czynniki wzbudzające niepokój. Istnieją pewne dowody na to, że takie obawy często odnoszą się do dzieci, które nie doznały obrażeń i uwzględniają problemy związane z zaniedbywaniem i przemocą emocjonalną.

Choć pracownicy ochrony zdrowia niewątpliwie rozpoznają zbyt mało problemów związanych z krzywdzeniem, zmierzenie stopnia, w jakim do tego dochodzi, jest niemal niemożliwe. W badaniu z użyciem dużej i reprezentatywnej na poziomie kraju próby opisano, że przyznawanie kodów związanych z krzywdzeniem odnotowano na poziomie 52 na 100 000 przyjęć pediatrycznych związanych z obrażeniami, dokonanych w Anglii pomiędzy 2000 a 2008, oraz że, gdy uwzględniono depryzację, wskaźnik ten był podobny w Zachodniej Australii w odniesieniu do wszystkich, poza najmłodszymi dziećmi (Gonzalez-Izquierdo i in., 2013). Analiza reprezentatywnej próby 20 szpitali w Queensland, w Australii pokazała, że 0,3% spośród wszystkich przyjęć pediatrycznych (w tym niezwiązanych z obrażeniami) miało kod związany z krzywdzeniem w ciągu jednego roku pomiędzy 2005 a 2006 (McKenzie i Scott, 2011). Te szacunki są o wiele niższe niż 4–10% dzieci, które według statystyk są krzywdzone każdego roku (Gonzalez-Izquierdo i in., 2013; McKenzie i Scott, 2011).

Nie możemy jednak zakładać, że ta luka reprezentuje „przegapione” problemy związane z krzywdzeniem. Nie wiemy, czy lub jak często dzieci z problemami powiązanymi z krzywdzeniem trafiają do szpitala (Woodman, 2009). Poza tym, ponieważ występują znaczne ograniczenia związane z dokumentowaniem, obawy profesjonalistów nie zawsze zakończą się kodem związanym z krzywdzeniem wpisanym w karcie przyjęcia. Czynnikiem zniechęcającymi lekarzy do zapisywania obaw związanych z krzywdzeniem są m.in. niepewność co do diagnozy w połączeniu ze stygmatyzacją związaną z taką etykietką oraz obowiązek włączenia pomocy społecznej ds. dzieci (co do którego panuje duża ambiwalencja (Gilbert i in., 2009a), gdy już problem zostanie nazwany. Gdy polegamy na rutynowych danych szpitalnych, występuje także komplikacja w postaci „kodera”, który odczytuje notatki lekarza i wprowadza kody zgodnie z krajowymi wytycznymi dotyczącymi kodowania (Gonzalez-Izquierdo i in., 2013). Weryfikacja kodów związanych z krzywdzeniem w kartach wypisu ze szpitala poprzez porównanie ich z dokumentacją kliniczną oraz zgłoszeniami skierowanymi do pomocy społecznej ds. dzieci pokazała, że kody były wysoce specyficzne, ale relatywnie nieczułe (tj. dzieci z obrażeniami z kodem związanym z krzywdzeniem rzeczywiście wzbudzały w lekarzach obawy dotyczące krzywdzenia, ale wiele spośród dzieci, które takie obawy wzbudziły, nie miało w swojej dokumentacji takiego kodu) (Gonzalez-Izquierdo i in. w druku).

Wskaźnik kodów związanych z krzywdzeniem jest wyższy w podstawowej opiece zdrowotnej niż w danych szpitalnych, choć nadal znajduje się dużo poniżej szacunków dotyczących występowania krzywdzenia w społeczeństwie. W badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii wykazano, że na 1000 lat dziecka, licząc w zapisach do lekarza pierwszego kontaktu, przypadało 9,5 kodów powiązanych z krzywdzeniem, co odpowiadało kodowi dla 0,8% wszystkich dzieci zapisanych do lekarza pierwszego kontaktu (Woodman i in., 2012b). Z takich samych powodów dotyczących danych szpitalnych, nie możemy zakładać, że wszyst-



kie krzywdzone dzieci bez kodów zostały „przegapione” przez lekarzy. Ponadto, w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu (którzy w Wielkiej Brytanii sami wprowadzają kody), występuje dodatkowa obawa związana z tym, że rodzina zobaczy kod (Royal College of General Practitioners 2010), a w rezultacie ucierni na tym relacja lekarz–pacjent (Gilbert i in., 2009a; Gonzalez-Izquierdo i in., 2013; Woodman i in., 2012a). Bardzo mała próba walidacji z udziałem dziewięciu lekarzy rodzinnych w Anglii (z omówieniem 25 dzieci) sugerowała, że kody związane z krzywdzeniem mają w podstawowej opiece zdrowotnej, podobnie jak w przypadku danych szpitalnych, charakter specyficzny, ale nie zostały (Woodman i in., 2012a). Zarówno w przypadku danych ze szpitali, jak i uzyskanych od lekarzy rodzinnych, prawdopodobnie występuje niedostateczne kodowanie w odniesieniu do dzieci spostrzeganych jako znajdujące się w szarej strefie kontinuum dobra dziecka, a w konsekwencji (jak opisano w części 1), również w odniesieniu do obaw związanych z zaniedbywaniem i przemocą emocjonalną (McKenzie i in., 2011; Woodman i in., 2013).

W związku z ograniczeniami kodów związanych z krzywdzeniem, nie możemy używać rezultatów tych bazujących na dużej liczbie danych badań ani jako dokładnych szacunków występowania problemów związanych z krzywdzeniem u dzieci trafiających do placówek ochrony zdrowia, ani też obaw rozpoznanych w tychże placówkach. Jednakże badania oparte na kodach związanych z krzywdzeniem mogą być stosowane jako **minimalny** szacunek obaw i problemów. Mówią nam one o tym, że rozpoznawanie jest bezdyskusyjnie niższe od optymalnego, ale że w kategoriach absolutnych istnieje znaczna liczba dzieci, których problemy związane z krzywdzeniem są już znane profesjonalistom pracującym w ramach podstawowej i drugorzędowej (specjalistycznej) opieki zdrowotnej. To nasuwa pytanie: jak pracownicy ochrony zdrowia reagują na te dzieci? I jak można te reakcje/działania poprawić?

### Część 3. Działania podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia

Polityka i badania kreślą wizerunek pracowników ochrony zdrowia jako odgrywających przede wszystkim rolę „sygnalisty” (*sentinel*) (Tompsett i in., 2010), rozpoznającego krzywdzenie i odsyłającego takie przypadki do instytucji zajmujących się pomocą społeczną dla dzieci (Daniel i in., 2011; Woodman i in. w druku). Choć w Wielkiej Brytanii nie ma obowiązku zgłaszania przypadków krzywdzenia dzieci, tak jak jest to w Kanadzie, Nowej Zelandii czy Australii (Gilbert i in., 2012), ta strażnicza rola jest chroniona w ustawowych wytycznych: brytyjscy pracownicy ochrony zdrowia są odpowiedzialni za odpowiednie zgłoszenia do instytucji pomocy społecznej ds. dzieci (HM Government 2013). Wśród ustawowych obowiązków spoczywających na profesjonalistach z obszaru opieki zdrowotnej znajduje się również rola „gracza zespołu interdyscyplinarnego” (*multi-agency team player*) (Tompsett i in., 2010) – odpowiedzialność za wspieranie procedur pomocy społecznej oraz rola „strażnika bramy” (*gatekeeper*) – **otwieranie na inne instytucje i dzielenie się z nimi odpowiednimi informacjami (HM Government 2008, 2013).**

Historycznie rzecz biorąc, wysiłki podejmowane w celu zwiększenia zasięgu pomocy wobec dużej grupy dzieci z problemami związanymi z krzywdzeniem, które tej pomocy nie otrzymują, koncentrowały się na zwiększeniu rozpoznawalności krzywdzenia przez profesjonalistów spoza pomocy społecznej, w tym pracowników ochrony zdrowia. Jednakże coraz częściej zwraca się uwagę na to, by progi dla podjęcia interwencji przez pomoc społeczną ds. dzieci podwyższyły się w odpowiedzi na zwiększoną liczbę skierowań, przy braku dodatkowych zasobów – jak opisano to w części 1 (Davies i Ward, 2012; Mansell, 2006). **Wysokie progi, których osiągnięcie pozwala na zapewnienie usług pomocowych, zniechęcają do odsyłania podejrzanych przypadków,**

**ponieważ (spozstrzegane) korzyści z tym związane nie przewyższają (spozstrzeganego) zagrożenia dla relacji pacjent–lekarz lub dla rodziny. Również przeładowanie instytucji może samo w sobie osłabić udzielaną pomoc, w miarę jak uwaga zostaje przekierowana na ocenę (diagnozę), a nie na interwencję, zwłaszcza tam, gdzie istnieje obowiązek zgłaszania (Mansell, 2006).**

Podobnie jak w kwestii niepełnego rejestrowania niepokojących przypadków, problem niedostatecznego podejmowania interwencji jest prawdopodobnie najbardziej wyraźny w odniesieniu do podejrzeń występowania przemocy emocjonalnej i zaniedbywania, które są (postrzegane jako) mniej prawdopodobne, by spełnić kryteria otrzymania pomocy, niż podejrzania przemocy fizycznej i seksualnej, jak opisano to w części 1 (Daniel i in., 2011; Trocme i in., 2011). Z tych właśnie powodów naukowcy zaczęli przekonywać, że słabe objęcie pomocą dzieci krzywdzonych jest determinowane w takim samym stopniu aktualnie dostępnymi działaniami, jak niedostatecznym rozpoznawaniem właściwych problemów (Daniel i in., 2011; Gilbert i in., 2009a). Przy takiej zmianie myślenia, uwaga w obszarze polityki i badań przesunęła się ku działaniom podejmowanym przez instytucje ochrony zdrowia, które mogą być podjęte przed lub równoległe ze skierowaniem do pomocy społecznej zajmującej się dziećmi: będziemy je nazywać „bezpośrednimi reakcjami/działaniami”. Choć pojawiały się głosy, że ogólnodostępne instytucje powinny reagować bezpośrednio na dzieci, których przypadki umiejscowione są blisko lub znajdujące się pod progiem pojęcia „znaczącej szkody” (Daniel i in., 2011), niejasne jest to, jak w praktyce miałyby wyglądać owe bezpośrednie reakcje. W kolejnej części nawiązujemy do wytycznych dla pracowników ochrony zdrowia oraz do aktualnej praktyki, aby opisać niektóre przykłady bezpośrednich reakcji w warunkach opieki zdrowotnej.

### *Wytyczne dotyczące bezpośrednich reakcji podejmowanych przez pracowników ochrony zdrowia*

Wytyczne pochodzące z różnych ciał zajmujących się opieką zdrowotną w Wielkiej Brytanii rekomendują pewne bezpośrednie reakcje ze strony pracowników ochrony zdrowia: zapisywanie przypadków budzących niepokój, omawianie ich ze współpracownikami, zbieranie dalszych informacji oraz powtórne badanie dziecka (General Medical Council 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence 2009b). Te bezpośrednie reakcje są przedstawione jako sposób monitorowania problemów oraz prowadzenia ciągłej oceny zagrożenia, aby na tej podstawie podejmować decyzje na temat tego, czy dzieci powinny zostać skierowane do odpowiednich instytucji pomocy społecznej. Ustawowe wytyczne w Anglii stwierdzają, że lekarze pierwszego kontaktu mogą przejąć rolę „prowadzącego specjalisty” w odniesieniu do dzieci, które znajdują się poniżej progu skierowania do pomocy społecznej ds. dzieci, rolę, która wiąże się ze „wspieraniem rodziny, pełnieniem roli adwokata/rzecznika oraz koordynowaniem różnych form wsparcia” (HM Government 2013).

Wytyczne dotyczące odnotowywania niepokojących przypadków są zdecydowanie najbardziej szczegółowe: pracownicy ochrony zdrowia powinni zapisywać wszelkie obawy dotyczące krzywdzenia w karcie rodzica **oraz** dziecka (jeśli mają dostęp do obu), w tym „mniej znaczące obawy”, które nie przekraczają progów skierowania do pomocy społecznej ds. dzieci (General Medical Council 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence 2009b). W dokumentacji powinny zostać zapisane istotne informacje kliniczne, podjęte decyzje, działania, jakiegokolwiek informacje dzielone z innymi profesjonalistami oraz rozmowy z dzieckiem i rodzicami, i powinna ona być sporządzona tak szybko po wzbudzającej niepokój sytuacji, jak to możliwe (General Medical Council 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence 2009b).

Rekomendacje stworzone z użyciem danych empirycznych przy konsensusie profesjonalistów oraz te, które są popierane przez the Royal College of GPs (Królewska Akademia Lekarzy Rodzinnych), zachęcają lekarzy pierwszego kontaktu do tego, by zaznaczali niepokojące przypadki (jako minimum) przy użyciu pojedynczego kodu: „powód do niepokoju” (Woodman i in., 2012a). Takie podejście zostało stworzone po to, aby uczynić dzieci „wyszukiwalnymi” w systemie oraz by zminimalizować ryzyko zniechęcenia lekarzy rodzinnych skomplikowanymi wymogami związanymi z dokumentowaniem (Woodman i in., 2012a). Choć z badań obejmujących rutynowe dane dysponujemy znaczną liczbą dowodów na to, że pracownicy ochrony zdrowia odnotowują podejrzenia przypadków krzywdzenia, to do dziś nie dysponujemy informacjami na temat tego, jaki jest wpływ tego dokumentowania. Dokumentowanie samo w sobie raczej nie poprawi sytuacji dziecka i rodziny, a faktycznie może wręcz być szkodliwe poprzez stygmatyzację, zaburzenie relacji lekarz-pacjent i/lub zniechęcić rodziny do korzystania z pomocy (Canvin i in., 2007; Woodman i in., 2012a, 2013). Potrzebujemy badań sprawdzających, czy (i w jaki sposób) dokumentowanie zmienia zachowanie klinicysty oraz czy (i w jaki sposób) skutkuje korzyścią lub szkodą dla dziecka i rodziny.

Polityka i wytyczne są znacznie mniej jasne w odniesieniu do tego, w jaki sposób rola monitorowania, wspierania, koordynowania i rzecznictwa może w praktyce działać u lekarzy. Jednakże badania jakościowe z udziałem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, przeprowadzone w Anglii i Holandii, sugerują, że ta rola jest już akceptowana i w jakiejś formie odgrywana, przynajmniej przez niektórych z opisywanych profesjonalistów, w niektórych warunkach (Schols i in., 2013; Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013).

Najwcześniejszym spośród trzech istotnych badań dotyczących opieki podstawowej (Tompsett i in., 2010) objęto 96 lekarzy rodzinnych/pierwszego kontaktu oraz przeprowadzono pogłębione wywiady

z 14 lekarzami rodzinnymi i 19 osobami personelu poziomu strategicznego z dwóch trustów ds. podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Trusts) oraz lokalnych rad ds. ochrony dzieci (Local Safeguarding Children Boards), trzy grupy fokusowe z udziałem młodzieży, młodych matek oraz grupy złożonej z mniejszości etnicznej; a także konsensus Delhi dotyczący zasad przewodnich dla lekarzy rodzinnych dotyczących ochrony/zabezpieczenia dzieci (z udziałem 25 ekspertów)<sup>7</sup>. Dane były zbierane w Anglii między rokiem 2006 a 2007. Badanie to wyróżniło cztery (niewykluczające się wzajemnie) role, które mogą przyjąć *lekarze rodzinni wobec dzieci krzywdzonych*: „zawiadujący sprawą” (*case-holder*), „sygnalista” (*sentinel*), „strażnik bramy” (*gatekeeper*) oraz „gracz zespołu interdyscyplinarnego” (*multi-agency team player*) (Tompsett i in., 2010).

1. **Zawiadujący sprawą:** lekarz rodzinny ma ciągłą relację z rodziną przed, w trakcie i po skierowaniu do pomocy społecznej ds. dzieci. Ta rola bazuje na dobrowolnym ujawnieniu informacji oraz zbudowaniu, wraz z upływem czasu, zaufania w relacji z rodzicami.
2. **Sygnalista:** lekarz rodzinny rozpoznaje krzywdzenie dziecka i kieruje tę informację do pomocy społecznej ds. dzieci lub innych placówek/instytucji.
3. **Strażnik bramy:** lekarz rodzinny otwierając sprawę, przekazuje informacje innym instytucjom, tak by mogły one podjąć decyzje dotyczące dostępu do usług pomocowych.

---

<sup>7</sup> Konsensus Delphi to proces komunikacji grupowej, mający na celu osiągnięcie zbieżności opinii w specyficznej, istniejącej w rzeczywistości sprawie, przy zastosowaniu serii kwestionariuszy, przeprowadzonych z użyciem wielu powtórzeń, aby zebrać dane od panelu ekspertów.

4. **Gracz zespołu interdyscyplinarnego:** lekarz rodzinny jest przez cały czas zaangażowany we współpracę z innymi profesjonalistami poza własną pracą. Ta rola jest wypełniana, gdy lekarz rodzinny aktywnie włącza się w procedury ochrony dzieci podejmowane przez pomoc społeczną.

Spośród tych czterech ról, zawiadujący sprawą jest jedyną, która uwzględniała bezpośrednie reakcje wobec dzieci, a w badaniu niewiele jest dalszych szczegółów na temat natury „ciągłego” zaangażowania w sprawy rodzin. Zgodnie z nieobecnością w polityce w Wielkiej Brytanii roli właściciela sprawy dla pracowników ochrony zdrowia, była to rola, którą rozpoznawała większość lekarzy rodzinnych, ale już nie inni profesjonalści uczestniczący w badaniu (Tompsett i in., 2010). Mogło to być spowodowane tym, że dane te były zbierane przed wdrożeniem Wspólnego Schematu Oceny (the Common Assessment Framework) (Childrens Workforce Development Council 2009), choć wczesna ocena oraz działania pomocowe prowadzone przez profesjonalistów niebędących pracownikami socjalnymi nie są przeznaczone do stosowania wobec dzieci, które spełniają kryteria przekroczenia progu pojęcia „dzieci w potrzebie” (HM Government 2013).

Drugie badanie, przeprowadzone przez Woodman i in., opierało się na wywiadach z lat 2010–2011, z udziałem lekarzy rodzinnych (N=14), pielęgniarek (N=2) oraz pielęgniarek środowiskowych (N=2) z czterech eksperckich placówek w Anglii. W badaniu wyróżniono cztery bezpośrednio reakcje na obawy związane z krzywdzeniem w aktualnej praktyce (monitorowanie, rzecznictwo, coaching oraz stosowna opieka zdrowotna), jak również praktyki dokumentowania i kierowania do innych instytucji oraz współpraca z nimi (Woodman i in., 2013):

1. **Monitorowanie:** utrzymywanie „baczego oka” na rodzinie oraz bycie „nieco bardziej czujnym”.

2. **Rzecznictwo:** „musisz stanąć w obronie i wołać o pomoc dla innych” (zgłaszanie sprawy innym instytucjom w imieniu pacjenta).
3. **Coaching:** aktywizowanie rodziców poprzez próby zmiany sposobu myślenia, wzięcia odpowiedzialności za własne problemy oraz, ostatecznie, zmianę zachowań.
4. **Stosowna opieka zdrowotna:** zapewnianie (pominiętej) rutynowej i profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci podczas konsultacji prowadzonych z innych powodów.

Rezultaty tych dwóch badań są zadziwiająco spójne (Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013), podobnie jak wyniki holenderskiego badania, opartego na trzech grupach fokusowych z udziałem pielęgniarek pediatrycznych zatrudnionych w ramach państwowej ochrony zdrowia (N=11) oraz lekarzy z państwowej ochrony zdrowia dla dzieci (N=6) w latach 2009–2010 (Schols i in., 2013). Cztery bezpośrednie reakcje opisane przez Woodman i in. mogą być spostrzegane jako składowe roli **zawia-  
dującego sprawą**, którą opisali Tompsett i in., a strategie podejmowane w ramach pełnienia tej roli, wyróżnione Woodman i in. oraz Schols i in., pokrywają się ze sobą i uwzględniają: wizyty domowe, ponowne zapraszanie rodziny do przychodni, dyskusje ze współpracownikami (Schols i in., 2013; Woodman i in., 2013), w tym zebrania zespołów interdyscyplinarnych, budowanie relacji i powiązań z innymi specjalistami z obszaru zdrowia (monitorowanie i stosowna opieka zdrowotna) oraz inwestowanie w relacje z rodzinami (rzecznictwo i coaching) (Woodman i in., 2013). W tych trzech badaniach lekarze opisywali, jak budują relację z rodzicami, aby utrzymać chęć korzystania przez rodziny z podstawowej opieki zdrowotnej oraz skłonić rodziców do przyjmowania wsparcia lub rady (Schols i in., 2013; Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013). Zdawali sobie również sprawę z tego, że polegają na relacjach z rodzica-



mi, dalszymi członkami rodziny i innymi profesjonalistami (szczególnie pielęgniarkami środowiskowymi w Wielkiej Brytanii), aby utrzymać dostęp do informacji niezbędnych do dokładnej oceny ryzyka (Schols i in., 2013; Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013).

Jeśli chodzi o warunki opieki drugorzędowej (specjalistycznej), mamy informacje o tym, że zebrania zespołów interdyscyplinarnych są wykorzystywane do tego, aby wprowadzić w życie rolę **zawiadującego sprawą**, co umożliwi bezpośrednie reakcje na budzące niepokój sprawy związane z krzywdzeniem. Na oddziałach ratunkowych w Amsterdamie funkcjonuje polityka proponowania pomocy ze strony interdyscyplinarnego zespołu (w którym znajduje się pediatra, pracownik socjalny, psycholog dziecięcy i/lub pielęgniarka) rodzicom nadużywającym substancji, z doświadczeniem przemocy domowej lub po próbach samobójczych (Hoytema van Konijnenburg i in., 2013). W badaniu dotyczącym dwóch pierwszych lat obowiązywania tej polityki (2010–2012), większość rodziców (73%), którzy byli skierowani do interdyscyplinarnego zespołu szpitalnego, korzystało z tej dobrowolnej pomocy. Rodzice otrzymywali poradnictwo dotyczące konsekwencji, jakie ich zachowania mogą mieć dla dzieci, oferowano też terapię dla rodzica, dziecka lub jednych i drugich, równoległe z interwencjami mającymi poprawić interakcję rodzic–dziecko i/lub prośby o wzmocnienie już istniejących interwencji przez instytucje pomocy społecznej ds. dzieci (Hoytema van Konijnenburg i in., 2013).

Na niektórych pediatrycznych oddziałach szpitalnych w Wielkiej Brytanii regularnie spotykają się podobne zespoły interdyscyplinarne, w skład których wchodzi szpitalny pracownik socjalny, i omawiają one przypadki dzieci, które wzbudzają niepokój związany z możliwym ich krzywdzeniem oraz ogólnie – brakiem ich dobrostanu (Kugler i in., 2012). Cel zebrań zespołu został opisany jako dzielenie się informacjami i podejmowanie decyzji (Kugler i in., 2012), choć prawdopodobnie, podobnie jak w holenderskim przypadku, profesjonaliści wspierają

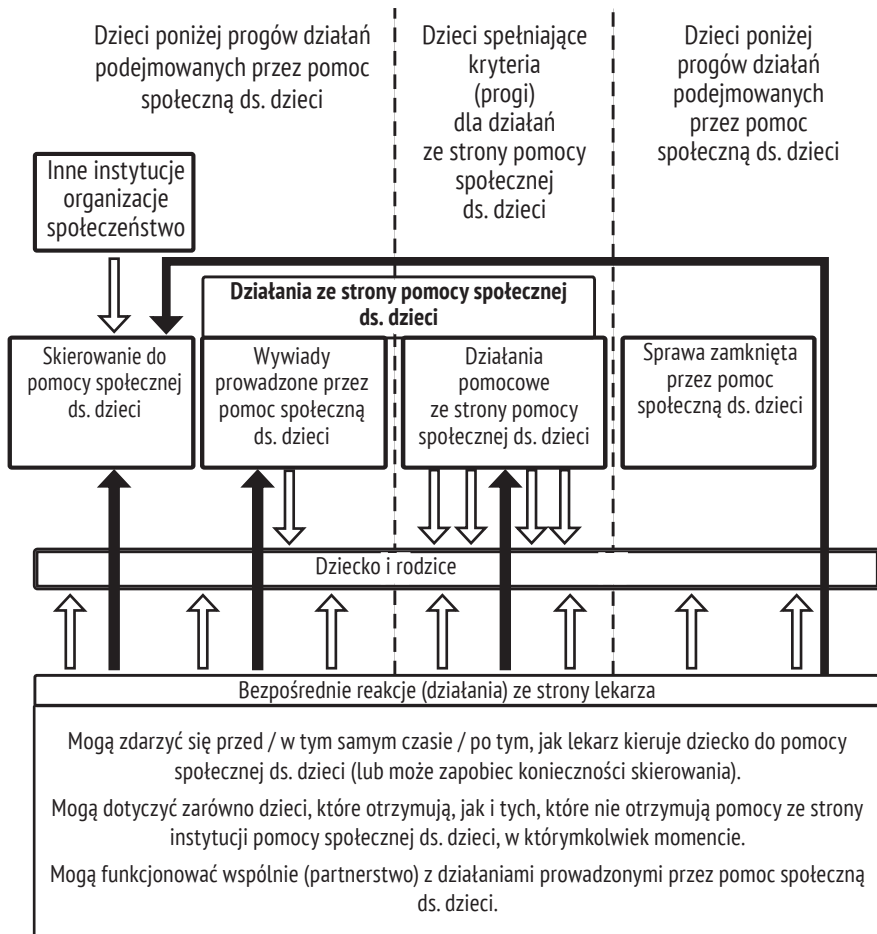
również rodziny oraz interweniują np. poprzez ułatwianie dostępu do szpitalnej pomocy z zakresu zdrowia psychicznego i/lub występowanie w roli rzecznika pacjenta w staraniach o pomoc związaną z uzyskaniem mieszkania lub wsparcia dla imigrantów (Kugler i in., 2012). Dodatkowo pracownik socjalny może przeprowadzić działania zgodne z ustawową odpowiedzialnością.

Podsumowując, istnieją dowody na to, że bezpośrednio reagowanie na przypadki podejrzenia krzywdzenia stanowią już część aktualnej praktyki w niektórych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz placówkach szpitalnych. Sugeruje się, że – przynajmniej w odniesieniu do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – te bezpośrednie reakcje wykorzystują podstawowe umiejętności kliniczne, a zatem mogą być powszechnie zastosowane w odniesieniu do wszystkich pacjentów, w tym tych, którzy być może są krzywdzeni (Hoytema van Konijnenburg i in., 2013; Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013). W oparciu o to, co wiemy na temat aktualnej praktyki w ramach placówek ochrony zdrowia w kontekście systemu ochrony dzieci, sugerujemy, że bezpośrednio reakcje muszą oferować lekarzom różnorodne działania, wśród których mogą znajdować się: budowanie poczucia wartości rodzica lub jego umiejętności wychowawczych, poparcie w innych instytucjach pomocowych, np. w sprawie poprawy warunków mieszkaniowych lub też kontynuacja wsparcia i monitorowania rodziny z wykorzystaniem silnej relacji rodzic–lekarz. W badaniach dotyczących aktualnej praktyki bezpośrednie reakcje odnosiły się do heterogenicznej populacji, w tym do rodzin, w których występowały rodzicielskie czynniki ryzyka lub szkodliwe interakcje, aż po rodziny, w których dochodziło do krzywdzenia dzieci.

Jak pokazano na rysunku 3.4, przewidujemy, że bezpośrednie reakcje/działania mogą się pojawić przed skierowaniem sprawy do pomocy społecznej ds. dzieci w przypadkach związanych z niższym ryzykiem (i, miejmy nadzieję, zapobiec potrzebie takiego zgłoszenia) lub też jednocześnie ze skierowaniem do pomocy społecznej i równoległe do usług

proponowanych przez te instytucje. Partnerstwo pomiędzy pomocą społeczną ds. dzieci a innymi instytucjami, w tym ochroną zdrowia, jest spójne z podejściem zdrowia publicznego w swoim potencjale do pokonania obecnych barier w podejmowaniu konkretnych działań/reakcji wobec dzieci znajdujących się pośrodku kontinuum dobra dziecka. Jednakże, w kontekście rozłączności pomiędzy działaniami instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, istnieje możliwość, że działania podejmowane w partnerstwie pomiędzy lekarzami rodzinnymi i pomocą społeczną ds. dzieci będą wymagały zmian systemowych i/lub zmiany podejścia (Tompsett i in., 2010; Woodman i in., 2013).

„Bezpośrednie” (**pierwszoliniowe, zróżnicowane**) reakcje ze strony pracowników ochrony zdrowia mogą być sposobem na zminimalizowanie potencjalnej szkodliwości obecnych systemów, które mogą umieścić rodziny na ścieżce sądowej prowadzącej do przymusowych interwencji lub które nie zapewniają kontynuacji pomocy bądź usług dla tych, którzy znaleźli się pod progiem pojęcia krzywdzenia (jak wyjaśniono w części 1). Bezpośrednie reakcje mogą również przyczynić się do lepszych efektów poprzez zmianę nastawienia/zachowania rodziców (np. w odniesieniu do picia alkoholu) i/lub poprawę interakcji rodzic–dziecko. Z drugiej strony, niezbędne jest, aby bezpośrednie działania podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia nie powodowały szkód dla dzieci lub rodziny. Argumentuje się, że pracownicy ochrony zdrowia nie mają dostatecznej wiedzy lub zasobów, w tym czasu i chęci, aby w bezpieczny sposób przyjąć na siebie rolę **zawiadującego sprawą** w odniesieniu do rodzin podejrzanych o krzywdzenie dzieci (Fitzpatrick, 2011; Masters, 2012), oraz że taka rola może zniechęcać rodziny do korzystania z usług ochrony zdrowia (Canvin i in., 2007; Woodman i in., 2013). Musimy wiedzieć, czy bezpośrednie reakcje, które już mają miejsce w niektórych placówkach ochrony zdrowia nie powodują szkód. Musimy również ocenić, czy bezpośrednie reakcje mogą poprawić efekty u dzieci i rodzin, u których istnieje podejrzenie krzywdzenia.



*Rysunek 3.4 Bezpośrednie reakcje pracowników ochrony zdrowia w odniesieniu do działań podejmowanych przez pomoc społeczną ds. dzieci*

## **Część 4. Dowody z badań dotyczących bezpośrednich reakcji/działań podejmowanych przez pracowników ochrony zdrowia**

Dysponujemy bardzo ograniczoną liczbą dowodów z badań, które mogłyby pomóc nam ocenić bilans szkód i korzyści bezpośrednich reakcji na sygnały związane z krzywdzeniem w ramach podstawowej oraz specjalistycznej (długoterminowej) opieki zdrowotnej. Znamy jedynie trzy stosowne interwencje, które zostały poddane ewaluacji przy użyciu zrandomizowanych badań kontrolnych (RCTs). Jedno z tych badań miało na celu poprawę rozpoznawania i reagowania na krzywdzenie dzieci w rodzinach wysokiego i niskiego ryzyka w ramach placówek podstawowej opieki pediatrycznej w USA: nosiło ono nazwę „Bezpieczne środowisko dla każdego dziecka” – Safe environment for every kid (w skrócie badanie SEEK). Dwa kolejne RCTs odnosiły się do interwencji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, podejmowanych wobec kobiet cierpiących z powodu przemocy domowej, ale uwzględniały bezpośrednie podejścia, które odnoszą się również do krzywdzenia dzieci: były to badania pn. „Rozpoznawanie i kierowanie dla poprawy bezpieczeństwa”/ Identification and referral to improve safety (IRIS) oraz „Oceny kobiet dotyczące opieki związanej z doświadczaną przemocą w ramach praktyki/medycyny ogólnej”/ Womens evaluation of abuse and violence care in general practice (WEAVE).

W badaniu SEEK stwierdzono ograniczenie krzywdzenia dzieci w próbie wysokiego ryzyka (mierzone jako korzystanie z pomocy instytucji zajmujących się ochroną dzieci, problemy medyczne związane z możliwym zaniedbywaniem oraz samodzielne zgłoszenia fizycznego ataku na dziecko dokonanego przez rodziców) oraz obniżony poziom agresji psychologicznej i niewielkich fizycznych ataków wobec dzieci, wówczas gdy badano inną próbę matek relatywnie niskiego ryzyka (Dubowitz i in., 2009, 2011, 2012). Na interwencję składały się: szkolenie

lekarzy w rozpoznawaniu rodzicielskich czynników ryzyka związanych z krzywdzeniem, stosowanie technik dialogu motywującego (*motivational interviewing*) w kontakcie z rodzinami, kierowanie rodzin do lokalnych placówek pomocowych oraz zapewnienie lekarzom dostępu do miejscowego pracownika socjalnego. Po szkoleniu lekarze odczuwali większy komfort i pewność w rozpoznawaniu i reagowaniu na rodzicielskie czynniki ryzyka związane z krzywdzeniem, a ponadto wyszkoleni lekarze byli korzystnie postrzegani przez pacjentów (Feigelman i in., 2011). Badanie to niestety miało ograniczenia metodologiczne, w tym duży spadek liczby osób, które wzięły udział w badaniu *follow-up* (20%) oraz brak analizy zgodnej z zaplanowanym leczeniem ITT (*intention-to-treat analysis*).

W badaniu IRIS ewaluacji poddano szkolenie wraz z interwencją, wspierającą skierowaną do kobiet doświadczających przemocy domowej, w ramach praktyki ogólnej w dwóch trustach podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Trusts – PCTs) w Anglii. Program interwencyjny uwzględniał sesje szkoleniowe oparte na praktycznych przykładach, przypomnienie w dokumentacji medycznej o tym, by zapytać o przemoc domową oraz ścieżkę kierowania do adwokata zajmującego się przemocą domową, który również prowadził szkolenie i dalsze konsultacje dla lekarzy rodzinnych (Feder i in., 2011). W badaniu IRIS skierowania traktowano jako główną miarę efektu działania i stwierdzono znacznie podwyższony w ramach działań interwencyjnych wskaźnik skierowań do specjalistycznej placówki adwokackiej (wskaźnik częstości występowania: 22,1 – 95% CI 11,5, 42,5) oraz do dwóch innych specjalistycznych placówek zajmujących się przemocą domową (wskaźnik częstości występowania: 6,4 – 95% CI 4,2, 10,0) (Feder i in., 2011). Jednakże w kategoriach absolutnych, wzrost liczby skierowań był tak niewielki, by mógł być w jakikolwiek sposób istotny klinicznie (wzrost z 0,03% do 0,04% spośród wszystkich kobiet), zaś inni badacze kwestionują to, czy wzrost liczby skierowań rzeczywiście oznacza poprawę w zakresie usług

i/lub efektów dla kobiet (Hegarty i Glasziou, 2011). Analiza efektywności kosztów tej próby była bardzo niepewna: przedziały ufności (CI) wskazują na możliwy koszt społeczny w wysokości nawet 136 funtów na kobietę lub społeczną oszczędność do 178 funtów na kobietę w ciągu roku (Devine i in., 2012). W żadnej z publikacji odnoszących się do badania IRIS nie ma wzmianki o dzieciach ani ich zabezpieczeniu.

Podobne badanie, przeprowadzone w Australii (WEAVE), dotyczyło ewaluacji szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie rozpoznawania przemocy domowej oraz prowadzenia 30-minutowych sesji poradniczych dotyczących emocji i relacji dla kobiet, u których stwierdzono doświadczenie przemocy domowej. W tej próbie nie stwierdzono żadnych różnic pomiędzy grupą objętą interwencją a grupą kontrolną w zakresie jakości życia, planowania i zachowań zabezpieczających ani zdrowia psychicznego 12 miesięcy po interwencji. Rozpoznanie przez lekarza rodzinnego kwestii bezpieczeństwa dzieci było wyższe w grupie objętej interwencją w okresie sześciu miesięcy po interwencji (iloraz szans: 5,1 (95% CI 1,9, 14,0)), nie wiemy jednak, czy miało to jakikolwiek wpływ na kobiety lub ich dzieci (Hegarty i in., 2010, 2012).

Elementy roli właściciela sprawy związane z „coachingiem” i „rzecznictwem”, opisane przez Woodman i in. (2013), dzielą właściwości z komponentem wywiadu motywującego oraz rzecznictwa prób SEEK, IRIS i WEAVE. Choć na podstawie tych badań nie można jasno stwierdzić, czy dialog motywujący poprawia (lub wpływa negatywnie na) efekty u dzieci i rodzin, rezultaty z próby SEEK są obiecujące. Te trzy badania, rozpatrywane łącznie, sugerują, że dialog motywujący może stanowić możliwą „bezpośrednią reakcję” w ramach podstawowej opieki. Możliwe, że jakikolwiek pozytywny wpływ jest większy w tym podzbiorze pacjentów, którzy aktywnie poszukują pomocy (Feder i in., 2009; Hoytema van Konijnenburg i in., 2013; Woodman i in., 2013). Jednakże uzyskanie u pacjentów zmiany w zakresie nastawienia lub zachowania poprzez coaching jest zadaniem wymagającym dużych

umiejętności i zostało przez lekarzy rodzinnych opisane jako „jedno z najtrudniejszych aspektów praktyki” (Blakeman i in., 2010). Lekarze rodzinni dostrzegają, że coaching może wywołać wycofanie pacjenta i/lub unikanie korzystania z pomocy, jeśli jest podjęty przy braku silnej relacji lekarz–pacjent lub przy niedostatecznych umiejętnościach (Blakeman i in., 2010; Schols i in., 2013; Woodman i in., 2013). Dane dotyczące pakietów szkoleniowych dla klinicystów w szpitalach oraz równoczesnego umieszczania w szpitalach pracowników socjalnych podobnie są dalekie od rozstrzygających, ale uzasadniają dalszą ewaluację.

### *Podsumowanie*

Aktualna brytyjska polityka i wytyczne dotyczące rozpoznawania przez pracowników ochrony zdrowia sytuacji podejrzenia krzywdzenia są spójne z profilaktycznym podejściem w ramach zdrowia publicznego i mamy dowody na stosowanie tego podejścia w obecnej praktyce, przynajmniej w niektórych placówkach podstawowej i specjalistycznej (pierwszo- i drugorzędowej) opieki zdrowotnej. Choć niewątpliwie można by poprawić rozpoznawanie przypadków podejrzenia krzywdzenia, mamy już znaczącą liczbę dzieci, które są rozpoznane jako potencjalnie krzywdzone w warunkach opieki podstawowej i drugorzędowej. W kontekście dużej liczby dzieci krzywdzonych, które wzbudzają niepokój, ale znajdują się poniżej progu dla przeprowadzenia wywiadu lub podjęcia interwencji przez pomoc społeczną ds. dzieci, nie ma sensu, aby kierowanie do pomocy społecznej było **jedyną** reakcją dostępną dla pracowników ochrony zdrowia.

Istnieją dane potwierdzające, że niektórzy pracownicy ochrony zdrowia w niektórych placówkach przyjmują bardziej profilaktyczne podejście zdrowia publicznego poprzez podjęcie bezpośrednich działań wobec dzieci i rodzin. Są to m.in. monitorowanie, coaching (dialog motywujący), rzecznictwo oraz zapewnienie stosownej opieki zdrowotnej,



które opierają się na mocnych relacjach z kolegami różnych specjalności (interdyscyplinarnych) oraz silnej relacji lekarz–pacjent. Brakuje informacji na temat korzyści lub szkodliwości tych bezpośrednich reakcji. Stanowią one jednak obiecujące drogi do dalszej eksploracji. Być może okaże się, że bezpośrednie reakcje/działania są najbardziej odpowiednie dla specyficznych grup, takich jak rodziny poszukujące pomocy, dzieci, co do których występują podejrzenia zaniedbywania lub przemocy emocjonalnej albo dzieci, które są „marginalnie krzywdzone.” Aby uniknąć możliwej sytuacji, w której bezpośrednie reakcje wzmacniają niebezpieczny efekt „silosu”, konieczne jest wypracowanie współpracy międzyinstytucjonalnej, która może uwzględniać działania podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia. Potrzebne są badania na temat tego, w jaki sposób bezpośrednie reakcje mogą działać w symbiozie ze Wspólnym Schematem Oceny – the Common Assessment Framework Common Assessment Framework (Childrens Workforce Development Council 2009), który jest stworzony po to, aby ułatwić współpracę międzyinstytucjonalną oraz dostęp do pomocy dla dzieci, które nie spełniają kryteriów dla dzieci w potrzebie, w tym tych cierpiących z powodu znaczącego krzywdzenia (lub prawdopodobnie istotnego krzywdzenia). Bezpośrednie reakcje już stosowane w praktyce muszą zostać poddane właściwej ewaluacji, aby stwierdzić, czy przynoszą one więcej dobrego niż złego oraz kto odczuwa ich efekt.

## Podziękowania

W niniejszym rozdziale uwzględniono badania dofinansowane w ramach interdyscyplinarnego stypendium MRC/ESRC dla Jenny Woodman przez Departament Zdrowia (Department of Health, The Policy Research Unit in the Health of Children, Young People and Families).

## Uwagi

Niektóre spośród kluczowych pojęć i danych zawartych w tym rozdziale były najpierw zaprezentowane w naszych wcześniejszych publikacjach:

Woodman, J., Woolley, A., Gilbert, R., Rafi, I. *i in.*, (w druku) *Policy, Practice and Public Perspectives on the Role of GPs in Safeguarding Children: A Collaborative Study Involving UCL-Institute of Child Health, the RCGP, the University of Surrey and the NSPCC*. London: NSPCC.

Gonzalez-Izquierdo, A., Ward, A., Smith, P., Walford, C. *i in.*, (w druku) Notifications for child safeguarding from an acute hospital in response to presentations to healthcare by parents. *Child: Care, Health and Development*.

Gonzalez-Izquierdo, A., Cortina-Borja, M., Woodman, J., Mok, J. *i in.*, (under review) Maltreatment or violence-related injury in children and adolescents admitted to the NHS: Comparison of trends in England and Scotland between 2005 and 2011. *BMJ Open*.

Woodman, J., Gilbert, R., Allister, J., Glaser, D. and Brandon, M. (2013) Responses to concerns about child maltreatment: A qualitative study of GPs in England. *BMJ Open* 3, 12.

Gonzalez-Izquierdo, A., Ward, A., O'Donnell, M., Li, L. *i in.*, (2013) Crosscountry comparison of victimisation-related injury admission in children and adolescents in England and Western Australia. *BMC Health Services Reserach* 13, 1, 260.

Woodman, J. and Gilbert, R. (2013) Child maltreatment: Moving towards a public health approach. *Growing up in the UK II*. London: BMA.

Gilbert, R., Woodman, J. and Logan, S. (2012) Developing services for a public health approach to child maltreatment. *International Journal of Childrens Rights* 20, 3, 323–342.

Woodman, J., Allister, J., Rafi, I., de Lusignan, S. *i in.*, (2012) Simple approaches to improve recording of concerns about child maltreatment in primary care records: Developing a quality improvement intervention. *British Journal of General Practice* 62, 600, e478–e486.

- Woodman, J., Freemantle, N., Allister, J., de Lusignan, S., Gilbert, R. and Petersen, I. (2012) Variation in recorded child maltreatment concerns in UK primary care records: A cohort study using The Health Improvement Network (THIN) database. *PLOS ONE* 7, 11, 1–9.
- Gilbert, R., Fluke, J., O'Donnell, M., Gonzalez-Izquierdo, A. *i in.*, (2012) Child maltreatment: Variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 379, 9817, 758–772.
- Lee, J.J., Gonzalez-Izquierdo, A. and Gilbert, R. (2012) Risk of maltreatment-related injury: A cross-sectional study of children under five years old admitted to hospital with a head or neck injury or fracture. *PLOS ONE* 7, 10, e46522.
- Kugler, B., Woodman, J., Carroll, J., Fertleman, C. and Gilbert, R. (2012) Child protection guidance needs to address parent behaviour. *Child: Care, Health and Development* 39, 5, 760–761.
- Rachamim, E., Hodes, D., Gilbert, R. and Jenkins, S. (2011) Pattern of hospital referrals of children at risk of maltreatment. *Emergency Medicine Journal* 28, 11, 952–954.
- Gonzalez-Izquierdo, A., Woodman, J., Copley, L., van der Meulen, J. *i in.*, (2010) Variation in recording of child maltreatment in administrative records of hospital admissions for injury in England, 1997–2009. *Archives of Disease in Childhood* 95, 11, 918–925.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P. *i in.*, (2009) Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 373, 9658, 67–80.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. and Janson, S. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373, 9657, 68–81.

## Bibliografia

- Barlow, J. and Calam, R. (2011) A public health approach to safeguarding in the 21st century. *Child Abuse Review* 20, 4, 238–255.
- Barlow, J. and Stewart-Brown, S. (2003) Why a universal population-level approach to the prevention of child abuse is essential. *Child Abuse Review* 12, 5, 279–281.
- Blakeman, T., Bower, P., Reeves, D. and Chew-Graham, C. (2010) Bringing self-management into clinical view: A qualitative study of long-term condition management in primary care consultations. *Chronic Illness* 6, 2, 136–150.
- Brandon, M. and Thoburn, J. (2008) Safeguarding children in the UK: A longitudinal study of services to children suffering or likely to suffer significant harm. *Child and Family Social Work* 13, 4, 365–377.
- Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Gardner, R. *i in.*, (2008) The preoccupation with thresholds in cases of child death or serious injury through abuse and neglect. *Child Abuse Review* 17, 5, 313–330.
- Brandon, M., Lewis, A. and Thoburn, J. (1996) The Children Act definition of significant harm – interpretations in practice. *Health & Social Care in the Community* 4, 1, 11–20.
- Brandon, M., Sidebotham, P., Bailey, S. and Belderson, P. (2011) *A Study of Recommendations Arising from Serious Case Reviews 2009–2010*. London: Department for Education.
- Broadhurst, K., Wastell, D., White, S., Hall, C. *i in.*, (2010) Performing initial assessment: Identifying the latent conditions for error at the front-door of local authority childrens services. *British Journal of Social Work* 40, 2, 352–370.
- Buckley, H., Carr, N. and Whelan, S. (2011) “Like walking on eggshells”: Service user views and expectations of the child protection system. *Child and Family Social Work* 16, 1, 101–110.
- Canvin, K., Jones, C., Marttila, A., Burstrom, B. and Whitehead, M. (2007) Can I risk using public services? Perceived consequences of seeking help and health care among households living in poverty: Qualitative study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 61, 11, 984–989.

- Child Welfare Information Gateway (2014) *Differential Response to Reports of Child Abuse and Neglect*. Washington DC: Child Welfare Information Gateway. Available at [www.childwelfare.gov/pubs/issue\\_briefs/differential\\_response/differential\\_responsea.cfm](http://www.childwelfare.gov/pubs/issue_briefs/differential_response/differential_responsea.cfm), accessed on 17 April 2014.
- Children Act 1989. London: Stationery Office.
- Children Act 2004. London: Stationery Office.
- Childrens Workforce Development Council (CWDC) (2009) *The Common Assessment Framework for Children and Young People: A Guide for Practitioners: Early Identification, Assessment of Needs and Intervention*. Available at [www.plymouth.gov.uk/caf\\_for\\_practitioners\\_national\\_guidance.pdf](http://www.plymouth.gov.uk/caf_for_practitioners_national_guidance.pdf), accessed on 17 April 2014.
- Community Care (2012) Social workers unlikely to act quickly on neglect cases. Sutton: Community Care. Available at [www.communitycare.co.uk/articles/27/09/2012/118548/social-workers-unlikely-to-act-quickly-on-neglect-cases.htm](http://www.communitycare.co.uk/articles/27/09/2012/118548/social-workers-unlikely-to-act-quickly-on-neglect-cases.htm), accessed on 17 April 2014.
- Community Care (2013) Community Care survey exposes how rising thresholds are leaving children in danger. Sutton: Community Care. Available at [www.communitycare.co.uk/2013/11/19/community-care-survey-exposes-rising-thresholds-leaving-children-danger/#.UqL4-fRdXA0](http://www.communitycare.co.uk/2013/11/19/community-care-survey-exposes-rising-thresholds-leaving-children-danger/#.UqL4-fRdXA0), accessed on 17 April 2014.
- Cossar, J., Brandon, M. and Jordan, P. (2011) *Dont Make Assumptions: Childrens and Young Peoples Views of the Child Protection System and Messages for Change*. London: Office of the Childrens Commissioner.
- Dale, P. (2004) "Like a fish in a bowl": Parents perceptions of child protection services. *Child Abuse Review* 13, 2, 137–157.
- Daniel, B., Taylor, J. and Scott, J. (2010) Recognition of neglect and early response: Overview of a systematic review of the literature. *Child and Family Social Work* 15, 2, 248–257.
- Daniel, B., Taylor, J. and Scott, J. (2011) *Recognizing and Helping the Neglected Child: Evidence-Based Practice for Assessment and Intervention*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Davies, C. and Ward, H. (2012) *Safeguarding Children across Services: Messages from Research on Identifying and Responding to Child Maltreatment*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Department for Education (2013) *Characteristics of Children in Need in England 2012–13*. London: Department for Education. Available at [www.gov.uk/government/collections/statistics-children-in-need](http://www.gov.uk/government/collections/statistics-children-in-need), accessed on 17 April 2014.
- Department of Health (1995) *Child Protection: Messages from Research*. London: HMSO.
- Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office (2000) *The Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: Stationery Office. Available at [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4014430.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014430.pdf), accessed on 17 April 2014.
- Department of Health, Home Office and Department for Education and Employment (1999) *Working Together to Safeguard Children*. London: Stationery Office.
- Devine, A., Spencer, A., Eldridge, S., Norman, R. and Feder, G. (2012) Costeffectiveness of Identification and Referral to Improve Safety (IRIS), a domestic violence training and support programme for primary care: A modelling study based on a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2, 3 e001008.
- Drake, B. (2013) Differential response: What to make of the existing research? A response to Hughes *in*., *Research on Social Work Practice* 23, 5, 539–544.
- Drake, B. and Jonson-Reid, M. (2007) A response to Melton based on the best available data. *Child Abuse and Neglect* 31, 4, 343–360.
- Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W. and Kim, J. (2009) Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics* 123, 3, 858–864.
- Dubowitz, H., Lane, W.G., Semiatin, J.N. and Magder, L.S. (2012) The SEEK model of pediatric primary care: Can child maltreatment be prevented in a low-risk population? *Academic Pediatrics* 12, 4, 259–268.

- Dubowitz, H., Lane, W.G., Semiatin, J.N., Magder, L.S., Venepally, M. and Jans, M. (2011) The Safe Environment for Every Kid model: Impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics* 127, 4, e962–970.
- Farmer, E. and Lutman, E. (2010) *Case Management and Outcomes for Neglected Children Returned to Their Parents: A Five Year Follow-Up Study*. London: Department for Children, Schools and Families.
- Feder, G., Davies, R.A., Baird, K., Dunne, D. *i in.*, (2011) Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: A cluster randomised controlled trial. *Lancet* 378, 9805, 1788–1795.
- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M. *i in.*, (2009) How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment* 13, iii–iv, xi–xiii, 1–113, 137–347.
- Feigelman, S., Dubowitz, H., Lane, W., Grube, L. and Kim, J. (2011) Training pediatric residents in a primary care clinic to help address psychosocial problems and prevent child maltreatment. *Academic Pediatrics* 11, 6, 474–480.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. and Hamby, S.L. (2009) Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* 124, 5, 1411–1423.
- Fitzpatrick, M. (2011) How to protect general practice from child protection. *British Journal of General Practice* 61, 588, 436.
- Forrester, D. and Harwin J. (2008) Parental substance misuse and child welfare: Outcomes for children two years after referral. *British Journal of Social Work* 38, 8, 1518–1535.
- Frameworks Institute (2013) *Mapping the gaps between expert and public understandings of child maltreatment*. Washington D.C.: Frameworks Institute. Available at <http://frameworksinstitute.org/pubs/mtg/childmaltreatment>, accessed on 11 November 2013.
- General Medical Council (2012) *Protecting Children and Young People: The Responsibilities of All Doctors*. London: GMC.

- Gilbert, R., Fluke, J., O'Donnell, M., Gonzalez-Izquierdo, A. *i in.*, (2012) Child maltreatment: Variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 379, 9817, 758–772.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P. *i in.*, (2009a) Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 373, 9658, 167–180.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. and Janson, S. (2009b) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373, 9657, 68–81.
- Gilbert, R., Woodman, J. and Logan, S. (2012) Developing services for a public health approach to child maltreatment. *International Journal of Childrens Rights* 20, 3, 323–342.
- Glaser, D. (2011) How to deal with emotional abuse and neglect: Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse and Neglect* 35, 10, 866–875.
- Gonzalez-Izquierdo, A., Ward, A., O'Donnell, M., Li, L. *i in.*, (2013) Crosscountry comparison of victimisation-related injury admission in children and adolescents in England and Western Australia. *BMC Health Services Research* 13, 1, 260.
- Gonzalez-Izquierdo, A., Ward, A., Smith, P., Walford, C. *i in.*, (in press) Notifications for child safeguarding from an acute hospital in response to presentations to healthcare by parents. *Child: Care, Health & Development*.
- Gonzalez-Izquierdo, A., Woodman, J., Copley, L., Van Der Meulen, J. *i in.*, (2010) Variation in recording of child maltreatment in administrative records of hospital admissions for injury in England, 1997–2009. *Archives of Disease in Childhood* 95, 11, 918–925.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G., Kunz, R. *i in.*, (2011) GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology* 64, 4, 407–415.
- Hegarty, K. and Glasziou, P. (2011) Tackling domestic violence: Is increasing referral enough? *Lancet* 378, 9805, 1760–1762.



- Hegarty, K.L., Gunn, J.M., ODoherty, L.J., Taft, A. *i in.*, (2010) Womens evaluation of abuse and violence care in general practice: A cluster randomised controlled trial (WEAVE). *BMC Public Health* 10, 1, 2.
- Hegarty, K.L., ODoherty, L.J., Chondros, P., Valpied, J. *i in.*, (2012) Effect of type and severity of intimate partner violence on womens health and service use: Findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *Journal of Interpersonal Violence* 28, 2, 273–294.
- HM Government (2008) *Information Sharing: Guidance for Practitioners and Managers*.  
London: Department of Children, Schools and Families.
- HM Government (2013) *Working Together to Safeguard Children: A Guide to Inter-agency Working to Safeguarding and Promoting the Welfare of Children*. London: Department for Education.
- Hølge-Hazelton, B. and Tulinius, C. (2010) Beyond the specific child: What is “a childs case” in general practice? *British Journal of General Practice* 60, 570, e4–9.
- Holmes, L., McDermid, S., Soper, J., Sempik, J. and Ward, H. (2010) *Extension of the Cost Calculator to Include Cost Calculations for All Children in Need*. A Report to the Department for Education. Loughborough: University of Loughborough.
- Hopwood, O., Pharoah, R. and Hannon, C. (2012) *Families on the Front Line? Local Spending on Childrens Services in Austerity*. London: Family and Parenting Institute.
- Hoytema van Konijnenburg, E.M., Sieswerda-Hoogendoorn, T., Brilleslijper-Kater, S.N., Van der Lee, J.H. and Teeuw, A.H. (2013) New hospital-based policy for children whose parents present at the ER due to domestic violence, substance abuse and/or a suicide attempt. *European Journal of Pediatrics* 172, 2, 207–214.
- Intercollegiate Committee for Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings (2012) *Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings*. London: RCPCCH.
- Jaudes, P.K. and Mackey-Bilaver, L. (2008) Do chronic conditions increase young childrens risk of being maltreated? *Child Abuse and Neglect* 32, 7, 671–681.

- Jones, C. (2001) Voices from the front line: State social workers and New Labour. *British Journal of Social Work* 31, 4, 547–562.
- Kaye, P., Taylor, C., Barley, K. and Powell-Chandler, A. (2009) An emergency department intervention to protect an overlooked group of children at risk of significant harm. *Journal of Emergency Medicine* 26, 6, 415–417.
- Kugler, B., Woodman, J., Carroll, J., Fertleman, C. and Gilbert, R. (2012) Child protection guidance needs to address parent behaviour. *Child: Care, Health and Development* 39, 5, 760–761.
- Lee, J.J., Gonzalez-Izquierdo, A. and Gilbert, R. (2012) Risk of maltreatment-related injury: A cross-sectional study of children under five years old admitted to hospital with a head or neck injury or fracture. *PLOS ONE* 7, 10, e46522.
- Louwers, E.C., Korfage, I.J., Affourtit, M.J., Ruige, M. *i in.*, (2013) Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse and Neglect* 37, 110–117.
- Lutman, E. and Farmer, E. (2013) What contributes to outcomes for neglected children who are reunified with their parents? Findings from a five-year follow-up study. *British Journal of Social Work* 43, 3, 559–578.
- Lykke, K., Christensen, P. and Reventlow, S. (2008) “This is not normal...” – signs that make the GP question the child’s well-being. *Family Practice* 25, 3, 146–153.
- Lykke, K., Christensen, P. and Reventlow, S. (2011) The consultation as an interpretive dialogue about the child’s health needs. *Family Practice* 28, 4, 430–436.
- Mansell, J. (2006) The underlying instability in statutory child protection: Understanding the system dynamics driving risk assurance levels. *Social Policy Journal of NZ* 28, 97–132.
- Marmot, M. (2010) Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010 (The Marmot Review). London: UCL.
- Masters, N.J. (2012) What is the role of GPs in safeguarding children? *BMJ* 344, e4123.
- Mckenzie, K. and Scott, D.A. (2011) Using routinely collected hospital data for child maltreatment surveillance: Issues, methods and patterns. *BMC Public Health* 11, 7.

- McKenzie, K., Scott, D., Fraser, J.A. and Dunne, M.P. (2012) Assessing the concordance of health and child protection data for maltreated and unintentionally injured children. *Injury Prevention* 18, 1, 50–57.
- McKenzie, K., Scott, D.A., Waller, G.S. and Campbell, M. (2011) Reliability of routinely collected hospital data for child maltreatment surveillance. *BMC Public Health* 11, 8.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) *Promoting Young Peoples Social and Emotional Wellbeing in Primary Education*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009a) *Promoting Young Peoples Social and Emotional Wellbeing in Secondary Education*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009b) *When to Suspect Child Maltreatment*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2012) *Social and Emotional Wellbeing: Early Years*. London: NICE.
- National Scientific Council on the Developing Child (2012) *The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper 12*. Available at [www.developingchild.harvard.edu](http://www.developingchild.harvard.edu), accessed on 18 April 2014.
- National Society for the Prevention of Cruelty to Children and Royal College of General Practitioners (2011) *Safeguarding Children and Young People: A Toolkit for General Practice*. London: RCGP.
- O'Donnell, M., Nassar, N., Leonard, H., Jacoby, P. at al. (2010) Rates and types of hospitalisations for children who have subsequent contact with the child protection system: A population based case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64, 9, 784–788.
- O'Donnell, M., Scott, D. and Stanley, F. (2008) Child abuse and neglect – is it time for a public health approach? *Aust NZ Journal of Public Health* 32, 4, 325–330.
- Parton, N. (2011) Child protection and safeguarding in England: Changing and competing conceptions of risk and their implications for social work. *British Journal of Social Work* 41, 5, 854–875.

- Post, P.N., de Beer, H. and Guyatt, G.H.(2013) How to generalize efficacy results of randomized trials: recommendations based on a systematic review of possible approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 19, 4, 638–643.
- Rachamim, E., Hodes, D., Gilbert, R. and Jenkins, S. (2011) Pattern of hospital referrals of children at risk of maltreatment. *Journal of Emergency Medicine* 28, 11, 952–954.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H. *i in.*, (2011) *Child Abuse and Neglect in the UK Today*. London: NSPCC.
- Royal College of General Practitioners (2010) *Enabling Patients to Access Electronic Health Records: Guidance for Health Professionals*. London: RCGP.
- Royal College of Psychiatrists (2010) *Parents as Patients: Supporting the Needs of Patients Who Are Parents and Their Children*. London: RCPsych.
- Ruiz-Casares, M., Trocme, N. and Fallon, B. (2012) Supervisory neglect and risk of harm. Evidence from the Canadian Child Welfare System. *Child Abuse and Neglect* 36, 6, 471–480.
- Sabates, R. and Dex, S. (2012) *Multiple Risk Factors in Young Childrens Development*. London: Centre for Longitudinal Studies, Institute of Education.
- Schols, M.W., De Ruiter, C. and Ory, F.G. (2013) How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health* 13.
- Skuse, T. and Ward, H. (2003) *Outcomes for Looked After Children: Childrens Views, the Importance of Listening. An Interim Report to the Department of Health*. Loughborough: Centre for Child and Family Research, Loughborough University.
- Slep, A.M. and Heyman, R.E. (2008) Public health approaches to family maltreatment prevention: Resetting family psychologys sights from the home to the community. *Journal of Family Psychology* 22, 4, 518–528.
- Social Exclusion Task Force (2007) *Reaching Out: Think Family: Analysis and Themes from the Families at Risk Review*. London: Cabinet Office.
- Stein, R.E., Hurlburt, M.S., Heneghan, A.M., ZhJ. *i in.*, (2013) Chronic conditions among children investigated by child welfare: A national sample. *Pediatrics* 131, 3, 455–462.

- Stoltenborgh, M. (in press) The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*.
- Sullivan, P.M. and Knutson, J.F. (2000) Maltreatment and disabilities: A populationbased epidemiological study. *Child Abuse and Neglect* 24, 10, 1257–1273.
- Tompsett, H., Ashworth, M., Atkins, C., Bell, L. *i in.*, (2010) *The Child, the Family and the GP: Tensions and Conflicts of Interest for GPs in Safeguarding Children May 2006– October 2008*. Final Report February 2010. London: Kingston University.
- Trocme, N., Fallon, B., Maclaurin, B., Chamberland, C., Chabot, M. and Esposito, T. (2011) Shifting definitions of emotional maltreatment: An analysis of child welfare investigation laws and practices in Canada. *Child Abuse and Neglect* 35, 10, 831–840.
- Trocme, N., Fallon, B., Sinha, V., Van Wert, M., Kozlowski, A. and Maclaurin, B. (2013) Differentiating between child protection and family support in the Canadian child welfare systems response to intimate partner violence, corporal punishment, and child neglect. *International Journal of Psychology* 48, 2, 128–140.
- Tunstall, J., Aldgate, J. and Thoburn, J. (2010) Promoting and safeguarding the welfare of children: A bridge too far? *Journal of Child Services* 5, 3, 14–24.
- Wade, J., Bichal, N., Farrelly, N. and Sinclair, I. (2010) *Maltreated Children in the Looked After System: A Comparison of Outcomes for Those Who Go Home and Those Who Do Not*. London: Department for Children, Schools and Families.
- Wade, J., Bichal, N., Farrelly, N. and Sinclair, I. (2011) *Caring for Abused and Neglected Children: Making the Right Decisions for Reunification or Long-Term Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Waldfoegel, J. (2009) Prevention and the child protection system. *Future Child* 19, 2, 195–210.
- Ward, H., Brown, R. and Westlake, D. (2012) *Safeguarding Babies and Very Young Children from Abuse and Neglect*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ward, H., Skuse, T. and Munro, E.R. (2005) The best of times, the worst of times: Young peoples views of care and accommodation. *Adoption and Fostering* 29, 1, 8–17.

- Wolfe, D.A. and McIsaac, C. (2011) Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse and Neglect* 35, 10, 802–813.
- Woodman, J. (2009) Do patterns of healthcare use predict child maltreatment? London: London School of Hygiene and Tropical Medicine. Available at [www.lshtm.ac.uk/library/MSc\\_PH/2008-09/490407.pdf](http://www.lshtm.ac.uk/library/MSc_PH/2008-09/490407.pdf), accessed on 18 April 2014.
- Woodman, J. and Gilbert, R. (2013) *Child Maltreatment: Moving Towards a Public Health Approach. Growing Up in the UK II*. London: BMA.
- Woodman, J., Allister, J., Rafi, I., De Lusignan, S. *i in.*, (2012a) Simple approaches to improve recording of concerns about child maltreatment in primary care records: Developing a quality improvement intervention. *British Journal of General Practice* 62, 600, e478–e486.
- Woodman, J., Freemantle, N., Allister, J., De Lusignan, S., Gilbert, R. and Petersen, I. (2012b) Variation in recorded child maltreatment concerns in UK primary care records: A cohort study using The Health Improvement Network (THIN) database. *PLOS ONE* 7, 11, 1–9.
- Woodman, J., Gilbert, R., Allister, J., Glaser, D. and Brandon, M. (2013) Responses to concerns about child maltreatment: A qualitative study of GPs in England. *BMJ Open* 3, 12, e003894.
- Woodman, J., Lecky, F., Hodes, D., Pitt, M., Taylor, B. and Gilbert, R. (2010) Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: A systematic review. *Child: Care, Health and Development* 36, 2, 153–164.
- Woodman, J., Pitt, M., Wentz, R., Taylor, B., Hodes, D. and Gilbert, R.E. (2008) Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technology Assessment* 12, iii, xi–xiii, 1–95.
- Woodman, J., Woolley, A., Gilbert, R., Rafi, I. *i in.*, (in press) *Policy, Practice and Public Perspectives on the Role of GPs in Safeguarding Children: A Collaborative Study Involving UCL–Institute of Child Health, the RCGP, the University of Surrey and the NSPCC*. London: NSPCC.
- World Health Organization (2013) *European Report on Preventing Maltreatment*. Copenhagen: WHO.
- Wrennall, L. (2010) Surveillance and child protection: De-mystifying the Trojan Horse. *Surveillance and Society* 7, 3/4, 304–324.

# ZAPOBIEGANIE PRZEMOCY

## Właściwe działania na starcie

*Jane Barlow*

### Wprowadzenie

Kilka głośnych przypadków dzieci krzywdzonych zwróciło uwagę na konieczność skuteczniejszej pracy w zakresie ochrony bardzo małych dzieci przed przemocą (np. Haringey Local Safeguarding Children Board 2010a, b). Niemowlęta są nadreprezentowane pod względem ogólnych statystyk dzieci krzywdzonych i znacznie bardziej niż przeciętnie zagrożone tym, że staną się ofiarami zabójstwa (Smith i in., 2012). W niedawnych badaniach stwierdzono, że niemowlęta uznane jako istotnie zagrożone krzywdzeniem nie otrzymywały odpowiedniej ochrony w czasie zgodnym z ich potrzebami rozwojowymi (Ward i in., 2010, 2012).

Niniejszy rozdział koncentruje się na krzywdzeniu, do którego dochodzi w czasie pierwszych dwóch lat życia dziecka. Dane z badań sugerują, że jest to istotny okres ze względu na dynamicznie rozwijający się układ nerwowy dziecka i jego zdolności do regulacji afektu, a interakcja rodzic–niemowlę i przywiązanie odgrywają kluczową rolę w prawidłowym rozwoju dziecka. W pierwszej części rozdziału omówiono specyficzne aspekty interakcji rodzic–niemowlę, które wspierają normalny

rozwój niemowlęcia oraz opisano cechy poważnie zakłóconej interakcji. Przeanalizowano dane na temat czynników, które upośledzają zdolność rodzica do zapewnienia uważnej i odpowiedniej interakcji oraz długotrwały wpływ na dziecko takich atypowych lub anomalnych interakcji rodzic–niemowlę.

W drugiej części rozdziału opisano nową ścieżkę opieki ukierunkowanej na wczesne rozpoznawanie i wspieranie kobiet, które znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia poważnych zakłóceń w interakcji rodzic–niemowlę. Uważa się, że takie modele perinatalne powinny uwzględniać zapewnienie odpowiedniej diagnozy i wsparcia począwszy od ciąży oraz być kontynuowane podczas pierwszego roku życia dziecka czy wczesnego odbierania tych niemowląt (tj. przed osiągnięciem przez nie wieku 6-8 miesięcy), w przypadku których występują niewystarczające dowody poprawy w zakresie interakcji rodzina–niemowlę (Barlow i Schrader-MacMillan, 2010).

## **Definicja**

Definicja krzywdzenia odnosi się nie tylko do samych aktów krzywdzenia dziecka, które „wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem spowodowania szkód w zakresie jego zdrowia lub jakiegokolwiek innego aspektu rozwoju (fizycznego, emocjonalnego lub społecznego itd.)”, ale oznacza również, według Światowej Organizacji Zdrowia, „niepowodzenie w zapewnieniu odpowiedniego i wspierającego środowiska, w którym dziecko może rozwinąć pełen zakres emocjonalnych i społecznych kompetencji współmiernych do jego osobistego potencjału” (WHO, 1999).

Owo niepowodzenie w zapewnieniu odpowiedniego i wspierającego środowiska jest szczególnie istotne, jeśli dochodzi do niego podczas pierwszego i drugiego roku życia, ponieważ niemowlęta w większości krajów zachodnich są bardzo zależne od niewielkiej liczby opiekunów,



a także dlatego, że ich interakcje z tymi pierwotnymi opiekunami odgrywają ważną rolę w późniejszym rozwoju (poniżej szczegółowe omówienie tego tematu). Sugeruje się, że kluczowym elementem środowiska odpowiedniego pod względem rozwojowym w pierwszym roku życia jest wrażliwa/uważna interakcja rodzic–niemowlę i adekwatny poziom stymulacji, a zatem poważnie upośledzona interakcja i stymulacja składają się na emocjonalne krzywdzenie i zaniedbywanie.

### **Występowanie przemocy we wczesnym okresie życia**

Ostatnie szacunki pokazują, że poważnie zakłócone (nieoptymalne) sprawowanie opieki rodzicielskiej nad niemowlętami stanowi poważny problem z obszaru zdrowia publicznego. Niemowlęta poniżej pierwszego roku życia stanowią do 11,3% dzieci, które są objęte planem ochrony dzieci w Anglii (Department for Education, 2013). Zaniedbywanie (49%) i przemoc emocjonalna (25%) stanowią niemal trzy czwarte spośród tych przypadków, ale niemowlęta są czterokrotnie bardziej niż przeciętnie narażone na śmierć w wyniku zabójstwa (patrz Bunting, 2011), przy czym to ryzyko jest najwyższe w czasie pierwszych trzech miesięcy, a w większości przypadków sprawcami są rodzice. Urazy głowy, niebędące wynikiem wypadku, również często występują w tej grupie, a ich skutkiem jest nawet 30% śmiertelność oraz istotne uszkodzenia neurologiczne u około połowy dzieci, które przeżyły (Dias i in., 2005). Wskaźniki występowania przemocy wobec bardzo małych dzieci w ogólnej populacji mogą być nawet do 25% wyższe, niż te wskazane w oficjalnych statystykach (Sidebotham, 2000).

Obawy związane z możliwą przemocą wobec niemowląt nasiliły się w ciągu ostatnich kilku lat, a niedawne szacunki sporządzone przez Stowarzyszenie Dyrektorów Placówek Pomocowych dla Dzieci (Association of Directors of Childrens Services), dokonane na podstawie dużej próby uzyskanej od lokalnych władz, ukazały wzrost o 63,3% liczby

dzieci objętych planem ochrony wśród dzieci poniżej pierwszego roku życia (Brooks, 2010).

Według statystyk Departamentu Edukacji (2013) dotyczących śmierci dzieci, 16% śmierci noworodków w wieku 0–27 dni oraz 29% śmierci niemowląt w wieku 28–374 dni było związane z czynnikami, które mogą być modyfikowane.

## **Interakcja rodzic–niemowlę**

### *Wpływ środowiska*

Pierwsze dwa lata życia dziecka są szczególnie ważne w kontekście późniejszego rozwoju przede wszystkim z powodu wpływu wczesnego środowiska na rozwijający się układ nerwowy niemowlęcia. Badania z różnych dziedzin (np. neuronauki, psychologii rozwojowej, zdrowia psychicznego dzieci i genetyki) są zbieżne w uznawaniu, że rozwój nerwowy dziecka jest w dużym stopniu zależny oraz podlega wpływowi środowiska, w jakim wzrasta dziecko, oraz że „ontogeneza” (tj. rozwój ja) „zachodzi w kontekście interakcji natura–wychowanie” (Glaser, 2000). Być może najistotniejsze jest to, że „samoorganizacja rozwijającego się mózgu zachodzi w **kontekście relacji z innym ja**, z innym mózgiem”, oraz że tę rolę spełnia pierwotny opiekun (Schore, 1994, s. XX). Obecnie istnieje duża liczba badań podkreślających wpływ określonych rodzajów wczesnych doświadczeń związanych ze środowiskiem na rozwijający się mózg niemowlęcia (np. naturalny eksperyment stworzony przez dzieci wychowane w rumuńskich sierocińcach, które doświadczyły znacznej deprywacji sensorycznej (Chugani i in., 2001), uzupełniając badania dotyczące wpływu wczesnej traumy, zaniedbywania i krzywdzenia (np. Grassi-Oliveira, Ashy i Stein, 2008; Glaser, 2000).

Dodatkowo niemowlęta rodzą się niezdolne do regulacji własnego afektu, a zdolność regulacji afektywnej stanowi funkcję interakcji

rodzic–niemowlę, pośredniczy zaś w niej relacja przywiązania, która rozpoczyna się w pierwszym roku życia. System przywiązania zawiera istotny bio-behawioralny mechanizm sprzężenia zwrotnego, odgrywający kluczową rolę w diadycznej regulacji emocji (Schore, 1994, 2001). Mniej więcej dwie trzecie niemowląt posiada bezpieczne przywiązanie, zaś pozostała część jest przywiązana albo w sposób pozabezpieczony (tj. albo „unikający”, gdzie dzieci nadmiernie regulują emocje, albo „oporny”, gdzie regulacja emocji jest za słaba) lub zdeorganizowany, w którym nie dochodzi do wykształcenia żadnego spójnego wzorca zachowania. Zwiastunem bezpiecznej relacji przywiązania jest wrażliwość i przystosowanie się matki (np. De Wolff i Van Ijzendoorn, 1997), zaś szereg rodzajów nieprawidłowych interakcji rodzic–niemowlę (patrz poniżej) zostało powiązanych z przywiązaniem zdeorganizowanym, które obserwuje się u około 82% dzieci, które doznały przemocy (Carlson i in., 1989).

### **Które aspekty interakcji rodzic–niemowlę są ważne dla rozwoju niemowląt?**

Niemowlęta mają szereg neurobehawioralnych możliwości samoorganizacji, jednak – ogólnie rzecz biorąc – są bardzo zależne od swojego opiekuna, pod kątem pomocy w regulacji ich stanów wewnętrznych, co zachodzi poprzez **obustronne** interakcje z obiektami przywiązania (Tronick, 2007). We wczesnych badaniach z obszaru psychologii rozwojowej odkryto, że interakcja matka–niemowlę jest dwukierunkowa, synchroniczna i skoordynowana w taki sposób, że niemowlęta komunikują rodzicom swój stan regulacyjny (np. dystres), a wrażliwi (uważni) rodzice są w stanie odpowiedzieć na taki komunikat (Tronick, 2007). Tronick (1989) zastosował szereg mikroanalitycznych obserwacji interakcji rodzic–niemowlę oraz paradygmat kamiennej twarzy, aby zdemonstrować wpływ, jaki wywierają na niemowlę perturbacje normalnej

wymiany, zwłaszcza u matek doświadczających depresji poporodowej. Ogólnie rzecz biorąc, badania te podkreśliły znaczenie interakcji zachodzących w ciągu ułamków sekund, kiedy to rodzice zauważają sygnały ze strony niemowlęcia, odpowiadając na nie warunkowo, rozwijając formy ekspresji niemowlęcia oraz dostosowując czas, aby utrzymać uwagę i afekt, wspierając w ten sposób niemowlę w kluczowym zadaniu rozwojowym, jakim jest nauka regulacji własnych emocji i zachowania (patrz Tronick, 2007 i podsumowanie badań).

Podczas gdy wczesne badania z dziedziny przywiązania podkreślały znaczenie wrażliwego rodzicielstwa dla osiągnięcia przez niemowlęta bezpiecznego przywiązania wobec swojego pierwotnego opiekuna (tj. niemowlęta z bezpiecznym stylem przywiązania nauczyły się, że mogą zwrócić się do swojego opiekuna po pocieszenie w sytuacji dystresu), przegląd danych z badań pokazał, że taka wrażliwość nie tłumaczyła całej wariacji oraz że inne aspekty rodzicielstwa również były ważne (De Wolff i Ijzendoorn, 1997). Badania przeprowadzone w ostatnim czasie podkreśliły znaczenie dwóch dalszych komponentów. Pojęcie „funkcji refleksyjnej” odnosi się do umiejętności rodzica do traktowania własnego dziecka jako istoty intencjonalnej oraz do rozumienia jego zachowań w kategoriach uczuć, myśli i intencji (Fonagy i in., 2002). Podobnie Meins ukuła termin *mind-minded* („uważna na stany umysłowe dziecka”), aby opisać zdolność matki do traktowania własnego niemowlęcia jako jednostki posiadającej umysł (Meins i in., 2001, 2002). Matki ze słabo rozwiniętą umiejętnością owej uważności na stany umysłowe/psychiczne dziecka mają tendencję do spostrzegania dziecka w bardziej konkretny sposób, w kategoriach potrzeb, które muszą zostać zaspokojone (Meins i in., 2001, 2002). Komentarze rodzicielskie charakteryzujące się uważnością na stany umysłowe dziecka podczas interakcji z sześciomiesięcznymi niemowlętami były istotnie skorelowane z wrażliwością behawioralną oraz synchronią w interakcji (Lundy, 2003; Meins i in., 2001) oraz stanowią lepszy predyktor bez-

pieczeństwa przywiązania u rocznych dzieci niż wrażliwość behawioralna matki (Meins i in., 2001).

Badania podkreśliły również znaczenie „średniozakresowej” interakcji z rodzicem, którą charakteryzuje to, że nie jest ani zbyt intruzywna, ani zbyt bierna jako konsekwencja zaabsorbowania rodzica samoregulacją lub regulacją interakcji (tzn. optymalnie w środkowym zakresie) (Beebe i Lachman, 2013; Beebe i in., 2010). To badanie pokazało, że interakcja w diadzie poza środkowym zakresem wiązała się z pozabezpiecznym oraz zdeorganizowanym przywiązaniem.

### Co charakteryzuje poważnie zakłócają (nieoptymalną) interakcję rodzic–niemowlę?

Obecnie wyodrębniono szereg aspektów interakcji rodzic–niemowlę jako odgrywających istotną rolę w zakłócaniu rozwoju dzieci, szczególnie w odniesieniu do ich organizacji przywiązania. „Zachowanie FR” (*Fr-behaviour*) odnosi się do interakcji rodzic–niemowlę, w której jest zarówno strach, jak i przerażenie [FR jest skrótem od *frightened* – przestraszony/przerażony i *frightening* – przerażający/budzący strach, przyp. tłum.] (Main i Hesse, 1990). Takie zachowania mogą być subtelne (np. okresy bycia oszołomionym i niereagującym) lub bardziej jawne (umyślne straszenie dzieci). Zachowania FR różnią się od zaniedbywania i stanowią wyraz zniekształconego obrazu dziecka, będącego konsekwencją nierozwiązanej traumy i strat doświadczonych przez matkę (Jacobvitz, Hazen i Riggs, 1997).

Nowsze badania sugerują, że takie zachowania FR są „osadzone w szerszym kontekście zaburzonej komunikacji afektywnej pomiędzy matką a niemowlęciem” (Lyons-Ruth i in., 2005). Wspomniane badanie podkreśliło znaczenie „atypowych” i „anomalnych” zachowań rodzicielskich, na które składają się rodzicielskie reakcje wycofania (tj. zachowania matki, które są odrzucające wobec dziecka), reakcje nega-

tywno-intruzywne (tj. takie, gdzie matka wyśmiewa się z niemowlęcia lub szarpie za jakąś część jego ciała), reakcje z pomieszaniem ról (tj. kiedy matka poszukuje uwagi ze strony niemowlęcia, aby zaspokoić własne potrzeby emocjonalne); reakcje zdezorientowane (tj. gdzie matka jest przerażona lub nagle kompletnie traci afekt) oraz afektywne błędy komunikacyjne (tj. tam, gdzie matka może być w pozytywnym nastroju, podczas gdy niemowlę przeżywa dystres).

Niedawna metaanaliza 12 badań odkryła silny związek pomiędzy takimi atypowymi lub anomalnymi interakcjami rodzic–niemowlę w wieku 12–18 miesięcy a zdezorganizowanym stylem przywiązania (Madigan i in., 2006), które jest bardzo stabilne i powiązane z szerokim zakresem psychopatologii w okresie dzieciństwa (patrz następny rozdział).

## **Konsekwencje krzywdzenia dzieci podczas dwóch pierwszych lat życia**

Niedawne przeglądy danych dotyczących wpływu przemocy na rozwijający się psychobiologiczny system dziecka podkreśliły wpływ na reakcję stresową, w tym na rozregulowanie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza oraz reakcji parasympatycznych i katecholaminowych (Grassi-Oliveira i in., 2008; McCrory i in., 2013). W najnowszym z tych przeglądów odkryto, że „wśród strukturalnych konsekwencji krzywdzenia w dzieciństwie znajdują się: zaburzony rozwój ciała modzelowatego, lewej kory nowej, hipokampa oraz ciała migdałowatego”; „funkcjonalne konsekwencje to m.in. zwiększona drażliwość elektryczna w obszarach limbicznych, dysfunkcje płata czołowego oraz zmniejszona aktywność funkcjonalna robaka [środkowa część mózdzku – *cerebellar vermis*, przyp. tłum.]; natomiast „konsekwencjami neurohumoralnymi były m.in. przeprogramowanie aktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA), a następnie reakcja stresowa” (McCrory i in., 2013).

Jeśli chodzi o przywiązanie oraz związane z nim problemy rozwojowe, to nawet 80% dzieci, które były krzywdzone w ciągu kilku pierwszych lat życia, miało zdeorganizowane przywiązanie, w którym występuje:

*Brak zorganizowanej strategii korzystania z opiekuna w sytuacji dystresu, ujawniany poprzez dziwne zachowania (np. powtarzające się niezakończonych podejścia do rodziców, nieruchomienie, brak poszukiwania kontaktu w sytuacji silnego dystresu), które wydają się odzwierciedlać strach i dezorientację u niemowlęcia.* (Benoit i in., 2001, s. 621)

Zdeorganizowane przywiązanie wiąże się z psychopatologią rozwojową (Green i Goldwyn, 2002), w tym z objawami, które spełniają kryteria dla starszych dzieci (np. w wieku 8–12 lat) (Borelli i in., 2010). Wczesne emocjonalne krzywdzenie wiąże się również z szeregiem problemowych zachowań w dzieciństwie (np. nieposłuszeństwem; zachowaniami negatywnymi i impulsywnymi; dużą zależnością od nauczycieli; oznakami nerwowości; zachowaniami autoagresywnymi oraz innymi problemami) (Egeland, Sroufe i Erickson, 1983) oraz z chorobami psychicznymi w okresie adolescencji lub wcześniej (większość dzieci otrzymała przynajmniej jedną diagnozę choroby psychicznej, a u 73% współwystępowały dwie lub więcej diagnoz) (Egeland, 2009).

Najnowsze brytyjskie prospektywne badanie podłużne grupy niemowląt rozpoznanych jako cierpiące lub mogące cierpieć z powodu istotnego krzywdzenia pokazało, że w wieku trzech lat ponad połowa dzieci bez stwierdzonej choroby wykazywała istotne problemy rozwojowe lub behawioralne – najbardziej ewidentnymi z nich były agresja i problemy z mową (Ward i in., 2010).

## Czynniki wpływające na interakcję rodzic–niemowlę

Badanie nad wczesnym rodzicielstwem, które zostało scharakteryzowane jako zachowanie FR, rozpoznało znaczenie nierozwiązanej traumy oraz strat u rodzica (Jacobvitz i in., 1997) i sugeruje, że interakcja rodzic–niemowlę może odgrywać istotną rolę w międzypokoleniowym przekazywaniu przemocy i traumy. Wykazano też, że szereg innych czynników wiąże się z nieprawidłowymi interakcjami rodzic–niemowlę, w tym zaburzenia psychiczne rodzica, uzależnienia oraz przemoc domowa (Cleaver, Unell i Aldgate, 2011).

Rozpoznano wiele zaburzeń psychicznych, które mają wpływ na relację rodzic–niemowlę. I tak np. wykazano, że depresja poporodowa wiąże się z intruzywnością rodzica i/lub zaniedbywaniem (Murray i in., 1996), podczas gdy poważniejsze choroby psychiczne (ang – *serious mental illnesses* SMIs), takie jak schizofrenia, są związane z mniejszą wrażliwością i reaktywnością wobec dziecka w momencie przyjęcia do szpitala, ale nie w momencie wypisu (Pawlby i in., 2005), a matka reaguje w sposób bardziej nieobecny, niewrażliwy, intruzywny, i jest pochłonięta sobą (Wan i in., 2007, 2008a), zaś jej mowa jest mniej skierowana do dziecka (Wan i in., 2008b), choć nie we wszystkich badaniach (Pawlby i in., 2010). Niedawne badania sugerują, że rodzice, u których zdiagnozowano zaburzenie osobowości borderline (BPD) są mniej wrażliwi i wykazują mniej ustrukturyzowania w swoich interakcjach ze swoimi małymi dziećmi oraz że ich małe dzieci są mniej uważne, zainteresowane i chętne do wchodzenia w interakcje ze swoją matką (Newman i in., 2008). W opisywanym badaniu stwierdzono również, że te matki odczuwały mniej satysfakcji związanej ze swoim rodzicielstwem, czuły się mniej kompetentne i bardziej zestresowane. Są również dane wskazujące na to, że znacznie więcej matek z BPD zostało ocenionych jako „intruzywnie niewrażliwe” wobec swoich dzieci, gdy te miały 2 miesiące (Crandell, Patrick i Hobson, 2003) oraz 12 miesięcy (Hob-



son i in., 2005), a także charakteryzujące się zwiększonym „dezorganizowanym” przywiązaniem (Hobson i in., 2005).

Dzieci rodziców uzależnionych od narkotyków są w grupie wysokiego ryzyka krzywdzenia. Jedno z badań pokazało istotnie wyższe ryzyko podjęcia działań/procedur związanych z ochroną dzieci w odniesieniu do niemowląt rodziców nadużywających substancji psychoaktywnych (32,4% vs. 7,1%) (Street i in., 2004). Wiele dzieci rodziców uzależnionych od narkotyków jest narażonych na tego rodzaju substancje już *in utero*, a badacze zajmujący się tą dziedziną podkreślili trudności ze stwierdzeniem, czy problemy zidentyfikowane w społecznych interakcjach, powiedzmy matek uzależnionych od opiatów (Bernstein i Hans, 1994; Hans, Bernstein i Henson, 1999), są skutkiem wpływu tych substancji na system neurobehawioralny dziecka, organizacji w ramach diady czy i jednego i drugiego (Tronick i in., 2005). Inne komplikujące czynniki to między innymi wysokie narażenie takich niemowląt na działanie innych toksycznych substancji (np. alkoholu i tytoniu) (Tronick i in., 2005), oraz współzachorowalność, która także często występuje. Badania pokazują jednak, że narażenie na kontakt z kokainą wiąże się z wyższym poziomem negatywnego i niedopasowanego przywiązania wobec dzieci (tzn. takiego, w którym matka wykazywała negatywne zaangażowanie wobec neutralnie zaangażowanego niemowlęcia) (Tronick i in., 2005).

Choć obecnie nie ma badań, które bezpośrednio dotyczą interakcji rodzic–niemowlę u kobiet doświadczających przemocy domowej, to pośrednio badania sugerują wpływ przemocy domowej w okresie niemowlęctwa, jeśli chodzi o nasilone reakcje dystresu w sytuacji konfliktu (De Jonghe i in., 2005) oraz objawy traumy (Bogat i in., 2006). W badaniach tych mamy też dowody na to, że wpływ takiej przemocy na zachowania eksternalizacyjne niemowląt jest upośredniany przez zdrowie psychiczne rodziców oraz zachowania rodzicielskie.

## **Zapobieganie przemocy: model wczesnej interwencji**

### *Praca w czasie najlepszym dla dziecka*

Niedawne badania wskazały na pilną potrzebę zapewnienia odpowiedniej ochrony dla niemowląt w odpowiednim czasie, spójnym z ich potrzebami rozwojowymi (Ward i in., 2010, 2012). Wymaga to wdrożenia perinatalnego modelu oceny i interwencji, który jest ukierunkowany bezpośrednio na identyfikowanie i pracę z rodzinami wysokiego ryzyka w okresie ciąży oraz w bezpośrednio po niej następującym okresie poporodowym, gdzie podstawowym celem będzie wspieranie kobiet w dokonywaniu potrzebnych zmian, które pomogą im być rodzicem dla swojego dziecka, równoległe ze skuteczną oceną sytuacji, która umożliwi wczesne odebranie dziecka (tj. przed ukończeniem przez nie sześciu miesięcy) w sytuacji, gdy istnieją wystarczające dowody na to, że nie został osiągnięty zadowalający stopień zmiany.

Realizowany w hrabstwie Oxfordshire program Rodzice pod Presją – *Oxfordshire Parents under Pressure* (OXPuP) zawiera model pracy, który został wprowadzony w zespołach pomocy społecznej, składających się zarówno z pracowników socjalnych, jak i asystentów rodzinnych (*family support workers*). OXPuP uwzględnia przeprowadzenie opartej na dowodach interwencji w ramach oceny **zdolności do zmiany** ze strony rodziców. Procedura opieki uwzględnia skierowanie przez położne, w 18. i 28. tygodniu ciąży, wszystkich ciężarnych kobiet, które spełniają kryteria podatności (takie jak poważne problemy psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc domowa, odebranie dziecka w przeszłości).

Ocena możliwości rodzicielskich ma na celu ewaluację aktualnej zdolności rodziców do zaspokajania potrzeb własnych dzieci i zazwyczaj uwzględnia przekrojowy wywiad, gromadzący dane na temat wcześniejszych wydarzeń (historia) oraz aktualnego funkcjonowania rodzica (Harnett, 2007). Ocena **zdolności do zmiany** dodaje wymiar

czasowy i bada, czy rodzice – w określonym czasie oraz pod warunkiem otrzymania właściwego wsparcia – są gotowi, chętni i potrafią dokonać koniecznych zmian, aby zapewnić swojemu dziecku dobrostan i bezpieczeństwo. Proces ten uwzględnia cztery kluczowe etapy (Harnett, 2007). Pierwszym jest przekrojowy wywiad, prowadzony z użyciem szeregu wystandaryzowanych narzędzi, równoległe z profesjonalną oceną prowadzących wywiad pracowników (znany jako Ustrukturalizowana Ocena Profesjonalna – *Structured Professional Judgment*). Etap drugi uwzględnia ustalenie kilku krótkoterminowych celów we współpracy z rodziną oraz stosowanie skali w opisie osiągnięcia celów, co umożliwia specjalście wyraźne dostrzeżenie, na czym może polegać poprawa, brak zmiany oraz pogorszenie w odniesieniu do każdego z określonych celów. Etap trzeci polega na przeprowadzeniu ograniczonej czasowo interwencji lub planu wsparcia ukierunkowanych na pomoc rodzinie w realizacji wyznaczonych celów. Ostatni etap uwzględnia podsumowanie stopnia, w jakim cele zostały osiągnięte oraz ponowne przeprowadzenie oceny przy pomocy wystandaryzowanych narzędzi, aby ustalić, czy funkcjonowanie rodzica uległo poprawie.

Pierwsze wyniki badań sugerują występowanie korelacji pomiędzy nową ścieżką opieki a wczesnym, skoncentrowanym na dziecku planowaniu ciągłości opieki w przypadku tych niemowląt, które nie mogą pozostać w swoich rodzinach oraz wskazują na pozytywne efekty w innych obszarach, takich jak np. system sądownictwa z potencjalnym skróceniem czasu trwania procesu oraz w odniesieniu do innych osób zaangażowanych w ten proces, takich jak opiekunowie zastępczy.

### *Narzędzia oceny*

Dane z badań pokazują, że zastosowanie „wystandaryzowanych” narzędzi oceny może pomóc specjalistom w dokonaniu bardziej dokładnej klasyfikacji ryzyka krzywdzenia, w porównaniu z samą oceną kliniczną,

która ze wskaźnikiem 65% jest jedynie nieco lepsza niż przypuszczenia (omówienie: White i Walsh, 2006).

Ustrukturalizowana Ocena Profesjonalna uwzględnia podejmowanie przez profesjonalistę decyzji, która jest jednoznacznie poparta zastosowaniem wystandaryzowanych narzędzi oceny/diagnozy (Barlow, Hall i Fisher, 2012), w tym systemów stworzonych specjalnie do oceny i analizowania informacji zebranych w celu sprawdzenia, czy dziecko cierpi lub jest duże prawdopodobieństwo, że cierpi z powodu istotnego krzywdzenia (np. Schemat Oceny i Analizy Zabezpieczenia – Safeguarding Assessment and Analysis Framework, SAAF) (Bentovim i in., 2010) oraz miar oceny rekomendowanych jako część Schematu Oceny – Assessment Framework (Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office, 2000).

Decyzja o tym, które narzędzia oceny zastosować w ramach ścieżki opieki OXPuP, była oparta na danych dotyczących tego, które czynniki są najsilniej związane lub pozwalają przewidzieć wcześniejsze bezpieczeństwo przywiązania. Uwzględniliśmy zatem szereg wystandaryzowanych miar opartych na informacjach od rodziców oraz niezależnych, ukierunkowanych na ocenę psychologicznego funkcjonowania rodziców, w tym Skalę Depresji, Lęku i Stresu – *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS) (Lovibond i Lovibond, 1995), ich narażenia na przemoc domową (Domestic Abuse Stalking Harassment; DASH, 2009) oraz stosowania przez nich substancji psychoaktywnych (*Alcohol Use Disorders Identification Test Audit–C*). Interakcja rodzic–niemowlę jest oceniana przy użyciu trzyminutowego nagrania wideo, na którym rodzic i niemowlę zachowują się „tak, jak na co dzień”. Interakcja jest kodowana zewnętrznie przy pomocy CARE-Index, który mierzy trzy aspekty zachowania matki (wrażliwość/uważność, ukrytą i jawną wrogość, brak reakcji) oraz cztery aspekty zachowania małego dziecka (chęć współpracy, kompulsywne posłuszeństwo, trudność i bierność) oraz rozróżnia przemoc, zaniedbywanie, a także problematyczne i właściwe

diady (Crittenden, 1981). Koszt kodowania każdego wideo jest niski (tj. wynosi około 75 funtów), a kodowanie może być wykonywane przez kodera, który otrzymał pozytywną ocenę wiarygodności na poziomie sądowym (tj. potrafi przygotować sprawozdanie spełniające wymogi sądowego procesu oceny), jeśli jest to konieczne. Postawy rodzicielskie są oceniane przy użyciu Krótkiego Katalogu Potencjalnej Przemocy u Dzieci – *Brief Child Abuse Potential Inventory* (Milner 1986), zaś uczucia matki związane z relacją z dzieckiem, rozumiane jako jej odczucia dotyczące ciepła i intruzywności niemowlęcia, ocenia się przy pomocy Skali Relacji z Obiektem dla Matek – *Mother Object Relationship Scale* (MORS) (Oates i Gervai, 1984). Zdolność rodzica do sprawowania funkcji refleksyjnej oceniana jest podczas godzinnego wywiadu, nazywanego Wywiadem Rozwojowym dla Rodzica – *Parent Development Interview* (Slade i in., 2005). Ilość i jakość wsparcia społecznego ocenia się przy pomocy Skali Wsparcia Społecznego – *Social Support Scale* (Sarason i in. 1983), natomiast środowisko domowe oceniane jest przy pomocy Inwentarza HOME (pol. DOM), który ocenia rodzaj i ilość stymulacji dostępnej w domu (Caldwell i Bradley, 2003).

Wyżej wymienione wystandaryzowane narzędzia stosowane są równolegle z oceną, której dokonują profesjonaliści, dotyczącą chęci rodziny do współpracy oraz stopnia, w jakim zostały osiągnięte uzgodnione cele, aby podjąć decyzję dotyczącą możliwości rodzica do zaspokojenia potrzeb rozwojowych dziecka. Proces oceny jest prowadzony w kontekście przeprowadzania interwencji opartej na dowodach.

## **Model interwencji oparty na dowodach**

Program Rodzice pod Presją (PuP) jest intensywną, przeprowadzaną w domu interwencją, która okazała się być skuteczna w powodowaniu wyraźnego obniżenia potencjalnej przemocy wobec dzieci, sztywnych postaw rodzicielskich oraz problemów związanych z zachowaniem

dzieci u uzależnionych od substancji rodziców dzieci w wieku 2–8 lat (Dawe i in., 2003; Dawe i Harnett, 2007). Składa się on z 12 modułów, które zwykle przeprowadza się w ciągu 20 tygodni, gdzie jedna sesja trwa około 1-2 godzin, a część treści jest uzyskiwana z Zeszytu Ćwiczeń Rodzica. Program jest prowadzony równoległe z zastosowaniem standardowego podejścia zarządzania przypadkiem (*case-management*), a wybór modułów opiera się na potrzebach danej rodziny. Zastosowanie schematu zarządzania przypadkiem umożliwia pracownikowi zajęcie się codziennymi problemami, takimi jak warunki mieszkaniowe czy finanse, oraz daje szansę na ocenę możliwości wykorzystania przez rodzinę umiejętności radzenia sobie, które są rozwijane. Program rozpoczyna się od kompleksowego wywiadu i indywidualnego sformułowania przypadku, które jest tworzone we współpracy z rodziną. Wyróżnione zostają specyficzne cele zmiany, które następnie stają się celem terapii.

Fundamentem programu jest ekologiczny model rozwoju dziecka, który zauważa potrzebę zajęcia się wieloma obszarami funkcjonowania rodziny, w tym psychologicznym funkcjonowaniem poszczególnych osób w rodzinie, relacją rodzic–dziecko oraz szeregiem czynników społeczno-kontekstowych (Dawe i Harnett, 2007). W odniesieniu do relacji rodzic–dziecko model ten opiera się również na teorii przywiązania i koncentruje się wyraźnie na umożliwieniu rodzicom zbudowania bezpiecznej i opiekuńczej relacji oraz zapewnieniu takiej interakcji rodzic–niemowlę, która jest silnie związana z rozwojem bezpiecznego przywiązania. I tak np. Moduł 6, *Nawiązanie kontaktu z twoim dzieckiem*, skupia się na tym, by pomóc rodzicowi nawiązać kontakt z własnym dzieckiem poprzez serię ćwiczeń, które umożliwiają rodzicowi zastanowienie się nad swoimi doświadczeniami w relacji z własnym dzieckiem. Ten moduł ma za zadanie wspierać rodzica w uczeniu się języka własnego dziecka oraz zapewniania „ważnej zabawy”, podczas której rodzic może się nauczyć stosowania konstruktywnej uważności (*mindfulness*), aby obserwować i uczestniczyć podczas zabawy i wyjątkowych chwil. Mo-

duł 7, *Uważne Radzenie Sobie z Dziećmi*, uczy technik radzenia sobie z dziećmi bez stosowania kar i umiejscawia je w kontekście rozwojowym, aby upewnić się, że rodzic rozumie, jaka strategia jest najbardziej odpowiednia do zastosowania ze względu na wiek dziecka. Wymaga to również uważnego rozumienia poznawczych możliwości niemowlęcia, a uzupełnieniem Zeszytu Ćwiczeń Rodzica są tabele rozwojowe, pomagające rodzicom czuć się dumnymi z postępów rozwoju ich dziecka, przy jednoczesnym budowaniu realistycznego spojrzenia na jego możliwości.

Zdolność rodzica do radzenia sobie z rozregulowanym afektem i impulsywnym zachowaniem oraz jego umiejętności sprawowania kontroli nad własnymi reakcjami emocjonalnymi (zarówno w stresujących sytuacjach związanych z rodzicielstwem, takich jak przedłużający się płacz niemowlęcia, jak i sytuacjach wymagających takiego zarządzania własnymi zachowaniami, aby ograniczyć impulsywne, kierowane emocjami karanie (Gershoff, 2002) są rozwijane poprzez uczenie technik uważności. Ćwiczenia te uwzględniają medytacje *mindfulness* jako uzupełnienie pomocy dla rodziców w rozwijaniu większej świadomości bycia w pełni obecnym w danym momencie ze swoim małym dzieckiem podczas codziennych aktywności (np. pomagając rodzicom nauczyć się czerpania przyjemności z obserwowania, jak dziecko śpi, kąpie się i bawi). Zastosowanie takich technik, jak „przetrzymanywanie zachcianki” (*urge surfing*) oraz zrozumienie głodu (w odniesieniu do rodzin, w których występuje uzależnienie od substancji psychoaktywnych), ma na celu wsparcie rodziców w radzeniu sobie ze stanami negatywnego nastroju. Ponieważ jakość relacji rodzic–dziecko wiąże się ze zdolnością rodzica do zapewnienia wrażliwej, reagującej i uważnej opieki (Biringen i Easterbrooks, 2012), rodzic otrzymuje pomoc w rozpoznawaniu własnych mocnych stron oraz potencjalnych trudności dzięki zastosowaniu nagrań wideo oraz wykonywaniu ćwiczeń z użyciem Zeszytu Ćwiczeń Rodzica.

Zastosowanie pozostałych modułów zależy od indywidualnych potrzeb każdej rodziny. Na przykład moduł zatytułowany *Relacja* ma na celu poprawę komunikacji w bliskich relacjach, i zawiera działy poświęcone zdefiniowaniu cech dobrej i opartej na miłości relacji adresowane do par z trudną historią związków.

Aby wspierać kobiety, co do których występują obawy związane z możliwością krzywdzenia, udostępnia się miejsca schronienia zastępczego dla matek z dziećmi, równoległe z jednoczesną opieką zastępczą, której celem jest zapobieganie „podwójnemu niebezpieczeństwu”, będącemu wynikiem działania systemu opieki, w którym dzieci są ratowane z przemocowych środowisk, a następnie traumatyzowane poprzez umieszczanie ich w wielu przejściowych miejscach zastępczych, w których ich relacja przywiązania jest ciągle przerywana (Ward i in., 2010, 2012).

Wszyscy specjaliści w zespole OXPuP zostali wyszkoleni w stosowaniu programu, ale proces wywiadu prowadzony równoległe z przeprowadzaniem tej interwencji jest przeprowadzany przez wykwalifikowanego pracownika socjalnego.

Pierwsze wyniki badań sugerują, że duża część kobiet jest w stanie skorzystać z dodatkowego wsparcia oraz że w przypadku tych kobiet, które nie były w stanie wprowadzić koniecznych zmian, decyzje o odebraniu dziecka są podejmowane w takim momencie, by zaspokoić potrzeby rozwojowe dziecka w dłuższej perspektywie czasu (Barlow i in., w przygotowaniu).

## Wnioski

Badania z różnych dyscyplin podkreślają, że pierwsze dwa lata życia są okresem krytycznym z punktu widzenia liczby istotnych aspektów rozwoju i dlatego konsekwencje krzywdzenia, do którego dochodzi w tym



okresie, są zarówno poważne, jak i przewlekłe. Wyniki niedawnego prospektywnego badania podłużnego przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii na grupie niemowląt z grupy wysokiego ryzyka związanego z doświadczaniem krzywdzenia pokazały, że trudności rozwojowe i behawioralne wyróżnione w tej grupie pojawiały się w czasie, gdy niemowlęta nadal zamieszkiwały w domu, w którym występowało ryzyko krzywdzenia, „podczas gdy profesjonalści czekali bezowocnie, aż rodzice się zmienią” lub u dzieci długo oczekujących na zabranie z domu (Ward i in., 2010, 2012). To badanie podkreśla pilną potrzebę wypracowania modeli pracy, które zabezpieczyłyby dzieci w tym okresie i byłyby spójne z potrzebami rozwojowymi dziecka.

Program OXPuP jest jednym z przykładów nowych ścieżek opieki, które zostały stworzone, aby upewnić się, że kobiety i pary obciążone wysokim ryzykiem tego, że nie poradzą sobie z zapewnieniem swojemu małemu dziecku takiej opieki, która jest uznawana za fundamentalną dla rozwoju niemowlęcia, zostaną rozpoznane na wczesnym etapie ciąży i wspierane w tym, by osiągnąć zmianę. Ten rodzaj intensywnej, wystandardyzowanej oceny w kontekście wprowadzania opartej na dowodach metody pracy z rodzicami będzie miał fundamentalne znaczenie dla wyeliminowania zjawiska krzywdzenia dzieci.

## Bibliografia

- Barlow, J. and Schrader-MacMillan, A. (2010) *Safeguarding Children from Emotional Maltreatment*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Barlow, J., Coe, C., Dawe, S. and Harnett, P. (forthcoming) *That Sounds Like Real Social Work: A New Care Pathway for Vulnerable Pregnant Women*.
- Barlow, J., Hall, D. and, Fisher, J. (2012) *Systematic Review of Models of Analysing Significant Harm*. London: Department for Education.
- Beebe, B. and Lachmann, F.M. (2013) *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. London: Routledge.

- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K. *i in.*, (2010) The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Attachment and Human Development* 12, 1–2, 3–141.
- Benoit, D., Madigan, S., Lecce, S., Shea, B. and Goldberg, S. (2001) Atypical maternal behaviour before and after intervention. *Infant Mental Health Journal* 22, 611–626.
- Bentovim, A., Cox, A., Bingley-Miller, L., Pizzey, S. and Tapp, S. (2010) *Safeguarding Assessment and Analysis Framework: Evidence Based Approaches to Assessing Harm, The Risk of Future Harm and Prospects for Intervention*. York: Child and Family Training.
- Bernstein V.J. and Hans, S.L. (1994) Predicting the developmental outcomes of twoyear-old children born exposed to methadone: Impact of social-environmental risk factors. *Journal of Clinical Child Psychology* 23, 349–359.
- Biringen, Z. and Easterbrooks, M.A. (2012) Emotional availability: Concept, research, and window on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 24, 1, 1–8.
- Bogat, G.A., De Jonghe, E., Levendosky, A.A., von Eye, A. and Davidson, W.S. (2006) Trauma symptoms in infants who witness violence towards their mothers. *Child Abuse and Neglect: The International Journal* 30, 109–125.
- Borelli, J.L., David, D.H., Crowley, M.J. and Mayes, L.C (2010) Links between disorganised attachment classification and clinical symptoms in school-aged children. *Journal of Child and Family Studies* 19, 3, 243–256.
- Brooks, C. (2010) *Safeguarding Pressures Project: Results of Data Collection (Research Report)*. Manchester: ADCS.
- Bunting, L. (2011) *The Prevalence of Infant Abuse and Maltreatment Related Deaths in the UK*. London: NSPCC.
- Caldwell, B.M. and Bradley, R.H. (2003) *Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual*. Tempe, AZ: Family and Human Dynamics Research Institute, Arizona State University.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. and Braunwald, K. (1989) Disorganised/

- disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology* 25, 525–531.
- Chugani, H.T., Behen, M.E., Muzik, O., Juhasz, C., Nagy, F. and Chugani, D.C. (2001) Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalised Romanian orphans. *Neuroimage* 14, 1290–1301.
- Cleaver, H., Unell, I. and Aldgate, J. (2011) *Childrens Needs – Parenting Capacity. Child Abuse: Parental Mental Illness, Learning Disability, Substance Misuse and Domestic Violence*, 2nd edn. London: Stationery Office.
- Crandell, L.E., Patrick, P.H.P. and Hobson, R.P. (2003) Still-face interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month old infants. *British Journal of Psychiatry* 183, 3, 239–247.
- Dawe, S. and Harnett, P.H. (2007) Reducing child abuse potential in methadone maintained parents: Results from a randomised controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 32, 4, 381–390.
- Dawe, S., Harnett, P.H., Rendalls, V. and Staiger, P. (2003) Improving family functioning and child outcome in methadone maintained families: The Parents Under Pressure Program. *Drug and Alcohol Review* 22, 3, 299–307.
- De Jonghe, E.S., Bogat, G.A., Levendosky, A.A., von Eye, A. and Davidson, W.S. (2005) Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal* 26, 3, 268–281.
- Department for Education (2013) *Characteristics of Children in Need in England, 2012–13*. London: Department for Education. Available at [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/254084/SFR45-2013\\_Text.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/254084/SFR45-2013_Text.pdf), accessed on 18 April 2014.
- Department of Health, Department of Education and Employment and Home Office (2000) *The Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*. London: Stationery Office.
- De Wolff, M.S. and van Ijzendoorn, M.H. (1997) Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment security. *Child Development* 68, 4, 571–591.
- Dias, M.S., Smith, K., de Guehery, K., Mazur, P., Li, V. and Shaffer, M.L. (2005)

- Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 115, 4, e470–e477.
- Egeland, B. (2009) Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse and Neglect* 33, 1, 22–26.
- Egeland, B., Sroufe, L. and Erickson, M. (1983) The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect* 7, 4, 459–469.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. and Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Gershoff, E. (2002) Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin* 128, 4, 539–579.
- Glaser, D. (2000) Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 1, 97–116.
- Grassi-Oliveira, R., Ashy, M. and Stein, L.M. (2008) Psychobiology of childhood maltreatment: Effects of allostatic load? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 30, 1, 60–68.
- Green, J. and Goldwyn, R. (2002) Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 7, 835–846.
- Hans, S.L., Bernstein, V.J. and Henson, L.G. (1999) The role of psychopathology in the parenting of drug dependent women. *Development and Psychopathology* 11, 957–977.
- Haringey Local Safeguarding Children Board (2010a) *Serious Care Review: Child A (First Review)*. London: Haringey Local Safeguarding Children Board. Available at [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/182527/first\\_serious\\_case\\_review\\_overview\\_report\\_relating\\_to\\_peter\\_connelly\\_dated\\_november\\_2008.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/182527/first_serious_case_review_overview_report_relating_to_peter_connelly_dated_november_2008.pdf), accessed on 1 August 2014.
- Haringey Local Safeguarding Children Board (2010b) *Serious Care Review: Child A (Second Review)*. London: Haringey Local Safeguarding Children Board. Available at [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data)

- file/182538/second\_serious\_case\_overview\_report\_relating\_to\_peter\_connelly\_dated\_march\_2009.pdf, accessed on 1 August 2014.
- Harnett, P. (2007) A procedure for assessing parents capacity for chin child protection cases. *Children and Youth Services Review* 29, 9, 1179–1188.
- Hobson, P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R. and Lee, A. (2005) Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Developmental and Psychopathology* 17, 2, 329–347.
- Jacobvitz, D. Hazen, N.L. and Riggs, S. (1997) Disorganized mental processes in mothers, frightened/frightening behavior in caregivers, and disoriented, disorganized behavior in infancy. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- Lieberman, A.F. and Van Horn, P. (2011) *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York: Guilford Press.
- Lovibond, S.H. and Lovibond, P.F. (1995) *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*, 2nd edn. Sydney: Psychology Foundation.
- Lundy, B.L. (2003) Father- and mother-infant face-to-face interactions: Differences in mind-related comments and infant attachment? *Infant Behavior and Development* 26, 200–212.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. and Atwood, G. (2005) Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology* 17, 1, 1–23.
- Madigan, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., Moran, G., Pederson, D.R. and Benoit, D. (2006) Unresolved states of mind, anomalous parenting behaviour, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development* 8, 2, 89–111.
- Main, M. and Hesse, E. (1990) Parents Unresolved Traumatic Experiences Are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavior the Linking Mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti and E.M. Cummings (eds) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press.

- Main, M. and Solomon, J. (1986) Discovery of an Insecure Disorganized/Disoriented Attachment Pattern: Procedures, Findings and Implications for Classification of Behaviour. In M.W. Yogman and T.B. Brazelton (eds) *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- McCrory, E., De Brito, K.P., Bird, G., Sebastian, C. *i in.*, (2013) Research review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51, 10, 1079–1095.
- Meins, E.C., Fernyhough, C., Fradley, E. and Tuckey, M. (2001) Rethinking maternal sensitivity: Mothers comments on infants mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 5, 637–648.
- Meins, E.C., Fernyhough, C., Wainwright, R., Gupta, M.D., Fradley, E. and Tuckey, M. (2002) Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development* 73, 6, 1715–1726.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. and Cooper, P. (1996) The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development* 67, 5, 2512–2526.
- Oates, J. and Gervai, J. (1984) *Mothers Object Relations Scale: Assessing Mothers Models of Their Infants*. Milton Keynes: Open University.
- Pawlby, S., Fernyhough, C., Meins, E., Pariante, C.M., Seneviratne, G. and Bental, R.P. (2010) Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant–mother interactions in mothers with severe mental illness. *Psychological Medicine* 40, 11, 1861–1869.
- Pawlby, S., Marks, M., Clarke, R., Best, E., Weir, D. and OKeane, V. (2005) Mother–infant interaction in postpartum women with severe mental illness, before and after treatment. *Archives of Womens Mental Health* 8, 120.
- Sarason, I.G, Levine, H.M., Basham, R.B. and Sarason, B.R. (1983) Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 127–139.
- Schore, A.N. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Schore, A.N. (2001) The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22, 1–2, 201–269.
- Sidebotham, P.D. (2000) The ALSPAC study team. Patterns of child abuse in early childhood, a cohort study of the “Children of the Nineties.” *Child Abuse Review* 9, 311–320.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienberger, J., Levy, D. and Locker, A. (2005) Addendum to Fonagy, Target, Steele, and Steele Reflective Functioning Scoring Manual for Use with the Parent Development Interview, Version 2.0. Unpublished manuscript. New York: The City College and Graduate Center of the City University of New York.
- Smith, K., Osborne, S., Lau, I. and Britton, A. (eds) (2012) Homicides, Firearm Offences and Intimate Violence 2010/11: Supplementary Volume 2 to Crime in England and Wales 2010/11. London: Home Office.
- Street, K., Harrington, J., ChiW., Cairns P. and Ellis, M. (2004) How great is the risk of abuse in infants born to drug using mothers? *Child: Care, Health and Development* 30, 4, 325–330.
- Tronick, E.Z. (1989) Emotions and emotional communication in infants. *American Journal of Psychology* 44, 112–119.
- Tronick, E.Z. (2007) *The Neurobehavioral and Social–Emotional Development of Infants and Children*. London: W.W. Norton.
- Tronick, E.Z., Messenger, D.S., Weinberg, M.K., Lester, B.M. *i in.*, (2005) Cocaine exposure is associated with subtle compromises of infants and mothers social–emotional behaviour and dyadic features of their interaction in the face-to-face still-face paradigm. *Developmental Psychology* 41, 5, 711–722.
- Wan, M.W., Salmon, M.P., Riordan, D., Appleby, L., Webb, R. and Abel, K.M. (2007) What predicts mother–infant interaction in schizophrenia? *Psychological Medicine* 37, 537–538.
- Wan, M.W., Penketh, V., Salmon, M.P. and Abel, K. (2008a) Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants. *Psychiatry Research* 159, 109–114.

- Wan, M.W., Warren, K., Salmon, M.P. and Abel, K. (2008b) Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. *Infant Behaviour and Development* 31, 532–538.
- Ward, H., Brown, R., Westlake, D. and Munro, E.R. (2010) *Infants Suffering, or Likely to Suffer, Significant Harm: A Prospective Longitudinal Study*. Department for Education Research Brief. University of Loughborough: Centre for Child and Family Research.
- Ward, H., Brown, R., Westlake, D. and Munro, E.R. (2012) *Safeguarding Babies and Very Young Children from Abuse and Neglect*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- WHO (1999) *Report on the Consultation on Child Abuse Prevention Geneva, March 29–31, 1999*. Geneva: WHO. Available at [www.yesican.org/definitions/WHO.html](http://www.yesican.org/definitions/WHO.html), accessed on 18 April 2014.



# PODEJŚCIE DO RODZICIELSTWA I WSPIERANIA RODZIN ZGODNE ZE ZDROWIEM PUBLICZNYM

**Mieszana strategia profilaktyczna ograniczająca przemoc  
i zaniedbania wobec dzieci**

*Ron Prinz*

Skuteczne zapobieganie przemocy i zaniedbaniom wobec dzieci wymaga szerszego podejścia niż jednostronna koncentracja, która w przeszłości kładła nacisk na programy skierowane jedynie do rodzin najwyższego ryzyka. Niniejszy rozdział proponuje model rodzicielstwa i wspierania rodzin, łączący zapobieganie krzywdzeniu dzieci z innymi celami profilaktycznymi.

## **Znaczenie zdrowia publicznego**

Gdy zajmujemy się jakimkolwiek rodzajem profilaktyki, nigdy nie powinniśmy tracić z pola widzenia faktu, że jej głównym celem jest ograniczenie występowania danego zjawiska. Rzadko testujemy nasze interwencje, mając na uwadze ten cel albo zastanawiamy się nad tym, w jaki sposób potencjalnie przyczyniamy się do ograniczenia występowania

danego problemu, niemniej jednak to właśnie jest ostateczny i nadrzędny cel naszej pracy. W innych obszarach niż problemy psychospołeczne, strategie zdrowia psychicznego ukierunkowane na profilaktykę zostały zastosowane m.in. w odniesieniu do choroby wieńcowej serca i udaru i przyniosły – przynajmniej w USA – rezultat w postaci obniżenia wskaźników śmiertelności. Podobnie osiągnięto kontrolę nad chorobami zakaźnymi przy pomocy strategii profilaktycznych, uwzględniających działania tak proste i oczywiste, jak umieszczanie napisów, czy wzywianie do udostępniania informacji w szpitalach i restauracjach, przypominających pracownikom o częstym myciu rąk, zwłaszcza po skorzystaniu z toalety. Ostatnia z tych strategii opiera się na zasadzie minimalnej wystarczalności ogólnie stosowanej w zdrowiu publicznym. Trzecim przykładem może być zastosowanie strategii zdrowia publicznego w odniesieniu do bezpieczeństwa w ruchu pojazdów mechanicznych, które przyniosło efekt w postaci ograniczenia przypadków jazdy pod wpływem alkoholu oraz wskaźników śmiertelności na skutek wypadków drogowych (Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Interwencja rodzicielska stanowi logiczną i policzalną dziedzinę, do której można zastosować strategie zdrowia publicznego. Zostało potwierdzone, że sprawowanie opieki rodzicielskiej ma wszechobecny wpływ na wiele obszarów rozwoju dziecka, zdrowie behawioralne oraz trajektorie życiowe (Biglan i in., 2004; Collins i in., 2000; Farah i in., 2008; Jones i Prin., 2005; Patterson, Reid i Dishion, 1992). Rodzicielstwo, które cechuje skłonność do krzywdzenia ma szczególnie zgubne skutki dla dobrostanu dziecka i późniejszego przystosowania (Afifi i in., 2009; Bolger i Patterson, 2003; Ialongo i in., 2006). Kilkadziesiąt lat badań przyniosło przekonującą liczbę danych na temat opartych na dowodach interwencji rodzicielskich, które są korzystne dla dzieci i rodzin (Barrett i Ollendick, 2004; Donovan i Spence, 2000; Essau, 2003; Lochman i van den Steenhoven, 2002; Prinz, 2007; Prinz i Dumas, 2004; Prinz i Jones, 2003).

## Profilaktyka krzywdzenia dzieci

Obszar profilaktyki krzywdzenia dzieci w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie tak naprawdę nie korzysta z rozwiązań dostępnych, gdy przyjmiemy populacyjną perspektywę zdrowia publicznego, ale sytuacja ta się zmienia. Możliwość zastosowania strategii zdrowia publicznego do profilaktyki krzywdzenia dzieci rodzi ważne pytania na temat uzasadnienia takiego podejścia, tego, co jest potrzebne, czy jest to wykonalne oraz na ile jest opłacalne.

### *Uzasadnienie*

#### SKALA PROBLEMATYCZNEGO RODZICIELSTWA

Pierwszy aspekt uzasadnienia wiąże się ze stwierdzeniem, że problematyczne rodzicielstwo jest szeroko rozpowszechnione. Dane dotyczące problematycznego rodzicielstwa, przedstawione w innych rozdziałach niniejszej publikacji, mówią, że potwierdzone przypadki wszystkich rodzajów krzywdzenia łącznie dla różnych grup wiekowych składają się na wskaźnik występowania na poziomie około 1% dzieci krzywdzonych w Stanach Zjednoczonych. Gdyby rozszerzyć rozpatrywany zakres, uwzględniając dochodzenia, zgłoszenia i podejrzenia, wskaźnik ten byłby wyższy. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę fakt, że główne przypadki pochodzą z dokumentacji dotyczącej krzywdzenia dzieci, a mianowicie, z oficjalnych potwierdzonych przypadków wskaźnik ten jest relatywnie niski w porównaniu z innymi problemami. Newralgiczną kwestią jest jednak to, że oficjalne wskaźniki poważnie niedoszacowują zarówno konkretnych przypadków krzywdzenia dzieci, jak i bardziej ogólnie – powiązanego z nim problematycznego rodzicielstwa, niezależnie od tego, czy to ostatnie przekracza określony próg określający to, co oficjalnie jest, a co nie jest krzywdzeniem. Na potrzeby profilaktyki bardziej użyteczne mogłoby być myślenie o krzywdzeniu dzieci jako

o kontinuum, nieograniczającym się zaangażowaniem instytucji zajmujących się ochroną dzieci.

Znaczące badanie, którego autorami byli Des Runyan i jego współpracownicy, rzuciło nowe światło na to zagadnienie (Theodore i in., 2005). Autorzy przeprowadzili anonimową losową ankietę telefoniczną w gospodarstwach domowych i odkryli, że rodzice zgłaszali swoje własne zachowania rodzicielskie zgodne ze standardową definicją przemocy fizycznej 40 razy częściej, niż odzwierciedlały to oficjalne wskaźniki dla tych społeczności<sup>8</sup>. Jeśli weźmiemy pod uwagę to, że niektórzy rodzice mogli nie zgłaszać takich przypadków w związku z oczekiwaniami społecznymi, faktyczny wskaźnik zachowań rodzicielskich związanych z przemocą fizyczną może być nawet wyższy niż ten stwierdzony w badaniach. Innymi słowy, przemocowe rodzicielstwo jest bardziej powszechnym problemem, niż oddają to oficjalne statystyki, ale oznacza to również, że w dziedzinie profilaktyki trzeba poszerzyć to, w jaki sposób definiuje się problem krzywdzenia.

Podobnie w ramach pracy mojego zespołu przeprowadziliśmy losową ankietę telefoniczną, docierając do rodziców z 3600 gospodarstw domowych, którzy mieli przynajmniej jedno dziecko w wieku poniżej ośmiu lat. Mniej więcej połowa rodziców mówiła, że opierają się w dużym stopniu na przymusowych strategiach dyscyplinujących w odniesieniu do nieodpowiedniego zachowania dzieci. Ta wysoka częstotliwość sugeruje, że praktyki, które mogą prowadzić do przemocy fizycznej, są tak powszechne, że niemal normatywne, aczkolwiek wiele sytuacji związanych z rodzicielskim przymusem nie prowadzi do dającej się udowodnić przemocy. Jednakże w tej samej anonimowej próbie telefonicznej 10% rodziców opowiadało, że bili dziecko przy użyciu jakiegoś przedmiotu i robili to często lub bardzo często (tzn. nie tylko okazjonalnie bądź jeden raz w życiu dziecka).

---

<sup>8</sup> W Wielkiej Brytanii 0,4% dzieci jest objętych „planem ochrony dzieci”.

Wiemy już, że krzywdzenie dzieci jest bardzo szkodliwe dla ich rozwoju (jak opisano wcześniej), ale musimy też stawić czoło rzeczywistości, czyli temu, że problematyczne zachowania rodzicielskie tak naprawdę funkcjonują na kontinuum, które uwzględnia więcej niż oficjalnie uznawaną przemoc, a co za tym idzie, mają one szerszy negatywny wpływ na rozwój dziecka. Poprawa w obszarze umiejętności rodzicielskich w społeczeństwie, w tym zapobieganie krzywdzeniu dzieci, stanowi ważny całościowy cel. Ograniczenie występowania krzywdzenia dzieci w ostatecznym rozrachunku przyczynia się do osiągnięcia zasadniczego celu, jakim jest wzrost poziomu dobrostanu u wielu lub wszystkich naszych dzieci, co stanowi podstawę szerszego myślenia w kategoriach zasięgu profilaktyki krzywdzenia dzieci.

### MOŻLIWOŚĆ STYGMATYZACJI

Drugą kwestią jest stygmatyzacja oraz to, jak ją ominąć. Jeśli przedstawiciel zawodu związanego z pomaganiem puka do drzwi rodzica i mówi: „Dzień dobry, jestem tu, aby zapobiegać przemocy wobec dzieci. Czy mogę zaoferować pani/panu pomoc?”, rodzic najprawdopodobniej zapyta, dlaczego pracownik się z nim skontaktował i powie, że nie prosił o pomoc. Nie jest to zapraszająca strategia, gdy deklarujemy wobec rodziców, faktycznych konsumentów naszych usług profilaktycznych, że jesteśmy tu, aby zapobiegać przemocy wobec dzieci, oraz że wybraliśmy ich do skorzystania z takich usług. Bez wątplenia całe społeczeństwo musi uświadamiać sobie wagę problemu i konsekwencje przemocy wobec dzieci, ale należy to oddzielić od kwestii tego, w jaki sposób dotrzeć do rodziców w ramach profilaktyki.

Problem stygmatyzacji poruszono w niedawnym raporcie amerykańskiego Instytutu Medycyny (Institute of Medicine – IOM), skupiającym się na profilaktyce wszelkiego rodzaju zaburzeń psychicznych, emocjonalnych oraz zachowania u młodych ludzi (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). Aby zająć się stygmatyzacją,

a także, by zwiększyć zasięg, grupa robocza IOM wzywała do przyjęcia perspektywy zdrowia na poziomie populacji, która umożliwi rodzinom łatwy dostęp do opartych na dowodach interwencji profilaktycznych w niestygmatyzujący sposób. To trudna kwestia, ale ważna jest potrzeba normalizacji wspierania umiejętności rodzicielskich oraz rodzin, co z kolei zapewnia mniej stygmatyzujący kontekst dla dotarcia do rodzin, w których występuje największe ryzyko krzywdzenia dzieci.

### **W KIERUNKU SZERSZEGO, ALE SKUTECZNEGO PODEJŚCIA**

Musimy przyjąć taki sposób interwencji, który spotka się z szerokim zainteresowaniem oraz unika szufladkowania wsparcia dla rodziców. Dlatego też istnieje potrzeba wypracowania skuteczności, dzięki zajęciu się wieloma problemami za pośrednictwem interwencji rodzinnej, to jest korzystania z tego samego systemu interwencji rodzicielskich, aby wpłynąć na kilka efektów. Dyskusja, jaką tu toczymy, jest ograniczona do dziedziny interwencji rodzicielskich, ale tę samą logikę można zastosować do innych aspektów lub oddziaływań, które mogą wpływać na występowanie przemocy wobec dzieci (np. skrajne ubóstwo, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc w sąsiedztwie). Interwencje rodzicielskie są odpowiednie do kilku obszarów zastosowania, takich jak profilaktyka problemów społecznych, emocjonalnych, behawioralnych i zdrowotnych u dzieci, pozytywne przejście do szkoły, ograniczenie ryzyka późniejszych negatywnych skutków (np. porażek edukacyjnych i wypadania z systemu edukacji, zażywania substancji psychoaktywnych, przestępczości) oraz oczywiście przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci. W odniesieniu do profilaktyki różne, oparte na dowodach interwencje rodzicielskie mają ze sobą wiele wspólnego, zwłaszcza jeśli chodzi o młodsze dzieci. Zamiast prowadzenia przez każdy sektor szufladkowanych interwencji rodzicielskich, musimy połączyć cele i przyjąć bardziej spójne podejście do profilaktyki.

## Wymagania

Kilka wymagań jest koniecznych w odniesieniu do podejścia zdrowia publicznego, które można zastosować do profilaktyki krzywdzenia dzieci. Po pierwsze, strategia zdrowia publicznego z definicji wymaga interwencji o szerokim zasięgu. Musimy czerpać z wielu różnych strategii, aby dotrzeć do znacznych części populacji. Jedną ze strategii jest stworzenie wielu punktów pomocy dla rodziców – nie tylko za pośrednictwem systemu pomocy społecznej, ale również sektorów opieki zdrowotnej i zdrowia psychicznego, edukacji, opieki nad dziećmi oraz wsparcia środowiskowego. Podobnie udostępnienie interwencji poprzez wiele modalności o różnym formacie może poprawić jej zasięg i zwiększyć prawdopodobieństwo dopasowania do preferencji rodziców odnośnie do przeprowadzenia programu. Jeśli chodzi o interwencje rodzicielskie, mogą one np. przybrać formę programów skierowanych do pojedynczych rodzin, małej grupy, większej grupy, a także programów on-line. Włączenie strategii medialnych docierających do całej społeczności mogłoby jeszcze bardziej wzmocnić ten zasięg.

Drugim wymogiem wobec podejścia zdrowia publicznego jest to, by interwencje odwoływały się do elastyczności i skuteczności/wydajności. Zamiast interwencji przeprowadzanej tylko w swojej najbardziej intensywnej formie, w ramach podejścia „jeden rozmiar dla wszystkich”, lepiej jest wykorzystać programy o różnej intensywności. Zwiększa to szanse na to, że intensywność będzie odpowiadała potrzebom rodziny, w wydajny sposób, bez marnowania zasobów bądź usług. Taka strategia wykorzystuje pojęcie **minimalnie wystarczającej** skutecznej interwencji jako kluczowej zasady przy zaspokajaniu potrzeb rodziców. Innym aspektem elastyczności i wydajności jest dobór personelu przeprowadzającego program. Jeśli nasze interwencje profilaktyczne wymagają stworzenia specjalnej bądź elitarnej grupy profesjonalistów, którzy są jedynymi osobami mogącymi zrealizować program, wówczas wprowadzamy

do naszej strategii nieodłączne ograniczenia. Alternatywą jest wykorzystanie istniejącej kadry pracowniczej w różnych instytucjach i sektorach usług, co zwiększa prawdopodobieństwo tego, że preferencje rodziców zostaną uwzględnione bez konieczności zatrudniania specjalistów lub polegania tylko na jednym sektorze.

Trzecim wymogiem jest, by interwencja i jej komponenty były poparte przekonującą liczbą dowodów. **Interwencje „fotelowe”**, jakkolwiek swojsko brzmią, nie powinny być włączane do obszaru zdrowia publicznego do czasu, aż ich pozytywne/korzystne efekty nie zostaną wykazane w kontrolowanych badaniach.

### *Wykonalność*

Kolejnym pytaniem, jakie jest stawiane, jest to, czy podejście zdrowia publicznego do profilaktyki krzywdzenia dzieci jest wykonalne. Do takiego podejścia nadaje się kilka różnych interwencji. Jednym z przykładów jest program zapobiegania zespołowi dziecka potrząsanego – Period of PURPLE Crying Program, którego nie będę tu omawiać (odsylam czytelnika do National Center on Shaken Baby Syndrome, [www.dontshake.org](http://www.dontshake.org)). Drugim przykładem jest Program Pozytywnego Rodzicielstwa Triple P (*Positive Parenting Program*) – system interwencji rodzicielskich, który dostarcza doskonałego przykładu, spełniającego wymogi omawianego wyżej podejścia zdrowia publicznego. Następny dział przedstawia zarys systemu Triple P oraz opisuje badanie zajmujące się wykonalnością w odniesieniu do profilaktyki krzywdzenia dzieci.



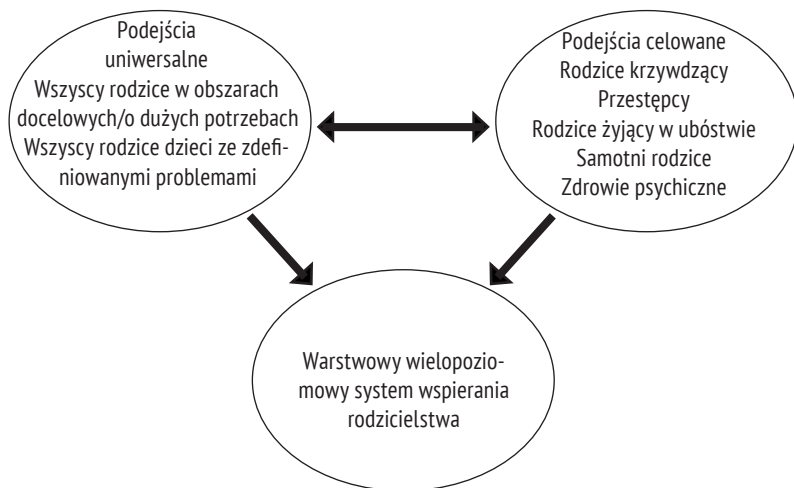
## Przykład: System Potrójnego P (Triple P)

Triple P nie jest pojedynczym programem, ale właściwie systemem interwencji rodzicielskich, jak również szeroką strategią wspierania umiejętności rodzicielskich i rodzin (Sanders 1999, 2008, 2012). Niektóre instytucje lub społeczności zaadaptowały na różne sposoby części tego systemu i nie ma w tym nic złego. Ostatecznie jednak całościowym celem systemu takiego jako Triple P jest optymalizacja zasięgu, wydajności/skuteczności i wpływu, co – jak sądzimy – łatwiej jest osiągnąć poprzez zastosowanie systemu. Triple P jest wielopoziomowym systemem ze zróżnicowanymi poziomami intensywności, obejmującym kilka różnych formatów. Opracowany przez Matthew Sandersa i jego współpracowników na Uniwersytecie Queensland w Australii, Triple P od ponad 30 lat jest badany i rozwijany.

### *Model mieszany*

Z punktu widzenia interwencji, System Triple P uwzględnia perspektywę hybrydową, nazywaną „profilaktyką mieszaną” (*blended prevention*), które to pojęcie nie występuje powszechnie w literaturze. W tej dziedzinie zastąpiono profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową profilaktyką uniwersalną, selektywną i wskazującą.

Model mieszany łączy uniwersalne, selektywne i wskazujące interwencje profilaktyczne. Wkład interwencji Triple P sięga również poza profilaktykę, uwzględniając wczesną interwencję i terapię. Obejmując zakres interwencji od profilaktyki uniwersalnej do terapii na drugim krańcu kontinuum, Triple P łączy te tryby i poziomy interwencji w system, w którym te różne strategie razem służą wspólnemu dobru aby, zwiększyć zasięg w populacji rodziców (rysunek 5.1).



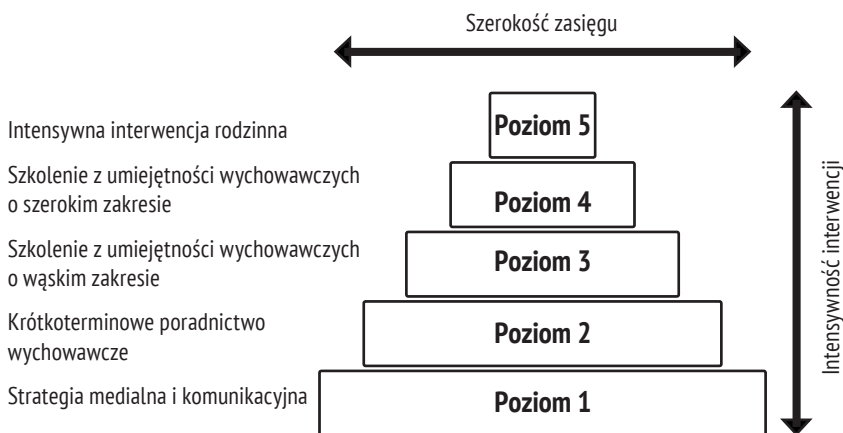
Rysunek 5.1 „Model mieszany”

Tak na marginesie, Triple P jest czasem opisywany jako uniwersalny program umiejętności rodzicielskich. Technicznie rzecz biorąc nie jest to do końca trafne, a ten niuans jest ważny. „Uniwersalny” oznacza zazwyczaj, że każdy w populacji („uniwersum”) otrzymuje interwencję. Można tu podać przykład szczepionek, które są podawane wszystkim małym dzieciom. Choć celem jest dotarcie do populacji, Triple P wykorzystuje mieszaną strategię profilaktyczną, aby zapewnić rodzicom uniwersalny **dostęp**, ale bez oczekiwania, że udane wdrożenie zależy od tego, by wszyscy rodzice uczestniczyli w każdym, czy nawet jakimkolwiek, komponencie Triple P.

Sam system Triple P może być przedstawiony jako piramida, która reprezentuje populację rodziców (patrz rysunek 5.2).

Najniższy poziom (Poziom 1 Triple P), którym jest strategia medialna i komunikacyjna, wdrażana bez potrzeby kontaktu z profesjona-

listą, tworzy podstawę piramidy. Ta podstawa odnosi się do większości populacji, jako że nawet do 50–60% populacji można dotrzeć za pośrednictwem strategii medialnej i komunikacyjnej bez konieczności zaangażowania rodziców w faktyczne działania realizowane w bezpośrednim kontakcie. Poziom 2 Triple P dotyczy mniejszej części populacji i uwzględnia krótkie interwencje podczas jednego lub dwóch spotkań.



Rysunek 5.2 Trójkąt rodzicielski Triple P

Przesuwając się w górę piramidy, Poziom 3 również jest krótki, ale uwzględnia więcej kontaktu z rodzicami. Wreszcie u węższego czubka piramidy, Poziom 4 Triple P oraz Poziom 5 Triple P obejmują interwencje bardziej podobne do tych, które widzimy w większości opartych na dowodach programów umiejętności rodzicielskich. Poziom 4 Triple P zapewnia podstawowe programy rodzicom i rodzinom, które potrzebują bardziej intensywnej interwencji. Poziom 5 Triple P, który poszerza programy z Poziomu 4, ma na celu zaspokojenie wyspecjalizowanych potrzeb rodzin znajdujących się na szczycie piramidy.

Poza poziomami interwencji, Triple P wykorzystuje również wiele różnych form prowadzenia działań. Poziom 2 Triple P jest przeprowadzany w formie krótkich, indywidualnych konsultacji z rodzicami lub w ramach dużych seminariów dla rodziców. Podobnie Poziom 3 Triple P przeprowadzany jest w ramach krótkich konsultacji indywidualnych dla rodziców, jak również w małych grupach dyskusyjnych. Poziom 4 Triple P jest realizowany w pracy z pojedynczymi rodzinami oraz grupami rodziców, jak również w wersjach samodzielnych z wykorzystaniem zeszytów ćwiczeń lub online.

Wreszcie istnieją różne warianty Triple P. Podstawowy pięciopoziomowy system jest przewidziany dla rodziców dzieci w wieku 1–12 lat. Równoległe warianty służą rodzicom nastolatków w wieku 13–16 lat (Potrójne P dla Nastolatków – *Teen Triple P*) oraz rodziców dzieci z niepełnosprawnością (*Stepping Stones Triple P*). Wśród specjalistycznych wariantów Triple P znajdują się *Lifestyle Triple P* (Triple P Styl życia – zajmujący się otyłością wśród dzieci) oraz *Family Transition Triple P* (Triple P Okresy przejściowe w rodzinie – dla rodziców w trakcie separacji lub rozwodu).

### ***Zasady i pojęcia związane z rodzicielstwem w Triple P***

Powracający temat w ramach Triple P dotyczy samoregulacji (Sanders i Mazzucchelli, 2012). Ta kwestia dobrze współgra z niektórymi konstrukcjami dotyczącymi regulacji emocjonalnej, do których odnosi się Barlow (patrz rozdział 4). Strategie rodzicielskie będące częścią Triple P podkreślają nabywanie przez dzieci samoregulacji w odniesieniu do umiejętności językowych i społecznych, emocji, rozwiązywania problemów i niezależności, co uwzględnia np. rozwój umiejętności opiekowania się sobą oraz modulację dystresu w obliczu zawodu bądź wyzwania. Inny aspekt Triple P dotyczy procesu samoregulacji, za pomocą którego rodzice nabywają lub rozwijają umiejętności osobistej zmiany, aby wzmocnić swoje własne rodzicielstwo i stać się osobami samodzielnie

rozwiązującymi problemy. Samoregulacja rodzicielska odnosi się do faktycznych czynności, które rodzice wykonują wraz z dziećmi, jak również do radzenia sobie przez nich z poziomem własnego afektu i stresu, aby lepiej poruszać się po trudnej ścieżce rodzicielstwa. Triple P włącza również procesy samoregulacji do szkolenia profesjonalistów oraz do zarządzania superwizyjnymi i związanymi z rozwojem programu aspektami wdrażania i rozpowszechniania go.

U podstaw wszystkich elementów programu Triple P leży zestaw pięciu kluczowych zasad, które są dość mocno podkreślane na całym świecie, choć prawdopodobnie wyrażane w różny sposób w różnych kulturach. Te kluczowe zasady to: (1) promowanie bezpiecznego i angażującego środowiska; (2) zapewnianie reagującego/wrażliwego środowiska uczenia się; (3) stosowanie asertywnej dyscypliny; (4) przyjęcie rozsądnych oczekiwań oraz (5) dbanie o siebie jako rodzica. W odniesieniu do ostatniej zasady zakłada się, że rodzice, którzy dobrze dbają o siebie, znajdują się w lepszej sytuacji, by być bardziej skutecznym rodzicem.

Program Triple P opiera się na wielu strategiach rodzicielskich, spośród których 17 jest pogrupowanych w cztery klastry: (1) promowanie pozytywnej relacji; (2) uczenie nowych umiejętności i zachowań; (3) zachęcanie do pożądanых zachowań oraz (4) radzenie sobie z nieodpowiednimi zachowaniami. Gdy rodzice poszukują profesjonalnego wsparcia, często chcą otrzymać pomoc w radzeniu sobie z niewłaściwym zachowaniem dziecka. Okazuje się jednak, że klucz do radzenia sobie oraz zmiany niewłaściwego zachowania można odnaleźć w podkreślanu pozostałych trzech klastrów strategii rodzicielskich, tak że dyscyplinowanie nie stanowi dla rodzica podstawowego trybu interakcji z własnym dzieckiem. Z literatury dotyczącej przywiązania wiemy, jak ważne jest zbudowanie pozytywnej relacji rodzic–dziecko. Z kolei z literatury na temat skutecznych interwencji w odniesieniu do młodzieży, która ma kłopoty w związku z zachowaniami przestępczymi, wiemy, że koncentrowanie się jedynie na sankcjach za złe zachowanie jest nie-

skuteczne oraz że konieczne jest budowanie zachowań alternatywnych, które są społecznie akceptowane. W rzeczywistości istnieje więcej niż 17 strategii rodzicielskich w ramach Triple P, szczególnie, gdy weźmiemy pod uwagę warianty rozwojowe. To, co rodzic robi z dwulatkiem, różni się bardzo od tego, co robi, dajmy na to, z dziesięciolatkiem.

W kategoriach praktycznych celem Triple P jest pomoc rodzicom w ograniczeniu polegania na powszechnych praktykach, które są nieskuteczne, takich jak krzyk, klapsy, poniżanie, ostre krytykowanie oraz lekceważenie niebezpiecznych sytuacji i zadawanie bólu i powodowanie dyskomfortu. Są to niestety niektóre z typowych zachowań wielu rodziców, po części dlatego, że mogą oni nie znać nic innego lub być może myślą, że robią to, co rodzice powinni robić. Założeniem stosowanych programów jest ograniczenie negatywnych praktyk rodzicielskich oraz zmniejszenie ich częstotliwości. Niektóre spośród pozytywnych celów rodzicielskich to bycie bardziej zrozumiałym; korzystanie z prostych zasad; dostrzeganie i świętowanie małych i dużych codziennych osiągnięć dziecka (tj. nie tylko raz na pół roku, ale w wielu momentach każdego dnia); pozostawanie spokojnym, skupionym i pomocnym; częste korzystanie z angażujących interakcji i okazywanie uczuć (ale bez bycia apodyktycznym bądź przytłaczającym) oraz zastąpienie krytycyzmu konstruktywnym doradzaniem (*coaching*) i zachęcaniem. Idea nie polega na tym, by powiedzieć rodzicowi o jednym sposobie na rodzicielstwo, ale by pokazać rodzicom cały zakres możliwości, tak by mogli wybrać takie strategie rodzicielskie, które pasują do ich stylu, a jednocześnie są oparte na dowodach jako służące zdrowemu rozwojowi dziecka.

### *Dowody*

Jeśli chodzi o źródła pochodzenia i rozwoju Triple P, to zanim oficjalnie nazwano ten program Potrójnym P jeszcze w latach 80. i wczesnych 90. XX w., był on właściwie prowadzony wyłącznie w domu – a ten fakt nie jest zbyt znany. Programy oparte na wizytach domowych stały się

w ciągu kilku ostatnich lat modne w USA, a Triple P był prekursorem wizyt domowych trzydzieści lat temu. Triple P oraz inne interwencje rodzicielskie pojawiły się jako rozsądniejsze ekologicznie od bardziej tradycyjnej praktyki polegającej na zaprowadzeniu dziecka do psycho-terapeuty lub poradni zdrowia psychicznego o podejściu skoncentrowanym bardziej na dziecku niż na rodzinie. Następował ruch w kierunku większego zaangażowania rodziców w monitorowanie i zmianę tego, co dzieje się w domu, jako próby osiągnięcia większej trafności ekologicznej oraz wpływu.

Wraz z upływem czasu, po kilku eksperymentach opartych na pojedynczych przypadkach, które pozwoliły ustalić wstępną skuteczność, a następnie rozbudowywać program, twórcy Triple P stwierdzili, że idealnie byłoby, gdyby program był realizowany w domu, ale nie powinien być prowadzony wyłącznie w taki sposób. Prowadzenie działań w innych miejscach nadal pozwala rodzicom na to, by zabrali ćwiczenia z programu ze sobą do domu oraz wrócili i opowiedzieli o tym, co się wydarzyło. Taka elastyczność w odniesieniu do miejsca prowadzenia jest konieczna, by rozszerzyć zasięg programu.

Program Triple P był testowany w ramach licznych badań prowadzonych w ciągu kilkudziesięciu lat. W odniesieniu do różnych poziomów, formatów i wariantów Triple P, jak również różnych problemów dziecka/rodziny, warunków realizacji i krajów, baza dowodów urosła do ponad 140 badań ewaluacyjnych, w tym 70 randomizowanych prób kontrolnych. Do dziś w badaniach uczestniczyło 460 badaczy w 14 krajach, przy czym około jedna czwarta badań kierowana była przez twórców programu, a w jednej trzeciej z nich nie było żadnego udziału twórców. Jak dotąd przeprowadzono dwa badania efektów Triple P w populacji, jedno w Australii pod kierunkiem Sandersa i jego zespołu, nazwane badaniem *Każda Rodzina - Every Family* (Sanders i in., 2008), a drugie w Stanach Zjednoczonych pod nazwą *U.S. Triple P System Population Trial* (Amerykańskie Badanie Populacyjne Systemu Triple P), opisane poniżej.

### *Badanie populacyjne*

W tym badaniu przyjęto coś, co nazywa się schematem randomizacji miejsca (*place randomization design*), rzadko spotykany w ewaluacji interwencji psychospołecznych oraz w jakichkolwiek badaniach dotyczących profilaktyki. Zamiast losowego doboru jednostek do warunków badawczych, jak zostałyby to uczynione w tradycyjnym badaniu klinicznym, jednostką randomizacji stanowi miejsce lub obszar geograficzny. Miejszem lub jednostką randomizacji w tym badaniu był powiat (*county*) i w sumie było 18 takich powiatów. Instytucją finansującą, the US Centers for Disease Control and Prevention (Amerykańskie Ośrodki ds. Kontroli Zachorowań i Profilaktyki), interesowało stwierdzenie, czy i w jakim stopniu interwencje profilaktyczne, takie jak Triple P, opracowane do rozpowszechnienia w populacji, zmniejszają skalę występowania krzywdzenia dzieci.

Schemat badawczy uwzględniał randomizację 18 powiatów średniej wielkości w amerykańskim stanie Karolina Południowa, które zostały wybrane pod względem geograficznym, a nie zrekrutowane. Żaden z tych powiatów nie miał wcześniej kontaktu z programem Triple P. Kontrolując zmienne wczesnego krzywdzenia dzieci, wskaźniki ubóstwa oraz wielkość powiatu, powiaty losowo przydzielono do rozpowszechniania systemu Triple P (9 powiatów) lub grupy kontrolnej do uruchomienia zwykłych usług (9 powiatów).

Pojawiły się trzy podstawowe zmienne wyników związane z krzywdzeniem wśród dzieci w wieku od urodzenia do 8 lat. Pierwszą z nich były przypadki umieszczenia dziecka poza domem (opieka zastępcza), zgłaszane przez system opieki zastępczej oraz wiążące się ze zdawaniem miesięcznych raportów do centralnej bazy. Drugą były obrażenia w następstwie krzywdzenia dzieci, wymagające leczenia szpitalnego, zgłaszane przez szpitale we wszystkich powiatach i raportowane co miesiąc do centralnej bazy wraz ze wszystkimi danymi dotyczącymi chorób i leczenia. Trzecią zmienną stanowiły potwierdzone (poparte dowodami)



przypadki krzywdzenia dzieci zebrane przez system instytucji ochrony dzieci w każdym powiecie i również zgłaszane co miesiąc do centralnej bazy. Dane bazowe z pięciu lat sprzed rozpoczęcia badania pokazały, że dwa zbiory powiatów nie różniły się pod względem którejkolwiek z tych trzech zmiennych ani nie występowały istniejące wcześniej tendencje (np. odbieganie), które różnicowały te dwa zbiory powiatów.

W dziewięciu powiatach objętych Triple P wdrożono wszystkie pięć poziomów systemu Triple P. Ponad 600 osób przeszkolono w prowadzeniu programu Triple P, włączając dotychczasowych pracowników z różnych sektorów (tj. opieki zdrowotnej, zdrowia publicznego, edukacji, w tym z przedszkoli, zdrowia psychicznego, usług dla rodzin oraz organizacji pozarządowych). Strategie medialne i komunikacyjne dla Poziomu 1 Triple P były wdrażane przez zespół projektowy. W każdym momencie w 9 powiatach objętych Triple P było 85 000 rodzin z przynajmniej jednym dzieckiem w przedziale wiekowym od urodzenia do ośmiu lat. W ciągu dwóch lat ekspozycji na interwencje, około 14% spośród tych rodzin otrzymało bezpośrednią pomoc (tj. nieuwzględniającą ekspozycji na media/komunikację), co stanowi stosunkowo dobry zasięg, biorąc pod uwagę, iż po raz pierwszy przeprowadzono tego rodzaju badanie.

Jeśli chodzi o wyniki, wszystkie trzy początkowe wskaźniki związane z krzywdzeniem dzieci wykazały istotny wpływ programu Triple P (Prinz i in., 2009). Ponadto powiaty te miały niższe wskaźniki umieszczenia dzieci w opiece zastępczej w porównaniu z powiatami kontrolnymi, po uwzględnieniu wartości początkowej. Ponadto powiaty Triple P miały niższe wskaźniki leczonych w szpitalu obrażeń, które doznały dzieci w wyniku krzywdzenia w porównaniu z powiatami kontrolnymi po uwzględnieniu wartości początkowych. Wzrost liczby potwierdzonych przypadków krzywdzenia został istotnie spowolniony w powiatach objętych Triple P w porównaniu z powiatami kontrolnymi i po wzięciu pod uwagę wartości początkowej, ale również w porównaniu

z pozostałymi 28 powiatami w stanie, które nie były częścią badania populacyjnego, ale wykazywały podobne tendencje, jak powiaty z grupy kontrolnej.

### *Rozważenie kosztów*

Pozostaje pytanie, czy podejście zdrowia publicznego do profilaktyki krzywdzenia dzieci jest kosztowne. Analiza kosztów została przeprowadzona przez Washington State Institute for Public Policy (WSIPP), kierowany przez Stevena Aosa (Lee, Aos i Drake, 2012). WSIPP przeanalizował korzyści i koszty programu Triple P w kontekście systemu ochrony dzieci i odkrył, że zastosowanie wszystkich pięciu poziomów systemu Triple P przyniosło zwrot w wysokości 6,06 dolara amerykańskiego na każdy zainwestowany dolar – doskonały zwrot inwestycji w porównaniu z innymi programami i strategiami. WSIPP przeanalizował również Triple P z perspektywy zdrowia psychicznego dzieci i odkrył, że wdrożenie Poziomu 4 Grupowego Triple P dało zwrot w wysokości 5,63 dolara amerykańskiego na każdy zainwestowany dolar, co również wypadło korzystnie w porównaniu z innymi programami. Te dane z Washington State Institute for Public Policy sugerują, że strategia zdrowia publicznego, taka jak Triple P, nie jest nieopłacalna w zapobieganiu występowaniu krzywdzenia dzieci.

### **Dyskusja i wnioski**

Populacyjne podejście do rodzicielstwa i wspierania rodzin, nie tylko w odniesieniu do profilaktyki krzywdzenia dzieci, ale również w niektórych innych dziedzinach, wiąże się tak naprawdę ze zmianą paradygmatu. W obrębie samej dziedziny obserwuje się zmianę podejścia do problemu krzywdzenia dzieci, próbując znaleźć strategie, które będą miały większe oddziaływanie profilaktyczne. Gdyby ktoś zapytał ludzi zajmu-

jących się tą dziedziną 10 lub 15 lat temu, czy ma sens przyjęcie podejścia populacyjnego do przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci, odpowiedź najczęściej brzmiałaby „nie”. Istniał i nadal istnieje sceptycyzm dotyczący tego, czy interwencje rodzicielskie mogą ograniczyć krzywdzenie dzieci oraz obawy przed tym, że cenne zasoby, które miały się koncentrować na populacji wysokiego ryzyka, zostaną przekierowane gdzie indziej. Pomimo sceptycyzmu i obaw, tej dziedzinie nigdy nie udało się wykazać, że podejścia kliniczne i dotyczące grup wysokiego ryzyka faktycznie zmniejszają występowanie przypadków krzywdzenia. W konsekwencji musimy powrócić do naszej konceptualizacji i zadać pytanie, czy przesuwamy się w kierunku zakładanego głównego celu wystarczająco szybko, a jeśli nie, to w jaki sposób możemy rozszerzyć swoje myślenie.

Jednakże ten nowy paradygmat nie oznacza, że powinniśmy odrzucić to, co jest potrzebne w ramach systemu usług ochrony dzieci oraz w ramach tym grupom populacyjnym, które odznaczają się wysokim ryzykiem. Wyraźnie potrzebne jest podwójne podejście i ważne jest połączenie tych dwóch strategii (profilaktyki w ramach zdrowia publicznego oraz usług ochrony dzieci). Niemniej jednak, w przypadku obu strategii musimy pamiętać o tym, że to rodzice są podstawowymi odbiorcami związanych z nimi usług. Jeśli nie spojrzymy na to z ich punktu widzenia, nasze działania będą z góry skazane na porażkę. Wszelkie autorytatywne wypowiedzi o tym, że rodzice muszą się zmienić na nic się zdadzą, jeśli rodzice nie będą skłonni uczestniczyć w tym procesie. Aby odnieść sukces w zmniejszaniu wskaźników występowania przemocy, kluczowe jest trzymanie się podejścia wolnego od stygmatyzacji, jak również zaspokojenie potrzeb rodziców w taki sposób, który do nich przemawia.

Nawet jeśli mamy mocne interwencje rodzicielskie, nie jesteśmy uwolnieni od zajmowania się poważnymi problemami związanymi z nadużywaniem substancji psychotropowych, skrajnym ubóstwem oraz przemocą między partnerami, które przyczyniają się do krzywdzenia dzieci. Na przykład w odniesieniu do nadużywania substancji psychotropo-

wych mamy niedostatek badań dotyczących efektów leczenia z udziałem rodziców, którzy mają podwójny problem: nadużywania narkotyków lub alkoholu połączone z korzystaniem z usług systemu ochrony dzieci. Musimy się wiele dowiedzieć na temat tego, jak łączyć podstawową terapię nadużywania substancji z interwencją skierowaną na trudności rodzicielskie, na temat strategii motywujących dla takiego scenariusza oraz na temat tego, w jaki sposób takie strategie terapeutyczne działają (lub nie), aby przynieść lepsze efekty w aspekcie ochrony dzieci. Ten kluczowy obszar wymaga ukierunkowanych strategii, ale zajęcie się nim nie jest wcale niekompatybilne z mieszaną strategią profilaktyczną opisaną wcześniej. Jest to raczej jeden kawałek, który może pasować do systemu. Szeroka strategia zdrowia publicznego może zawierać wiele różnych elementów, z których niektóre są ukierunkowane, a niektóre promują powszechny dostęp, ale zbudowane są jako różne punkty na kontinuum, którymi zajmujemy się, przesuwając się w kierunku tego samego głównego celu, a mianowicie ograniczenia występowania krzywdzenia dzieci.

## **Uwagi**

Badanie, na którym opierały się niektóre aspekty tego rozdziału, było częściowo finansowane z grantów przyznanych przez U.S. Centers for Disease Prevention and Control (U17/CCU422317 i R18CE001340), the National Institute on Child Health and Human Development (R01HD42621) oraz the National Institute on Drug Abuse (R01DA031780). Wyniki i wnioski zawarte w tym rozdziale zostały sformułowane przez autora i niekoniecznie reprezentują poglądy wymienionych wcześniej instytucji finansujących.

Autor jest konsultantem US Centers for Disease Control and Prevention oraz Triple P International (ta ostatnia jest partnerem transferu technologii Uniwersytetu w Queensland, któremu powierzono rozpowszechnienie systemu Triple P).

## Bibliografia

- Afifi, T.O., Boman, J., Fleisher, W. and Sareen, J. (2009) The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse and Neglect* 33, 3, 139–147.
- Barrett, P.M. and Ollendick, T.H. (eds) (2004) *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. London: Wiley.
- Biglan, A., Brennan, P.A., Foster, S.L. and Holder, H.D. (2004) *Helping Adolescents at Risk: Prevention of Multiple Problem Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Bolger, K.E. and Patterson, C.J. (2003) Sequelae of Child Maltreatment: Vulnerability and Resilience. In S.S. Luthar (ed.) *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999) Ten great public health achievements – United States, 1900–1999. *Morbidity and Mortality Report* 48, 241–243.
- Collins, W.A., Maccoby, E.E., Steinberg, L., Hetherington, E.M. and Bornstein, M.H. (2000) Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist* 55, 218–232.
- Donovan, C.L. and Spence, S.H. (2000) Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review* 20, 509–531.
- Essau, C.A. (ed.) (2003) *Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Farah, M.J., Betancourt, L., Shera, D.M., Savage, J.H. *i in.*, (2008) Environmental stimulation, parental nurturance and cognitive development in humans. *Developmental Science* 11, 5, 793–801.
- Ialongo, N.S., Rogosch, F.A., Cicchetti, D., Toth, S.L. *i in.*, (2006) A Developmental Psychopathology Approach to the Prevention of Mental Health Disorders. In D. Cicchetti and D.J. Cohen (eds) *Developmental Psychopathology, Vol 1: Theory and Method*, 2nd edn. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Jones, T.L. and Prinz, R.J. (2005) Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review* 25, 3, 341–363.
- Lee, S., Aos, S. and Drake, E. (2012) *Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes (Document No. 12–04–1201)*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Lochman, J.E. and van den Steenhoven, A. (2002) Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention* 23, 49–114.
- National Research Council and Institute of Medicine (2009) Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities. In M.E. OConnell, T. Boat and K.E. Warner (eds) *Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education*. Washington, DC: Committee on Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. and Dishion, T.J. (1992) *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Prinz, R.J. (2007) Parenting and family-based preventive interventions: Current status and future challenges. Commissioned technical report: Institute of Medicine and National Research Council.
- Prinz, R.J. and Dumas, J.E. (2004) Prevention of Oppositional Defiant Disorder

- and Conduct Disorder in Children and Adolescents. In P.M. Barrett and T.H. Ollendick (eds) *Handbook of Interventions That Work with Children and Adolescents*. Chichester: Wiley.
- Prinz, R.J. and Jones, T.L. (2003) Family-based Interventions. In C.A. Essau (ed.) *Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Prinz, R.J., Sanders, M.R., Shapiro, C.J., Whitaker, D.J. and Lutzker, J.R. (2009) Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science* 10, 1, 1–12.
- Sanders, M.R. (1999) Triple P – Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2, 2, 71–90.
- Sanders, M.R. (2008) Triple P – Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology* 22, 4, 506– 517.
- Sanders, M.R. (2012) Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P – Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology* 8, 345–379.
- Sanders, M.R. and Mazzucchelli, T.G. (2012) The promotion of self-regulation through parenting interventions. In V. Barkoukis (ed.) *Psychology of SelfRegulation*. Hauppauge, NY: Nova Science.
- Sanders, M.R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P. *i in.*, (2008) Every family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *Journal of Primary Prevention* 29, 3, 197–222.
- Theodore, A.D., ChJ.J., Runyan, D.K., Hunter, W.M., Bangdiwala, S.I. and Agans, R. (2005) Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics* 115, 331–337.

# ROZWOJOWY I DYNAMICZNY MODEL W SYSTEMACH USŁUG POMOCOWYCH

## Maksymalne wykorzystanie naszej wiedzy

*Bruce F. Chorpita, Alayna Park i Eric L. Daleiden*

W ciągu ostatnich 20 lat podejmowano duże wysiłki, aby zwiększyć wpływ nauki na realizację usług pomocowych. Jednym z pozytywnych efektów jest to, jak bardzo zwiększyła się baza dowodów pochodzących z badań. Liczba terapii opartych na dowodach (EBTs) dotyczących problemów z zakresu zdrowia psychicznego dzieci w 2011 r. wynosiła prawie 400 (Chorpita i in., 2011b) i od tej pory stale rośnie. Mimo tych zmian, wpływ tychże terapii na etapie pomocy był jak dotąd mniejszy od oczekiwanego czy pożądanego (Kazdin i Blase, 2011; Rotheram-Borus, Swendeman i Chorpita, 2012). Wiele usług świadczonych w ramach typowej pomocy nadal ma niewielki związek z praktyką popartą badaniami (np. Zima i in., 2005), a nawet jeśli mają, nie zawsze są skuteczne w koncentrowaniu się na głównym problemie terapeutycznym (np. Garland i in., 2010). Nie jest zaskoczeniem, że empiryczne ewaluacje zwykłych usług pomocowych pokazują, że wyniki nadal pozostają opóźnione w stosunku do terapii opartych na badaniach (Weisz, Jensen-Doss i Hawley, 2006). Mając na uwadze te obawy, nasz zespół badawczy usi-



łował zastanowić się nad nowymi sposobami zaprojektowania systemów usług i ich zasobów, aby wykorzystać wiedzę dostarczoną przez te publikacje naukowe, równoważąc potrzebę ugruntowania działań w nauce z potrzebą radzenia sobie z takim rodzajem złożoności, z jakim zwykle nie spotykamy się w warunkach badawczych.

Podstawowym założeniem leżącym u podłoża całej tej pracy jest to, że jakość usług można poprawić poprzez zastosowanie nauki. Inni elokwentnie argumentują, że takie przełożenie nie jest proste i często wiąże się z próbami zmaksymalizowania dopasowania pomiędzy innowacjami popartymi naukowo a kontekstem systemów, w ramach których te innowacje mogłyby zostać wdrożone (np. Aarons, Hurlburt i Horowitz, 2011). Istnieje wiele strategii zwiększenia tego dopasowania, ale jedną, którą zrealizowaliśmy jest szczególnie owocna – wiąże się z rozróżnieniem pomiędzy wiedzą oraz produktami, które pojawiły się w wyniku ostatnich 40 lat badań nad interwencjami. Oznacza to, że można zastanowić się, czy zwiększyć dopasowanie wiedzy odkrytej podczas badań naukowych, co stanowi inne podejście, niż praca jedynie ze specyficznymi produktami testowanymi w tych próbach (np. specyficznymi protokołami oceny/wywiadu lub podręcznikami terapii). Można np. opierać decyzje dotyczące opieki nad młodą osobą doświadczającą traumatycznego stresu, wykorzystując uogólnioną w wiedzę o tym, że rozwój narracji może pomóc w umożliwieniu pozytywnych zmian emocjonalnych i poznawczych, bez pełnego zastosowania jakichkolwiek specyficznych interwencji, w których testowano narracje dotyczące traumy. Oczywiście istnieją zarówno plusy, jak i minusy takiej strategii, które szerzej omówimy niżej, ale uważamy, że aby budować skuteczne systemy, musimy być przygotowani na zastosowanie zarówno produktów, jak i wiedzy dostarczanych przez naukę.

## **Model rozwojowy i dynamiczny**

W odniesieniu do maksymalizacji dopasowania dwie cechy tworzenia protokołów można jeszcze udoskonalić. Pierwszą z nich jest to, że jakiegokolwiek wiedzy używamy do podejmowania decyzji i działań w ramach systemów usług, powinny one być prowadzone przy wykorzystaniu środków, które z natury są **rozwojowe**. Oznacza to, że środki związane z przekazywaniem wiedzy (tj. narzędzia ułatwiające świadome działania) powinny brać pod uwagę fakt, że różni realizatorzy i różne rodziny znajdują się w różnych fazach rozwoju. Doświadczony realizator może nie potrzebować szkolenia, które rozpoczyna się od początku, omawiając podstawowe umiejętności kliniczne i interpersonalne, i bardziej skorzystałby z możliwości szkolenia uzupełniającego, które po prostu dodaje kolejne narzędzie do jej/jego zasobów narzędzi. Podobnie rodzina, która z sukcesem ukończyła program terapeutyczny, może nie potrzebować rozpoczynania nowego programu interwencyjnego, ale raczej skorzystałaby z przypomnienia, czy ukierunkowanego powtórzenia specyficznych umiejętności. Ponieważ systemy pomocowe borykają się z wszechobecnymi różnicami rozwojowymi wśród rodzin, realizatorów, organizacji, a nawet w samej bazie wiedzy (Chorpita i Daleiden, 2013), środki wykorzystywane do implementowania wiedzy do tych systemów muszą uwzględniać te różne punkty wyjścia i spotykać się z ich odbiorcami, tam gdzie oni się znajdują.

Drugą kluczową cechą modelu jest to, że wiedza powinna być wprowadzana za pośrednictwem środków, które są **dynamiczne**. Oznacza to, że wytyczne, podręczniki, tabele, systemy informacji zwrotnych powinny brać pod uwagę fakt, że w codziennej pracy często będą pojawiały się problemy, które będą wymagały wprowadzenia adaptacji czy dostosowania. Na przykład młody człowiek może doświadczać niepowodzeń szkolnych, co staje się natychmiastowym priorytetem, wymagającym wprowadzenia zmian w planie pomocy. Podobnie realizator działań

pomocowych może przejść pod inną jurysdykcję lub wziąć urlop bądź zwolnienie z powodów zdrowotnych lub rodzinnych, co zakłóci plan szkolenia. Powinniśmy dążyć do takiej sytuacji, by z takimi zdarzeniami sprawnie się uporać i by nie wpływały one na rodziny, realizatorów i organizacje w realizacji ich ostatecznych celów.

Choć w naszej ponad 15-letniej pracy takie problemy pojawiły się przede wszystkim w ramach systemów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci, to zagadnienia te mogą również odnosić się do świadczenia pomocy w populacjach objętych pomocą instytucji zajmujących się ochroną dzieci (*child welfare*). Konkretnie występują tu zarówno bezpośrednie implikacje – odnośnie do radzenia sobie z psychospołecznymi i rodzinnymi konsekwencjami przemocy i zaniedbania, które wymagały zastosowania wskazanych podejść terapeutycznych – oraz implikacje pośrednie – dotuczające ogólnych podejść do skutecznej organizacji i zastosowania wiedzy, na której oparto działania w ramach systemów pomocowych. Kilka przykładów zilustrowano poniżej.

## **Budowanie skutecznego i kompleksowego wachlarza usług pomocowych**

Na najwyższym poziomie instytucje pomocy społecznej muszą borykać się z tym, w jaki sposób zapewnić wysokiej jakości usługi populacji młodych ludzi i rodziców, którzy są pod ich opieką. Powszechnie stosowaną na tym etapie strategią jest zbudowanie oferty programów terapeutycznych opartych na dowodach (EBT). Programy te powinny służyć dużej części całej populacji korzystającej z pomocy i minimalnie – lub być może strategicznie – nakładałyby się na siebie odpowiednio do tego, komu służą. System ochrony dzieci (*child welfare system*) mógłby zatem dążyć do posiadania w swojej ofercie programów terapeutycznych opartych na dowodach, służących rodzinom doświadczającym problemów związanych z bezpieczeństwem dzieci, wyznaczaniem granic, relacjami

społecznymi lub umiejętnościami w zakresie dbania o siebie. Głównym zadaniem staje się więc zebranie listy EBT, które są ukierunkowane na te trudności i mogą służyć jak największej liczbie osób w populacji, przy jak najmniejszych nakładach. Takie budowanie wachlarza usług staje się coraz bardziej powszechnym działaniem zarówno dla instytucji/systemów ochrony dzieci, jak i zajmujących się zdrowiem psychicznym, i jest obecnie mocno poparte przez zbiorcze listy lub rejestry EBT, które służą jako „listy zakupów” dla zarządzających systemem.

Niedawno zaproponowaliśmy, że można stworzyć bardziej skuteczny i wydajny wachlarz usług poprzez ustrukturalizowane porównanie badań nad efektami terapii oraz wiedzy o populacji korzystającej z usług na poziomie lokalnym. Szczególnie, gdy się wie, które formy terapii zostały w literaturze uznane za skuteczne dla jakich klientów (np. biorąc pod uwagę cel terapii, wiek, płeć) oraz jaka jest charakterystyka młodych osób i rodzin w lokalnym systemie pomocy (np. występowanie różnych rodzajów problemów, przedział wiekowy), można wybrać terapie, które nie tylko są oparte na dowodach, ale również maksymalnie odpowiednie dla populacji korzystającej z usług pomocowych (np. znalezienie EBT dla nastolatków ze stresem traumatycznym do zastosowania w ramach systemu pomocy dzieciom, z którego korzysta wielu nastolatków po doświadczeniu przemocy).

Chorpita, Bernstein i Daleiden (2011) niedawno pokazali zastosowanie tej metodologii, nazwane „mapowaniem adekwatności” (*Relevance Mapping*), w odniesieniu do młodzieży korzystającej z pomocy w ramach stanowego systemu ochrony zdrowia psychicznego na Hawajach. Analizy uwzględniały komputerowo zautomatyzowane porównanie 1 781 młodych ludzi o dużych potrzebach emocjonalnych i behawioralnych z cechami uczestników 437 kodowanych zrandomizowanych prób klinicznych. Wśród tych zrandomizowanych badań klinicznych zidentyfikowano 98 indywidualnych rodzajów terapii (np. terapię poznawczo-behawioralną, wzmacnianie motywacji do pozytywnych zachowań

– zarządzanie kryzysem, trening radzenia sobie dla rodziców) – tworząc ponad 157 miliardów możliwych kombinacji EBT, by losowo wybrać zestaw nie więcej niż ośmiu terapii do zastosowania w ramach systemu. Zatem, jeśli weźmiemy pod uwagę pełen rozmiar bazy dowodów naukowych, wybór odpowiedniego wachlarza stanowi złożony problem, którego trudność zwiększa się w miarę jak baza wiedzy się poszerza.

Opierając się na zautomatyzowanym porównaniu wszystkich możliwych zestawów usług, Chorpita i in. (2011a) odkryli, że dla systemu hawajskiego można ustalić dwa równie adekwatne zestawy, każdy złożony z dziewięciu rodzajów terapii. Jedna z terapii wspólna dla obu zestawów – terapia wielosystemowa – *Multisystemic Therapy* (Henggeler i in., 1998) – była już stosowana w ramach tego systemu, a siedmioma terapiami wspólnymi dla obu były: terapia poznawczo-behawioralna, wzmacnianie motywacji do pozytywnych zachowań, trening radzenia sobie dla rodziców, terapia poznawczo-behawioralna z włączeniem rodziców, intensywny trening komunikacji, intensywna terapia behawioralna oraz trening radzenia sobie dla rodziców wraz z rozwiązywaniem problemów. Dziewiąty rodzaj terapii różnił się pomiędzy dwoma zestawami i były nim albo samowerbalizacja, albo umiejętności społeczne oraz leki. Oba zestawy zbudowano na podstawie założenia, że każda terapia pasuje do każdej młodej osoby w populacji odbiorców usług pomocowych w odniesieniu do celu terapii, wieku i płci (np. depresyjny nastrój u 12-letniej dziewczynki). Tego rodzaju układ częściowo ilustruje zasadę modelu rozwojowego w tym sensie, że taki wachlarz ma być dopasowany do cech jednostek w danym systemie – spotkać się z nimi w tym miejscu, w którym się znajdują – w odróżnieniu od zestawu, który bierze pod uwagę w próżni jedynie siłę dowodów stojących za każdą EBT.

Niestety jedną z obaw było to, że niezależnie od tego, czy wybrano 9 najlepszych terapii czy 90, nie więcej niż 71% młodych ludzi na Hawajach można było dopasować do którejkolwiek EBT w powstałym

w taki sposób zestawie. A zatem, bez względu na okoliczności, 29% młodych ludzi w tym systemie miało taką kombinację cech (problem, wiek, płeć), która nie pasowała do niczego w bazie dowodów. Gdy narzucono bardziej rygorystyczne standardy dopasowywania młodych ludzi do terapii, np. biorąc również pod uwagę pochodzenie etniczne oraz miejsce korzystania z pomocy (rodzina zastępcza, terapia w domu lub w środowisku, ośrodek opiekuńczy), dla 86% młodych ludzi nie było żadnej EBT odpowiadającej ich cechom. Podobne rezultaty stwierdzono w analizie grupy młodzieży o nasilonych potrzebach, korzystających z usług dużej organizacji pomocowej w Kalifornii (Bernstein i in., 2013).

Należy zauważyć, że te rezultaty nie rzucają negatywnego światła na zastosowanie EBT w systemach środowiskowych, ale dostarczają dowodów przeczących idei EBT jako wyłącznej strategii poprawy jakości systemu usług pomocowych. Jeśli to uwzględnimy, niektórzy młodzi ludzie i rodziny prawdopodobnie pozostaną bez możliwości wysokiej jakości opieki w związku z aktualnym stanem bazy dowodów lub też złożonymi okolicznościami indywidualnymi. Gdy weźmiemy pod uwagę rotację pracowników, możliwość wyszkolenia i wykonalność (np. to, że iloma EBT może skutecznie sobie radzić pojedynczy realizator), bariery geograficzne (np. możliwość wdrożenia pełnych zakresów w odległych lub wiejskich społecznościach) oraz rodziny, które nie reagują na swoją pierwszą terapię (i wobec tego wymagają drugiej EBT) czy wartości wybrane przez rodzinę, pojawia się oczywista potrzeba rozważenia alternatywnych strategii zapewnienia jakości usług, wychodzących poza sam wybór EBT.

W świetle całościowego celu, jakim jest zapewnienie przez systemy pomocy usług wysokiej jakości, aby poprawić życie młodych ludzi i ich rodzin, strategia wybierania EBT jest zarówno złożona, jak i niewystarczająca, a przykład z Hawajów wyraźnie obrazuje to, jak ważna jest zasada tworzenia modelu o dynamicznej konstrukcji na poziomie systemu. Oznacza to, że jeśli dla dużego odsetka młodych ludzi w danym syste-

mie dostępny wachlarz usług pomocowych jest niewystarczający, trzeba posiadać formalną strategię radzenia sobie z takimi wyjątkami. Innymi słowy, wiedząc, że EBT są niedostępne dla znacznej części przypadków, jak można zapewnić tym młodym ludziom usługi dobrej jakości?

## **Wiedza stojąca za produktami: inne spojrzenie na bazę dowodów**

Jedna z możliwych strategii opiera się na uzyskaniu nowego spojrzenia na istniejącą bazę dowodów z badań. Przy ponad 700 randomizowanych próbach klinicznych w obszarze zdrowia psychicznego dzieci, istnieje rozległa baza wiedzy, na której można opierać decyzje dotyczące pomocy podczas pracy poza kontekstem wystandaryzowanego protokołu terapii, a jak pokazuje nasza analiza mapowania adekwatności może to być konieczne, biorąc pod uwagę obecną bazę wiedzy oraz zróżnicowanie populacji. Choć obecną tradycją jest gromadzenie literatury w obrębie specyficznych „linii produkcyjnych”, gdzie każda z replikacji specyficznych wymienionych protokołów tworzy odrębną literaturę, można zastanowić się nad sposobami gromadzenia wiedzy w szerszy sposób, na podstawie empirycznie podobnych cech pośród różnych terapii.

Model destylacji i dopasowania (*the distillation and matching model*) (Chorpita i Daleiden, 2009; Chorpita, Daleiden i Weisz, 2005a) został stworzony, aby zapewnić taką strategię, przy użyciu ustrukturalizowanej metodologii identyfikowania i kategoryzowania wspólnych właściwości różnych terapii, ostatecznie ułatwiając ich gromadzenie i analizę. Pierwsze podejście opisywane w tym modelu – destylacja (wyodrębnienie) – uwzględnia kodowanie literatury dotyczącej terapii na różnych poziomach abstrakcji. Jednym z dogodnych poziomów abstrakcji, które analizowaliśmy, aby wesprzeć działanie wiedzą, jest identyfikowanie specyficznych praktycznych komponentów terapii, znanych jako elementy praktyczne. Na przykład terapia poznawcza lęku może zawierać sześć następujących elementów praktycznych: trening poznawczy, automo-

nitorowanie, modelowanie, ekspozycja na bodźce/przedmioty budzące strach, relaksacja i psychoedukacja. Kodowany na poziomie elementów, protokół ten może być następnie zbadany empirycznie, aby stwierdzić jego podobieństwo do innych protokołów spośród setek znajdujących się w bazie dowodów. W rezultacie ta analiza pozwala na stworzenie pogrupowanych profili, które mogą zobrazować to, które elementy praktyczne są najbardziej powszechne wśród najbardziej skutecznych/popularnych terapii. Można np. zaobserwować, że wśród 16 opartych na dowodach protokołów dla stresu traumatycznego, 75% zawiera komponent relaksacji. Jednym z zastosowań tego faktu, gdy pracujemy z młodymi ludźmi po traumie poza kontekstem ustrukturalizowanego protokołu, może być rozważenie zastosowania relaksacji. Ten wniosek wykorzystuje całą bazę wiedzy na temat opartych na dowodach terapii stresu traumatycznego, która może uwzględniać wiele badań, zamiast polegania na specyficznym protokole, na którego poparcie istnieje jedynie jedno lub dwa badania. Choć nie ma pewności co do tego, że wybrany komponent wspólny dla skutecznych protokołów sam w sobie będzie skuteczny, gdy zostanie zastosowany oddzielnie, literatura sugeruje, że zastosowanie go może być obiecującym początkiem oraz przedstawia testowalną hipotezę w przypadkach, które uwzględniają monitoring i ewaluację jako część planu pomocy.

Drugi proces opisany w tym modelu – dopasowywanie – polega na ustalaniu związku pomiędzy elementami praktycznymi a określonym klientem lub właściwościami związanymi z kontekstem, znanymi jako czynniki dopasowania. Metoda ta może być używana w szczególności do określenia, które czynniki (np. problem docelowy, wiek, płeć i pochodzenie etniczne) generują najbardziej odmienne wzorce elementów praktycznych. A zatem, jeśli rozkład częstotliwości elementów praktycznych różnych terapii ukierunkowanych na depresję jest istotnie inny od rozkładu elementów praktycznych z terapii skierowanych na zachowania destrukcyjne, wyłonią się one jako **odrębne „węzły”** w ramach



czynnika problemu docelowego. W rezultacie ta procedura może zbudować drzewo wyboru, z gałęziami reprezentującymi praktyczne różnice na różnych poziomach i subpoziomach (np. różnice wiekowe w ramach problemu docelowego, jakim jest destrukcyjne zachowanie).

Poza możliwością łączenia różnych, w innym wypadku odrębnych, zbiorów literatury na temat terapii, kolejną korzyścią z analizowania terapii na poziomie praktycznym jest to, że pozwala to na taki poziom analizy, który dobrze pasuje do rutynowego planu decyzji charakterystycznych dla praktyki klinicznej. Specjaliści często stają w obliczu problemu związanego z wyborem specyficznej techniki do wprowadzenia na kolejnej sesji, szczególnie działając poza ustrukturyzowanym programem. Wiedza zorganizowana według elementów praktycznych może wskazać na potencjalne strategie do rozważenia spośród tych wspólnych dla odpowiednich EBT (np. element poznawczy jest obecny w 72% EBT dla modelu depresyjnego). Z drugiej strony, wiedza zorganizowana jedynie według podręczników terapii jako podstawy informacji, przedstawia dowody na to, że pełna sekwencja procedur (np. jedna sesja psychoedukacji, a następnie pięć sesji modyfikacji zachowania) jest skuteczna w odniesieniu do określonych populacji (np. nastolatków rasy kaukaskiej, należących do klasy średniej) w określonych kontekstach/miejscach (np. szkolny ośrodek zdrowia psychicznego), jeśli oczywiście zostanie zastosowana według instrukcji w podręczniku. Taka informacja może być przydatna przed rozpoczęciem terapii i może pomóc w wyborze określonej EBT, ale – w innych okolicznościach – taka informacja staje się stosunkowo mniej skuteczna.

Model wyodrębnienia i dopasowania dostarcza zatem metodologii do czerpania wiedzy z literatury w innej formie – takiej, która może być podstawą nowych decyzji, również tych, które kierują pomocą kliniczną. Choć taka struktura zapewnia dobrą bazę, na podstawie której specjaliści mogą wyciągać wnioski na temat zawartości terapii, wiedza o tym, które elementy praktyczne są odpowiednie do jakich cech klien-

ta, nadal jest niewystarczająca, a więc potrzebna jest struktura do pełnej organizacji doboru, ułożenia, przeprowadzenia i ewaluacji tychże elementów praktyki.

### **Zarządzanie i adaptacja praktyki (MAP – *Managing and Adapting Practice*)**

Próbując połączyć wiedzę na temat EBT, jak również ich elementy praktyczne w jeden system do tworzenia i zarządzania świadczonymi usługami klinicznymi, Chorpita i Daleiden (2013) zaproponowali model do koordynacji terapii i praktyk opartych na dowodach, nazwany *Managing and Adapting Practice (MAP)* – zarządzanie i adaptacja praktyki. MAP zawiera zestaw środków i modeli, które pomagają realizatorom i systemom organizować wdrażanie i adaptację wysokiej jakości usług w zakresie zdrowia psychicznego dla zróżnicowanych populacji młodzieży i rodzin. Zasady leżące u podstaw systemu MAP rozbudowują strukturę modeli mapowania adekwatności (Chorpita i in., 2011a) oraz wyodrębnienia i dopasowania (Chorpita, Becker i Daleiden, 2007; Chorpita i Daleiden, 2009; Chorpita i in., 2005a) i opierają się na inicjatywach dotyczących projektowania systemu i poprawy efektywności, które rozpoczęły się ponad dziesięć lat temu w hawajskim systemie pomocy (np. Chorpita i in., 2002; Daleiden i Chorpita 2005; Daleiden i in., 2006).

Komponent MAP, dotyczący bezpośrednich usług, działa bardziej jak zestaw narzędzi do wyboru terapii, planowania, wdrażania i ewaluacji, zamiast tradycyjnego podręcznika terapii. MAP używa w szczególności wielu różnych specjalistycznych narzędzi i środków, aby pomóc w ułatwieniu procesu podejmowania decyzji oraz jako postawa kluczowych decyzji dotyczących świadczenia usług. Jako przykład można podać to, że, aby pomóc realizatorom opracować wstępny plan terapii i wspierać bieżące podejmowanie decyzji, MAP stosuje ciągle aktuali-

zowaną, kompleksową i możliwą do przeszukania bazę danych zawierającą setki randomizowanych prób klinicznych (PracticeWise Evidence Based Services Database (PWEBS)). Terapie psychospołeczne i łączone oraz odpowiadające im badania testowane w kontekście populacji w obszarach zdrowia psychicznego, pomocy społecznej, resocjalizacji i zdrowia są rozpoznane w odniesieniu do dobrze zdefiniowanych wytycznych (patrz Chorpita i in., 2011b – szczegółowy opis procesu oceny/przeglądu), co m.in. wymaga tego, by badania testowały przynajmniej jedną aktywną terapię porównywaną z grupą kontrolną, opisywały dane wyjściowe po terapii dla populacji docelowej (tj. nie są to uniwersalne badania dotyczące profilaktyki) i przede wszystkim dotyczyły dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat. Baza danych PWEBS generuje zatem rekomendacje dotyczące oddziaływań psychospołecznych możliwych do zastosowania w pomocy klinicznej dla młodych ludzi (czy to bezpośrednio, czy za pośrednictwem ich opiekunów); jednakże tę samą metodologię można zastosować, aby oprzeć na niej działania właściwe w odniesieniu do innych celów terapeutycznych (np. stabilność rodziny, osiągnięcia szkolne) oraz w ramach różnych innych populacji (np. dorosłych).

W swoim najbardziej powszechnym zastosowaniu, narzędzie wspierania decyzji PWEBS generuje podsumowanie wszystkich terapii, spełniających zdefiniowane przez użytkownika kryteria siły dowodu (np. dobrze ugruntowane, prawdopodobnie skuteczne, lepsze niż lista oczekująca, brak wsparcia (APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures 1995), które odpowiadają właściwościom populacji stanowiącej odbiorców danej usługi/instytucji. Jeśli np. zespół terapeutyczny chce wiedzieć, które z terapii zgodne z powszechnie stosowaną definicją terapii „opartych na dowodach” są odpowiednie dla 11-letniej dziewczynki ze stresem traumatycznym, odpowiedzią PWEBS są listy wszystkich badań terapii odpowiadających zapytaniu, zbiorcze podsumowanie pokazujące względne proporcje wszyst-

kich rodzajów terapii (np. terapia poznawczo-behawioralna, terapia poznawczo-behawioralna z udziałem rodziców), miejsca prowadzenia (np. poradnia, szkoła) i formy (np. indywidualna, grupowa). A zatem komponent bezpośrednich usług w MAP ułatwia skorzystanie z wiedzy i wspomaga użytkownika podczas wyboru istniejącej EBT, jeśli jest ona dostępna w systemie.

W przypadku, gdy nie ma takich dostępnych EBT lub gdy standardowa EBT została już wprowadzona, ale klient nie zrealizował ustalonych celów terapeutycznych, użytkownik MAP może następnie zaplanować terapię w rzeczywistym czasie, zaczynając od listy procedur, które są wspólne dla wszystkich terapii opartych na dowodach (w tym przykładzie 11-letniej dziewczynki po traumie, jest to dziesięć opartych na dowodach protokołów testowanych podczas ośmiu randomizowanych prób). Opierając się na logice modelu wyodrębnienia i dopasowania, praktyki są wyodrębnione z zebranej literatury (Chorpita i in., 2007) i sortowane według relatywnej proporcji specyficznych elementów wspólnych dla tych wszystkich protokołów (np. 70% spośród wszystkich opisanych EBT pasujących do tej 11-letniej dziewczynki stosowało procedurę dotyczącą narracji traumy). Realizatorzy mogą następnie uporządkować te elementy, tworząc plan, zgodnie z powszechnymi regułami koordynacji, pochodzącymi z bazy wiedzy na temat efektów (np. literatura może sugerować wdrożenie procedury psychoedukacyjnej przed próbą zastosowania narracji dotyczącej traumy) oraz zacząć wprowadzać komponenty terapeutyczne przy wsparciu Podręcznika Praktyka, zasobem wiedzy na temat tego „jak”, który nazywa ważne kroki każdego z elementów praktycznych, zarówno w formie listy kontrolnej, jak i szczegółowego opisu.

Innym centralnym aspektem systemu MAP jest schemat ewaluacji, stosowany do śledzenia efektów i oddziaływań. W szczególności schemat ten umożliwi realizatorom łatwiejsze monitorowanie statusu ich klienta, jak również historii stosowanych praktyk terapeutycznych. Choć MAP nie wymaga specyficznego modelu pomiaru, podkreśla znaczenie odpowiedniego i często stosowanego mierzenia postępu i oddziaływań, aby ułatwić kliniczne wnioskowanie i skoordynowaną pomoc, zaś rodzaj miar i czas ich stosowania zależy od rodzaju podejmowanych decyzji. Jeśli np. realizator zastanawia się nad modyfikacją planu terapii, to muszą istnieć aktualne dane dotyczące efektów, które wskazują, że inny kierunek terapeutyczny byłby bardziej odpowiedni dla klienta. Czy osoba świadcząca pomoc wybrała standardową EBT do zastosowania w ramach szerszego kontekstu MAP, czy też zaprojektowała poparty dowodami plan, używając elementów praktycznych z odpowiedniej literatury, sam epizod pomocy jest zawsze poddawany ewaluacji w rzeczywistym czasie, a dla tych terapii, które pozwalają na adaptację – również autokorekty.

Aby ułatwić tę strategię, MAP korzysta z klinicznej tablicy rozdzielczej, jako środka do porządkowania i dostarczania informacji z wielu źródeł informacji dotyczących (np. wyniki ze stosowania wystandardyzowanych narzędzi klinicznych, rekomendacje superwizorów dotyczące oddziaływań do wprowadzenia na kolejnej sesji) oraz pochodzących od różnych osób–stron (np. klient, opiekun, osoba świadcząca pomoc) informacji dotyczącej współpracy (patrz Chorpita i in., 2008), by ostatecznie przedstawić wszystkie dane na temat kontekstu przypadku, postępów klienta oraz historii oddziaływań w jednym miejscu. W typowych aplikacjach MAP, tablice rozdzielcze są tworzone przy użyciu prostej platformy arkusza Excel, która sporządza wykres wyników dla maksymalnie pięciu wybranych przez użytkownika miar postępu (np. potwierdzone przez klienta oceny nastroju, wystandaryzowane łączne wyniki z UCLA PTSD Index; Decker i Pynoos, 2004)

na panel postępu, dzięki któremu można zobaczyć, w jaki sposób wyniki zmieniają się w toku terapii. Dane dotyczące specyficznych elementów praktycznych wdrożonych na każdej sesji są mapowane w oddzielnym panelu praktyk, który również jest aktualizowany w trakcie trwania terapii, odzwierciedlając historię oddziaływań stosowanych przez realizatora wobec klienta. Inne informacje, które mogą być reprezentowane na tablicach rozdzielczych to m.in. plany działań zespołu terapeutycznego, miary osiągniętego postępu lub dalszego zbadania, kryteria badawcze bądź kliniczne wyniki odcięcia, oczekiwane wskaźniki zmiany (np. Weersing, 2005), oczekiwane najlepsze zdarzenia z praktyki, takie jak sekwencja sesji z podręcznika terapii lub elementy pobrane podczas wyszukiwania w bazie PWEBS, a także administracyjne wskaźniki zmiany w statusie kwalifikowalności, czasowe lub ilościowe czynniki związane z użytkowaniem (*utilization triggers*), wymagające ponownej autoryzacji lub intensywnego przeglądu itp. Zasadniczo tablice rozdzielcze są narzędziami telekomunikacyjnymi, które wspierają nie tylko informacje zwrotne, ale również badanie i symulację (np. rozważanie rozmaitych wariantów: „co by było, gdyby”). Jako takie, mogą one być użyteczne nie tylko dla osób świadczących pomoc, ale również dla supervisorów, klientów, członków rodzin i innych członków zespołu terapeutycznego.

W uzupełnieniu do tych narzędzi wspierających podejmowanie decyzji, model bezpośrednich usług MAP dostarcza również wielu różnych środków do koordynacji, nazywanych „wskazówkami procesowymi”, które szczegółowo opisują logikę stojącą za podejmowaniem decyzji i planowaniem w odniesieniu do wybranych aspektów pomocy. Na przykład przewodnik „Planer Terapii” wspiera realizatorów w koordynowaniu planu pomocy poprzez zachęcanie ich do wyboru tego, na czym będą koncentrować się w terapii, w organizowaniu odpowiednich elementów praktycznych w obrębie wczesnych, środkowych i późnych faz pomocy (określanych odpowiednio jako fazy „połączenia”, „doskonalenia/pielęgnowania” i „konsolidacji”) oraz w tworzeniu listy opcjo-

nalnych procedur, do których można się odnieść w sytuacji pojawienia się zakłócenia klinicznego (np. procedura relaksacyjna, aby zająć się pobudzeniem somatycznym). Przewodnik „Planer Sesji” strukturyzuje planowanie i koordynację każdej sesji terapeutycznej lub spotkania klinicznego, i określa najważniejsze kroki, które powinny być wzięte pod uwagę na początku (np. rejestracja, przejrzanie pracy domowej), w środku (np. porady, przećwiczenie) i na końcu (np. omówienie informacji do ćwiczeń w domu, zadanie pracy domowej) każdego spotkania. Inny przewodnik, nazywany „MAPA” (*The MAP*), oferuje całościowy model tego, w jaki sposób korzystać z zasobów MAP, opierając na nich wnioskowanie kliniczne i analizowanie prowadzonych oddziaływań przez cały czas udzielania pomocy. Na przykład, aby ocenić postęp kliniczny klienta, osoba świadcząca pomoc może przeanalizować panel postępu na klinicznej tablicy rozdzielczej i w zależności od aktualnych wyników wybrać albo kontynuację obecnego planu terapeutycznego do czasu osiągnięcia celów, albo ocenić, czy dana terapia jest adekwatna do potrzeb klienta. Przewodnik zatytułowany „Przyjęcie zasady różnorodności” (*Embracing Diversity*) zachęca osobę świadcząca pomoc do zastanowienia się, w ustrukturalizowany sposób, nad możliwymi adaptacjami planu, jeśli są wskazane, w obrębie sześciu różnych kategorii pojęciowych (zachęcając do możliwych zmian w zakresie konceptualizacji, komunikacji, przekazu, stylu, czynników zmiany lub procedur komunikacyjnych).

Aby pomóc realizatorom rozwijać umiejętności w stosowaniu MAP (np. skuteczne koordynowanie zarówno wytycznych dotyczących procesu, jak i praktyki w ramach epizodu pomocy klinicznej), stworzono Program Rozwoju Zawodowego MAP (*MAP Professional Development Program*), aby wyszczególnić formalne opisy ról i zapewnić procesy ustrukturyzowanego szkolenia i akredytowania. Szkolenie dla bezpośrednich realizatorów usług pomocowych zawiera co najmniej 52 godziny szkoleń i konsultacji, trwających przynajmniej pół roku, super-

wizowaną pracę kliniczną z przynajmniej dwoma przypadkami oraz złożenie do oceny końcowej uzupełnionego klinicznego portfolio szkoleniowego. Southam-Gerow i in. (2014) niedawno opisali szczegółowo zastosowanie Programu Rozwoju Zawodowego MAP w obrębie powiatu Los Angeles w Kalifornii, będącego aktualnie w trakcie dużej inicjatywy związanej z reformą systemu, której celem jest zwiększenie liczby usług opartych na dowodach na terenie powiatu. W okresie 33 miesięcy, 1 700 bezpośrednich realizatorów usług pomocowych w powiecie Los Angeles ukończyło szkolenie MAP, wskazując, że Program Rozwoju Zawodowego MAP może być wprowadzony szybko w ramach dużego systemu. Jeśli chodzi o konkretne efekty szkolenia, przeciętny czas ukończenia dla uczestników biorących udział w standardowej sekwencji warsztatowo-konsultacyjnej wynosił 342 dni, a 86% uczestników uzyskało pozytywną ocenę pierwszego złożonego portfolio. Co więcej, klienci i rodziny, którzy otrzymali pomoc zgodną z MAP wykazywali istotną poprawę w trakcie realizowania planu pomocy.

Obiecujące efekty są również widoczne u dzieci i młodzieży otrzymujących pomoc w ramach stanowego systemu pomocy na Hawajach, który przez ostatnie dziesięć lat stosował poparty empirycznie system zarządzania jakością, z zasadami podobnymi do MAP. Na przykład Daleiden i in. (2006) zauważyli bardzo wyraźny wzorzec przyspieszonej poprawy u młodzieży korzystającej z usług pomocowych w zakresie zdrowia w ramach hawajskiego przedsięwzięcia opartego na dowodach – średnia wartość poprawy wzrosła niemal trzykrotnie w ciągu czterech lat. W następstwie postępującego tempa poprawy, średnia długość trwania usług zmniejszyła się z 866 dni w 2002 roku do 393 dni w 2005 roku. Podobnie, łączne wydatki na usługi pomocowe również spadły z 1083 dolarów na punkt poprawy w 2002 roku do 648 dolarów na punkt poprawy w ciągu roku 2005.



Te wyniki ilustrują sukces systemu MAP od początku (tj. szkolenie realizatorów) do końca (tj. zakończenie terapii) i dostarczają wstępnych dowodów na poparcie potencjału usług pomocowych, które mają właściwości zarówno rozwojowe, jak i dynamiczne. Co ważniejsze, MAP jest przykładem możliwego rozwiązania problemu brakującej części istniejącej konstrukcji systemu pomocowego: są nią poparte naukowo, spersonalizowane możliwości terapeutyczne dla młodych ludzi, którzy w innym wypadku nie skorzystaliby z żadnych EBT.

### **Badanie skuteczności systemów pomocy dzieciom oraz projektów udoskonalania terapii (*The Child STEPs Effectiveness Trial*)**

Takie zasady tworzenia modelu zostały poddane bardziej formalnym testom w niedawno ukończonym randomizowanym badaniu klinicznym. Badanie skuteczności systemów pomocy dzieciom oraz projektów udoskonalania terapii – *The Child Systems and Treatment Enhancement Projects* (Child STEPs) *Effectiveness Trial* (Chorpita i in., 2013; Weisz i in., 2012) sprawdzało skuteczność różnych rodzajów usług klinicznych w dziesięciu organizacjach pomocowych działających w poradniach środowiskowych oraz szkołach w stanach Hawaje i Massachusetts dla 174 młodych osób doświadczających problemów związanych z lękiem, depresją lub zachowaniami destrukcyjnymi. Model badawczy uwzględniał trzy warunki terapii, dwa związane z różnymi modelami EBT, a trzeci stanowiła grupa kontrolna typowej pomocy. W „standardowych” warunkach opartych na EBT, realizatorzy byli szkoleni do stosowania trzech standardowych podręczników EBT – po jednym dla każdego z możliwych obszarów docelowych – które zawierały podręcznikowe instrukcje i określały zarówno kolejność, jak i liczbę sesji terapeutycznych. W warunkach modularnych, opartych na dowodach, realizatorzy przechodzili szkolenie z Modularnego Podejścia do

Terapii Dzieci – *Modular Approach to Therapy for Children (MATCH)* (Chorpita i Weisz, 2005), które w zasadzie zawierały te same procedury kliniczne, co w grupie typowych/standardowych warunków, ale porządkowało procedury w indywidualne elementy praktyczne, które mogły być stosowane i dostosowywane w zależności od specyficznych czynników związanych z klientem, takich jak rodzaj problemu klienta, czy zaangażowanie rodziny w terapię. Opierając się w dużej mierze na tych samych zasadach rozwojowych i dynamicznych, co podejście bezpośrednich usług w MAP, MATCH wykorzystywało szereg schematów, które przedstawiały domyślną sekwencję działań dla każdego obszaru problemowego (Weisz i in., 2012). Na przykład, jeśli problemem dziecka był lęk, ścieżka terapeutyczna MATCH sugerowałaby rozpoczęcie od procedur psychoedukacyjnych i angażujących, a następnie stworzenie hierarchii lęku, a wreszcie przeprowadzenie powtórzonej ekspozycji. Jednakże, aby włączyć dynamiczny aspekt pomocy klinicznej, podejście MATCH pozwalało również zmieniać naszkicowaną domyślną sekwencję na schematach blokowych w razie pojawienia się zakłóceń, w podobny sposób jak ten sugerowany w wielu przewodnikach MAP, w tym poradniku „MAPA”, oraz „Przyjęcie zasady różnorodności”. Idąc za poprzednim przykładem, jeśli zespół terapeutyczny (np. realizator, rodzina lub superwizor) wspólnie stwierdził, że uwagi wymagając inne aspekty przypadku (np. wystąpiły wybuchy gniewu, które były na tyle zakłócające, że uniemożliwiały lub przeszkadzały w terapii ekspozycyjnej lub w pracy domowej), osoba świadcząca pomoc może zastosować procedury z innego miejsca w bibliotece MATCH, np. program „time out” lub instrukcje dla rodziców dotyczące skutecznego stosowania poleceń lub pochwał. Zatem MATCH reprezentuje wspólną konstrukcję usług pomocowych, która zachęca do pomyślenia o poziomach rozwojowych osoby pomagającej i klienta poprzez umożliwienie bardziej elastycznego wprowadzania różnych oddziaływań, ale również ustanawia zdefiniowane przez badacza standardy wykonania każdej z procedur po-

przez zakodowane elementy praktyczne i zgodnie z nimi ustala pewne ograniczenia co do stopnia, w jakim realizator może odbiegać od logiki tradycyjnego, opartego na dowodach algorytmu terapii.

Wyniki Badania Skuteczności Child STEPs pokazały, że młodzi ludzie, leczeni zgodnie z warunkami MATCH, mieli znacznie bardziej strome trajektorie poprawy w porównaniu z młodzieżą zarówno z grupy typowej pomocy, jak i standardowej EBT na wymiarach internalizacji, eksternalizacji, sumy objawów oraz oceny nasilenia problemów nazwanych przez rodzinę na etapie po zakończeniu terapii. Co więcej, młodzi ludzie w grupie MATCH mieli istotnie mniej diagnoz po zakończeniu terapii niż osoby w grupie kontrolnej otrzymującej typową pomoc.

W drugim badaniu analizowano efekty u klientów z tej samej próby w okresie dwóch lat (Chorpita i in., 2013). Wyniki pokazały, że u młodych ludzi leczonych zgodnie z MATCH odnotowano wyraźnie szybsze tempo poprawy wraz z upływem czasu niż u osób leczonych w typowy sposób, zwłaszcza w ciągu pierwszego roku od rozpoczęcia terapii. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic pomiędzy grupami Modułową i Standardową oraz Standardową i Typową Opieką.

Wyniki tych dwóch badań dostarczają wstępnego poparcia dla modeli terapeutycznych, które wykorzystują wiedzę ze wspólnej biblioteki elementów praktycznych. Choć potwierdzają skuteczność konkretnego protokołu MATCH, jesteśmy przekonani, że ich implikacje dla konstruowania modeli można uogólnić poza ten specyficzny kontekst. Oznacza to, że wyniki badania Child STEPs dołączają się do rosnącej liczby dowodów na to, że dynamiczny, rozwojowy model, pozwalający na wprowadzanie ustrukturalizowanych adaptacji, aby zająć się różnymi problemami i dostosować działania w rzeczywistym czasie, może przyczynić się do zastosowania wiedzy z bazy dowodów w bardziej odpowiedni sposób w odniesieniu do rodzajów różnorodności i złożoności, które często się pojawiają.

## **Konkretne implikacje i wnioski**

Opisywana praca jak dotąd miała konkretne odniesienie do młodzieży, która doświadczyła przemocy i zaniedbania, w tym sensie, że wszystkie podawane przez nas przykłady ilustrują zastosowanie skutecznych podejść wobec problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, które są powszechne w tej populacji. Patrząc szerzej, te opracowania odnoszą się do ogólniejszych zagadnień związanych z tworzeniem modeli systemów usług służących ochronie dzieci i zadbania o ich dobrostan oraz dostępnych w ich ramach usług w zakresie terapii psychospołecznej. W oparciu o analizy mapowania adekwatności, spodziewamy się, że dobrze skonstruowane systemy będą oferowały kilka uważnie dobranych EBT dla populacji powszechnie spotykanych, wysokiego ryzyka i/lub generujących wysokie koszty – być może wybranych zgodnie z naszą metodologią lub podobnym podejściem, aby zapewnić maksymalne oddziaływanie i określony poziom redundancji. Nie spodziewamy się jednak, że w najbliższej przyszłości systemy będą w stanie wspierać kompleksowy wachlarz EBT w taki sposób, by wszyscy młodzi ludzie w ramach tego systemu mieli dostępną jedną lub dwie opcje, dopasowane do ich specyficznych właściwości.

W świetle tego twierdzenia, wierzymy, że priorytetem przy wyborze (dla systemów) i konstruowaniu (dla badaczy) EBT powinno być to, by te terapie mogły skutecznie służyć różnorodnej i dużej zbiorowości w ramach systemu i były dobrze skoordynowane z innymi działaniami w ramach tegoż systemu. **O ile nic się tu nie zmieni, w pełni opracowane programy, które mogą w elastyczny sposób zająć się wieloma różnymi celami**, takie jak MATCH lub Program Nadzieja dla Dzieci i Rodzin (*Hope for Children and Families Program*) (patrz rozdział 7 niniejszej publikacji), reprezentują skuteczne wykorzystanie zasobów instytucji pomocowych oraz czasu szkoleniowego w poszukiwaniu wspólnych celów dotyczących funkcjonowania młodych ludzi i rodzin.

Jesteśmy jednakże przekonani, że w najbliższej przyszłości znajdują się takie osoby, które nie odniosą korzyści z obecnych EBT, niezależnie od tego, jak dokładnie są one przygotowane, czy z jaką uwagą wybrane. Dopóki nie rozbudujemy literatury tak, by włączyć te liczne różne właściwości i konteksty, z którymi się spotykamy, dopóty pozostaną tacy młodzi ludzie i takie rodziny, którzy po prostu nie pasują w oczywisty sposób do żadnej z dostępnych EBT. Co więcej, nawet wśród tych, którzy są dobrymi kandydatami, pewien odsetek mimo wszystko nie zareaguje zgodnie z oczekiwaniami na dany rodzaj terapii. Sądzymy zatem, że ostatecznie przy konstruowaniu systemów pomocowych jest to, by posiadać strategię, aby odpowiednio wybierać i podnosić jakość typowych usług pomocowych, tak jak to opisano w MAP, po to, by nadal opierać je na dowodach i rozliczać w każdy sposób, w jaki to możliwe, wszystkie rodzaje pomocy, dostępne dla wszystkich młodych ludzi.

## Uwagi

Niektóre z najważniejszych pojęć i przykładów w niniejszym rozdziale były pierwotnie przedstawione w następujących artykułach:

Chorpita, B.F. and Daleiden, E.L. (2013) Structuring the collaboration of science and service in pursuit of a shared vision. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 43, 323–338.

Chorpita, B.F., Daleiden, E.L. and Collins, K.S. (2013) Managing and adapting practice: A system for applying evidence in clinical care with youth and families. *Clinical Social Work Journal* 42, 134–142.

Lub jako część następujących wystąpień:

Chorpita, B.F. and Daleiden, E.L. (2011) Finding the next frontiers. Invited address given at the Delaware Project on Clinical Science Training: From Intervention Development to Implementation, Newark, DE, October.

Chorpita, B.F. (2012) Evidence based service systems for children and families: Principles of design and coordination. Invited address given at the Conference for Eradicating Child Maltreatment: Interventions with Children and Families – Policy and Practice, London, November.

Dr Chorpita i dr Daleiden są partnerami/właścicielami PracticeWise, LLC.

## **Bibliografia**

Aarons, G.A., Hurlburt, M. and Horwitz, S.M. (2011) Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 38, 1, 4–23.

APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) Division of Clinical Psychology, American Psychological Association. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist* 48, 3–23.

Bernstein, A.D., Chorpita, B.F., Rosenblatt, A., Becker, K.D., Daleiden, E.L. and Ebesutani, C.K. (2013) Fit of evidence-based treatment components to youths served by wraparound process: A relevance mapping analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.

Chorpita, B.F., Bernstein, A.D. and Daleiden, E.L. and the Research Network on Youth Mental Health (2008) Driving with roadmaps and dashboards: Using information resources to structure the decision models in service organizations. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 35, 114–123.

Chorpita, B.F. and Daleiden, E.L. (2009) Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 3, 566–579.

- Chorpita, B.F. and Daleiden, E.L. (2013) Structuring the collaboration of science and service in pursuit of a shared vision. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 43, 2, 323–338.
- Chorpita, B.F. and Weisz, J.R. (2005) *Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, or conduct problems*. Honolulu and Boston: University of Hawaii at Manoa and Judge Baker Childrens Center, Harvard Medical School.
- Chorpita, B.F., Becker, K.D. and Daleiden, E.L. (2007) Understanding the common elements of evidence based practice: Misconceptions and clinical examples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 647–652.
- Chorpita, B.F., Bernstein, A. and Daleiden, E.L. (2011a) Empirically guided coordination of multiple evidence-based treatments: An illustration of relevance mapping in childrens mental health services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79, 4, 470–480.
- Chorpita, B.F., Daleiden, E.L., Ebesutani, C., Young, J. *i in.*, (2011b) Evidencebased treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 18, 2, 154–172.
- Chorpita, B.F., Daleiden, E.L. and Weisz, J.R. (2005a) Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research* 7, 1, 5–20.
- Chorpita, B.F., Daleiden, E.L. and Weisz, J.R. (2005b) Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology* 11, 141–156.
- Chorpita, B.F., Weisz, J.R., Daleiden, E.L., Schoenwald, S.K. *i in.*, (2013) Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81, 999–1009.

- Chorpita, B.F., Yim, L.M., Donkervoet, J.C., Arensdorf, A. *i in.*, (2002) Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii empirical basis to services task force. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9, 2, 165–190.
- Daleiden, E.L. and Chorpita, B.F. (2005) From data to wisdom: Quality improvement strategies supporting large-scale implementation of evidencebased services. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, 2, 329–349.
- Daleiden, E.L., Chorpita, B.F., Donkervoet, C., Arensdorf, A.M. and Brogan, M. (2006) Getting better at getting them better: Health outcomes and evidencebased practice within a system of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 6, 749–756.
- Decker, K.B. and Pynoos, R.S. (2004) The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current Psychiatry Reports* 6, 2, 96–100.
- Garland, A.F., Brookman-Freeze, L., Hurlburt, M.S., Accurso, E.C. *i in.*, (2010) Mental health care for children with disruptive behavior problems: A view inside therapists offices. *Psychiatric Services* 61, 8, 788–796.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. and Cunningham, P.B. (1998) *Multisystemic Treatment for Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.E. and Blase, S.L. (2011) Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science* 6, 1, 21–37.
- Rotheram-Borus, M., Swendeman, D. and Chorpita, B.F. (2012) Disruptive innovations for designing and diffusing evidence-based interventions. *American Psychologist* 67, 6, 463–476.
- Southam-Gerow, M.A., Daleiden, E.L., Chorpita, B.F., Bae, C. *i in.*, (2014) Mapping Los Angeles County: Taking an evidence-informed model of mental health



- care to scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 43, 2, 190–200.
- Weersing, V.R. (2005) Benchmarking the effectiveness of psychotherapy: Program evaluation as a component of evidence-base practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 10, 1058–1062.
- Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K. *i in.*, (2012) Testing standard and modular designs for psychotherapy with youth depression, anxiety, and conduct problems: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry* 69, 274–28.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. and Hawley, K.M. (2006) Evidence-based youth psychotherapies versus clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist* 61, 671–689.
- Zima, B.T., Hurlburt, M.S., Knapp, P., Ladd, H. *i in.*, (2005) Quality of publiclyfunded outpatient specialty mental health care for common childhood psychiatric disorders in California. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 130–144.

# NADZIEJA DLA DZIECI I RODZIN

## Stworzenie pakietu narzędzi ukierunkowanego na problem przemocy rodzicielskiej i związane z nią negatywne skutki u dzieci

*Arnon Bentovim*

### Wprowadzenie

Kwestię profilaktyki pierwszorzędowej jako podstawowego podejścia do wyeliminowania krzywdzenia dzieci omówili odpowiednio w rozdziałach 4 i 5 Barlow i Prinz. Prinz pokazuje, że podejście mieszane, ukierunkowane na różne poziomy trudności rodzicielskich, stanowi skuteczną strategię ograniczania występowania krzywdzenia dzieci w populacji. Jednakże podejście profilaktyki pierwszorzędowej powinno być uzupełnione o podejścia drugo- i trzeciorzędowe, aby przeciwdziałać ponownemu krzywdzeniu dzieci, poprzez odpowiednie działania ukierunkowane na przemocowe i zaniedbujące zachowania rodzicielskie oraz by zapobiegać związanym z nimi negatywnym skutkom w postaci pogorszenia stanu zdrowia i rozwoju dzieci. Gdy doszło już do krzywdzenia, należy położyć nacisk na proces diagnozy, analizy i interwencji. Opracowanie pakietu narzędzi dla praktyków nazwanego *Nadzieja dla Dzieci i Rodzin* – *The Hope for Children and Families* (HfCF) jest częścią całościowego podejścia do opartej na dowodach diagnozie rodzicielstwa i życia rodziny, analizie wpływu krzywdzenia, ryzyka krzywdzenia w przyszłości oraz perspektywy dla interwencji. Najlepsze podejścia oparte na dowodach muszą być zastosowane do każdego etapu procesu rozpoznania, reakcji, analizy, interwencji oraz badania możliwości zaspokojenia przez rodzi-

ców potrzeb dzieci. To było celem działań organizacji Child and Families Training (Szkolenia dla Dzieci i Rodziców), zainicjowanych wraz z wprowadzeniem Schematu Oceny (*Assessment Framework*) w 2000 roku.

Podejście przyjęte w HfCF wykorzystuje metodologię, którą Chorpita opisuje w rozdziale 6 niniejszej publikacji. Uwzględni ona opracowanie podręcznika pracy opartego na analizie kluczowych komponentów – praktycznych elementów skutecznych interwencji opartych na dowodach oraz zebranie ich w formie pakietu narzędzi – z zastosowaniem modularnej formy prowadzenia. Celem jest uczynienie tego pakietu narzędzi szeroko dostępnym dla wielu różnych praktyków zajmujących się bezpośrednią pomocą, aby umożliwić im stosowanie interwencji opartych na dowodach dostępnych w podręczniku oraz rozwijanie adekwatnych umiejętności poprzez udział w odpowiednich szkoleniach i superwizji. Chorpita i jego współpracownicy pokazali wartość podejścia modularnego w odniesieniu do podnoszenia umiejętności praktyków dotyczących poprawy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Nadal potrzebne jest wykazanie, że pojedyncze podejście modularne może zapobiec powtórnym zachowaniom rodzicielskim związanym z przemocą i zaniedbywaniem oraz spowodować poprawę w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci.

## **Rozwijanie bezpośrednich działań pomocowych**

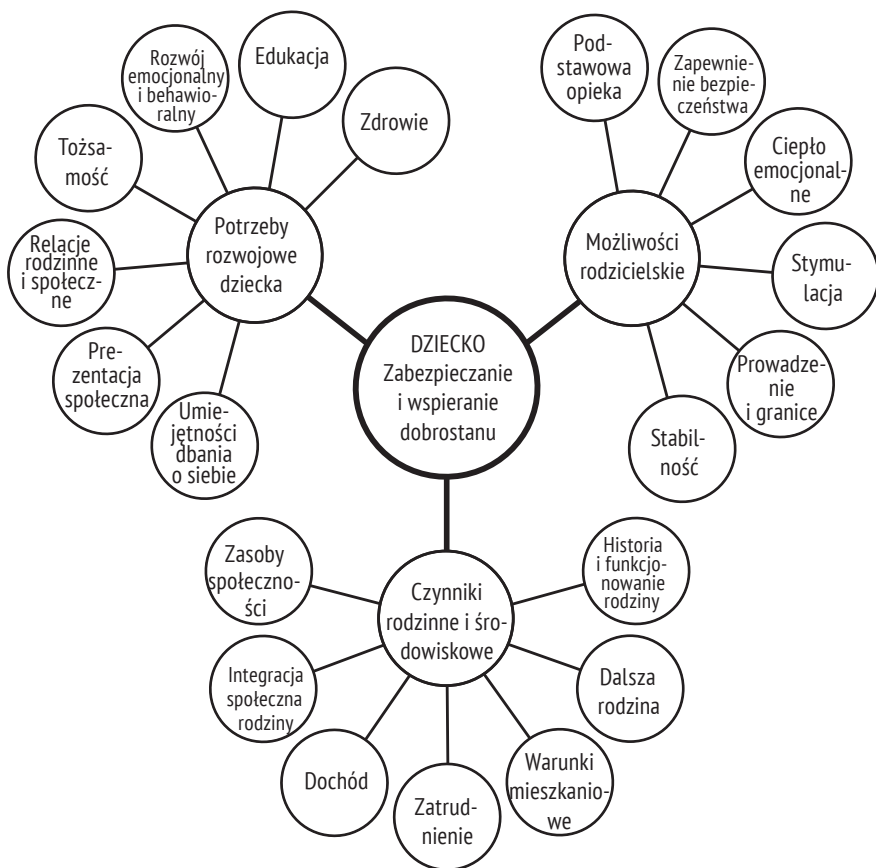
Rozwój i zmiana polityki w zakresie radzenia sobie z krzywdzeniem dzieci, zarówno w Wielkiej Brytanii, jak i w innych krajach, były następstwem szeroko nagłośnionych w krajowych mediach tragedii związanych z przemocą wobec dzieci. Wielokrotnie opisywano niewydolność profesjonalistów i instytucji w zauważaniu oznak przemocy i zaniedbania, dochodzeniu, chronieniu, współpracy czy też w skutecznym interweniowaniu. Postulowano wiele różnych reakcji, takich jak poprawa działań instytucjonalnych i międzyinstytucjonalnych, tworzenie interdyscyplinarnych zespołów zajmujących się ochroną dzieci, posiadających znaczną władzę do tego, by prowadzić dochodzenia oraz

wprowadzenie obowiązku zgłaszania przypadków krzywdzenia w celu ochrony dzieci. Kluczową kwestią jest potrzeba podwyższenia umiejętności tych profesjonalistów, którzy dokonują diagnozy potrzeb dzieci i bezpośrednio pracują z dziećmi i rodzinami. Muszą oni umieć dokonać profesjonalnych ocen, opartych na posiadanej wiedzy, rozwijać umiejętności analizowania złożonego kontekstu sytuacji, w której pracują, oraz być w stanie utrzymać równowagę pomiędzy prawem dziecka do bycia z własną rodziną a jego prawem do ochrony przed przemocą i zaniedbaniem. Jakość relacji pomiędzy dzieckiem, rodziną i profesjonalistami stanowi podstawowy składnik skutecznej interwencji. Po szeroko opisywanej śmierci Baby P (Petera Connelly) Munro w zleconym mu raporcie (Munro, 2011) podkreślił potrzebę posiadania przez praktyków wiedzy na temat najnowszych teorii i badań, aby mogli oni osiągać jak najlepsze rezultaty w pracy z dziećmi. Fachowa wiedza pracowników socjalnych musi zostać wzmocniona, a szkolenie zawodowe udoskonalone.

Kluczowym zdarzeniem w polityce Wielkiej Brytanii było wprowadzenie *Schematu Oceny Dzieci w Potrzebie i ich Rodzin – Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office 2000; rysunek 7.1). Jest to ekosystemowy, oparty na dowodach model opisywania tego, w jaki sposób zaspokajane są potrzeby dziecka, jakie są możliwości rodziców do zapewnienia dobrej opieki oraz wpływu czynników indywidualnych, rodzinnych i środowiskowych na dziecko i rodziców.

Ma on istotny wpływ na praktykę opieki nad dziećmi poprzez wprowadzenie wymogu, by wszystkie instytucje używały tego modelu do tworzenia diagnoz. Szeroko stosowane, holistyczne podejście może poprawić komunikację i zapewnić wszechstronne rozumienie złożonego zestawu czynników, które wiążą się z różnymi formami krzywdzenia dzieci oraz jego trwaniem. Schemat Oceny został przyjęty w kilku krajach na świecie.

NADZIEJA DLA DZIECI I RODZIN: STWORZENIE PAKIETU NARZĘDZI / 205  
 UKIERUNKOWANEGO NA PROBLEM PRZEMOCY RODZICIELSKIEJ  
 I ZWIĄZANE Z NIĄ, NEGATYWNE SKUTKI U DZIECI



*Rysunek 7.1 Brytyjski Schemat Oceny do diagnozy dzieci w potrzebie i ich rodzin*

Organizacja Child and Family Training (Szkolenia dla Dzieci i Rodziców) otrzymała zlecenie, by opracować serię opartych na dowodach narzędzi, aby wspierać praktyków w ich ocenach i analizach. Opisano siedem etapów pracy: od wstępnego rozpoznania podejrzeń dotyczących możliwego krzywdzenia dziecka, poprzez diagnozę (ocenę), analizę i interwencję. Etapy te obrazuje rysunek 7.2; środkowe okienka opisują same etapy, po lewej stronie umieszczono listę opartych na dowodach narzędzi do zastosowania na różnych etapach, a rezultaty diagnozy, analizy i działania, które potem następują, znajdują się po prawej stronie.

## **Etapy rozpoznania, diagnozy, analizy i interwencji w odniesieniu do krzywdzenia dzieci**

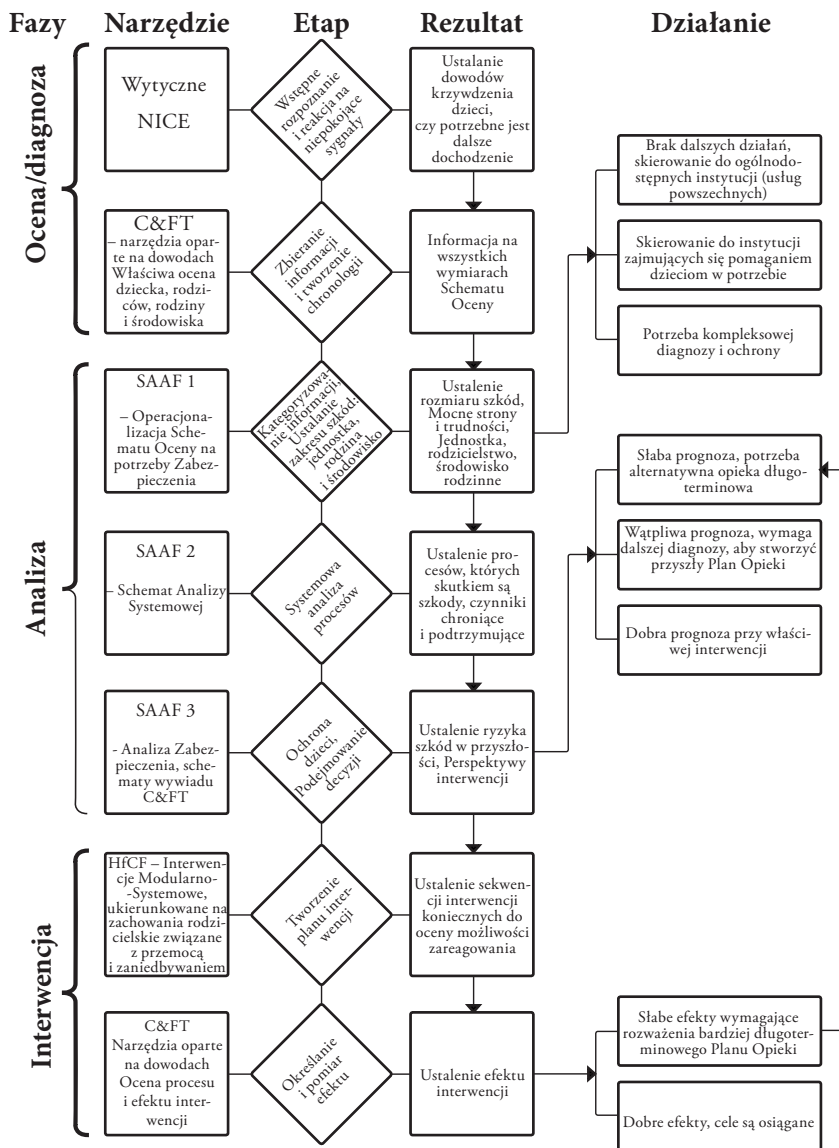
### *Pierwszy etap*

Pierwszym etapem jest wstępne rozpoznanie, gdy dziecko zwraca uwagę pracowników instytucji zajmujących się ochroną dzieci. Głównymi profesjonalistami odpowiedzialnymi za zbadanie sytuacji pod kątem ochrony dzieci są w Wielkiej Brytanii pracownicy socjalni w lokalnych instytucjach samorządowych, pracujący wspólnie z wyznaczonymi pracownikami ochrony zdrowia oraz wyspecjalizowanymi policjantami. Narzędzi, na których opiera się ten etap, dostarczają wytyczne wydane przez brytyjski Narodowy Instytut Doskonałości Klinicznej – National Institute of Clinical Excellence<sup>9</sup> (NICE, 2009), dotyczące rozpoznania i reagowania na różne formy przemocy. Rezultatem tej oceny jest ustalenie dowodów krzywdzenia dziecka oraz tego, czy wymagana jest natychmiastowa ochrona lub dalsza diagnoza.

---

<sup>9</sup> Aktualna (od 2012 r.) nazwa to National Institute for Health and Care Excellence (przyp. tłum.).

NADZIEJA DLA DZIECI I RODZIN: STWORZENIE PAKIETU NARZĘDZI / 207  
 UKIERUNKOWANEGO NA PROBLEM PRZEMOCY RODZICIELSKIEJ  
 I ZWIĄZANE Z NIĄ, NEGATYWNE SKUTKI U DZIECI



Rysunek 7.2 Etapy rozpoznania, diagnozy, analizy i interwencji w odniesieniu do krzywdzenia dzieci

### *Drugi etap*

Drugi etap oceny ma na celu zebranie informacji i zbudowanie chronologii istotnych wydarzeń w życiu dziecka i rodziny. Oparte na dowodach narzędzia wprowadzone przez Child and Family Training są wykorzystywane do stworzenia odpowiedniej diagnozy dziecka, rodzica, rodziny i środowiska (Bentovim i Bingley-Miller, 2001; Cox i Walker, 2002; Department of Health, Cox i Bentovim, 2000). Rezultatem jest zebranie informacji we wszystkich wymiarach Schematu Oceny.

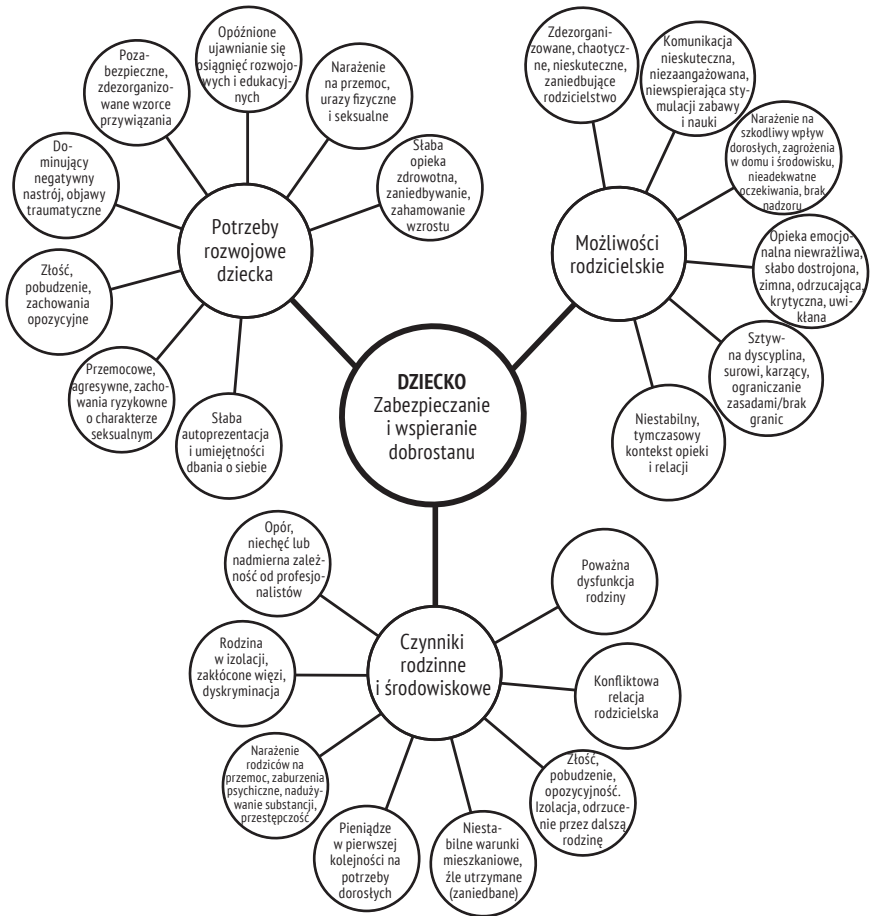
### *Trzeci etap*

Jest to kategoryzacja informacji, aby ustalić nasilenie krzywdzenia oraz rodzaj funkcjonowania indywidualnego, rodzinnego i w środowisku. Wykorzystuje się tu pierwszy model Oceny Zabezpieczenia i Analizy – *Safeguarding Assessment and Analysis Framework* (the SAAF) (Barlow, Fisher i Jones, 2012; Bentovim i in., 2009, 2012), który zawiera kilka schematów opartych na dowodach. Celem jest operacjonalizacja Schematu Oceny na potrzeby zabezpieczenia i ochrony (Bentovim i in., 2009). Opiera się na skalach, które opisują mocne strony i trudności w funkcjonowaniu dziecka, rodzicielstwie oraz w środowisku indywidualnym i rodzinnym.

Rysunek 7.3 dostarcza deskryptorów dzieci i młodzieży, w których funkcjonowaniu widać negatywne skutki ekspozycji na zachowania rodzicielskie związane z przemocą oraz przedstawia czynniki indywidualne, rodzinne i środowiskowe, które mają negatywny bezpośredni wpływ na dziecko oraz na możliwości rodzicielskie. Rozmieszczenie informacji wokół określających wymiary nagłówków w trójkącie Schematu Oceny pozwala specjalistom podjąć świadomą decyzję na temat tego, czy właściwe będzie skierowanie do ogólnych instytucji pomocowych, czy też do instytucji zajmujących się dziećmi w potrzebie, a także czy istnieją wystarczające dowody, by uzasadnić dalszą kompleksową diagnozę i ochronę.



NADZIEJA DLA DZIECI I RODZIN: STWORZENIE PAKIETU NARZĘDZI / 209  
 UKIERUNKOWANEGO NA PROBLEM PRZEMOCY RODZIELSKIEJ  
 I ZWIĄZANE Z NIĄ, NEGATYWNE SKUTKI U DZIECI



Rysunek 7.3 Profil rodzicielstwa związanego z przemocą i zaniedbywaniem oraz powiązane negatywne skutki w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci/młodzieży

### *Czwarty etap*

Czwarty etap służy poznaniu natury procesów, które doprowadziły do negatywnych skutków w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci. Jest to pierwszy etap analizy, która prowadzi do ustalenia ryzyka krzywdzenia w przyszłości, jeśli sytuacja rodzinna pozostanie niezmieniona. Po niej następuje analiza perspektyw dla interwencji (Jones, Hindley i Ramchandani, 2006). Procesy są mapowane przy użyciu drugiego schematu, na którym zapisane są czynniki predysponujące, poprzedzające, podtrzymujące oraz ochronne.

### *Piąty etap*

Piąty etap ustala poziom ryzyka krzywdzenia oraz możliwości interwencji. Ustalenia dokonuje się z wykorzystaniem serii planów i modeli wywiadu, a wnioski są formułowane na podstawie decyzji podejmowanych w drodze konsensusu. W ten sposób określane jest ryzyko krzywdzenia w przyszłości oraz perspektywy dla interwencji; czy prognozy są optymistyczne przy zastosowaniu odpowiedniej interwencji, czy pesymistyczne, gdzie konieczna jest alternatywna opieka długoterminowa, czy też wątpliwe – wymagające interwencji, by ustalić przyszły plan opieki.

### *Szósty etap*

Szósty etap polega na stworzeniu planu interwencji, ukierunkowanego na zachowania rodzicielskie związane z przemocą i zaniedbywaniem oraz na związane z nimi negatywne skutki u dzieci i młodzieży. Celem jest przeprowadzenie interwencji, aby sprawdzić zdolność rodziców do zapewnienia odpowiedniej opieki. HfCF jest stworzony, aby wspierać praktyków w tych zadaniach, ustalając cele i przeprowadzając skierowane do rodziców, dzieci i młodzieży oraz ich rodzin, oparte na dowodach interwencje w modularnej formie.

### *Siódmy etap*

Siódmy etap identyfikuje i mierzy efekty u dzieci, aby ustalić, czy cele zostały osiągnięte lub czy rezultaty są słabe, co oznacza, że zachowania rodzicielskie nadal są potencjalnie szkodliwe, a związane z nimi pogorszenie w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci pozostaje niezmienione. Ocena zmiany jest dokonywana poprzez rutynowe zastosowanie jakościowych i ilościowych narzędzi opartych na dowodach, które były już używane w procesie diagnozy.

## **Rozwój podejścia „Nadzieja dla Dzieci i Rodziców”**

### *Oparte na dowodach podejścia do zapobiegania nawrotom przemocowych i zaniedbujących zachowań rodzicielskich*

Gdy analizujemy randomizowane kontrolowane interwencje (RCT), mające na celu zapobieganie powtórnemu krzywdzeniu dzieci (MacMillan i in., 2009) widzimy tam niewielką spójność w podejściu. Po pierwsze, zakres skutecznych interwencji jest szeroki – psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne informacje zwrotne oparte na nagraniach wideo. Po drugie, przedmiot zainteresowania jest również szeroki – jednostka, rodzic i rodzina. Po trzecie, różne podejścia włączają skuteczne elementy innych interwencji, np. interwencje skoncentrowane na traumie. Po czwarte, podobne modele są z powodzeniem stosowane w przypadku różnych form krzywdzenia. Wreszcie, po piąte, brakuje spójności w badaniach na temat efektów, ponieważ niektóre formy krzywdzenia są obszerniej badane niż inne. Specjalista musi wybierać pomiędzy konkurencyjnymi skutecznymi modelami, które wymagają różnego poziomu umiejętności i szkolenia. Osiągnięcie przez praktyka odpowiednich kompetencji do pracy w obszarze krzywdzenia wymagałoby wielu lat kompleksowego szkolenia. W nieunikniony sposób specjaliści wybierają jedno podejście, a to może ograniczać możliwości praktyków i instytucji

do zaspokojenia potrzeb rodzin, w których mogą przecież występować złożone wzorce krzywdzenia (Kolko, Iselin i Gully, 2011).

Aby stawić czoło temu problemowi, Barth i in. (2011), opierając się na pracy Chorpity i Daleidena (2009a), podkreślali zalety stosowania Modelu Wspólnych Elementów Praktycznych w obszarze ochrony dzieci. Model ten konceptualizuje praktykę kliniczną w kategoriach ogólnych komponentów, które występują w wielu odrębnych protokołach klinicznych, identyfikując specyficzne procedury kliniczne, wspólne dla oddziaływań opartych na dowodach (patrz również: Garland i in., 2008; Wampold i in., 1997); Chorpita i Daleiden (2009a) wyodrębnili Elementy Praktyczne z ponad 600 interwencji opartych na dowodach w obszarze zdrowia psychicznego dzieci. Opracowali podejście nazwane Zarządzaniem i Adaptacją Praktyki – *Managing and Adapting Practice* (MAP), które umożliwia praktykom dostęp do elementów podejść opartych na dowodach tak, aby dopasować je do potrzeb ich pacjentów (Chorpita i Daleiden, 2009b). Opracowali również Modularne Podejście do Dzieci z Lękiem, Depresją, Traumą i Zaburzeniami Zachowania – *the Modular Approach to Children with Anxiety, Depression, Trauma and Conduct* (MATCH – ADTC; Chorpita i Weisz, 2009), wsparte na dowodach protokołów, aby stworzyć porównywalne modularne podejście do terapii powszechnie występujących problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Są to kluczowe elementy w pracy z negatywnymi skutkami krzywdzenia u dzieci i młodzieży, które doznały przemocy ze strony rodziców (Chorpita i Weisz, 2009).

Model Wspólnych Elementów (Duncan i in., 2010) jest komplementarny z podejściem opartym na wspólnych elementach. Przyjmuje on, że osobiste i interpersonalne komponenty interwencji (np. porozumienie z terapeutą, motywacja klienta oraz czynniki związane z terapeutą), wspólne dla wszystkich interwencji, odpowiadają w istotnym stopniu za efekty terapii. Tego rodzaju podejścia pojawiają się jako uzupełnienie bardziej złożonych specyficznych podejść terapeutycznych.

## Zastosowanie podejścia MAP w obszarze krzywdzenia dzieci

Specyficzne formy zaniedbujących i przemocowych zachowań rodzicielskich oraz związane z nimi negatywne skutki, którymi mamy się zająć, to przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie oraz przemoc emocjonalna, w tym narażenie na agresję/przemoc – czyli formy krzywdzenia uznawane w Wielkiej Brytanii. Podejściem, które przyjęto, było zastosowanie zasady wyodrębnienia (Chorpita i Daleiden, 2009a) do tych randomizowanych badań klinicznych (RCT), które okazały się być skuteczne w zapobieganiu nawrotom różnych form krzywdzenia oraz które zajmują się związanymi z krzywdzeniem negatywnymi skutkami w zakresie zdrowia i rozwoju. Przegląd, którego dokonali MacMillan i in. (2009) dostarczył podstawowego źródła RCT, wzmocnionych przez niedawno opublikowane badania. Wyłączono z nich interwencje związane z profilaktyką pierwszorzędową, a także te badania efektów, które nie były przeprowadzane w kontrolowanych warunkach. Wyłączono również pracę z dorosłymi sprawcami przemocy seksualnej, ponieważ takie osoby wymagają specjalistycznych interwencji przeprowadzonych raczej przez profesjonalistów niż przez praktyków znajdujących się na pierwszej linii kontaktu, którzy są odbiorcami tego podejścia. Uwzględniono pracę z ofiarami wykorzystywania seksualnego, dzieci i młodzież odpowiedzialne za szkodliwe zachowania seksualne oraz rodziców wspierających dzieci, które doznały przemocy ze strony członka rodziny. Zakres dostępnych badań nie odzwierciedla pełnego spektrum krzywdzenia. Najszerzej badane są „skoncentrowane na zdarzeniu formy przemocy” związane z przemocą fizyczną i seksualną, natomiast najmniej jest badań na temat przemocy emocjonalnej i zaniedbywania, czyli „procesualnych form przemocy”.

### *Procedura badawcza*

Wspólne Elementy Praktyczne wyodrębnione z RCT były dostępne poprzez usługę MAP (PracticeWise LLC). RCT były analizowane pod kątem każdej formy krzywdzenia, a wyłaniające się w ten sposób wspólne elementy były rozdzielone, skupiając się na tych dotyczących rodzica, dzieci oraz jednostek i rodziny. Informacje były analizowane pod względem częstotliwości. Więcej informacji na temat badania można znaleźć u Bentovim i Elliott (2012).

## **Indywidualne spojrzenie na każdą z form krzywdzenia**

**Przemoc fizyczna** jest formą krzywdzenia najczęściej badaną za pośrednictwem RCT. Wśród takich badań jest badanie poszukujące alternatyw dla rodzin – The Alternatives to Family Approaches (Kolko, 1996; Kolko i in., 2009). Bada ono szeroko zakrojone podejście oparte na terapii poznawczo-behawioralnej, terapii rodzinnej, prowadzonej za pośrednictwem serii modułów, które okazało się skuteczne zarówno w warunkach klinicznych, jak i w środowisku. Również terapia interakcji rodzic–dziecko (Chaffin i in., 2004) była poddawana szczegółowym badaniom i okazała się skuteczna zarówno w warunkach klinicznych, jak i w domu. Zawiera ona dodatkowe skuteczne elementy, takie jak wzmacnianie motywacji (*motivational enhancement*). Skuteczne okazało się również podejście polegające na wizytach domowych prowadzonych przez pielęgniarki z publicznej ochrony zdrowia (MacMillan i in., 2005) PCIT i *Alternatives to Family Approaches* (Podejścia Alternatyw dla Rodzin) są szczegółowo opisane w formie podręczników, są też prowadzone skuteczne szkolenia w zakresie tych podejść, aby pozytywnie wpłynąć na problem przemocy fizycznej (patrz również: Montgomery i in., 2009).

Terapia wielosystemowa – *Multisystemic Therapy* (MST) (Swenson i in., 2010) została niedawno rozszerzona, aby uwzględnić podejście do

pracy z przemocą fizyczną i zaniedbywaniem, jak również z nastolatkami przejawiającymi problemy z zachowaniami eksternalizującymi. MST wymaga zespołu dostępnego przez całą dobę, siedem dni w tygodniu. To podejście jest bardziej intensywne i uwzględnia dziś pracę z rodzicami, którzy mają poważne zaburzenia psychiczne oraz problemy z nadużywaniem narkotyków i alkoholu (Schaeffer i in., 2013). Taki model umożliwia wyznaczenie jednego zespołu ze złożonymi problemami związanymi z przemocowymi i zaniedbującymi zachowaniami rodzicielskimi oraz powiązanych z nimi negatywnymi skutkami, zamiast podejmować próby pracy wraz ze specjalistycznymi instytucjami zajmującymi się zdrowiem psychicznym i uzależnieniami, które mogą mieć inne (konkurencyjne) priorytety.

Gdy analizowano te podejścia pod kątem elementów praktycznych, wyróżniono ich ponad 37. Natomiast 15 z nich skupiało się na rodzicach, 7 na rodzinie, a 15 na dzieciach. Psychoedukacja dla rodziców, dotycząca szkodliwego wpływu przemocy stanowiła częsty element praktyczny, inne podejścia uwzględniały szereg różnych sposobów radzenia sobie z zachowaniem opozycyjnym. Dzieciom pomagały treningi umiejętności społecznych, umiejętności komunikacyjne, relaksacja, umiejętności zapewnienia sobie osobistego bezpieczeństwa oraz rozwiązywanie problemów. Istniało wiele podejść do rozwoju dziecka, w tym wsparcie edukacyjne, trening asertywności i radzenie sobie ze złością. Wśród interwencji rodzinnych znajdowały się terapia rodzinna, dialog motywujący, aby zaangażować rodzinę oraz terapia małżeńska i indywidualna dla opiekunów.

Coraz częściej zauważa się, że narażenie na przemoc i trudności związane ze zdrowiem psychicznym ma szkodliwy wpływ na dzieci, prowadząc do pogorszenia ich stanu zdrowia i rozwoju. Bycie świadkiem krzywdzenia i obrażeń doznawanych przez rodzica może mieć tak samo negatywny wpływ na dziecko, jak gdyby ono samo zostało uderzone. Stworzono RCT, które uwzględniają zastosowanie psychote-

rapii dziecka i rodzica (Ippen i in., 2011; Lieberman, Van Horn i Ippen, 2005; Lieberman i in., 2006; Toth i in., 2002, 2006). To podejście koncentruje się na pracy z dzieckiem i wspierającym rodzicem, aby pomóc wyjaśnić doświadczenia dziecka i wspierać ich relację. Cohen, Mannarino i Iyengar (2011) opisali zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na traumie do osiągnięcia tych samych celów.

Większość elementów praktycznych skupiała się na dzieciach, rodzicu i rodzinie. Wśród elementów praktycznych, znalazły się: psychoedukacja rodzica dotycząca wpływu przemocy lub trudności z zakresu zdrowia psychicznego, wzmacnianie rodziców, aby potrafili we wspierający sposób służyć swoim dzieciom oraz by poprawiali swoją relację z nimi i budowali dobry kontakt. Praca z dziećmi uwzględniała tworzenie traumatycznej narracji wydarzeń związanych z traumatycznym stresem, na które były narażone, rozwijanie umiejętności związanych z bezpieczeństwem oraz umiejętności społecznych. Ten obszar oddziaływań został wzmocniony poprzez zapewnienie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) matkom depresyjnym, równoległe z pracą dotyczącą ochrony i rodzicielstwa oraz zapewnienie terapii interpersonalnej oprócz psychoterapii pary rodzic–dziecko (Toth i in., 2006). Jest to kolejny przykład, kiedy zespół interdyscyplinarny przeprowadza interwencję w odniesieniu do poważnych problemów psychicznych rodziców oraz potrzeb dzieci, na które mają wpływ przemoc i zaniedbywanie. Możliwości zespołów interdyscyplinarnych w zakresie pracy w skomplikowanym obszarze krzywdzenia dzieci okazują się być skutecznym podejściem.

Istnieją liczne badania dotyczące ofiar wykorzystywania seksualnego. Dobrze ugruntowana jest skuteczność skoncentrowanej na traumie terapii poznawczo-behawioralnej w zmniejszaniu wpływu wykorzystania seksualnego na dzieci (np. Cohen i in., 2004; Cohen i Mannarino, 1996; Deblinger i in., 2006; Scheringa i in., 2011). Jedno badanie porównywało indywidualną terapię psychodynamiczną dla dzieci z terapią grupową (Trowell i in., 2002) i wykazało wartość bardziej zindywidualizowanego podejścia.



Większość elementów praktycznych była ukierunkowana na dzieci i rodziców. Wśród elementów praktycznych dla dzieci znajdowały się: psychoedukacja na temat wpływu wykorzystywania seksualnego, umiejętności poznawczo-behawioralne w radzeniu sobie i ujawnianiu traumatycznych myśli, uczuć i zachowań związanych z przemocą, umiejętności relaksacji, rozwiązywania problemów i budowania relacji. Rodzicom zapewniano psychoedukację oraz wsparcie w radzeniu sobie i rozwijaniu umiejętności rodzicielskich. To podejście zostało również rozszerzone na pracę z przemocą fizyczną. Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie stosowana jest również w ramach innych skutecznych podejść opartych na dowodach, np. w MST oraz w Alternatywach dla Rodziny. Model polegający na łączeniu elementów praktycznych w ramach jednego podejścia opartego na zasobach jest aktualnie wprowadzany do innych skutecznych podejść, aby przeciwdziałać powtórnemu krzywdzeniu i związanym z nim pogorszeniem zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży.

Z młodymi ludźmi odpowiedzialnymi za szkodliwe zachowania seksualne pracowano, uwzględniając badanie skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej przeznaczonej dla młodszych dzieci (Bonner, Walker i Berliner, 1999; Carpenter, Silovsky i Chaffin, 2006). MST była stosowana w pracy ze starszymi dziećmi i młodzieżą (Borduin i in., 1990; Letourneau i in., 2009). W związku z ograniczoną liczbą interwencji dołączono artykuł opracowany na zasadzie konsensusu, aby odzwierciedlić opinie szerokiego grona praktyków (Hackett, Masson i Phillips, 2006).

Szeroki zakres elementów praktycznych wykorzystano w odniesieniu do dzieci i młodzieży oraz pewnej liczby rodziców. Wśród elementów praktycznych znalazła się CBT, aby pomóc dzieciom i młodzieży w radzeniu sobie ze szkodliwymi zachowaniami oraz w rozwijaniu umiejętności związanych z osobistym bezpieczeństwem; rzadziej stosowano radzenie sobie ze złością, nadzór rodzicielski oraz umiejętności społeczne.

Zaniedbywanie jest prawdopodobnie formą krzywdzenia najrzadziej badaną w ramach podejść opartych na dowodach wykorzystujących ba-

dania randomizowane. Chaffin i in. (2012) wykazali istotną skuteczność dziesięcioletniego, mającego zasięg stanowy, badania interwencji dotyczącego SafeCare [bezpieczna opieka - przyp. tłum.], podejścia, które wprowadzili Lutzker i Bigelow (2002). Podejście SafeCare zawiera interwencje mające na celu poprawę interakcji rodziców i małych dzieci, jak również zapewnienie dzieciom lepszej jakości opieki oraz bezpiecznego domu i środowiska. Wykazano, że miało to wyraźnie pozytywny wpływ na rozwiązane problemy zaniedbywania, utrzymujące się przez wiele lat.

Brunk, Henggeler i Whelan (1987) przeprowadzili jedno z wczesnych badań, pokazujące skuteczność MST, a Farmer i Lutman (2009) wykazali, że podejście polegające na aktywnym zarządzaniu przypadkiem (*active case management approach*) jest niezbędne w interwencji dotyczącej zaniedbywania.

Istnieje również rosnąca liczba podejść ukierunkowanych na podstawową kwestię zarówno w przypadku zaniedbywania, jak i przemocy emocjonalnej, którą jest podejmowanie interwencji w odniesieniu do zdeorganizowanych i pozabezpiecznych wzorców przywiązania (Bernard i in., 2012; Cicchetti, Rogosch i Toth, 2006; Moss i in., 2011).

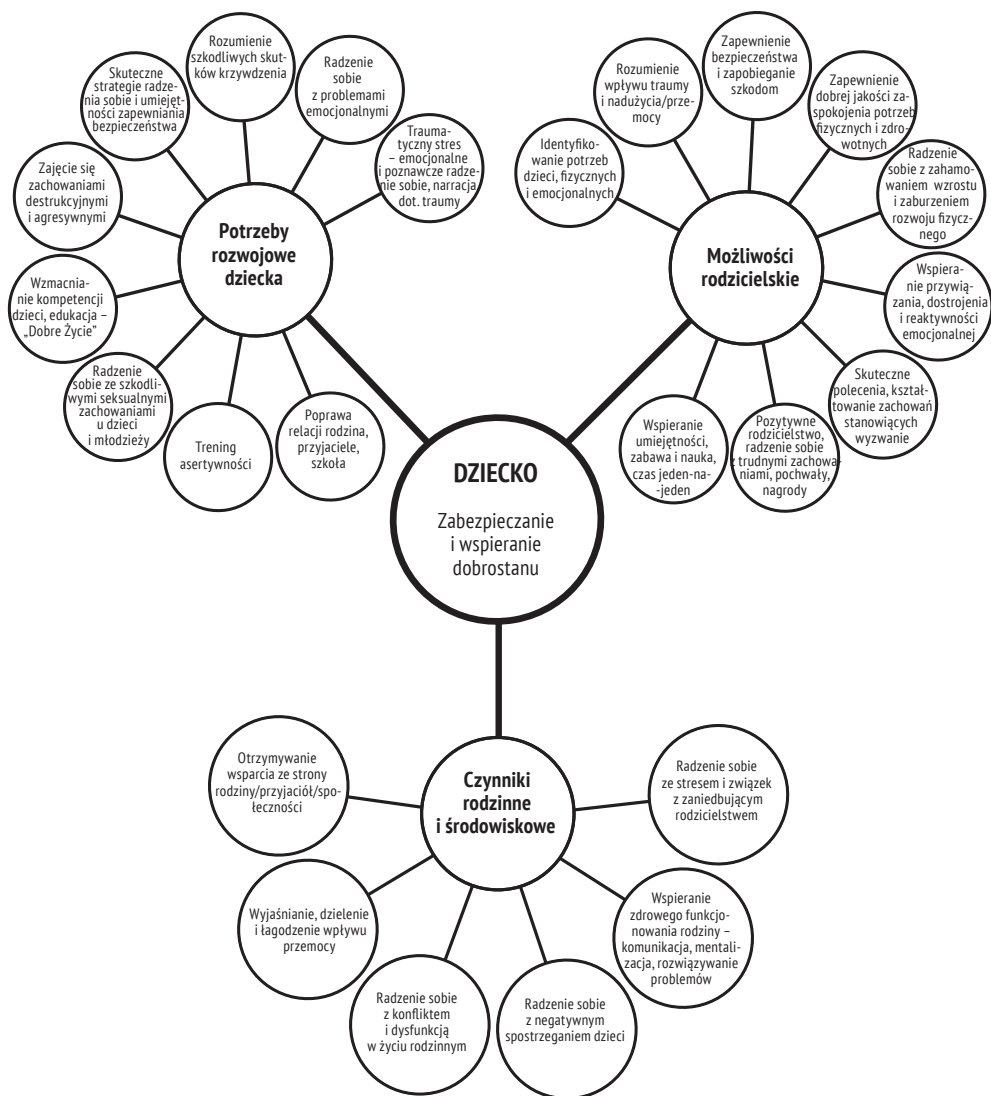
Wyłaniające się elementy praktyczne koncentrowały się na wspieraniu właściwych relacji rodzinnych, angażowaniu rodzin oraz zapewnianiu proaktywnego podejścia. Podejścia dotyczące rodzicielstwa uwzględniały psychoedukację na temat wpływu poważnego zaniedbywania na rozwój dzieci, radzenie sobie z zachowaniem dzieci, wspieranie pozytywnych interakcji, bezpieczeństwo i dobrą opiekę oraz pomoc dzieciom w zakresie umiejętności związanych z bezpieczeństwem osobistym, a także dbanie o odpowiednie odżywianie oraz zapewnienie opieki medycznej. Te podejścia były również wykorzystywane w wielu badaniach koncentrujących się na zaniedbywaniu i zaburzeniu rozwoju fizycznego (*failure to thrive*) (Black i in., 1995, 1997; Hutcheson, Black i Dubowitz, 1997 oraz Iwaniec i Herbert, 1999).

## **Integracja elementów praktycznych w ramach pakietu narzędzi**

Wyzwanie stanowiło to, w jaki sposób zintegrować elementy praktyczne, które się wyróżniły, w spójne i sensowne podejście, jakie może zostać opisane w podręczniku.

Elementy praktyczne zająbiają się ze sobą w obrębie różnych form interwencji i różnych form krzywdzenia. Najczęściej stosowana była psychoedukacja skierowana do rodziców i dzieci. Wyzwaniem było zintegrowanie tego materiału tak, by odzwierciedlał elementy praktyczne w formie, która byłaby pomocna dla praktyków. Zastanawiano się nad tym, czy stworzyć podręcznik dla specyficznych form krzywdzenia, czy też, alternatywnie, zintegrować elementy praktyczne występujące w ramach różnych podejść zajmujących się przemocowymi i zaniedbującymi zachowaniami rodzicielskimi. Choć RCT koncentrują się na specyficznych formach krzywdzenia, w praktyce zawsze występują kombinacje zachowań związanych z przemocą i zaniedbywaniem oraz szerokie spektrum reakcji związanych z pogorszeniem stanu zdrowia i rozwoju u dzieci. Skuteczne interwencje mogą łączyć kombinacje elementów. Wydawało się zatem, że właściwe jest zebranie pakietu narzędzi w praktyczne wskazówki poprzez stworzenie zestawu modułów, które mogłyby być stosowane w obszarze krzywdzenia, a ponadto odpowiadałyby specyficznym potrzebom rodziców i dzieci.

Niektóre z elementów praktycznych, takie jak psychoedukacja, były inaczej stosowane w odniesieniu do różnych form krzywdzenia. Stwierdzono, że potrzebne będą wytyczne dotyczące tego, jak zastosować te podstawowe zasady do różnych form krzywdzenia. Podejścia poznawcze, terapia indywidualna, małżeńska i grupowa również są szeroko stosowane wobec rodziców i dzieci. W tych wypadkach także potrzebne są wskazówki dotyczące tego, jak zastosować te podejścia w różnych kontekstach. Inne podejścia są bardziej skoncentrowane – przykładem może być trening asertywności, radzenie sobie ze złością/gniewem, umiejętności społeczne, umiejętności związane z bezpieczeństwem, radzenie sobie z nastro-



*Rysunek 7.4 Działania skierowane na przemocowe i zaniedbujące zachowania rodzicielskie oraz związane z nimi pogorszenie stanu zdrowia i rozwoju dzieci*

jem i lękiem, przetwarzanie emocjonalne, czy tworzenie narracji traumy. Davies i Ward (2012) radzili, by oryginalne badanie dostarczyło modelu do zapewnienia porównywalnego podejścia.

Interwencje były dopasowywane do opisów opiekunów przejawiających przemocowe i zaniedbujące zachowania rodzicielskie, z którymi wiązało się pogorszenie funkcjonowania dzieci i młodzieży. rysunek 7.4 opisuje sposób, w jaki interwencje mogą być zorganizowane wokół Schematu Oceny, aby zmienić profil przemocowego i zaniedbującego rodzicielstwa oraz związanych z nim negatywnych skutków w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci.

Grupa doświadczonych praktyków z sektora pozarządowego i państwowego (grupa autorów – patrz: notka na końcu rozdziału) z bogatym doświadczeniem w stosowaniu podejść opartych na dowodach w dziedzinie krzywdzenia zapewniła „lokalne doświadczenie” po to, by połączyć elementy praktyczne w moduły oraz zapewnić etapowe podejście do przeprowadzenia dzięki nim interwencji opartej na dowodach.

### *Forma Modułów Interwencji*

Każdy z modułów zawiera:

1. *Cele interwencji.* Opisany jest cel każdego modułu.
2. *Instruktaż dla praktyka.* Moduły instruktażowe dla praktyków wprowadzają specyficzne złożone moduły, takie jak rozwijanie bezpiecznego przywiązania lub grupę powiązanych modułów interwencji, np. związanych z kontrolą zachowania (*behaviour management*). Są również bardziej obszerne moduły dla praktyków, odnoszące się do sytuacji/zaburzeń, które będą mniej znane praktykom pierwszego kontaktu, jak np. praca ze szkodliwymi zachowaniami seksualnymi, czy praca z rodziną.

3. *Etapowe (krok po kroku) podejścia do osiągnięcia celu modułu.* Kroki składające się na każdą procedurę są naszkicowane w formie dwóch kolumn, z listą kontrolną po lewej stronie i notatkami dla praktyków oraz sugerowanymi scenariuszami i ćwiczeniami po prawej, zgodnie z modelem MATCH–ADTC.
4. *Miejsce pracy.* Moduły skoncentrowane na zapewnieniu bezpiecznego środowiska i dobrej jakości opieki muszą być przeprowadzone w domu; inne moduły mogą być prowadzone zarówno w domu, jak i w miejscu pracy prowadzącego interwencję praktyka. Moduły rodzinne koncentrują się szerzej na wszystkich członkach rodziny i mogą być przeprowadzane zarówno w domu, jak i w miejscu pracy prowadzącego.
5. *Szczególne przypadki.* Niektóre moduły oferują informację o szczególnych przypadkach, która wyjaśnia, w jaki sposób dostosować materiał do konkretnej sytuacji. Np. w części dotyczącej wykorzystywania seksualnego dziecka przez rodzica zawarta jest również informacja o sytuacjach, gdy dziecko jest wykorzystywane przez bliskiego członka rodziny.
6. *Materiały wspierające pracę terapeutyczną.* Dla każdej interwencji są określone dodatkowe materiały: arkusze ćwiczeń (ćwiczenia do uzupełnienia przez dziecko, rodzica lub członków rodziny), materiały do rozdania, zawierające informacje dla dzieci, młodzieży i ich rodziców, opiekunów oraz rejestry, które są formatami używanymi do zapisywania wszystkich pomiarów służących śledzeniu postępu.
7. *Narzędzia do oceny skuteczności interwencji wobec dziecka.* Niezwykle ważne jest, by kluczowe zmienne były zapisywane w sposób regularny i dokładny.

8. *Wskazówki dotyczące umiejętności potrzebnych do przeprowadzania modułu* oraz tego, jak moduły mogą być łączone, aby dopasować je do potrzeb konkretnego dziecka i rodziny. W obrębie modułów praktycznych są one łączone, aby odpowiadały określonemu profilowi szkodliwych procesów napędzających obszary problemowe oraz rozwijały mocne strony, które potencjalnie mogą wspierać lepsze efekty u dzieci.

### *Zakres interwencji Moduły*

Moduły koncentrują się na następujących obszarach:

#### **1. MODUŁY WSPIERAJĄCE ZAANGAŻOWANIE I NADZIEJĘ**

Te początkowe moduły wprowadzają podejście do angażowania rodzin (rodziców i dzieci) i wspierania tego zaangażowania, razem i oddzielnie. Celem jest przekazanie nadziei, ustalenie wspólnie uzgodnionych celów, zidentyfikowanie celów dotyczących wyeliminowania przemocowych i zaniedbujących zachowań rodzicielskich, mocnych stron, które można rozwijać, oraz tego, w jaki sposób zająć się zdrowiem i rozwojem dzieci i młodzieży. Kryteria sukcesu i porażki także muszą zostać zdefiniowane, jak również konsekwencje niepowodzenia w realizacji celów. Musi być ustalony plan opieki, ochrony i interwencji w odniesieniu do każdej z potrzeb dziecka.

#### **2. PSYCHOEDUKACJA**

Psychoedukacja dla rodziców i dzieci, zarówno prowadzona oddzielnie, jak i wspólnie, pomaga przekazać zrozumienie tego, w jaki sposób zachowania rodzicielskie związane z przemocą i zaniebdywaniem mogą wpływać na dzieci i młodzież na poziomie psychologicznym i neurobiologicznym: na ich zdolność uczenia się, rozwoju oraz regulacji emocji

i zachowań. Rodzice (a także dzieci) są zachęcani do poznania mechanizmów przemocy i zaniedbywania, których doświadczyły ich dzieci. Moduły koncentrują się na pomaganiu rodzicom w zrozumieniu podstawowych potrzeb dzieci, oczekiwań społecznych oraz tego, czego wymaga się od rodziców, aby wspierali rozwój dzieci.

### **3. MODUŁY SKONCENTROWANE NA PRZEMOCOWYCH I ZANIEDBUJĄCYCH ZACHOWANIACH RODZIELSKICH**

Te moduły badają sposób, w jaki stres obecny w aktualnym życiu rodziców oraz w przeszłości wpływa na ich zdolność do zaspokajania potrzeb dzieci oraz na dokonywanie negatywnych atrybucji dotyczących zachowania dzieci, usprawiedliwiających ich surowe traktowanie. Zalecane są podejścia, które mogą pomóc radzić sobie z potencjalnie szkodliwymi skutkami. Promowane jest rozwijanie pozytywnego rodzicielstwa, wspieranie dostrojenia związanego z bezpiecznym przywiązaniem oraz pozytywne reakcje emocjonalne, rozwiązywanie problemów, komunikacja oraz radzenie sobie z konfliktami. Przeciwwagą dla zaniedbujących zachowań rodzicielskich są moduły, które promują dobrej jakości opiekę, ochronę zdrowia, dobre odżywianie oraz bezpieczeństwo poprzez aktywne interwencje, modelowanie i informacje zwrotne w środowisku domowym. Rodzice są zachęcani do wspierania rozwoju, zabawy i umiejętności, znów przy pomocy modelowania i aktywnej interwencji. Problem przemocowych zachowań rodzicielskich próbuje się rozwiązać przez bezpośrednie zajęcie się cyklami konfliktu, reakcjami karzącymi oraz rodzicielstwem opartym na przymusie i krytyce. Rodzice zachęceni są do alternatywnych zachowań, takich jak przyjemny czas tylko z dzieckiem oraz stosowanie pochwał i nagród, jak również skutecznej dyscypliny, poleceń i skutecznych instrukcji, a tam, gdzie wymaga tego sytuacja – przerwy.



#### 4. MODUŁY WSPIERAJĄCE DZIECI, MŁODZIEŻ I ICH OPIEKUNÓW W PRACY NAD NEGATYWNYMI SKUTKAMI EMOCJONALNYMI

Te moduły wspierają praktyków w nawiązaniu dobrego kontaktu z dziećmi i młodzieżą i pomaganiu im w zrozumieniu tego, w jaki sposób narażenie na przemocowe i zaniedbujące zachowania rodzicielskie, których skutkiem jest nasilona przemoc fizyczna, emocjonalna i seksualna, może mieć wpływ na funkcjonowanie emocjonalne i behawioralne oraz doprowadzić do traumatycznego stresu. Podstawowe umiejętności obejmują radzenie sobie z wpływem przemocy na życie emocjonalne, umiejętność zapewnienia sobie bezpieczeństwa, relaksacji/odpoczynku, rozwijania pomocnych aktywności i radzenia sobie z objawami traumatycznymi oraz z lękiem i obniżonym nastrojem. Wsparcie uzyskane od niestosującego przemocy opiekuna oraz możliwość dzielenia się z nim są niezbędne do tego, by zająć się całym zakresem reakcji związanych z opisywanymi skutkami.

#### 5. MODUŁY WSPIERAJĄCE DZIECI, MŁODZIEŻ I OPIEKUNÓW W PRACY NAD NEGATYWNYMI ZACHOWANIAMI DESTRUKCYJNYMI

Częstą reakcją u starszych dzieci, które były narażone na wiele negatywnych zdarzeń, jest rozwój agresywnych/destrukcyjnych reakcji, które podtrzymują wzorzec przemocy i zaniedbywania poprzez odgrywanie się na rodzeństwie i rówieśnikach. Wsparcie niestosującego przemocy opiekuna jest niezbędne, by wesprzeć specjalistę realizującego moduły, które mają pomóc młodym ludziom w zrozumieniu ich reakcji na sytuację opieki związanej z przemocą, na jaką byli narażeni, oraz w tym, by mogli „żyć dobrym życiem”, jako alternatywa dla odreagowywania w formie zachowań przemocowych. Moduły pomagają zająć się agresywnym zachowaniem i złością oraz wspierają rozwój empatii, znajdowanie alternatyw dla złości oraz rozwój odpowiednich umiejętności asertywnych.

Szkodliwe zachowania seksualne mają swoje źródło w szeregu czynników, w tym w narażeniu na przemocowe lub zaniedbujące zachowania rodzicielskie. Moduły dostarczają interwencji skierowanych do rodziców/opiekunów oraz o dzieci, zarówno w wieku poniżej, jak i powyżej 12 lat. Opisane są kroki do zrozumienia różnicy pomiędzy „normalnymi” i „niepokojącymi” zachowaniami seksualnymi oraz kroki do zrozumienia źródła szkodliwych reakcji seksualnych, uświadamiania sobie czynników wyzwalających i wzmacniających, a także sposoby rozwijania umiejętności tworzenia empatycznych, bezpiecznych relacji.

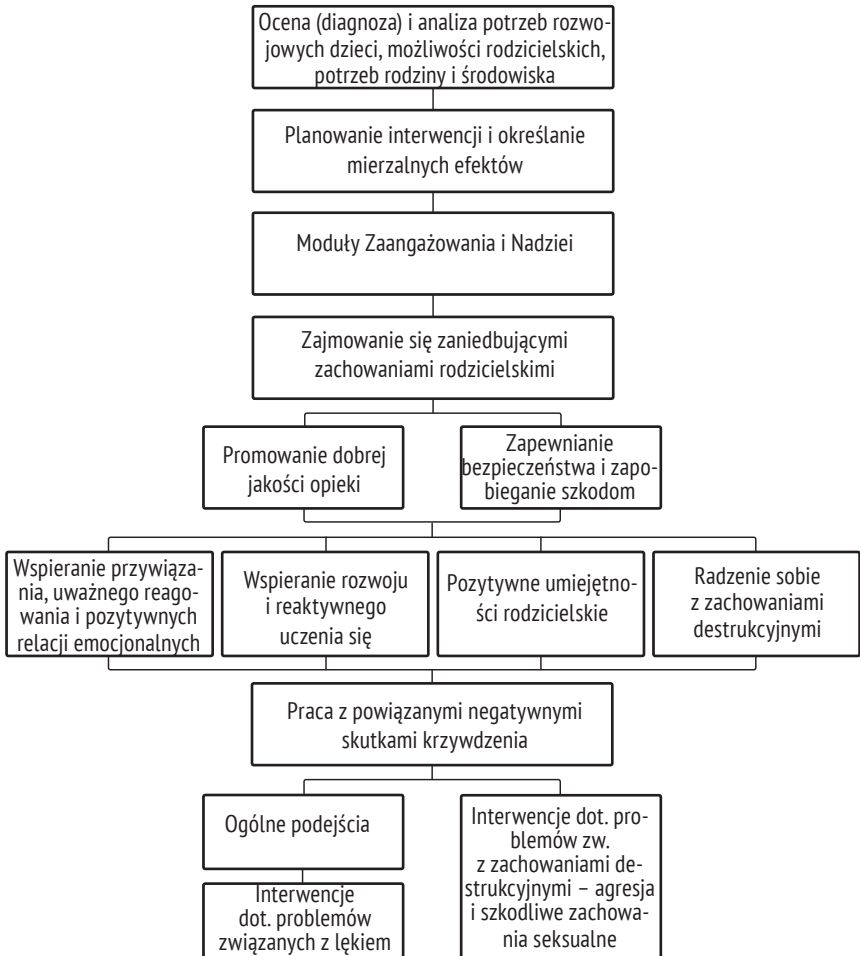
## **6. PRACA NAD RELACJAMI RODZINNymi I SPOŁECZNYMI**

Rodziny, w których doszło do przemocy lub zaniedbywania oraz związanym z nimi pogorszeniem stanu zdrowia i rozwoju dzieci, często są izolowane w społeczności. Komunikacja jest w tych rodzinach uboga, a konflikt i dysfunkcyjne wzorce rodzinne są trwałe, przez co podtrzymują cykl opieki nacechowanej przemocą i zaniedbywaniem. Istnieje wiele modułów zajmujących się tymi problemami poprzez wspieranie komunikacji, wprowadzanie umiejętności rozwiązywania problemów oraz znajdowanie alternatyw dla konfliktowych i dysfunkcyjnych sposobów wchodzenia i bycia w relacji, np. wówczas, gdy dzieci przyjmują na siebie funkcje rodzicielskie. Moduły te wspierają rodziców w tym, by potrafili przeproszać i brać na siebie odpowiedzialność za krzywdzące działania, uwalniając w ten sposób dzieci z poczucia winy i odpowiedzialności. Osoba pomagająca jest zachęcana do przyjęcia kluczowej roli we wspieraniu profesjonalnych i środowiskowych sieci formalnego i nieformalnego wsparcia, aby wzmocnić zespół wokół rodziny.

## **Integrowanie modułów, by odpowiadały potrzebom rodziny**

Moduły z Pakietu Narzędzi muszą być zintegrowane, aby odpowiadać potrzebom indywidualnej sytuacji rodzinnej. Wykres na rysunku 7.5 pokazuje podejście do integrowania modułów.

NADZIEJA DLA DZIECI I RODZIN: STWORZENIE PAKIETU NARZĘDZI / 227  
UKIERUNKOWANEGO NA PROBLEM PRZEMOCY RODZICIELSKIEJ  
I ZWIĄZANE Z NIĄ, NEGATYWNE SKUTKI U DZIECI



Rysunek 7.5 Wykres blokowy programu Nadzieja dla Dzieci i Rodziców

Schemat na rysunku 7.5 ilustruje następujące procesy:

- ✓ Diagnostyka i analiza potrzeb rozwojowych dziecka, możliwości rodzicielskich oraz czynników rodzinnych i środowiskowych oraz proces planowania interwencji i określania efektów.
- ✓ Etap zaangażowania i nadziei pomaga wyjaśnić kwestie związane z ochroną, aby zmotywować rodziny do współpracy z pracownikiem instytucji pomocowej, zrozumieć wpływ krzywdzenia, z powodu którego cierpiały lub mogą cierpieć dzieci w rodzinie oraz ustalić wspólne cele i stworzyć zespół zebrany wokół rodziny, który stanowi również wsparcie dla osoby świadczącej pomoc.
- ✓ Kluczowymi modułami są następnie promowanie dobrej jakości opieki oraz zapewnienie bezpieczeństwa i zapobieganie krzywdzeniu.
- ✓ Wśród modułów, które muszą być uwzględnione, aby wspierać rodzicielstwo, znajdują się: wspieranie przywiązania i pozytywnych relacji emocjonalnych, wspieranie rozwoju i reaktywnego uczenia się, pozytywne rodzicielstwo oraz radzenie sobie z zachowaniami destrukcyjnymi. Wiele z tych modułów polega na bezpośredniej pracy z dziećmi.
- ✓ Gdy występują specyficznie powiązane negatywne skutki (pogorszenie funkcjonowania), dzieci będą musiały skorzystać z pomocy opartej na modułach skoncentrowanych na ich potrzebach, jak również z ogólnych podejść, z których skorzystają wszystkie dzieci narażone na krzywdzenie.
- ✓ Specyficzne interwencje dla lęku, zaburzeń nastroju i traumy.
- ✓ Gdy występują wyraźne zachowania eksternalizujące, to warto odróżnić, czy są to zachowania destrukcyjne, agresja, czy też szkodliwe zachowania seksualne.

Rysunek 7.6 opisuje bibliotekę modułów, które zajmują się profilem rodzicielstwa związanego z przemocą i zaniedbywaniem, oraz jego wpływem i związanym z nim pogorszeniem stanu zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży.

## **Biblioteka Modułów**

### *Wstępne etapy pracy: zaangażowanie i nadzieja*

- Angażowanie rodzin, rodziców i dzieci; Wzbudzanie nadziei
- Ustalanie celów
- W jaki sposób rodzicielstwo związane z przemocą i zaniedbywaniem wpływa na rozwój emocjonalny i fizyczny dzieci; Psychoedukacja

## **Praca z rodzicami: zajmowanie się przemocowymi i zaniedbującymi zachowaniami rodzicielskimi**

### **PROMOWANIE DOBREJ JAKOŚCI OPIEKI**

- Rozwijanie umiejętności identyfikowania oraz rozumienia fizycznych i emocjonalnych potrzeb dzieci
- Zapewnianie dobrej jakości podstawowej opieki
- Opieka w zakresie żywienia: wahania wagi, niedostateczny wzrost
- Sieci wsparcia dla rodzin

### **ZAPEWNIANIE BEZPIECZEŃSTWA I ZAPOBIEGANIE KRZYWDZENIU**

- Zapewnianie bezpieczeństwa i zapobieganie krzywdzeniu
- Radzenie sobie przez rodziców ze stresem i związek z przemocowym i zaniedbującym rodzicielstwem
- Pomaganie rodzicom w radzeniu sobie z negatywnym postrzeganiem dzieci

- Techniki pomocne w radzeniu sobie z konfliktem i dysfunkcjami w życiu rodzinnym
- Rodzicielstwo: wspieranie bezpieczeństwa dzieci i młodzieży, które doznały nadużycia seksualnego w rodzinie lub ze strony zaufanego członka społeczności
- Wyjaśnianie, dzielenie i pogodzenie się z wpływem przemocowych i zaniedbujących zachowań rodzicielskich

### **WSPIERANIE PRZYWIĄZANIA, DOSTROJONEGO REAGOWANIA I POZYTYWNYCH RELACJI EMOCJONALNYCH**

- Wspieranie przywiązania, dostrojonego reagowania i pozytywnych relacji emocjonalnych: młodsze dzieci
- Wspieranie przywiązania, reagowania i pozytywnych relacji ze starszymi dziećmi: czas sam na sam z dzieckiem
- Wspieranie zdrowego funkcjonowania rodziny, komunikacji w rodzinie oraz umiejętności rozwiązywania problemów

### **WSPIERANIE ROZWOJU I REAKTYWNEGO UCZENIA SIĘ**

- Wspieranie rozwoju, na wczesnym etapie i później

### **WSPIERANIE UMIEJĘTNOŚCI RODZIELSKICH**

- Stosowanie uwagi i ignorowania
- Wydawanie skutecznych poleceń/instrukcji
- Praca nad trudnymi zachowaniami

### **RADZENIE SOBIE Z ZACHOWANIAMI DESTRUKCYJNYMI**

- Praca z problemami związanymi z zachowaniami destrukcyjnymi
- Praca z rodzicami i opiekunami, wspierająca pracę z dziećmi i młodzieżą odpowiedzialnymi za szkodliwe zachowania seksualne

## *Praca z negatywnymi skutkami (pogorszeniem funkcjonowania) u dzieci i młodzieży: reakcje emocjonalne i traumatyczne*

### OGÓLNE PODEJŚCIA DLA WSZYSTKICH DZIECI DOŚWIADCZAJĄCYCH KRZYWDZENIA

- Rozwijanie podejścia skoncentrowanego na dziecku
- Interwencje polegające na psychoedukacji dotyczącej skutków krzywdzenia
- Zapewnianie sobie bezpieczeństwa (planowanie)
- Umiejętności radzenia sobie
- Relaksacja i uspokajanie się
- Opisywanie i monitorowanie uczuć
- Wybór aktywności
- Rozwiązywanie problemów
- Utrwalanie i budowanie odporności psychicznej (*resilience*)

### SPECYFICZNE INTERWENCJE W ODNIESIENIU DO NEGATYWNYCH SKUTKÓW – PROBLEMY ZWIĄZANE Z LĘKIEM, NASTROJEM I TRAUMĄ

- Praca z problemami lękowymi: pomaganie dzieciom, które doświadczają nadmiernego lęku
- Praca z problemami związanymi z nastrojem: pomaganie dzieciom, u których występuje utrzymujący się obniżony nastrój lub depresja
- Praca z problemami związanymi z traumą: pomaganie dzieciom, które doświadczają reakcji traumatycznych

## *Praca z negatywnymi skutkami (pogorszeniem funkcjonowania) u dzieci i młodzieży: problemy z zachowaniami destrukcyjnymi*

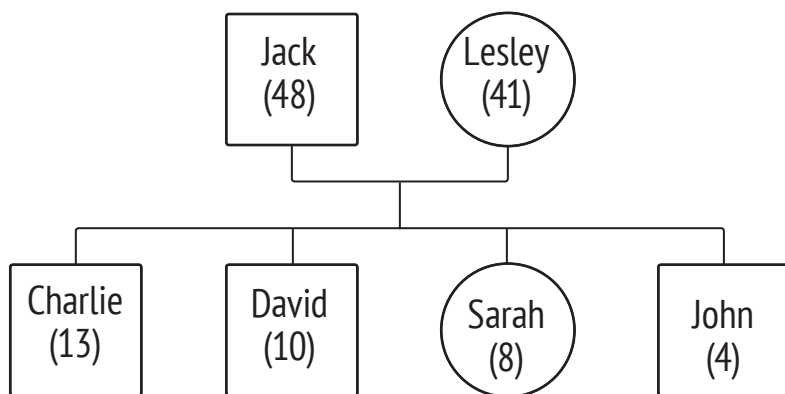
- Wzmacnianie kompetencji dzieci: edukacja, talent i „dobre życie”
- Radzenie sobie z zachowaniami destrukcyjnymi

- Trening asertywności
- Praca z dziećmi poniżej 12. roku życia, które przejawiały szkodliwe zachowania seksualne
- Praca z nastolatkami (wiek 12+), które przejawiały szkodliwe zachowania seksualne
- Rozwijanie pozytywnych relacji z rodziną i przyjaciółmi

*Rysunek 7.6 Biblioteka Modułów*

### **Studium przypadku: rodzina Greenów**

Aby zilustrować, w jaki sposób Pakiet Narzędzi Modularnego Podejścia Nadzieja dla Dzieci i Rodzin może być zastosowany w praktyce, przedstawimy konkretny przykład. Jest to przypadek rodziny Greenów, opisany przez Bentovim i in. (2009), ilustrujący, jak można zastosować podejście HfCF do złożonego przypadku. Rodzina Greenów składa się z rodziców: Jacka, 48 lat, i Lesley, 41 lat, oraz ich czwórki dzieci: Charliego, 13 lat, Davida, 10 lat, Sary, 8 lat i Johna, 4 lata (rysunek 7.7).



*Rysunek 7.7 Genogram rodziny Greenów*

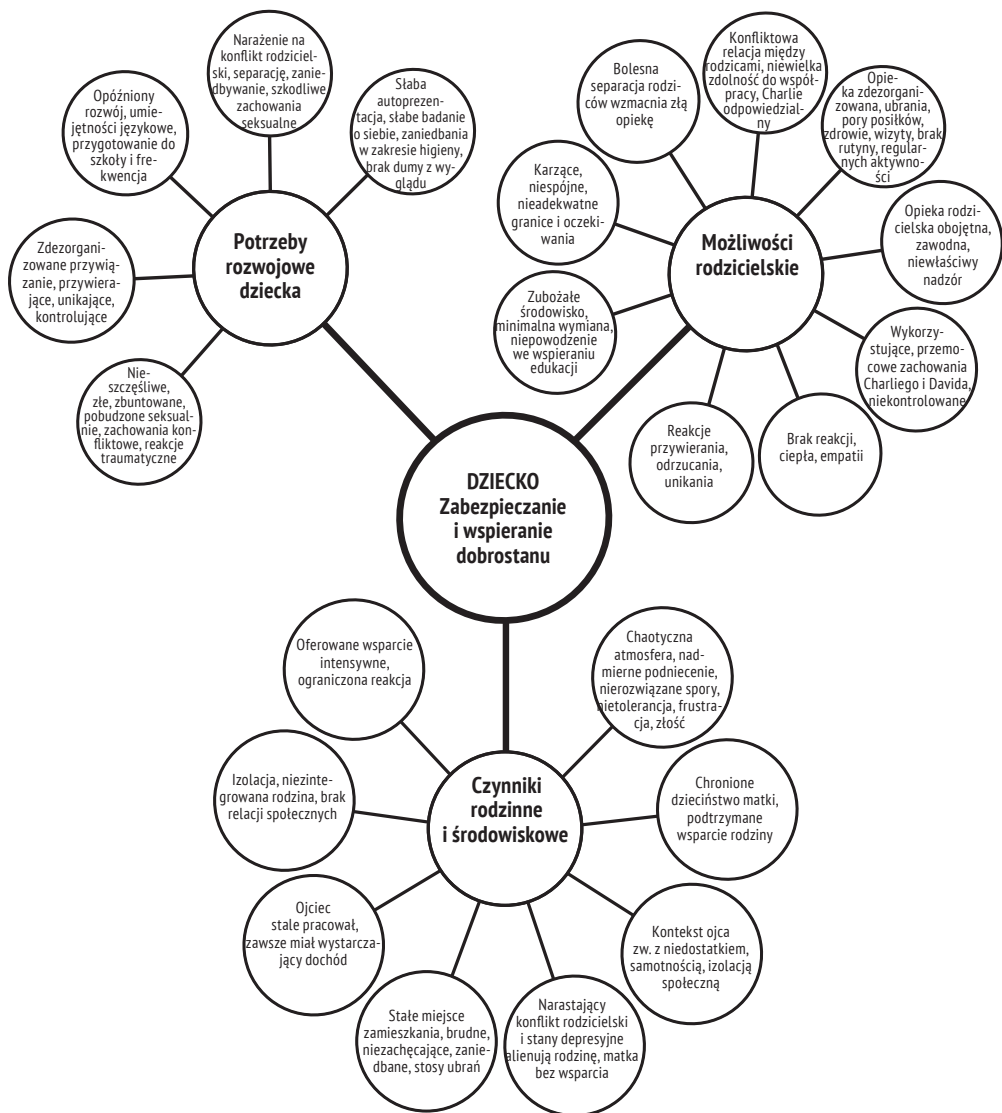


Kontakt z profesjonalistami nastąpił poprzez skierowanie ze szkoły, w której niepokój wzbudziły przedłużające się nieobecności dzieci. Niepokój budziły również coraz bardziej zaniedbany wygląd całej czwórki dzieci oraz bardzo rozseksualizowane zachowania, które Sarah prezentowała wobec innych dzieci.

Wstępny wywiad pokazał, że oboje rodzice byli emocjonalnie i fizycznie wycofani; dzieci były jak zdziczała grupa, która musi sama walczyć o siebie. Od Charliego oczekiwano, że zapewni opiekę młodszym dzieciom. Granice w rodzinie były słabe, dyscyplina niekonsekwentna i słabo utrzymywana; życie rodzinne, jak zauważono w trakcie wstępnego wywiadu, charakteryzowało się nierozwiązanymi sprzeczkami i konfliktami z udziałem rodziców. Dzieci lepiej reagowały na ojca, choć przez większość czasu był on nieobecny. Każde z rodziców obwiniało drugie za niepowodzenia w zapewnieniu opieki i kontroli nad dziećmi.

Wyraźne, seksualnie przemocowe zachowania opisywano u całej czwórki dzieci. Sarah chętnie opowiedziała, że Charlie i David zachowywali się w seksualnie niewłaściwy sposób z nią i z Johnem. Charlie był widziany, gdy w bardzo rozseksualizowany sposób odnosił się do młodszych dzieci. Największym problemem była dezorganizacja opieki w domu, ubrania nie były zmieniane, pościel zabrudzona, naczynia nieumyte, a dom brudny i pogrążony w chaosie. Rodzice nie byli w stanie obudzić rano dzieci, aby poszły do szkoły. Jakakolwiek próba zdyscyplinowania spotykała się z opozycyjnym zachowaniem ze strony starszych chłopców. John, najmłodsze dziecko, wykazywał istotne opóźnienia rozwojowe w zakresie języka i umiejętności, on również był opozycyjny. Sarah była jedynym dzieckiem, które wykazywało umiejętności społeczne i zdolność zadbania o siebie.

Charlie, lat 13, znęcał się nad swoim rodzeństwem i inicjował intensywne czynności seksualne z Sarą z udziałem rodzeństwa. David, dziesięcioletek, wyglądał na „**zamrożone**”, **sztwyne dziecko**, uderzająco niedojrzałe, a jego możliwości językowe były opóźnione. Jego matka



Rysunek 7.8 Opis możliwości rodzicielskich, funkcjonowania jednostek i rodziny oraz ich wpływu na dzieci

wydawała się wykorzystywać go jako obiekt pocieszenia, skłaniając go do tego, by z nią spał. Ojciec spędzał coraz więcej czasu ze swoją dalszą rodziną. Sarah, ośmiolatka, wykazywała bardzo rozseksualizowane zachowania: opisywała koszmary sennie oraz opisała stres związany z tym, że była zmuszana do niewłaściwych zachowań seksualnych przez Charliego i Davida. W szkole niepokojono się tym, że obecnie to ona zachowywała się w seksualnie nieodpowiedni sposób wobec innych dzieci. John, czterolatek, wciąż trzymał lalkę, co wskazywało na jego niezaspokojone potrzeby. Jego przywiązanie wydawało się bardzo zdezorganizowane, raz poszukiwał bliskości, a za chwilę silnie odrzucał innych. On również brał udział w rozseksualizowanych zachowaniach.

### *Profil rodzicielstwa, rodziny, cech indywidualnych oraz wpływu na dzieci*

Rysunek 7.8 pokazuje profil możliwości rodzicielskich, czynników indywidualnych i rodzinnych oraz wpływu na dzieci, który wyłonił się ze szczegółowego wywiadu dotyczącego możliwości rodzicielskich, funkcjonowania indywidualnego, dzieci i rodziny przy użyciu wcześniej opisywanych Narzędzi dotyczących Dzieci i Rodziny.

### **MOŻLIWOŚCI RODZICIELSKIE**

- ✓ Środowisko rodzinne było zubożałe: kontakt pomiędzy rodzicami oraz pomiędzy rodzicami a dziećmi były minimalne.
- ✓ Dzieci miały znikomą ilość zabawy i stymulacji, rodzice wyrażnie nie radzili sobie ze wspieraniem ich edukacji.
- ✓ Radzenie sobie z dziećmi charakteryzowało się karzącymi, niekonsekwentnymi reakcjami na trudne zachowania. Stawiano niewłaściwe granice i oczekiwania, np. dziecko przejmujące rolę rodzicielską.

- ✓ Bolesna separacja rodziców, powiązana z ich niezdolnością do rozwiązywania konfliktów, wzmacniała złą opieką nad dziećmi.
- ✓ Rodzice wykazywali znikomą zdolność do współpracy, zrzucając odpowiedzialność na Charliego.
- ✓ Opieka była zdezorganizowana, ubrania zaniedbane, pory posiłków chaotyczne, problemy zdrowotne były ignorowane, brakowało też rutyny i jakichkolwiek regularnych aktywności.
- ✓ Opieka rodzicielska została zatem oceniona jako niereaktywna, niesumienna i bez odpowiedniego nadzoru.
- ✓ Wyzyskujące i przemocowe zachowania Charliego i Davida były ignorowane: podejmowano jedynie słabe wysiłki kontrolowania ich, a rodzice zaprzeczali jakiegokolwiek odpowiedzialności.
- ✓ Było niewiele oznak ciepła, empatii lub zrozumienia, reakcje dzieci były przywierające, odrzucające lub unikające.

### WPŁYW CZYNNIKÓW INDYWIDUALNYCH, RODZINNYCH I ŚRODOWISKOWYCH

- ✓ Gdy rodzina była widziana razem, atmosfera była chaotyczna: pojawiało się nadmierne podniecenie, nietolerancja, frustracja i złość.
- ✓ Matka opisywała chroniące dzieciństwo oraz wsparcie rodziny podczas pierwszych lat życia rodzinnego, co oznaczało, że opieka nad dziećmi i domem były wtedy bardziej zadowolające. W miarę jak dzieci stawały się starsze i wychowanie ich sprawiało kłopoty, trudności rodzicielskie matki stały się bardziej widoczne.
- ✓ Ojciec opisywał dorastanie w warunkach nędzy, samotności i izolacji społecznej. Stawał się coraz bardziej krytyczny wobec trudności matki, wbijając klin pomiędzy nią a jej rodzinę, która odgrywała istotną, wspierającą rolę. Jej depresja i wycofanie

udaremniały jego próby osiągnięcia poprawy w życiu rodzinnym, w związku z czym coraz bardziej się wycofywał. Oboje rodzice wykazywali oznaki depresyjnego afektu.

- ✓ Miejsce zamieszkania było stałe, ale dom był brudny, nieprzyjazny i wykazujący oznaki poważnego zaniedbania.
- ✓ Ojciec miał stałą pracę, a dochody zawsze były wystarczające.
- ✓ Rodzina jako całość była izolowana, niezintegrowana ze społecznością i brakowało relacji oraz wsparcia ze strony społeczności.
- ✓ Zaproponowano im profesjonalne wsparcie, ale spotkało się to z ograniczonym zainteresowaniem.

### *Wpływ na dzieci*

- ✓ Wpływ tej sytuacji na dzieci był bardzo silny, powodując znaczne szkody:
- ✓ Dzieci źle się prezentowały, słabo dbały o siebie: były zaniedbane, w ich wyglądzie widać było brak higieny i niewiele dumy.
- ✓ Były narażone na silny konflikt pomiędzy rodzicami, ich separację oraz znaczne zaniedbanie, a szkodliwe zachowania seksualne pojawiły się jako próba znalezienia jakiejś formy bliskości.
- ✓ Opóźniony był rozwój oraz umiejętności językowe dzieci, były one słabo przygotowane do szkoły, miały słabą frekwencję, były odrzucane przez rówieśników, ich umiejętności społeczne były słabe i brakowało im zdolności utrzymywania relacji.
- ✓ Przywiązanie było zdeorganizowane, przywierające, unikające i kontrolujące.
- ✓ Jeśli chodzi o nastrój, dzieci były nieszczęśliwe, złe, zbuntowane, pobudzone seksualnie, wycofane i zamrożone, czego rezultatem były reakcje traumatyczne.

### *Analiza systemowa*

Analiza systemowa pokazała, że czynniki predysponujące do obecnego stanu rzeczy uwzględniały zależność matki od rozległego wsparcia udzielanego jej przez rodzinę, które utrzymywało stabilność we wczesnym okresie. Profesjonalna interwencja we wcześniejszych etapach również pomogła w codziennym funkcjonowaniu rodziny. Matka nie rozwinęła nigdy pełnego profilu umiejętności rodzicielskich. Rolą ojca było bycie tradycyjnym, konsekwentnym, wspierającym rodzicem dzięki pracy, nie jako rodzic będący w bezpośrednim kontakcie na co dzień, choć próbował on nawiązać relację z Charliem. Jego frustracja związana z rosnącymi trudnościami matki z kontrolowaniem dzieci oraz radzeniem sobie z domem doprowadziły do nasilającego się konfliktu między rodzicami, czego rezultatem była nieobecność ojca, depresja matki oraz wycofanie się z kontaktu jej rodziny.

Depresja, wycofanie i izolacja były czynnikami, które poprzedzały coraz wyraźniejszy obraz poważnego zaniedbania oraz niepowodzenia w radzeniu sobie z dziećmi. Rodzice coraz więcej wymagali od Charliego, który uczucia i ciepło zastąpił seksualnością i wymuszaniem kontroli. Istniały też czynniki chroniące. Sarah miała historię bardziej bezpiecznego wczesnego przywiązania wobec matki i wykazywała wyraźnie większe kompetencje niż jej rodzeństwo. Interesowała się nauką i relacjami. Dzieci zawsze prawidłowo się odżywiały, choć inne aspekty ich rozwoju budziły niepokój.

Matka przyznawała się do porażki oraz do tego, że zdawała sobie sprawę z przemocowych zachowań Charliego, choć nie była w stanie sobie z nimi radzić ani ich kontrolować. Ojciec miał trudność z zaakceptowaniem, że miały miejsce niewłaściwe seksualne zachowania, których sprawcą był Charlie, a udział w nich brały młodsze dzieci, i nie podzielał obaw matki.

Wnioskiem z analizy było, że ogólny poziom krzywdy wyrządzonej dzieciom był wysoki, a jeśli sytuacja rodzinna nie uległaby zmianie,

ogólny poziom ryzyka zaniedbania i powtórnej przemocy stałby się nieakceptowalnie wysoki. Istniały niewielkie szanse na to, by Charlie i Davidowi dało się pomóc, gdyby dalej mieszkali w domu. Wkraczali już w okres dojrzewania, a ich bunt i zachowania opozycyjne wobec matki, biorąc pod uwagę separację ojca od rodziny i jego niewielkie wsparcie podczas procesu oceny/diagnozy, oznaczały, że matka musiałaby radzić sobie sama. Nie byłaby raczej w stanie wprowadzić wymaganych zmian, biorąc pod uwagę poziom zagrożenia dla młodszych dzieci wynikającego z agresywnych i bardzo pobudzonych, niewłaściwych seksualnych zachowań Charliego. Biorąc pod uwagę poziom separacji rodziców, istniała pewna szansa na to, że przy wsparciu matka będzie w stanie zaspokoić potrzeby młodszych dzieci, o ile ojciec zgodzi się zamieszkać oddzielnie. Charlie został umieszczony pod opieką członka rodziny, osoby żyjącej samotnie, natomiast Davida umieszczono w opiece zastępczej. Rodzina wyraziła zgodę na taką propozycję, została ona również zatwierdzona przez sąd. Proces interwencji został opisany w kolejnym rozdziale.

## Uwagi i podziękowania

Rozpoczęcie zaprezentowanej pracy Arnona Bentovima i Iana Elliotta było możliwe dzięki grantowi, który brytyjski Departament Edukacji przyznał Child and Family Training UK, organizacji non-profit tworzącej i upowszechniającej oparte na dowodach podejścia do diagnozy i interwencji, oraz Fundacji Lucy Faithfull (the Lucy Faithfull Foundation UK), organizacji dobroczynnej, której celem jest ochrona dzieci poprzez zajmowanie się zachowaniami szkodliwymi seksualnie. Departament Edukacji sfinansował dalszy rozwój Child and Family Training UK jako część inicjatywy dotyczącej zaniedbywania dzieci. Tę pracę wsparł również South London and Maudsley NHS Foundation Trust, dzięki któremu Dr Tara Weeramanthri mogła zapewnić pracę konsultacyjną

na potrzeby projektu, oraz wkład doktora Andrea Danese. Z wdzięcznością dziękujemy za wkład grupy autorów, którzy pracowali, aby uczynić podręcznik dostępnym dla praktyków. Zaprezentowane podejście zostało opisane i opublikowane w artykule w *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* (2014). Dziękujemy również z wdzięcznością za wsparcie Profesorowi Bruceowi Chorpita, UCLA, Profesorowi Davidowi Kolko, University of Pittsburgh, oraz Dr Lucy Berliner, Harborview Centre, Seattle.

## **Grupa autorów**

Child and Family Training: Dr Arnon Bentovim

The Lucy Faithfull Foundation: Hilary Eldridge, Alice Newman, Caroline Robertson

The South London and Maudsley NHS Foundation Trust: Dr Tara Weeramanthri

Kings College and the Institute of Psychiatry: Dr Andrea Danese

Swaay UK: Mette Whittaker, Nicola Gilderthorp, Samantha Richards

Child and Family Practice London: Dr Clare Gates

Southwark Safeguarding Children Board: Malcolm Ward (wcześniej Business Manager)

## **Bibliografia**

Barlow, J., Fisher, J.D. and Jones, D. (2012) Systematic Review of Models of Analysing Significant Harm. Research Report RR199. London: Department for Education.

Barth, R.P., Lee, B.R., Lindsey, M.A., Collins, K.S. i in., (2011) Evidence-based practice at a crossroads, the emergence of common elements and factors. *Research on Social Work Practice* 22, 1, 108–119.

Bentovim, A. and Bingley–Miller, L. (2001) *The Family Assessment: Assessment*



- of Family Competence, Strengths and Difficulties. Brighton: Pavilion.
- Bentovim, A. and Elliott, I. (2012) Application of Distillation Approach to Evidence Based Intervention with Child Maltreatment. York: Child and Family Training.
- Bentovim, A., Bingley Miller, L., Pizzey, S. and Tapp, S. (2012) The Safeguarding Assessment and Analysis Framework. York: Child and Family Training.
- Bentovim A., Cox A., Bingley Miller, L., and Pizzey S. (2009) Safeguarding Children
- Living with Trauma and Family Violence: A Guide to Evidence-Based Assessment, Analysis and Planning Interventions. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Moriarty, E., Lindheim, O. and Carlson, E. (2012) Enhancing attachment organisation among maltreated children: Results of a randomised clinical trial. *Child Development* 83, 3, 623–636.
- Black, M., Dubowitz, H., Krishnakumar, A. and Starr, R.H. (1995) Randomised clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Paediatrics* 95, 6, 807–814.
- Black, M., Dubowitz, H., Krishnakumar, A. and Starr, R.H. (1997) Early intervention and recovery amongst children with failure to thrive – follow-up at age 8. *Paediatrics* 120, 1, 59–69.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. and Berliner, L. (1999) Children with Sexual Behaviour
- Problems: Assessment and Treatment. Final Report. Grant number 90-CA-1469. Washington, DC: US Department of Health and Human Services National Clearing House on Child Abuse and Neglect.
- Borduin, C.M., Henggeler, S., Blaske, D.M. and Stein, R.J. (1990) Multi-systemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 34, 100–113.
- Brunk, M., Henggeler, S. and Whelan, J.P. (1987) Comparison of multi-systemic

- therapy and parenting training in the treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 55, 171–178.
- Carpenter, M., Silovsky, J.F. and Chaffin, M. (2006) Randomised trial of treatment for children with sexual behaviour problems: 10 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 482–488.
- Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J.F. and Beasley, W.H. (2012) A statewide trial of the Safe Care Home based services, model with parents in Child Protection Services. *Pediatrics* 129, 3, 509–515.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A. i in., (2004) Parent child interaction therapy with physically abusive parents – reducing further abuse reports. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 72, 500–510.
- Chorpita, B.F. and Daleiden, E.L. (2009a) Mapping evidence-based treatments for children and adolescents, application of the distillation and matching model to 650 treatments from 322 randomised trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 566–579.
- Chorpita, B.F. and Daleiden, E.L. (2009b) *Managing and Adapting Practice*. Satellite Beach, FL: Practicewise.
- Chorpita, B.F. and Weisz, J.R. (2009) *Modular Approach to Children with Anxiety, Depression, Trauma and Conduct Match-ADTC*. Satellite Beach, FL: Practicewise.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A. and Toth, S.L. (2006) Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology* 18, 3, 623–649.
- Cohen, J.A. and Mannarino, A.P. (1996) A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 42–50.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. and Steer, R.A. (2004) A multisite,

- randomized controlled trial for sexually abused children with PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 393–402.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. and Iyengar, S. (2011) Community treatment for PTSD and children exposed to intimate partner violence: A randomised controlled trial. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine* 165, 16–21.
- Cox, A. and Walker, S. (2002) *The HOME Inventory: A Training Approach for the UK*. Brighton: Pavilion.
- Davies, C. and Ward, H. (2012) *Safeguarding Children across Services: Messages from Research*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A. and Steer, A. (2006) A follow-up study of a multi-site, randomised controlled study with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 1474–1484.
- Department of Health, Cox, A. and Bentovim, A. (2000) *The Family Pack of Questionnaires and Scales*. London: Stationery Office.
- Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office (2000) *The Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: Stationery Office. Available at [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/publicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4003256](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/publicationsPolicyAndGuidance/DH_4003256), accessed on 23 April 2014.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. and Hubble, M.A. (2010) *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works*, 2nd edn. Washington, DC: American Psychological Association.
- Farmer, E. and Lutman, E. (2009) *Case Management and Outcomes for Neglected Children Returned to Families – 5 Year Follow Up Report to the Department for Education*. Bristol: University of Bristol.

- Garland, A.F., Hawley, K.M., Brookmans Frazee, L. and Hurlburt, M.S. (2008) Identifying common elements of evidence-based psychological treatments for children's disruptive behaviour problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 405–514.
- Hackett, S., Masson, H. and Phillips, S. (2006) Exploring consensus in practice with youth who are sexually abusive. *Child Maltreatment* 11, 2, 146–156.
- Hutcheson, J., Black, M. and Dubowitz, H. (1997) Risk status and home intervention among children with failure to thrive: Follow-up at age 4. *Journal of Paediatric Psychology* 22, 5, 651–668.
- Ippen, C.G., Harris, W.W., Van Horn, P. and Liberman, A.F. (2011) Traumatic and stressful events in early childhood. Can treatment help those at the highest risk? *Child Abuse and Neglect* 35, 504–513.
- Iwaniec, D. and Herbert, M. (1999) Multidimensional approach to helping emotionally abused and neglected children and abusive parents. *Children and Society* 13, 365.
- Jones, D.P.H., Hindley, N. and Ramchandani, P. (2006) Making Plans: Assessment, Intervention and Evaluating Outcomes. In J. Aldgate, D.P.H. Jones, W. Rose and C. Jeffery (eds) *The Developing World of the Child*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kolko, D.J. (1996) Individual cognitive-behavioural and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment* 1, 322–342.
- Kolko, D.J., Dorn, L.D., Bukstein, O.G., Pardini, D., Holden, E.A. and Hart, J. (2009) Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: A clinical trial with 3-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology* 37, 591–609.
- Kolko, D.J., Iselin, A.M. and Gully, K.J. (2011) Evaluations of the sustainability

- and clinical outcome of alternatives for families: A cognitive behavioural therapy (AF-CBT) in child protection centre. *Child Maltreatment* 35, 105–116.
- Letourneau, E.J., Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Schewe, P.A., McCart, M.R. and Chapman, J.F. (2009) Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1 year results from a randomised effectiveness trial. *Journal of Family Psychology* 23, 89–102.
- Lieberman, A.F., Van Horn, P.G. and Ippen, C.G. (2005) Towards evidence-based treatment: Child parent psychotherapy with children exposed to marital violence. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 44, 1241–1248.
- Lieberman, A.F., Ghosh, M., Ippen, C. and Van Horn, P. (2006) Child parent psychotherapy: 6 month follow-up of a random controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 713–918.
- Lutzker, J.R. and Bigelow, K.M. (2002) *Project 12-Ways/Safe Care. Reducing Child Maltreatment – A Guidebook for Parent Service*. New York: Guilford Press.
- MacMillan, H.L., Thomas, B.H., Jamieson, E., Walsh, C.A. i in., (2005) Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: A randomized controlled trial. *Lancet* 365, 1786–1793.
- MacMillan, H.L., Wathen, M., Barlow, J., Fergusson, D., Leventhal, J. and Taussig, H. (2009) Intervention to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 373, 9659, 250–266.
- Montgomery, P., Gardner, F., Bjorstad, G. and Ramchandani, P. (2009) *Systematic Reviews of Interventions following Physical Abuse*. Research Brief DCSF-RBX-0908A. London: Department for Children, Schools and Families.
- Moss E., Dubois-Cotois, V., Tarabulsy, G.M., St-Laurent, D. and Bernier, A. (2011) Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal

- sensitivity, child attachment and behavioural outcomes for maltreated children – a randomised control trial. *Development and Psychopathology* 21, 195–210.
- Munro, E. (2011) *The Munro Review of Child Protection, Final Report. A Child Centred System*. London: Stationery Office.
- NICE (2009) *When to Suspect Child Maltreatment. Clinical guideline 89*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Schaeffer, C.M., Swenson, C.C., Tuerck, E.H. and Henggeler, S.W. (2013) Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24 month pilot study of the MST building stronger families program. *Child Abuse and Neglect* 37, 596–607.
- Scheringa, M.S., Weems, C.F., Cohen, J.A., Amaya-Jackson, L. and Guthrie, D. (2011) Trauma-focussed cognitive behavioural therapy for post-traumatic disorder in three through six year old children – a randomised trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52, 8, 853–860.
- Swenson, C.C., Schaeffer, C., Henggeler, S.W., Faldowski, R. and Mayhew, A.M. (2010) Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology* 24, 497–507.
- Toth, S.L., Maughan, A., Many, J.T., Spagnola, M. and Cicchetti, D. (2002) The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool childrens representational models: Implications for attachment theory. *Developmental Psychopathology* 14, 877–908.
- Toth, S.L., Rogosch, F.A., Manley, J.T., and Cicchetti, D. (2006) The efficacy of toddler parent psychotherapy to reorganise attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorders: a randomised preventative trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 1006–1016.

NADZIEJA DLA DZIECI I RODZIN: STWORZENIE PAKIETU NARZĘDZI / 247  
UKIERUNKOWANEGO NA PROBLEM PRZEMOCY RODZICIELSKIEJ  
I ZWIĄZANE Z NIĄ, NEGATYWNE SKUTKI U DZIECI

Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski H. i in., (2002) Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry* 180, 234–247.

Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. and Han, H. (1997) Meta analysis of outcome studies comparing bonafida psychotherapies:

Empirically all must have prizes. *Psychological Bulletin* 122, 203–215.

# ZASTOSOWANIE PAKIETU NARZĘDZI „NADZIEJA DLA DZIECI I RODZIN” WOBEĆ RODZINY GREENÓW

*Arnon Bentovim*

Niniejszy rozdział pokazuje, jak pakiet narzędzi „Nadzieja dla Dzieci i Rodzin” można zastosować do przeprowadzenia interwencji wobec rodziny Greenów, opisanej w poprzednim rozdziale.

## **Wstępne etapy pracy**

Wstępne etapy pracy koncentrują się na modułach zaangażowania i wywoływania nadziei. Celem tego etapu pracy jest to, by specjalista lub specjaliści, którzy planują pracę z rodziną, spotkali się z rodzicami oraz z zespołem ds. ochrony dzieci, aby doprecyzować stojące przed nimi zadanie. Pomocne jest nawiązanie do oczekiwań związanych z tym, że sąd będzie chciał, by Lesley (matka) pokazała, że jest w stanie zapewnić lepszą opiekę zarówno Sarah, jak i Johnowi, jednocześnie osadzając to w rzeczywistości, mówiąc o poważnych wątpliwościach związanych z przeszłością. Jednakże Lesley zdawała sobie sprawę z tego, że potrzebuje pomocy w poprawieniu jakości opieki wobec Sarah i Johna, i była



gotowa do podjęcia współpracy z pracownikiem instytucji pomocowej, aby pokazać, że potrafi lepiej zadbać o dzieci. Trzeba było określić, co stanowi wyzwanie dla Lesley i dzieci, a także dla Jacka (ojca) mieszkającego oddzielnie, ale mającego regularny kontakt z młodszymi dziećmi przebywającymi w domu oraz z dziećmi w opiece zastępczej.

Dalszymi zadaniami są: stworzenie **zespołu wokół dziecka**, tzn. pracownika zajmującego się rodziną, opiekunów zastępczych oraz interdyscyplinarnego zespołu ds. ochrony dzieci; ustalenie **planu ochrony dla każdego dziecka**, aby upewnić się, że młodsze dzieci nie będą miały kontaktu z Charliem, w związku z jego pobudzeniem oraz utrzymującymi się objawami traumatycznymi oraz niewłaściwymi rozseksualizowanymi zachowaniami u Sary; oraz **planu interwencji jako części planu ochrony**, uwzględniającego regularne spotkania, jasne oczekiwania oraz zgodę na realizację ustalonych zadań. Osoba zajmująca się rodziną będzie pracowała z materiałami z pakietu narzędzi, przy wsparciu własnego zespołu, aby osiągnąć uzgodnione cele. Rodzice, dzieci i pracujące z nimi osoby muszą sformułować **wspólnie uzgodnione cele**:

- ✓ umożliwienie młodszym dzieciom pozostania z matką,
- ✓ zapewnienie właściwej opieki i bezpieczeństwa dzieciom przebywającym w domu i upewnienie się, że dzieci są bezpieczne i otoczone dobrą opieką,
- ✓ pomoc dla Sary w wyleczeniu objawów traumatycznych oraz poprawa jej frekwencji w szkole,
- ✓ przejawianie przez Johna pierwszych oznak zadowolającego rozwoju oraz wspieranie jego uczęszczania do przedszkola/ szkoły,
- ✓ poprawa reaktywności emocjonalnej oraz relacji pomiędzy matką i młodszymi dziećmi,

- ✓ pomoc w stworzeniu bardziej bezpiecznego przywiązania u obojga dzieci oraz zajęcie się zdeorganizowanym przywiązaniem pomiędzy Johnem i jego matką,
- ✓ rozwiązywanie problemów w rodzinie poprzez wspólną pracę z rodzicami, aby pomóc im radzić sobie z separacją oraz z ich życiem jako rodziców, niekoniecznie jako partnerów,
- ✓ praca z Charliem (i członkami rodziny?) aby zapobiegać dalszym szkodliwym zachowaniom seksualnym, radzić sobie z niewłaściwymi impulsami seksualnymi oraz wspierać rozwój umiejętności społecznych i umiejętności dbania o siebie,
- ✓ praca z Davidem nad zmniejszeniem jego emocjonalnego dysresesu, poradzeniem sobie z wpływem podejmowania przez niego szkodliwych zachowań seksualnych, wspieraniem uczęszczania do szkoły oraz praca nad relacjami z rówieśnikami,
- ✓ odbudowanie kontaktu pomiędzy Charliem i Davidem a pozostałymi dziećmi po zakończeniu pracy terapeutycznej z Sarą i Johnem nad skutkami traumatycznymi, a z Charliem i Davidem nad ich niewłaściwymi zachowaniami seksualnymi,
- ✓ sukcesy i niepowodzenia będą musiały być oceniane w kategoriach mierzalnej poprawy w tych obszarach.

Ostatnim etapem fazy **zaangażowania i wywoływania nadziei** jest pomoc rodzicom w **zrozumieniu wpływu przemocy** – tego, w jaki sposób zaniedbywanie, nadużycia seksualne, narażenie na konflikt między rodzicami oraz wycofanie mogą wpływać na dzieci. Lesley będzie potrzebowała pomocy w rozpoznawaniu i zrozumieniu potrzeb Johna i Sarah poprzez przypomnienie **etapów rozwoju dziecka**, odczytywa-

niu z tabeli rozwojowej, co dziecko osiąga w różnym wieku, ustaleniu, jakie są niezbędne elementy dobrego rodzicielstwa i podstawowe potrzeby dzieci oraz w jasnym określeniu celów dla każdego dziecka.

W tej fazie pracownicy muszą unikać „pouczania” rodziców, mówienia klientom, co mają myśleć, czy co muszą zrobić. **Podejście oparte na pytaniach sokratejskich** pomaga klientom dojść do bardziej trafnych i pomocnych myśli. Gdyby np. zapytać rodzica o to, co jego zdaniem oznaczałoby dobre rodzicielstwo, i poprosić go o zidentyfikowanie i szczegółowe opisanie wszystkich myśli, które mają na ten temat, wówczas np. Lesley mogłaby powiedzieć o zapewnieniu odpowiedniego odżywiania. Osoba pracująca z nią mogłaby następnie poprosić Lesley o rozwinięcie jej myśli, prosząc ją o więcej szczegółów na temat prawidłowych form odżywiania. Następnie prowadzący rozmowę mógłby zapytać, czy chodzenie do szkoły również byłoby ważne, sprawdzając, co rodzic myśli na ten temat, delikatnie podważając niektóre stwierdzenia, np. o tym, że dzieci muszą same się zorganizować, żeby pójść do szkoły. Dzięki pytaniu o to, co jego/jej rodzic lub przyjaciel by na to powiedział, mogą pojawić się spersonalizowane alternatywy, dzięki czemu rodzic zrozumie, że być może musi przejąć większą inicjatywę, nalegając na to, by dzieci wstały i dotarły na czas do szkoły. Rodzice muszą czuć się raczej autorami danego stwierdzenia niż zgadzać się na ustalenia poczynione przez jakiś ustawowy autorytet.

## Interwencja w sprawie podstawowych kwestii dotyczących rodzicielstwa: zapewnienie bezpieczeństwa, zapobieganie krzywdzeniu i zapewnienie podstawowej opieki

Biorąc pod uwagę obawy o stan domu, kwestie bezpieczeństwa i słabej jakości opieki, konieczne jest omówienie tych spraw na początku z Lesley. Niezapewnienie otoczenia, które jest bezpieczne, oraz opieki, która jest właściwa, sprawi, że niemożliwe stanie się pozostawanie dzieci pod jej opieką. Zajmując się modulem **zapewnienia bezpieczeństwa i zapobiegania krzywdzeniu**, wśród kroków podejmowanych w celu zapewnienia bezpiecznego otoczenia znajdują się: ogólna dyskusja z Lesley na temat bezpieczeństwa w domu, niezbędne środki ostrożności biorąc pod uwagę sprawność fizyczną i ciekawość dzieci oraz oczekiwania. Np. John podnosił z kuchenki gorące garnki, co być może było jego pomysłem na to, by być pomocnym. Konkretnie niebezpieczne zdarzenia, których doświadczył John lub starsze dzieci, muszą być szczegółowe omówione, np. wypadki w domu i najbliższym otoczeniu, próba zrozumienia czynników, które mogły doprowadzić do tych stanowiących zagrożenie zdarzeń. Trzeba tu uwzględnić kontekst, w którym doszło do wykorzystania seksualnego, rolę depresji Lesley, wycofania Jacka oraz omówienie tego, jak nieadekwatne oczekiwania, by Charlie przejął odpowiedzialność, doprowadziły do braku nadzoru oraz do przemocy seksualnej. Jasne zasady dotyczące bezpieczeństwa muszą być uzgodnione przez wszystkich członków rodziny.

Konieczna będzie bezpośrednia obserwacja w domu: sprawdzenie warunków domowych przy użyciu skali Pomocy Rodzinie (Family Care). Kuszące byłoby wprowadzenie asystenta rodzinnego (*family support worker*), który pomógłby poprawić bezpieczeństwo w domu. Aby osiągnąć pozytywne efekty, potrzebna jest aktywna współpraca, w ramach której pracownik i rodzic uzgadniają cele związane z poradzeniem

sobie z zagrożeniami w domu oraz poprawić higienę jako kwestię zdrowotną. Pomocne są podejścia ukierunkowane na rozwiązywanie problemów, ustalanie celu, myślenie o wielu różnych rozwiązaniach i o tym, które z nich można wdrożyć, oraz współpraca, aby osiągnąć ten cel.

Z tymi działaniami blisko związany jest moduł **zapewnienia dobrej jakości podstawowej opieki**. Tu znów niezbędne jest ustalenie jasnego obrazu wzorca opieki. Wywiad związany z Domową Oceną Środowiska (Home Assessment of the Environment), który sprawdza wzorce opieki w okresie ostatnich 24 godzin, pomaga w podjęciu decyzji na temat celów, które są potrzebne, aby poprawić jakość opieki. Również tutaj potrzebne jest ustalenie wspólnego spojrzenia na to, co trzeba osiągnąć oraz jak zapewnić to, by ubrania i pościel były czyste oraz odpowiednie, mycie i kąpiele regularne i nadzorowane, pory posiłków regularne i zaplanowane, oraz by był ustalony plan w celu zapewnienia regularnej obecności w szkole. Niewątpliwie jednak pojawią się przeszkody stojące na drodze do osiągnięcia zmiany.

### *Praca nad pokonywaniem przeszkód, osiągnięciem bezpieczeństwa i dobrej jakości opieki*

Wcześniej już podjęto decyzję, że bardzo mało prawdopodobne jest, aby matka była w stanie zapewnić bezpieczeństwo i odpowiednią opiekę dwojce starszych dzieci. Zastanawiając się nad przeszkodami w zapewnieniu opieki i bezpieczeństwa młodszym dzieciom, Chorpita i Daleiden (2009) opisali zjawisko **zakłócenia/interferencji**. Definiuje się je jako proces, który „zakłóca” zdolność pracownika zajmującego się pomocą do przeprowadzenia wszystkich kroków modułu. Może być to wpływ problemów związanych ze zdrowiem psychicznym – np. depresja Lesley lub reakcje opozycyjne dzieci – John bardzo kontroluje innych poprzez silne wybuchy złości związane ze zdezorganizowanym, poza-bezpiecznym przywiązaniem. Sarah może być sprzymierzeńcem, jako

że ma bardziej bezpieczne przywiązanie wobec matki. Lesley jest podporządkowana reakjom dzieci, a zatem jest bardziej reaktywna wobec Sary, a znacznie mniej wobec Johna, co podtrzymuje wzorzec.

Równoległe z pracą nad osiągnięciem **bezpieczeństwa i zapewnieniem dobrej opieki**, niezbędna będzie indywidualna pomoc udzielona Lesley, przy wykorzystaniu modułu **radzenie sobie rodziców ze stresem i jego związek z przemocowym i zaniedbującym rodzicielstwem**. Pomogłaby ona Lesley zrozumieć czynniki, które doprowadziły ją do zareagowania silnym stresem, depresją i wycofaniem. Wprowadzenie technik relaksacyjnych i poznawczo-behawioralnych dotyczących radzenia sobie ze stresem pomogłoby jej zapewnić bezpieczne warunki dla dzieci i lepszą jakość opieki nad nimi. Może pojawić się potrzeba pracy ze specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego, aby zająć się poważnym poziomem depresji.

Zakłóceniami wynikającymi z opozycyjnych reakcji dzieci można zająć się za pomocą modułów **wspieranie przywiązania i reaktywności emocjonalnej i pozytywne rodzicielstwo**. Moduł skoncentrowany na przywiązaniu przeprowadziłby Lesley przez serię kroków, dzięki którym mogłaby zrozumieć naturę przywiązania i jego znaczenie, a także rozpoznać zachowania związane z przywiązaniem, różniące jej relację z Johnem i Sarą, dostrzegając, że takie zachowania Johna jak płacz, awantury, napady złości, odrzucanie, kontrolowanie czy dystres, nie są manipulacją ani domaganiem się uwagi, ale stanowią reakcję na negatywną historię ich relacji. Lesley będzie potrzebowała pomocy, aby czerpać przyjemność z radości obojga dzieci oraz w tym, by zacząć reagować na Johna mimo odrzucenia z jego strony, ucząc się radzić sobie z jego zachowaniem w bardziej adekwatny sposób wykorzystując strategię z modułu **pozytywne rodzicielstwo**, poprzez ignorowanie i zróżnicowane reagowanie na pozytywne aspekty jego zachowania.

**Pozytywne rodzicielstwo i radzenie sobie z trudnym zachowaniem** stanowi ważną część poprawy relacji emocjonalnych pomiędzy

rodzicami i dziećmi. Lesley miała znaczne trudności w radzeniu sobie ze wszystkimi zachowaniami dzieci. Trudno jej było radzić sobie z ich złością, reakcjami opozycyjnymi oraz odmową podporządkowania. Moduły dotyczące pozytywnego rodzicielstwa wspierałyby ją w tym, by wiedziała, jak przejąć odpowiednią kontrolę nad dziećmi, w tym starszymi, kiedy widzi się z nimi podczas ustalonych spotkań. Konieczna będzie bezpośrednia praca z rodzicem nad interakcjami, z zastosowaniem modułów pokazujących kroki do osiągnięcia pozytywnego rodzicielstwa, takich jak znaczenie **pochwał**, stosowanie **uwagi i ignorowanie**, **skuteczne wydawanie instrukcji**, stosowanie **nagród** oraz metody przezwyciężenia trudnych zachowań.

Opóźnienie rozwojowe Johna było rezultatem zaniedbania ze strony rodziców, ich wycofaniem i depresyjnym afektem podczas kluczowych faz jego wczesnego rozwoju. Lesley będzie musiała otrzymać pomoc za pośrednictwem modułów, które przedstawiają kroki **wspierania wczesnego i późniejszego rozwoju**. Wprowadzają one behawioralne podejścia dotyczące interakcji rodzica z dzieckiem, aby rozwijać mowę, język, zabawę oraz zachęcać do aktywności edukacyjnych, a także by radzić sobie z moczeniem, które pojawiło się w rozwoju wszystkich czterech dzieci.

Biorąc pod uwagę to, że istnieją kontakty zarówno między matką, jak i ojcem oraz wszystkimi dziećmi, trzeba będzie zastosować moduły: **pozytywne rodzicielstwo oraz radzenie sobie z trudnym zachowaniem**, aby pomóc obojgu rodzicom radzić sobie z nieposłuszeństwem swoich dzieci wówczas, gdy są razem. Tę pracę można wzmocnić poprzez zastosowanie rodzinnego modułu **wspieranie zdrowego funkcjonowania rodziny, komunikacji w rodzinie oraz umiejętności rozwiązywania problemów** oraz modułu **radzenie sobie z konfliktem i dysfunkcjami w życiu rodzinnym**. Rodzice i dzieci są wspierani poprzez metodę serii kroków, co pomaga im zabierać głos po kolei, omawiać bolesne i trudne tematy oraz radzić sobie z konfliktem, gdy ten się pojawia.

Jest to szczególnie istotne podczas spotkań z rodzicami, aby rozmawiać o ich separacji oraz przyszłej opiece i kontakcie z dziećmi. Biorąc pod uwagę izolację rodziny, zastosowanie modułu **tworzenie sieci wsparcia** może pomóc rozwijać kontakty i zaangażowanie ze strony rodzin obojga rodziców, aby pomóc rodzicom i dzieciom naprawić zakłócone relacje przywiązania oraz nawiązać nowe więzi ze społecznością.

### *Praca nad emocjonalnymi i traumatycznymi reakcjami dzieci*

#### **OGÓLNE PODEJŚCIA**

Praca skoncentrowana na dzieciach, zajmująca się negatywnymi skutkami w zakresie zdrowia i rozwoju, stanowi niezbędny komponent w osiągnięciu wspólnie ustalonych celów. Choć poprawa w zakresie możliwości rodzicielskich poprzez interakcje rodzic–dziecko oraz pracę z rodziną może istotnie pomóc, zinternalizowane doświadczenia i reakcje dzieci będą wymagały bezpośredniej interwencji. Moduł **rozwijanie podejścia skoncentrowanego na dziecku** wprowadza kroki, dzięki którym osoba pomagająca może poznać takie dziecko, jak Sarah, zbudować z nią relację, zakomunikować swoje zainteresowanie tym, jak myśli i w jaki sposób wpłynęły na nią trudne doświadczenia, mając świadomość zarówno jej mocnych stron, jak i trudności oraz pomagając jej w ustaleniu takich celów, których będzie dla siebie chciała. Kroki w ramach modułu **psychoedukacja dotycząca skutków krzywdzenia** pomogą Sarze zrozumieć wpływ wykorzystywania seksualnego, zaniedbywania i narażenia na konflikt pomiędzy rodzicami, i skorygować jakiegokolwiek błędne atrybucje lub wyobrażenia, że wykorzystanie jej przez Charliego było jej winą. Będzie potrzebowała pomocy, aby rozwinąć spójną narrację historii tego, co i dlaczego się wydarzyło.

Moduły zajmujące się **planowaniem bezpieczeństwa** będą odpowiednie dla Sarah, biorąc pod uwagę podatność innych dzieci na jej zachowania seksualne. Konieczne będzie uzgodnienie planu zarówno



no z matką, jak i ze szkołą, aby zapewnić jej bezpieczeństwo obecnie i w przyszłości, oraz upewnić się, że plan jest realizowany.

Moduł **umiejętności radzenia sobie** pomoże dzieciom w rozpoznawaniu i radzeniu sobie z trudnymi emocjami związanymi nie tylko z krzywdzeniem, ale również z działaniami ochronnymi, np. z rozdzieleniem rodzeństwa, aby wypracować takie reakcje, które będą raczej adaptacyjne niż dezadaptacyjne. Sarah będzie potrzebowała pomocy, aby zrozumieć, że doznania seksualne wywołane przez niewłaściwą stymulację seksualną Charliego są „normalne” i można sobie z nimi poradzić bez włączania w to innych dzieci.

Moduł **relaksacji i uspokajania się** wprowadza sposób radzenia sobie z niekomfortowymi uczuciami, zwalczania złych uczuć, uczenia się samodzielnego uspokajania oraz tworzenia pozytywnych wyobrażeń. Ważną częścią tego jest moduł **opisywanie i monitorowanie uczuć**, pozwalający zrozumieć, co sprawia, że Sarah jest smutna, zła, szczęśliwa, nieszczęśliwa oraz jak można wpływać na te uczucia. „Termometr” uczuć może pomóc dzieciom takim jak Sarah zidentyfikować proces myślenia, czucia i działania, dzięki zrozumieniu tego, w jaki sposób reakcje prowadzą do niewłaściwych działań i określeniu sposobów modyfikowania własnych myśli i zachowań, a to wszystko przy zastosowaniu umiejętności poznawczo-behawioralnych.

### *Specyficzne moduły zajmujące się lękiem, nastrojem i reakcjami traumatycznymi*

Gdy już zostaną zrealizowane moduły ogólne, konieczne jest przyjrzenie się specyficznym potrzebom dzieci, zwłaszcza tych doświadczających znacznego lęku, zaburzeń nastroju lub specyficznych problemów związanych z traumą. **Skoncentrowana na traumie praca** z Sarą uwzględniłaby psychoedukację dotyczącą reakcji traumatycznych, ścisłą współpracę z rodzicem, pomoc zarówno rodzicom, jak i dzieciom w wyrażaniu

i zarządzaniu stanami uczuciowymi oraz stworzenie narracji traumy, przetwarzanie i radzenie sobie z tymi reakcjami. Niezbędnym elementem jest świadomość tego, że wspomnienia i bodźce przypominające będą wyzwać flashbacki lub powtórne doświadczanie, np. to raczej widok kogoś wyglądającego podobnie jak Charlie jest tym, co wzbudza strach, niż to, co naprawdę się zdarzyło, czemu być może obecnie można już odpowiednio zapobiec. Założeniem tego modułu jest to, by pomóc takim dzieciom jak Sarah świadomie pamiętać w bezpiecznym środowisku; w ten sposób poziom dystresu się obniża i zostaje umieszczony w przeszłości, zamiast dawać poczucie, że jest częścią teraźniejszości.

Choć praca terapeutyczna koncentruje się głównie na Sarze w związku z nasileniem jej doświadczeń związanych z przemocą, podobny proces pracy będzie potrzebny w odniesieniu do Johna, biorąc pod uwagę poziom jego dystresu oraz naturę jego trudnych i opozycyjnych zachowań.

## **Praca z destrukcyjnymi zachowaniami Charliego i Davida**

Trudności związane z zachowaniami destrukcyjnymi i agresją – fizyczną i seksualną – stanowią charakterystyczne reakcje przejawiane przez dzieci dorastające w warunkach znaczących przeciwności, zaniedbywania, przemocy fizycznej bądź emocjonalnej. Dane zebrane przez Cuevas i in. (2007) oraz Skuse i in. (1998) pokazują, że przejście od roli ofiary do roli sprawcy ma miejsce, gdy dzieci i młodzi ludzie zbliżają się do adolescencji, co można zauważyć w zachowaniu Charliego. Gdy już pojawi się zachowanie eksternalizacyjne, może to stanowić kolejne wyzwanie dla możliwości rodziców w zakresie spełniania potrzeb swoich dzieci. Wpływ na funkcjonowanie młodych ludzi może przejawiać się w zażywaniu narkotyków oraz w tego rodzaju intensywnych rozseksualizowanych wzorcach reakcji, jak te obserwowane u Charliego, które z kolei miały tak negatywny wpływ na całe jego rodzeństwo.

Podjęciem zalecanym w materiałach pomocniczych programu

HfCF jest stworzenie modułu, uwzględniającego **model dobrego życia**. Jest to model oparty na zaletach, a dzięki niemu młodzi ludzie mogą osiągać swoje cele w pozytywny sposób zamiast poprzez krzywdzenie innych. Alternatywę stanowi poszukiwanie wiedzy, doskonalenie poprzez zabawę, powiązanie z pracą oraz pozytywny wpływ na społeczność. Młodzi ludzie potrzebują znacznego wsparcia, aby osiągnąć te cele. Niezbędne byłoby zaangażowanie opiekunów Charliego w to podejście, upewniając się, że będą oni wspierający, nie zaś podważający czy krytyczni. Mimo że ten młody człowiek jest odpowiedzialny za wyraźnie szkodliwe zachowanie, potrzebuje wsparcia, a nie tylko krytyki. Trzeba też sformułować pozytywne cele na przyszłość, określając jego mocne strony i umiejętności. Należy zidentyfikować przeszkody, które mogą uniemożliwiać Charliemu osiągnięcie jego celów, trudności w zakresie umiejętności społecznych, porażki edukacyjne oraz problemy z frekwencją szkolną. Przy udziale wspierających nauczycieli niezbędne jest określenie obszarów, w których pomoc i wskazówki mogłyby wspomóc osiągnięcie tych celów oraz zajęcie się powiązаныmi reakcjami emocjonalnymi i traumatycznymi. Choć najpilniejszą sprawą jest pomoc młodej osobie takiej jak Charlie w radzeniu sobie ze swoimi problemami związanymi ze złością i rozseksualizowanym zachowaniem, będzie on także potrzebował takiego samego ogólnego wsparcia, jak każde dziecko, które dorastało w otoczeniu przemocowych i zaniedbujących rodziców, zgodnie z tym, co opisano wcześniej.

Moduł **radzenie sobie z gniewem i uczuciami związanymi ze złością** stanowi priorytet, jako że zarówno Charlie, jak i David byli odpowiedzialni za znaczne znęcanie się nad młodszymi dziećmi, zachowania opozycyjne i destrukcyjne. Obaj będą potrzebowali pomocy w zrozumieniu tego, w jaki sposób pełne złości myśli wzmacniają uczucia złości oraz działania, które wypływają z tej sekwencji myśli, uczuć i działań. Będą potrzebowali zrozumieć czynniki wyzwalające, które prowadzą do złości i wiążą się z zachowaniami seksualnymi i nauczyć się zastępować

je innymi reakcjami, a przykład „poskramianiem gniewu” przy wsparciu opiekuna.

Zarówno Charlie, jak i David prezentują istotną niedojrzałość i trudności w relacjach z rówieśnikami. Muszą nauczyć się właściwych, asertywnych umiejętności, tego jak radzić sobie w relacjach oraz w jaki sposób przekazywać swoje potrzeby w odpowiedni sposób, zamiast robić to poprzez agresję i seksualność.

Cała trójka młodszych dzieci wymagała specyficznej pomocy w rezultacie wyraźnie szkodliwego zachowania seksualnego, którego sprawcą był Charlie. Moduły dotyczące **radzenia sobie ze szkodliwymi zachowaniami seksualnymi** uwzględniają takie działania, które pomagają rodzicom i opiekunom poznać różne kategorie, źródła i funkcje szkodliwych zachowań seksualnych. Osoby pomagające, podobnie jak opiekunowie, potrzebują szczegółowego instruktażu, aby zrozumieć, jaka praca terapeutyczna jest potrzebna, rozpoznając jednocześnie rodzaj reakcji seksualnych w różnym wieku w okresie przed adolescencją oraz u dzieci i młodzieży w okresie dojrzewania.

Należy określić specyficzną rolę opiekuna Charliego, jak również rodziców i innych członków rodziny, którzy mogą mieć z nim kontakt. Niezbędne jest zrozumienie kontekstu, w którym występuje zachowanie dziecka lub młodego człowieka. Brak nadzoru jest kluczowy, gdy rozważamy to, czy dzieci i młodzież będą kontynuować dopuszczanie się zachowań seksualnych wobec innych, czy też będą bardziej opanowani. Istnieje wyraźne rozróżnienie szkodliwych zachowań seksualnych, do których dochodzi np. u młodszych dzieci takich jak Sarah, a które stanowią formę badania i ciekawości wykraczających ponad normalne reakcje seksualne dzieci przed okresem adolescencji. Nastolatki w wieku powyżej 12 lat, tacy jak Charlie, mają fizyczną dojrzałość do tego, by dopuszczać się poważniejszych czynności seksualnych. Sposób, w jaki opiekunowie i rodzice potrafią

sobie radzić oraz wspierać interwencje, stanowi istotny aspekt osiągnięcia tych celów.

Istnieją specyficzne moduły do **pracy z dziećmi poniżej 12 lat, które są odpowiedzialne za szkodliwe zachowania seksualne**. Ich celem jest pomoc dzieciom w nauczeniu się pozytywnych sposobów radzenia sobie z seksualnością oraz współpraca przy zmianie nieodpowiednich zachowań. Uwzględnia to: uczenie podstawowych zasad dotyczących zachowania seksualnego i granic fizycznych, odpowiednią do wieku edukację seksualną, uczenie się tego, w jaki sposób kontrolować i radzić sobie z zachowaniem przy wsparciu rodziców stosujących pozytywne strategie rodzicielskie oraz upewnienie się, że obecne są umiejętności zapewnienia sobie bezpieczeństwa oraz profilaktyka wykorzystywania seksualnego, jak również umiejętności społeczne potrzebne do zastąpienia korzystania z czynności seksualnych jako sposobu nawiązania kontaktu z innymi dziećmi.

W pracy z Charliem, moduł **praca z dzieckiem powyżej 12 lat odpowiedzialnym za szkodliwe zachowania seksualne** będzie wymagał ścisłej współpracy z jego opiekunem/opiekunami, aby wzmocnić czynniki chroniące oraz upewnić się, że jego seksualność rozwija się prawidłowo. Niezbędne jest zachęcenie do pewnej otwartości oraz pozytywnej komunikacji dotyczącej spraw seksualnych niż utrzymywanie tajemnicy oraz do rozwijania odpowiedniej do wieku wiedzy dotyczącej seksu (która często jest zdumiewająco ograniczona). Potrzebne będzie dostarczenie specyficznych wskazówek, aby pomóc mu zrozumieć, co jest dobre, a co nie, jeśli chodzi o dotykanie lub reakcje wobec innych młodych osób, pozostawanie bezpiecznym w przyszłości, zapewnianie bezpieczeństwa oraz właściwe sposoby wchodzenia w relacje. Są to wszystko niezbędne aspekty pracy terapeutycznej.

*Wyjaśnianie, dzielenie się przemyśleniami i pogodzenie się ze skutkami przemocowego i zaniedbującego rodzicielstwa*

Na późniejszym etapie, biorąc pod uwagę rozległy stopień poważnego zaniedbywania oraz niepowodzenia w nadzorowaniu i chronieniu dzieci, ważną fazą pracy będzie upewnienie się, że członkowie rodziny mają miejsce na to, by wyjaśnić to, co się wydarzyło, podzielić się skutkami działań przemocowych oraz pracować na rzecz bardziej pozytywnej przyszłości. Charlie będzie potrzebował pomocy, by przyjąć właściwą odpowiedzialność za szkodliwe zachowania seksualne oraz uznać krzywdę, która została wyrządzona. David i Sarah muszą uznać różnicę siły pomiędzy Charliem i sobą, tak by Sarah zrozumiała, że Charlie obrał ją za cel i uwiódł oraz by mogła zapewnić sobie bezpieczeństwo w przyszłości, w razie gdyby doszło do ponownego kontaktu. Ich rodzice będą musieli wziąć na siebie odpowiedzialność za stopień zaniedbywania, który naraził dzieci na nierozwiązany konflikt; również za to, że nie brali pod uwagę potrzeb dzieci, ponieważ skupiali się na własnych problemach i trudnościach związanych ze zdrowiem psychicznym, co oznaczało, że potrzeby dzieci były poważnie zaniedbywane.

Lesley będzie potrzebowała szczególnego wsparcia, aby zapewnić bezpieczeństwo Sarze i Johnowi, którzy zostali skrzywdzeni seksualnie w otoczeniu rodzinnym, biorąc udział w module **wspieranie bezpieczeństwa dzieci i młodzieży, którzy doświadczyli nadużycia seksualnego ze strony członka rodziny**. Jego kroki pomogą jej poczuć się mocniejszą, aby mogła wspierać zdrowienie, zrozumieć, czym jest wykorzystywanie seksualne, jaki rodzaj myślenia prowadzi do takich czynności seksualnych oraz jaka jest perspektywa dzieci, a także jak wspierać ich powrót do zdrowia.

## Ocena zmiany

Niezbędne jest, aby w trakcie trwania terapii powtarzać przeprowadzanie takich samych pomiarów przy użyciu tych samych narzędzi, które zastosowano na początku, aby ocenić zmianę i poprawę w ramach kontekstu rodzinnego. Uwzględni to:

- ✓ ocenę zachowań rodzicielskich przy użyciu Domowej Oceny Środowiska,
- ✓ ocenę życia rodzinnego przy użyciu Oceny Rodziny,
- ✓ ocenę jakości opieki domowej przy użyciu Skali Warunków Domowych,
- ✓ zastosowanie kwestionariuszy indywidualnych oraz skal dla rodziców, aby ocenić ich poczucie dobrostanu.

Celem interwencji jest możliwość dostarczenia do sądu dowodów, że w rodzinie zaszły wystarczające zmiany oraz że nadzór instytucji ds. ochrony dzieci oraz sądu nie jest już potrzebny.

## Wnioski

Istnieją obecnie dobre dowody na to, że Pakiet Narzędzi rekomendujący opisane w podręczniku podejście, jak HfCF, może być skuteczny w praktyce. Jednakże praktycy potrzebują dokładnego instruktażu dotyczącego tego, w jaki sposób skutecznie stosować to podejście, jak łączyć różne moduły, aby odpowiedzieć na potrzeby dzieci i rodzin oraz jak rozwijać moduły, biorąc pod uwagę różne włączone w nie elementy praktyczne, takie jak np. aspekty CBT, praktyki systemowe czy psychoedukacja. Potrzebna jest możliwość regularnej superwizji i informacji zwrotnych, tak by tego rodzaju praktyka była wdrażana w codziennej pracy osoby udzielającej pomocy.

Ze względu na ilość materiałów pomocniczych dostępnych w ramach HfCF, podejście to może być stosowane przez szerokie grono praktyków, pracujących w różnych miejscach. Np. jeśli występują obawy dotyczące zachowań rodzicielskich tam, gdzie dziecko zostało zdiagnozowane jako zaniedbywane lub doświadczające przemocy fizycznej, seksualnej bądź emocjonalnej, lub gdzie pojawiają się obawy związane z przywiązaniem w przyszłości i możliwością sprawowania dobrej opieki przez rodzica z poważnym zaburzeniem psychicznym lub problemami związanymi z nadużywaniem substancji, który spodziewa się swojego pierwszego lub kolejnego dziecka. Pakiet HfCF może być używany, gdy starsze dziecko lub młody człowiek, który był narażony na znaczne zaniedbywanie lub przemoc ze strony rodziców, przejawia trudne zachowania internalizacyjne lub eksternalizacyjne. Gdy to podejście stanie się dobrze ugruntowane, potrzebna będzie ocena tego, czy można z jego pomocą osiągnąć istotną poprawę oraz czy HfCF może być stosowana przez szeroki zakres praktyków w wielu złożonych sytuacjach, do których dochodzi w rezultacie krzywdzenia dzieci.

## Bibliografia

- Chorpita, B.F. Daleiden, E.L. (2009) *Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 3, 566–579.
- Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stephenson, J. i in. (1998) *Risk factors for development of sexually abusive behaviour in sexualised victimised adolescent boys: cross sectional study*. „*British Medical Journal*” 18, 317, 175–179.



# WYKORZYSTYWANIE SEKSUALNE DZIECI

## Możliwości profilaktyki

*Donald Findlater*

Zapewne wiele trzeba zrobić, by wyeliminować wykorzystywanie seksualne dzieci w Wielkiej Brytanii, a ile trzeba, by problem ten zlikwidować w innym krajach? Z pewnością będzie to wymagało ogromnego wysiłku ze strony wielu osób, a większość z nich nie będzie profesjonalistami w dziedzinie pracy socjalnej, ochrony dzieci, egzekwowania prawa czy opieki zdrowotnej. Nie umniejszając istotnej roli, jaką mogą odgrywać i odgrywają profesjonalści, ważne jest rozpoznanie określonych złożoności wykorzystywania seksualnego dzieci, które oznaczają, że wiele „rozwiązań” dotyczących innych form krzywdzenia dzieci będzie miało niewielki bezpośredni wpływ na wskaźniki występowania przemocy seksualnej wobec dzieci. Konieczne jest, aby profesjonalści, naukowcy, politycy, media i twórcy polityk uznali oraz zrozumieli tę zależność.

Niniejszy rozdział nie usiłuje katalogować dla czytelnika dowodów dotyczących negatywnego wpływu wykorzystywania seksualnego dzieci na jego ofiary, czy są one płci męskiej, czy żeńskiej, dziećmi

czy nastolatkami, czy były wykorzystywane raz czy wielokrotnie, przez osobę znajomą, czy przez obcego, czy stało się to w ich domu lub szkole, w klubie sportowym, czy w parku. Z pewnością pozostaje teraz uznać, że wykorzystywanie seksualne dzieci jest głęboko niszczące dla większości jego ofiar oraz że dzieci i młodzi ludzie zasługują na to, by ich przed nim chronić.

Zamiast tego, w niniejszym rozdziale próbuje się po prostu opisać, jak wygląda lub jak może wyglądać profilaktyka wykorzystywania seksualnego dzieci. Oprę się na podróży, którą miałem zaszczyt odbywać w ciągu ostatnich 30 lat – od prowadzenia programów terapeutycznych dla sprawców w Służbie Kuratorskiej (Probation Service) po kierowanie rozwojem wachlarza usług ochronnych w ramach mojej roli w organizacji charytatywnej zajmującej się ochroną dzieci, the Lucy Faithfull Foundation – aby podważyć niektóre z przekonań dotyczących przestępstw seksualnych i – mam nadzieję – wzbudzić większe zainteresowanie tym tematem, jak również zobowiązanie do faktycznego przeciwdziałania krzywdzeniu seksualnemu dzieci. Przez wykorzystywanie seksualne dzieci rozumiem:

*Zaangażowanie dziecka w aktywność seksualną, którą ono nie w pełni rozumie, nie jest w stanie udzielić na nią świadomej zgody lub do której nie jest przygotowane rozwojowo, albo które narusza prawa lub tabu społeczne. Dzieci mogą być wykorzystywane seksualnie zarówno przez dorosłych, jak i przez inne dzieci, którzy znajdują się – ze względu na ich wiek lub etap rozwoju – na pozycji odpowiedzialności, zaufania lub władzy wobec ofiary (World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006).*

Opierając się na tym szerokim rozumieniu wykorzystywania, zwróćmy się najpierw ku złożonościom, na których musi się opierać jakakolwiek wiarygodna strategia, państwowa lub inna, mająca zapobiegać takiej przemocy. Czy ty, czytelniku, możesz krótko zastanowić

się, co byłoby potrzebne, aby zapobiec wykorzystaniu seksualnemu 15-letniej uczennicy przez jej 28-letniego nauczyciela na terenie szkoły? Gdybyśmy mogli cofnąć czas, jakie okoliczności byśmy zmienili, aby zapobiec temu, by w ogóle doszło do wykorzystania: inne dla samej 15-letniej uczennicy lub jej przyjaciół, czy rodziców, a być może dla nauczyciela, jego kolegów i szefów, czy też związane z samym fizycznym układem szkoły, w której dojdzie do wykorzystania. Jak zapobiec ponownemu wykorzystaniu siedmioletniego chłopca przez 16-latkę, która regularnie opiekuje się nim, gdy rodzice wychodzą do kina? A teraz dwulatka wykorzystywanego i fotografowanego aparatem cyfrowym w żłobku przez jego 38-letnią pracownicę. I 13-latki wykorzystanej przez wujka, gdy nocował w domu dziewczynki podczas wizyty gości z zagranicy. Wreszcie 11-letnich bliźniąt, chłopca i dziewczynki, wykorzystywanych przez ojca w czasie, gdy ich mama uczestniczyła w regularnych wieczornych zajęciach? Tych scenariuszy jest wiele i są różnorodne. Podobnie różny będzie wpływ na różne dzieci. Niezależnie od tych różnic, ich wykorzystywanie pasuje do pojedynczej definicji przedstawionej wyżej. Zapobieganie wszystkim tym przykładom nadużycia wymaga szeregu podejść z udziałem różnych osób. A w przypadku wszystkich tych dzieci zazwyczaj nie ma profesjonalisty z zakresu pomocy społecznej czy opieki zdrowotnej, który byłby już obecny na miejscu, by „zapobiegać”. Ich zaangażowanie pojawi się później, jeśli w ogóle. Kto jest zatem w najlepszym miejscu, by zapobiegać?

W ciągu ostatnich 30 lat dowiedzieliśmy się wiele na temat wykorzystania seksualnego i jego sprawców, na temat „kto” i „jak” związany jest z wykorzystywaniem. Oczywiście jeszcze wiele musimy się dowiedzieć. Mamy prawo pytać o to, w jaki sposób ta wiedza jest wykorzystywana, aby przyczynić się do wsparcia i terapii ofiar oraz ich rodzin, jak również do terapii sprawców. Ale w jaki sposób ta wiedza przyczynia się do zapobiegania przemocy wobec dzieci w przyszłości?

Jestem przekonany, że na całym świecie nie robimy najlepszego użytku z tego, co wiemy, ani w mniej, ani w bardziej rozwiniętych częściach świata, ani na południu, ani na północy globu. Wszelkie strategie ochrony dzieci zwykle zajmują się częścią, ale nie całością problemu, zaś wielu polityków, komentatorów medialnych oraz członków społeczeństwa wydaje się wierzyć w to, że koncentrowanie wysiłków na drogich działaniach wymiaru sprawiedliwości, a później na terapii skazanych sprawców przemocy seksualnej przyniesie ogromne owoce – ignorując dowody na to, że jedynie niewielka mniejszość sprawców kiedykolwiek zostaje skazana, ci skazani zazwyczaj nie stanowią największego zagrożenia, oraz że zaniechanie jest tak naprawdę normą w tej grupie sprawców. Agresywni, zdeterminowani recydywiści stanowią mniejszość, a jednak polityka i praktyka często zakładają coś przeciwnego, co niesie za sobą druzgocące konsekwencje w postaci tego, że dzieci są chronione gorzej zamiast lepiej.

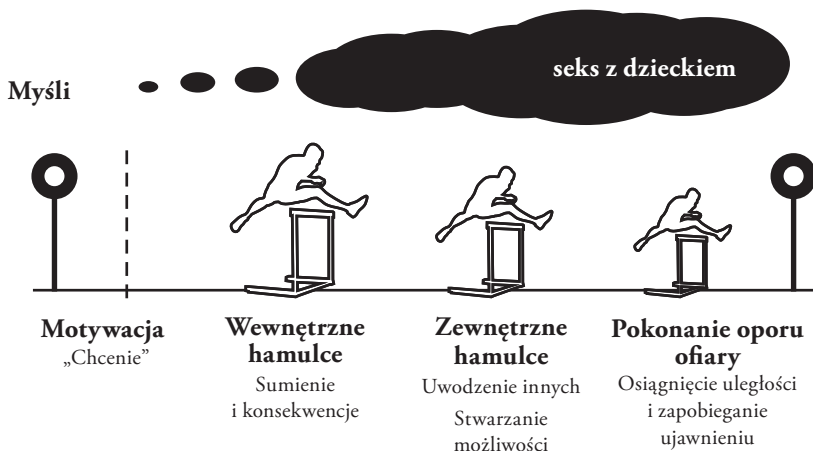
Ważne i coraz częściej powtarzające się wołanie to: „musimy przyjąć podejście zdrowia publicznego do profilaktyki wykorzystywania seksualnego dzieci”. Po części jest związane z dostrzeżeniem skali problemu, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Jednakże zbyt często **jakikolwiek** poważne podejście do profilaktyki jest opóźniane, na rzecz zmagania z dokładnością danych na temat występowania i częstotliwości. Jednak podczas gdy toczy się ta gorąca debata – a nie będzie tu żadnej definitywnie „właściwej” odpowiedzi – więcej dzieci doświadczy wykorzystywania. Nie sugeruję tu, że dobre dane na temat skali problemu, kraj po kraju, nie są ważne – bo jak inaczej będziemy mogli kiedykolwiek wyciągnąć wnioski dotyczące tego, czy nasze oparte na zdrowiu publicznym podejście do profilaktyki działa? Chodzi po prostu o uznanie, że wiele dobrej pracy profilaktycznej można rozpocząć przez zebraniem i przeanalizowaniem takich danych.

## Teoria sprawców przestępstw seksualnych

W 1984 r. David Finkelhor opublikował swoją *New Theory and Research* („Nową teorię i badania”) dotyczące procesu wykorzystywania seksualnego dzieci (Finkelhor, 1984), a świat diagnozy i terapii przestępców seksualnych ogromnie skorzystał z jego spostrzeżeń. Ta książka została wydana wraz z rozpoczęciem mojej wyprawy do świata sprawców przestępstw seksualnych w ramach Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej Anglii i Walii, i dziś nadal jej użyteczność jest duża – w odniesieniu do szkolenia profesjonalistów, pracy ze sprawcami i ich rodzinami, jak również z rodzinami ofiar, oraz w podnoszeniu świadomości publicznej na temat zagrożenia i profilaktyki.

Wielu czytelników będzie znało tę pracę dotyczącą „czterech warunków wstępnych” wykorzystywania (patrz: rysunek 9.1). Podróż w kierunku wykorzystywania seksualnego dzieci rozpoczyna się od rozwoju motywacji do zaangażowania się w kontakt seksualny z dzieckiem – czynnikami przyczyniającymi się do tego są m.in. pobudzenie seksualne związane z dziećmi, emocjonalna kongruencja z dziećmi oraz blokada dotycząca nawiązywania relacji z dorosłymi. Cechami, które mogą zapowiadać taką motywację, są przeciwności losu w dzieciństwie, w tym doświadczanie przemocy seksualnej wobec dzieci jako ofiar, ale również brak lub nieadekwatność pierwotnego opiekuna, czy to w związku z nadużywaniem narkotyków i alkoholu, czy osłabieniem przez przemoc domową. Ta motywacja jest początkiem, nie zaś końcem procesu dla tych, którzy wykorzystują, ponieważ oczywiście nie możemy wiedzieć, jak wiele osób, u których taka motywacja się rozwija, nie podejmuje na jej podstawie działań. Jeśli chodzi o tych, którzy przejdą do wykorzystywania, większość będzie zmagąta się ze swoimi „wewnętrznyimi hamulcami” (drugi z warunków wstępnych Finkelhóra), aby pozwolić sobie na przejście do wykorzystywania – usprawiedliwiając lub pomniejszając znaczenie swojego zachowania i jego konsekwencji; być może stosując narkotyki lub alkohol, aby pokonać strach lub sumienie,

bądź też przypisując przemoc chęciom i pragnieniom dziecka, a tym samym pomniejszając znaczenie swojej własnej roli.



*Rysunek 9.1 Cztery warunki wstępne wykorzystywania seksualnego dzieci. Na podstawie Finkelhor (1984)*

Sprawca zwykle zauważa, że inni dorośli – niegdysiejsi obrońcy dziecka – nie będą pochwalali lub będą przeciwni zachowaniom związanym z nadużyciem i mogą zainterweniować lub zgłosić sprawę odpowiednim władzom. Te osoby są „zewnętrznymi hamulcami”, trzecim z warunków wstępnych Finkelhora, które muszą zostać pokonane. A zatem „uwodzenie” tych, którzy są wokół dziecka, aby nie widzieli lub nie interweniowali, wymaga szeregu potencjalnych taktyk, w tym: prezentowania się w prospołecznym świetle, tworzenia alibi dla swoich zachowań, podważania wiarygodności dziecka poprzez opowiadanie historii lub, szczególnie w warunkach domowych, stosowanie przemocy domowej i związanych z nią gróźb, aby uciszyć jakiegokolwiek obserwatora. Oczywiście stereotypowe przedstawianie „pedofilów” w mediach pomaga oślepić te „zewnętrzne hamulce” przed zauważeniem oznak zachowań związanych z nadużyciem u tych, których szanują, ufają im

lub kochają, pozostawiając sprawcę z mniejszą liczbą przeszkód do pokonania.

Wreszcie, sprawca musi pokonać „opór” **jego** ofiary (jako że sprawcami wykorzystywania seksualnego są najczęściej mężczyźni, w odróżnieniu od innych form krzywdzenia dzieci), poprzez „uwodzenie” (*grooming*) innej osoby – dziecka, które jest zamierzonym celem. Jest to czwarty z warunków wstępnych Finkelhora. Choć siła fizyczna bywa czasem strategią, częściej takie uwodzenie obraca się wokół określonej podatności dziecka (np. dzieci nękanie przez rówieśników, nie mające przyjaciół, którym brakuje pewności, naiwne seksualnie, z trudnościami w uczeniu się/niepełnosprawne intelektualnie). Wiemy, że zdecydowana większość ofiar nie zgłasza wykorzystywania, częściowo w związku z tym procesem uwodzenia, a częściowo dlatego, że dzieci często nie mają takiej wiedzy na temat seksu i relacji, która wyjaśnia zarówno oczekiwania, jak i granice, oraz daje im pewność potrzebną do zgłoszenia zaufanemu dorosłemu, jeśli coś je niepokoi, szczególnie jeśli to coś dotyczy wrażliwej, wstydlivej dziedziny seksu. Istnieją liczne przykłady taktyk uwodzenia, tak jak istnieje wiele powodów, dla których wykorzystywane dzieci nie zgłaszają takich sytuacji – i jest to część tej złożoności, na którą musimy odpowiedzieć.

## Teoria kryminologiczna

Co ciekawe, dekadę przed tym, jak David Finkelhor opisał cztery warunki wstępne wykorzystywania seksualnego dzieci, kryminolodzy Cohen i Felson (1979) zaproponowali koncepcję „podstawowej chemii zbrodni”. Aby doszło do jakiegokolwiek przestępstwa, muszą zbiec się trzy konieczne elementy: prawdopodobny sprawca, odpowiedni cel oraz brak kompetentnego opiekuna. Ich podstawową tezę jest, że wielu ludzi ma potencjał, aby stać się sprawcami przestępstw, ale faktycznie się nimi nie stają. Potrzebują sposobności, by spotkać odpowiedni cel, pod nieobecność kompetentnego opiekuna, aby przekształcić swój przestępczy

potencjał w przestępcze działania. „Teoria działań rutynowych” zakłada, że istotnym elementem w popełnieniu przestępstwa jest obecność lub brak trzeciej osoby. Większości (potencjalnych) przestępstw nie zapobiega policja, ale zwykli obywatele zajęci swoimi codziennymi „rutynowymi działaniami”. Ludzie rutynowo uważają na własne dzieci, jak również na dzieci innych, tak samo jak zamykają na klucz samochody, rowery i domy. Takie działania czynią znaczną różnicę we wskaźnikach wszystkich przestępstw, w tym również wykorzystywania seksualnego.

Eck (2003) rozwinął myślenie na temat osób trzecich, proponując trzy typy „kontrolerów przestępstw”. Użył określenia „opiekun” (*guardian*) aby odnieść się do osób mających odpowiedzialność, zobowiązanie i możliwości do chronienia potencjalnej ofiary.

Opiekun zwykle opiekuje się potencjalną ofiarą – a więc może to być rodzic, rodzeństwo, nauczyciel lub rówieśnik. Drugim typem kontrolera przestępstw według Ecka jest „przewodnik” (*handler*). Przewodnicy mają taki sam rodzaj relacji z potencjalnym sprawcą, jak opiekunowie z potencjalną ofiarą. Są to ludzie, którzy mogą wywrzeć pozytywny wpływ na potencjalnego przestępcę, tacy jak rodzice, nauczyciele, przyjaciele i koledzy z pracy. W odniesieniu do tych, którzy już dopuścili się przestępstwa, możemy również jako przewodników uwzględnić kuratorów oraz policjantów (zajmujących się zarządzaniem ryzykiem). Trzecim rodzajem „kontrolerów przestępstw” według Ecka są „zarządzający miejscem” (*place managers*). Te osoby są odpowiedzialne za nadzorowanie i utrzymywanie właściwych zachowań w konkretnych miejscach, takich jak szkoły, domy opieki, kompleksy rekreacyjne, parki itd. Wśród „zarządzających miejscem” mogą znajdować się nauczyciele, pracownicy ochrony, strażnicy parkowi, personel domu lub policja.

Zgodnie z perspektywą „racjonalnego wyboru” (Scott 2000), sytuacje dostarczają zmotywowanemu sprawcy możliwości do popełnienia przestępstwa. Jednakże na decyzję o tym, czy je popełnić, czy nie, wpływa informacja na temat potencjalnych kosztów i zysków związanych



z planowanym przestępstwem. Zachęty do zachowania przestępczego są podobne do tych związanych z nieprzestępczym zachowaniem – dobra materialne, status, podniecenie, gratyfikacja seksualna itd. Czynnikiem zniechęcającymi są między innymi wysiłek potrzebny do popełnienia przestępstwa, ryzyko związane ze schwytaniem oraz potencjalnie jakiegokolwiek poczucie winy związane z pogwałceniem norm lub standardów.

Zarówno w literaturze na temat przestępców seksualnych, jak i w literaturze kryminologicznej, od dawna twierdzi się, że sprawcy różnią się pod względem swojej determinacji do popełnienia przestępstw. Rezultatem tego było rozróżnienie pomiędzy predysponowanym (i zdeterminowanym) przestępcą seksualnym, oportunistycznym przestępcą seksualnym oraz sytuacyjnym przestępcą seksualnym. Środowisko często odgrywa istotną rolę w popełnieniu przestępstwa; rzeczywiście, niektórzy autorzy (np. Wortley i Smallbone, 2006) opisali, w jaki sposób cechy środowiska mogą „sprowokować” popełnienie przestępstwa, sugerując, że bez tych cech nigdy by do niego nie doszło. Jak może zgadnąć czytelnik, odciążenie „sytuacyjnego” przestępcy od popełnienia przestępstwa będzie prawdopodobnie łatwiejszym zadaniem niż zapobiegnięcie temu samemu przestępstwu ze strony zdeterminowanego sprawcy. Jest zatem dobrą wiadomością, że w badaniach, które przeprowadzili Smallbone i współpracownicy, odkryto, że jedynie jedna trzecia spośród badanych przez nich przestępców seksualnych była predysponowana i zdeterminowana (Smallbone i Wortley, 2004).

Na obecnym etapie ja również muszę wspomnieć o kryminologicznym myśleniu na temat rozwojowej profilaktyki przestępstw. „Jej celem jest przede wszystkim zmniejszenie skłonności przestępczych poprzez interweniowanie na wczesnym etapie, aby uprzedzić negatywne skutki określonych okoliczności i doświadczeń rozwojowych” (Smallbone i McKillop, w druku). Problematiczne skutki związane z zachowaniami seksualnymi zostały powiązane z indywidualną impulsywnością i słabym rozwiązywaniem problemów, jak również z trudnymi warunkami

mi rodzinnymi, w tym przemocą domową i nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez rodziców (Salter i in., 2003; Skuse i in., 1998). W przypadku niektórych chłopców, ich doświadczenie wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie zaczyna być uznawane jako czynnik ryzyka dla przestępstw na tle seksualnym (Ogloff i in., 2012). Wczesne interwencje w celu poprawienia tych doświadczeń z dzieciństwa wydają się stwarzać perspektywy dla ograniczenia ryzyka przyszłych przestępstw seksualnych, jak również dla wywarcia pozytywnego wpływu na inne potencjalne problemy. Interesujące jest to, że te i powiązane zagadnienia stają się wreszcie celami niektórych programów profilaktycznych dla skazanych młodocianych i dorosłych przestępców.

Jaki mógłby być efekt, gdybyśmy proponowali takie interwencje wcześniej?

## **Praktyka profilaktyki**

Moje własne zainteresowanie profilaktyką zaczęło się, gdy byłem w Służbie Kuratorskiej w 1989 r. Programy Terapeutyczne dla Przestępców Seksualnych, tworzone i prowadzone w tym czasie, miały wspólne cechy ze znacznie bardziej intensywnym Stacjonarnym Programem Diagnozy i Terapii (Residential Assessment and Treatment Programme) w Klinice Wolvercote, którą Fundacja Lucy Faithfull prowadziła od 1995 r. do zamknięcia kliniki w 2002 r. (Eldridge i Findlater, 2009). W tym stacjonarnym, opartym na pracy grupowej, programie z niezależną ewaluacją (Beech i Ford, 2006), ocenianym jako najskuteczniejszy program dla bardzo niebezpiecznych przestępców seksualnych o wysokiej dewiacji dostępnym w Wielkiej Brytanii wzięło udział 305 mężczyzn. W tym opartym na szerokim poznawczo-behawioralnym podejściu programie, z naciskiem na zapobieganie nawrotom i budowanie nowego życia, mieszkańcy płci męskiej otrzymywali pomoc w przyjmowaniu odpo-

wiedzialności za własne przemocowe zachowania oraz pomoc w rozwijaniu mocnych stron, aby oprzeć na nich życie wolne od przestępstw. Pozytywne środowisko do mieszkania i uczenia się wspierało zmianę. Późniejsze treści miały na celu pomóc uczestnikom w:

- ✓ rozwijaniu empatii i świadomości wobec ofiar (jako motywator do dobrego zachowania w przyszłości),
- ✓ dostrzeganiu roli dewiacyjnych fantazji seksualnych w popełnianiu przestępstw oraz rozwijaniu zdolności zarządzania sobą,
- ✓ rozwijaniu asertywności, relacji i umiejętności rozwiązywania problemów,
- ✓ rozumieniu związku trudnych sytuacji z ich własnego dzieciństwa z popełnianiem przez nich przestępstw,
- ✓ tworzeniu strategii zapobiegania nawrotom i zarządzania sobą w odpowiedzi na rozpoznanie przyszłych ryzykownych sytuacji w przyszłości oraz w nauczaniu się zaspokajania własnych potrzeb w pozytywny, nieprzemocowy sposób.

Takie programy dla sprawców są wyraźnie skierowane na pomaganie byłym przestępcom w tym, by nie powtarzali swojego związanego z przemocą zachowania – w kategoriach zdrowia publicznego jest to profilaktyka trzeciorzędowa. Jednakże w trakcie realizacji programu w Wolvercote Clinic pojawiły się dodatkowe możliwości zapewnienia dobrych rezultatów programu wśród byłych mieszkańców ośrodka w przyszłości oraz, znając te możliwości, potencjał do zapobiegania przestępstw dokonanych przez nieznanymi innych.

Pewna liczba „absolwentów” nadal miała wiążące się ze znacznym ryzykiem problemy, związane częściowo z brakiem odpowiedniej rodziny i przyjaciół (prospołecznych dorosłych – *pro-social adults*), w życiu poza kliniką. W odpowiedzi na to Fundacja Lucy Faithfull stworzyła „Kręgi Wsparcia i Odpowiedzialności” – model, w którym rekrutuje się, szkoli i superwizuje wolontariuszy, aby wspierali znanego, zazwyczaj stanowiącego duże zagrożenie, przestępcę seksualnego w swojej lokalnej społeczności. Każdy z wolontariuszy angażuje się na okres minimum 12 miesięcy, w którym to czasie spotyka się co tydzień ze sprawcą (nazywanym Kluczowym Członkiem) podczas aktywności społecznych lub rekreacyjnych, oraz z grupą wolontariuszy (Krąg) i z Kluczowym Członkiem również raz w tygodniu, a pod koniec roku ta częstotliwość spada do jednego razu w miesiącu. Ten model, stworzony przez Służby Więzienne w Kanadzie, odniósł nadzwyczajny sukces, obniżając o 70% wskaźniki ponownych skazań wśród Kluczowych Członków (Wilson, Cortoni i McWhinnie, 2009).

Możliwości dotyczące zapobiegania pierwszemu popełnieniu przez jednostki przestępstwa wyrosły z zastosowania warunków wstępnych Finkelhora w ramach terapii przestępców seksualnych, jak również z zaangażowania dorosłych członków rodziny i przyjaciół sprawcy podczas spotkań podsumowujących terapię prowadzonych w Wolvercote Clinic. Niektórzy sprawcy opisywali swoje podejmowane w przeszłości zmagania, aby uniknąć popełnienia przestępstwa – czy to po raz pierwszy, czy kolejny – oraz to, jak odizolowani byli ze swoimi niewygodnymi seksualnymi myślami. Niewielu mogło wskazać jakiegokolwiek miejsce, gdzie mogliby się zwrócić po pomoc w radzeniu sobie z takimi myślami. Z biegiem czasu ich postanowienie, by nie skrzywdzić dziecka, słabło, być może w gorszym momencie życiowym lub przez używanie alkoholu. Gdy już popełnili swoje pierwsze przestępstwo na tle seksualnym, czuli, że nie ma już odwrotu, ani żadnego miejsca, gdzie mogliby wyrazić skruchę lub otrzymać wsparcie w radzeniu sobie z myślami i zachowaniami w przyszłości.

Dorośli członkowie rodziny i przyjaciele najczęściej nie wiedzieli, ani nie zauważali przestępstw seksualnych popełnianych przez ich ukochaną osobę, ale patrząc wstecz potrafili dostrzec wskazówki, czy wzorce zachowania, które powinny były wywołać ich niepokój. Na przykład wycofywanie się i tajemniczość, tworzenie specjalnej relacji i możliwości większej prywatności z określonym dzieckiem, zwiększanie kontaktu fizycznego, zainteresowanie rozwojem seksualnym dziecka, seksualne komentarze na temat tego dziecka lub kierowane do niego. Istnieje mnóstwo przykładów, które przyjaciele i rodzina później spostrzegali jako istotne, a które sprawcy potwierdzili jako będące oznakami rozwoju w kierunku przestępstwa seksualnego. Dodatkowo były również sygnały w zachowaniu, a czasem w słowach dziecka, które mogły wskazywać na nadużycie – np. wycofywanie się czy tajemniczość, przejawianie niedającego się wytłumaczyć dystresu lub złości, wyrażanie niechęci wobec spotykania lub bycia pozostawionym z tą osobą, wykazywanie wiedzy seksualnej wykraczającej poza wiek dziecka, doświadczenie bólu w okolicach genitaliów – znów, zbyt często „zewnątrzne hamulce” nie dostrzegły wagi tych potencjalnych oznak.

Na podstawie tych i podobnych wglądów, Fundacja Lucy Faithfull zorganizowała w 2002 r. w Wielkiej Brytanii i Irlandii kampanię *Stop it Now! (Zatrzymaj to teraz!)* oraz związany z nią Telefon Zaufania. Opierała się ona na modelu, działającym od 1992 r. w USA, będącym pomysłem Fran Henry, która sama przeżyła wykorzystywanie seksualne. Finansowanie dla pilotażowej edycji w Wielkiej Brytanii zostało zabezpieczone przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz z funduszu dobroczynnego. Przy wsparciu wielu organizacji charytatywnych zajmujących się dziećmi oraz innych partnerów – w tym NSPCC, Action for Children, Barnardos, Survivors UK, NAPAC (National Association of People Abused in Childhood – Krajowe Stowarzyszenie Osób Wykorzystywanych w Dzieciństwie) i NOTA (National Organisation for the Treatment of Abusers – Krajowa Organizacja ds. Terapii Sprawców

Przemocy) – przygotowano i rozpowszechniono materiały kampanii, aby poinformować dorosłych o zagrożeniach związanych z wykorzystywaniem seksualnym dzieci, ale również o oznakach, których należy wypatrywać u dzieci wokół nich, a które mogą wskazywać na zagrożenie lub istnienie wykorzystywania. Numer Telefonu Zaufania był reklamowany za pośrednictwem tych materiałów kampanijnych, ale również za pośrednictwem ukierunkowanych strategii medialnych, starających się dotrzeć do trzech zasadniczych grup docelowych:

- ✓ dorośli sprawcy przemocy seksualnej oraz potencjalni sprawcy – aby pomóc im rozpoznać własne myśli lub zachowania jako krzywdzące lub przemocowe oraz aby poszukiwać pomocy, by się zmienić,
- ✓ przyjaciele i rodziny powyższych – aby pomóc im w rozpoznaniu oznak zachowania przemocowego u ich bliskich i poszukiwaniu pomocy w sprawie działań do podjęcia,
- ✓ rodzice i opiekunowie młodych ludzi prezentujących niepokojące zachowania seksualne – aby pomóc im w rozpoznaniu oznak niepokojącego zachowania seksualnego u swoich dzieci oraz poszukiwaniu pomocy w sprawie działań do podjęcia.

A więc, czy to się udało? Informacje zwrotne uzyskane od osób korzystających z pomocy oraz od profesjonalistów pokazują, że to działa. Jestem przekonany, że Telefon Zaufania stał się niezbędnym elementem systemu ochrony dzieci w Wielkiej Brytanii. Będzie oczywiście trudno zademonstrować jego bezpośredni wpływ na wskaźniki wykorzystywania seksualnego. Ewaluacja Telefonu Zaufania i jego siostrzanej wersji w Holandii (dofinansowanej przez rząd holenderski) ma zakończyć się w maju 2014 r. raportem, zleconym przez Fundusz Daphne Komisji Europejskiej.

W ciągu 11 lat od uruchomienia w ramach kampanii *Stop it Now!* Telefonu Zaufania w Wielkiej Brytanii i Irlandii, jego pracownicy przyjęli ponad 38 000 telefonów, spośród których niemal 80% pochodziło z wyżej opisanych grup docelowych. Połowa wszystkich połączeń pochodziła od mężczyzn poszukujących pomocy w poradzeniu sobie ze swoimi seksualnymi myślami i zachowaniami (wśród nich byli tacy, którzy dopuścili się przestępstw w Internecie). Jedna czwarta telefonów pochodziła od kobiet – zaniepokojonych seksualnymi myślami i zachowaniami swojego członka rodziny lub bliskiego przyjaciela (zazwyczaj) płci męskiej. Rodzice i opiekunowie zaniepokojeni seksualnym zachowaniem swoich dzieci w wieku od 3 do 16 lat składają się na 6% wykonanych telefonów. Choć dominowały obawy dotyczące chłopców, niemal 20% spośród tych telefonów związane było z zachowaniami seksualnymi dziewczynek (Stop it Now! UK and Ireland, 2013). Wszystkie telefony były anonimowe, a dzwoniącym oferowano wsparcie, informację i porady, aby mogli podjąć działania w celu ochrony jednego lub większej liczby dzieci. Dzwoniącym, których obawy były najbardziej złożone, i zwykle tam, gdzie nie była zaangażowana żadna ustawowo zajmująca się takimi sprawami instytucja, proponowano dalsze wsparcie, jak również możliwość zarezerwowania rozmowy z pracownikiem-specjalistą, a nawet bezpośrednie spotkanie, jeśli było to możliwe.

Dostrzeżenie ważnej profilaktycznej roli Telefonu Zaufania nadeszło w lipcu 2013 r. kiedy premier David Cameron mówił na temat zagadnień związanych z ochroną dzieci, związanych z Internetem. Po tym jak najpierw odniósł się do zagrożeń, jakie niesie narażenie dzieci na nieodpowiednie do ich wieku treści seksualne i związane z przemocą, wezwał następnie przemysł Internetowy do kierowania bezpośrednich komunikatów ostrzegawczych (dalej nazywanych „stronami powitalnymi”) wobec osób poszukujących nielegalnych seksualnych zdjęć dzieci online. Stwierdził, że jest „niezbędne”, aby takie ostrzegawcze komunikaty „kierowały ich do organizacji charytatywnej *Stop it Now!*, która

może pomóc ludziom zmienić ich zachowanie anonimowo i przy całkowitej poufności” (politics.co.uk, 2013). Nie jest zaskakujące, że w konsekwencji tego apelu zwiększyła się liczba telefonów, a Telefon Zaufania musi szukać dodatkowych środków, aby uporać się z dużą liczbą nieodebranych połączeń, których obecnie nie jest w stanie przyjąć.

Zagrożenia związane z Internetem spowodowały już stworzenie kolejnej usługi w 2002 r. W następstwie kilku szeroko nagłośnionych przypadków, ówczesny Regionalny Komitet ds. Ochrony Dzieci (Area Child Protection Committee) w hrabstwie Surrey, gdzie mieściła się klinika Wolvercote, poprosił o pomoc w podjęciu rozmowy z miejscowymi rodzicami na temat zagrożeń związanych z seksualnym uwodzeniem nastolatków online oraz środków bezpieczeństwa, które mogą przedsięwziąć oni i ich dzieci. W ciągu ostatnich 10 lat treści te były rozwijane, aby objąć zagrożenia dotyczące młodszych dzieci, takie jak narażenie na nieodpowiednie do wieku treści seksualne lub związane z przemocą uwodzenie (*grooming*) online, zagrożenia związane z dzieleniem się osobistymi informacjami, zastraszanie (*bullying*) za pośrednictwem Internetu oraz *sexting* (robienie i przesyłanie innym osobom zdjęć o charakterze wyraźnie seksualnym, zwykle za pośrednictwem smartfonów). Dodatkowo, działania rozszerzono i nie są one skierowane tylko do rodziców, ale obecnie uwzględniają też oddzielne sesje dla samych dzieci i młodzieży – aby pomóc im zachować czujność wobec niebezpieczeństw online, mieć świadomość strategii unikania oraz znać osoby i miejsca, gdzie mogą znaleźć pomoc i wsparcie.

A zatem w ciągu ostatnich 12 lat w Fundacji Lucy Faithfull rozszerzono pracę terapeutyczną ze sprawcami przestępstw seksualnych, włączając w nią dalszą pracę w ramach profilaktyki trzeciorzędowej w formie stworzenia Kręgów Wsparcia i Odpowiedzialności – inicjatywy, która jest obecnie wprowadzana lokalnie w całej Anglii i Walii, jak również w innych częściach Europy. Dodatkowo, kampania *Stop it Now!* pomaga edukować ogół dorosłego społeczeństwa na temat tego,



na jakie zagrożenia trzeba uważać, aby mogli oni zapobiec przemocy. Telefon Zaufania *Stop it Now!* został założony, aby wspierać osoby z grupy ryzyka, by nie popełniały przestępstw, ale również by wspierać dorosłych dzwoniących w podejmowaniu działań, gdy zauważają niepokojące zachowania u innych dorosłych lub u młodzieży. Do rodziców, dzieci i młodzieży kierowane są informacje, porady i wsparcie dotyczące zagrożenia wykorzystywaniem seksualnym obecnie online, tak aby mogli w bezpieczniejszy sposób cieszyć się Internetem.

Mamy nadzieję, że czytelnik widzi, w jaki sposób te działania rezonują z opisanymi wcześniej spostrzeżeniami Davida Finkelhora. Terapia przestępców seksualnych oraz „kręgi” służą zwiększeniu i wzmocnieniu „wewnętrznych hamulców” sprawcy, ale „kręgi” tworzą również dodatkową grupę ludzi, którzy mogą działać jak skuteczne „zewewnętrzne hamulce” na jakiegokolwiek dalsze przestępstwa popełniane przez ich Kluczowych Członków. Materiały kampanii *Stop it Now!* lepiej edukują społeczeństwo, oddziałując na zwiększenie ogólnych „zewewnętrznych hamulców”, zaś Telefon Zaufania *Stop it Now!* na „wewnętrzne hamulce” potencjalnych przestępców wśród dzwoniących, tak samo jak pomaga innym dzwoniącym być bardziej skutecznymi „zewewnętrznymi hamulcami” w odniesieniu do potencjalnych przestępstw popełnianych przez tych, których znają lub kochają. Nasze prowadzone w szkołach seminaria dotyczące bezpieczeństwa w Internecie pomagają rodzicom być bardziej skutecznymi „zewewnętrznymi hamulcami” wobec jakiegokolwiek przestępcy, który mógłby obrać sobie ich dzieci za cel w Internecie, a te prowadzone dla rodziców dodatkowo zwiększają „opór ofiary” oraz odporność na czynniki traumatyczne (*resilience*).

## **Kompleksowy model profilaktyki**

A zatem wróćmy do nawoływania: „Musimy przyjąć podejście zdrowia publicznego do profilaktyki wykorzystywania seksualnego dzieci”.

Często zastanawiam się, co mają na myśli ci, którzy wypowiadają te słowa: czy jest to po prostu sugestia, że wszyscy powinni się bardziej martwić, czy też że odpowiedzialność może być przypisana określonym ministerstwom/departamentom rządowym, instytucjom państwowym lub pozarządowym i innym jednostkom i organizacjom, aby podejmowały konkretne kroki służące ochronie dzieci przed wykorzystywaniem seksualnym.

W swojej nowatorskiej pracy, łączącej wiele perspektyw teoretycznych z kryminologią i teorii sprawców przestępstw seksualnych, Smallbone i współpracownicy zarówno wyartykułowali, jak i zilustrowali kompleksowy model profilaktyki wykorzystywania seksualnego dzieci (Smallbone, Marshall i Wortley, 2008). Ich model zdrowia publicznego rozróżnia profilaktykę pierwszorzędową (lub uniwersalną), drugorzędową (lub selektywną) oraz trzeciorzędową (lub wskazującą). Choć brakuje uniwersalnej zgodności co do dokładnych różnic pomiędzy profilaktyką pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową, gdy odniesiemy ją do przestępczości, kluczowym spostrzeżeniem jest możliwość tego, by interwencje były skierowane na zapobieganie przemocy seksualnej, zanim w innym wypadku by do niej pierwszy raz doszło (profilaktyka pierwszorzędowa lub drugorzędowa), aby zapobiec dalszym przestępstwom i wiktyimizacji (profilaktyka trzeciorzędowa). Dodatkowo model ten wyraźnie przyjmuje ramy społeczno-ekologiczne (Krug i in., 2002). Umieszcza to pojedynczych sprawców i ofiary w ich naturalnym kontekście ekologicznym oraz lokuje czynniki ryzyka i chroniące na różnych poziomach systemów ekologicznych, w których te jednostki żyją.

Będący rezultatem tego model (patrz: tabela 9.1) zachęca nas do rozważenia celów interwencji, które:

- ✓ zapobiegają przestępstwom lub ponownemu ich popełnianiu przez sprawców (którzy, zanim dopuszczą się przestępstwa, są nazywani potencjalnymi sprawcami),

- ✓ zapobiegają wiktyimizacji lub powtórnej wiktyimizacji dzieci-ofiar (które, przed wykorzystaniem, są po prostu dziećmi i młodzieżą),
- ✓ zapobiegają przestępstwom lub dalszym aktom przemocy w ramach konkretnej rodziny lub społeczności,
- ✓ zapobiegają temu, by wykorzystywanie seksualne dzieci miało miejsce lub powtórzyło się w określonej sytuacji lub miejscu.

**Tabela 9.1 Dwanaście punktów szczególnej uwagi w zapobieganiu wykorzystywaniu seksualnemu dzieci**

Cele	Profilaktyka pierwszorzędowa	Profilaktyka drugorzędowa	Profilaktyka trzeciorzędowa
<b>Sprawcy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogólne odstraszenie</li> <li>• Profilaktyka rozwojowa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interwencje wobec nastolatków i dorosłych płci męskiej z grup wysokiego ryzyka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wczesne rozpoznawanie</li> <li>• Specyficzne odstraszenie</li> <li>• Terapia sprawców i zarządzanie ryzykiem</li> </ul>
<b>Ofiary</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trening „oporu”</li> <li>• Budowanie odporności psychicznej (<i>resilience</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budowanie odporności psychicznej (<i>resilience</i>), inne interwencje wobec dzieci zagrożonych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naprawianie szkód (krzywdy)</li> <li>• Zapobieganie powtórnej wiktyimizacji</li> </ul>

<b>Sytuacje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ograniczenie możliwości</li> <li>• Kontrola czynników poprzedzających</li> <li>• Rozszerzona opieka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaktyka sytuacyjna w miejscach wysokiego ryzyka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plany bezpieczeństwa</li> <li>• Interwencje organizacyjne</li> </ul>
<b>Systemy środowiskowe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukacja rodziców</li> <li>• Budowanie możliwości społeczności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trening odpowiedzialnego świadka</li> <li>• Uzdalnianie opiekunów</li> <li>• Interwencje wobec zagrożonych społeczności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interwencje wobec „problemowych” rodzin, rówieśników, szkół, instytucji pomocowych oraz społeczności</li> </ul>

## **Praktyka profilaktyki – ponownie!**

Powyżej opisałem szereg działań profilaktycznych podjętych przez Fundację Lucy Faithfull (LFF). Jako specjalistyczna organizacja zajmująca się ochroną dzieci stworzona w 1993 r., na początku zajmowaliśmy się pracą ze sprawcami, ofiarami i rodzinami jedynie po tym, jak doszło do przemocy. Równoległe ze stacjonarnym programem diagnozy i terapii prowadzonym w Wolvercote Clinic od lat 90. XX w. personel LFF wykonuje diagnozy oraz prowadzi programy interwencyjne dla sądów rodzinnych w Wielkiej Brytanii oraz dla Komisji Wymiaru Sprawiedliwości dla Nieletnich (Youth Justice Board) Anglii i Walii, skierowane do

dorosłych i nieletnich mężczyzn – sprawców. Ponadto wyspecjalizowaliśmy się w diagnozie i terapii kobiet-sprawczyń przestępstw seksualnych. LFF jest zatem organizacją, która, historycznie rzecz biorąc, działała w dużej mierze na trzeciorzędowym poziomie profilaktyki. Opisywałem również podróz w kierunku profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej – do innych „kratek” w powyższym modelu – która nabiera rozpędu od roku 2002. Opowiem teraz nieco więcej na temat tej podróży.

W 2007 r. brytyjskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Home Office) opublikowało swój Przegląd dotyczący Sprawców Przestępstw Seksualnych wobec Dzieci (Child Sex Offender Review). Działaniem głównym tego przeglądu było „Przeprowadzenie pilotażowego programu zwiększającego świadomość społeczną, w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi, aby zapewnić lepsze poradnictwo dotyczące ochrony dzieci oraz przygotować informacje pomagające rodzicom i opiekunom skutecznie chronić dzieci” (Home Office 2007). LFF została poproszona o przygotowanie i przeprowadzenie tego działania, które przybrało formę 90-minutowego seminarium, ze wspierającą stroną Internetową oraz programem do nauki online nazwanym *Parents Protect [Rodzice Chronią]* ([www.parentsprotect.co.uk](http://www.parentsprotect.co.uk)). Prowadząc to jako działanie w ramach kampanii *Stop it Now!*, informowano rodziców i opiekunów o skali problemu wykorzystywania seksualnego dzieci, dając do zrozumienia, by zaczęli traktować to zagrożenie poważnie. Model „Czterech warunków wstępnych” Davida Finkelhora był opisywany i ilustrowany wraz z kluczowymi oznakami ryzyka wykorzystywania seksualnego do identyfikowania u dorosłych i u dzieci. Między 2011 a 2013 rokiem Departament Edukacji sfinansował wdrożenie tego pilotażowego programu na terenie Anglii. Rządy Szkocji i Walii również sfinansowały te działania, aby dotrzeć do rodziców, a w obu krajach nadal spotyka się on z dobrym odbiorem. Informacje zwrotne od uczęszczających na sesje są konsekwentnie pozytywne, szczególnie zaś cenione są: model warunków wstępnych Finkelhora, „oznaki ostrzegawcze” przemocy oraz

źródła wsparcia i rady. Ewaluacje poczynione po seminarium pokazują również, że rodzice po udziale w nim podejmują działania, a także zachowują wiedzę na dłużej (Stop it Now! Wales, 2013).

Dwie grupy wyróżniały się jednak jako wymagające innej interwencji niż *Parents Protect*. Były to samotne matki, które albo ze względu na bardzo młody wiek (nastolatki) albo doświadczenie przemocy domowej, potrzebowały bardziej rozbudowanej edukacji i wsparcia, oraz rodzice ze społeczności mniejszości etnicznych, którzy ze względu na kulturę, przekonania religijne lub język wymagali zmodyfikowanych, bardziej wrażliwych kulturowo materiałów, potencjalnie w innym języku. Dla pierwszej grupy opracowano złożony z pięciu sesji program *Parents Protect Plus*, który jest aktualnie prowadzony w różnych miejscach w Walii. Dla drugiej grupy stworzono materiały pt. *Parents Protect Across Communities (Rodzice chronią w różnych społecznościach)* we współpracy z partnerami z danej społeczności dla rodziców z Somalii, Pakistanu oraz Bengalów, a trwają prace nad udostępnieniem najważniejszych informacji członkom społeczności ortodoksyjnych Żydów. Choć występują przeszkody i zniechęcenie, które trzeba pokonać, odkryliśmy ogromną potrzebę omawiania tematu wykorzystywania seksualnego dzieci i zapobiegania mu we wszystkich społecznościach, do których się zwracaliśmy. Zazwyczaj jest to temat rzadko zauważany lub wręcz nigdy nie poruszany; czasami ma miejsce stanowcze zaprzeczenie istnienia tego zjawiska w ramach określonej społeczności. Jednakże, przy pełnym szacunku budowaniu relacji, równoległe z otwartym docenieniem różnych mocnych stron, które wnosi społeczność, aby przeciwdziałać przemocy, zwłaszcza gdy byliśmy uzbrojeni w rozsądne informacje na temat znaków ostrzegawczych i reakcji zapobiegających, entuzjazm i wdzięczność ze strony rodziców były namacalne (PPAC, 2013). Teraz większym wyzwaniem jest możliwość odpowiedzi na to zapotrzebowanie.

W 2011 r. członkowie zespołu LFF, biorący udział w prowadzeniu internetowych seminariów dla dzieci na temat bezpieczeństwa w In-

ternie skorzystali z możliwości udziału w interwencji w ramach profilaktyki pierwszorzędowej skierowanej do dzieci w wieku 10 lat. *Jeże (Hedgehogs)* to złożony z pięciu spotkań program zabawy i nauki, przeprowadzany w szkołach podstawowych, który buduje poczucie własnej wartości, zapewnia odpowiednią do wieku edukację seksualną, porusza z dziećmi temat dobrego i złego dotyku oraz rozwija strategie reagowania, gdyby pojawiły się niepokojące sytuacje związane z zachowaniami seksualnymi. Przed i po zakończeniu 15-godzinnego programu zaprasza się rodziców na spotkanie podnoszące świadomość oraz poświęcone informacjom zwrotnym.

*Jeże* są brytyjską wersją *Niewypowiedzianych Słów (Unspoken Words)* – interwencji opracowanej przez dra Alberto Pellai we Włoszech, aby pomóc dzieciom ochronić się przed wykorzystywaniem seksualnym (Pellai, 2008). Oceny podczas ewaluacji *Jeży*, dokonane przez rodziców, nauczycieli oraz same dzieci były bardzo pozytywne, a dzieci były opisywane jako bardziej pewne przy zadawaniu pytań i okazujące sobie nawzajem większy szacunek. Ponadto pod koniec programu wszystkie dzieci potrafiły zidentyfikować dwie osoby, do których by się zwróciły, gdyby miały jakiegokolwiek obawy lub czuły się niekomfortowo w związku z jakąś sytuacją lub osobą.

Telefon Zaufania *Stop it Now!* okazał się nadzwyczajnym nośnikiem do ukazywania obaw społeczeństwa oraz luk w zapewnianej pomocy. Na przykład na poziomie profilaktyki pierwszorzędowej, rodzice dzwonią z obawami związanymi z „normalnym zachowaniem seksualnym” u dzieci oraz z pytaniem o materiały, które pomogłyby im pomóc rozmawiać ze swoimi dziećmi w dostosowany do ich wieku sposób na temat ciała, seksu i granic. Porady oraz istniejące materiały są umieszczane na stronach *Stop it Now!* i *Parents Protect* (kolejno: [www.stopitnow.org.uk](http://www.stopitnow.org.uk) i [www.parentsprotect.co.uk](http://www.parentsprotect.co.uk)), aby zapewnić szerszy dostęp. Na poziomie profilaktyki drugorzędowej, mężczyźni poszukują rady i wsparcia dotyczących radzenia sobie ze swoimi seksualnymi myślami z udziałem

dzieci lub młodzieży. Na poziomie profilaktyki trzeciorzędowej, sprawcy przemocy Internetowej, ich partnerzy i inni dorośli członkowie rodziny coraz częściej dzwonią po poradę na temat działań, które mają teraz podjąć, często w obliczu wizyty policji, aby pozostać bezpiecznymi i legalnymi online, chronić wszystkie dzieci w rodzinie oraz podejmować decyzje na temat relacji w przyszłości.

Wobec braku jakiegokolwiek pomocy dostępnej w środowisku, do której można skierować tę ostatnią grupę dzwoniących, LFF stworzyła *Inform* oraz *Inform+*. *Inform+* jest psychoedukacyjnym programem do pracy grupowej przeznaczonym dla sprawców przestępstw związanych z pornografią dziecięcą w Internecie, który to program pomaga uczestnikom przyjąć odpowiedzialność za czyny popełnione online, zauważyć ich związek oraz wpływ na fantazje seksualne, rozważyć wpływ takiego zachowania na relacje osobiste i rodzinne oraz poczynić plany na przyszłe „dobre życie”, w którym biorą odpowiedzialność za porażenie sobie z jakimkolwiek zagrożeniem w przyszłości oraz akceptują potrzebę bycia odpowiedzialnymi wobec innych dorosłych w obrębie oraz poza rodziną. Dla partnerów i dorosłych członków rodziny LFF stworzyła *Inform*, program psychoedukacyjny, który zapewnia wsparcie, informację i rady. Program ten analizuje zarówno zachowania, jak i motywacje tych, którzy dopuszczają się przestępstw w Internecie, zagrożenia związane z takim zachowaniem oraz wpływ na uczestników i na dzieci w rodzinie. Uczestnicy mogą kontynuować pracę w kontakcie z zespołem programu albo w ramach Telefonu Zaufania *Stop it Now!* przez kolejne tygodnie, miesiące, a nawet lata, jako że wpływ przestępstw Internetowych nadal jest odczuwalny. Bazując na sukcesie tych programów oraz w odpowiedzi na obawy wyrażane przez policję oraz kolegów nauczycieli, LFF niedawno opracowała i pilotażowo wprowadziła program edukacyjny *Inform YP*, przeznaczony dla młodych ludzi uwikłanych w przestępstwa związane z Internetem oraz ich rodzin.



Jedną z powszechnych obaw, wymienianych zwłaszcza przez uczestników programu *Inform*, był ich lęk związany z możliwością dalszego popełniania przestępstw tak długo, jak w domu mieli dostęp do Internetu. Niektórzy sprawcy również obawiali się tej „pokusy”. W konsekwencji pokazano im ogólne programy dotyczące odpowiedzialności – np. *Covenant Eyes* (dosł. „pakt oczu”, przyp. tłum.): odpowiedzialność i filtrowanie w Internecie ([www.covenanteyes.com](http://www.covenanteyes.com)). Jednakże kontakt z kolegami z organów ścigania pokazał nam nieadekwatność tego typu produktów dla tej konkretnej grupy sprawców. W rezultacie LFF, w partnerstwie z firmą Securus zajmującą się produkcją oprogramowania, opracowała *Securus Offender Management* (*Zarządzanie Sprawcami*) – program, który zasadniczo instaluje „tylne drzwi” na komputerach domowych sprawców przestępstw Internetowych, połączone z odległym, bezpiecznym serwerem. Ten serwer używa katalogu wyrazów, zwrotów i obrazów związanych z pornografią dziecięcą, aby zidentyfikować jakiegokolwiek „naruszenia” i zgłosić je do instytucji monitorującej (Elliott, Findlater i Hughes, 2010). Zespół LFF oferuje obecnie takie monitorowanie w domu sprawcom i rodzinom, którzy chcą takiego poziomu odpowiedzialności, a pewna liczba służb policyjnych w Wielkiej Brytanii i za granicą stosuje je do lepszego zarządzania ryzykiem znajdujących się w rejestrach sprawców przestępstw seksualnych.

W odniesieniu do modelu Smallbonea, *Inform+* stanowi działanie wobec sprawców w ramach profilaktyki trzeciorzędowej, a *Inform* jest odpowiedzią profilaktyki trzeciorzędowej skierowaną do rodzin. Securus mógłby również być spostrzegany jako interwencja trzeciorzędowa wobec sprawców, ale działa on też jako sposób radzenia sobie ze specyficzną, rozpoznaną sytuacją – używaniem domowego komputera podłączonego do Internetu przez kogoś, kto wcześniej dopuścił się przestępstw online. Logiczne byłoby zatem zaklasyfikowanie tego jako profilaktyki sytuacyjnej czy „umiejscowionej” na poziomie trzeciorzędowym.

Są jeszcze dwie dodatkowe interwencje sytuacyjne, które zasługują na wymienienie. Dotyczą one obiektów sportowych i rekreacyjnych, do których chodzą dzieci i młodzież oraz szkół, które z racji samej swojej natury mogą być spostrzegane jako „ryzykowne”, biorąc pod uwagę liczbę dzieci, która do nich uczęszcza oraz możliwości do wystąpienia przemocy, które tam istnieją.

*Leisurewatch* jest programem opracowanym przez Inicjatywę Derwent (The Derwent Initiative), organizację zajmującą się ochroną publiczną, działającą w północno-wschodniej Anglii. W ramach programu kierownicy, personel i wolontariusze centrów wypoczynkowo-rekreacyjnych są szkoleni, aby zachować czujność na możliwości zagrożeń związanych z wykorzystywaniem seksualnym dzieci. Równoległe do tego odbywają szkolenia dotyczące zachowań, na które należy zwracać uwagę, a które mogą być oznaką ryzyka wykorzystywania seksualnego (głównie poprzez zastosowanie modelu „warunków wstępnych” Finkelhora) oraz działań, które należy podjąć, aby przerwać lub zareagować na takie ryzykowne zachowania w stosunku do dzieci. Od 2003 r. zespół LFF przeprowadził szkolenie *Leisurewatch*, w partnerstwie z pracownikami lokalnej policji, w centrach sportowych i rozrywkowych w okolicach Londynu oraz w południowo-wschodniej Anglii.

W 2002 r. Holly Wells i Jessica Chapman zostały zamordowane przez szkolnego dozorcę Iana Huntleya. W rezultacie przeprowadzono dochodzenie – Bichard Inquiry (HMSO 2004), w którym sformułowano rekomendację, że personel szkół ponadgimnazjalnych (*senior school*) musi przechodzić szkolenia na temat tego, w jaki sposób bezpiecznie rekrutować pracowników – historia Iana Huntleya powinna być zaalarmować tych, którzy go zatrudniali i pokazać, że jest on nieodpowiednią osobą na to stanowisko. LFF jest zaangażowana w tworzenie i prowadzenie tego szkolenia od 2005 r. do dziś. Szkolenie pt. *Bezpieczniejsze zatrudnianie w edukacji (Safer Recruitment in Education)* jest akredytowane przez Departament Edukacji i jest szkoleniem, którego

oczekuje się od tych szkół w Anglii, uczestniczących w pracach zespołów rekrutacyjnych. Edukuje ono dyrektorów i zarządzających szkołami (władze samorządowe) na temat skali problemu wykorzystywania seksualnego dzieci, procesu wykorzystywania (ponownie używając warunków wstępnych Finkelhora!), elementów czujności, na których mogą opierać się wszystkie kroki proceduralne (od ogłoszenia i sprecyzowania warunków stawianych kandydatom po dokładne sprawdzanie aplikacji, zbieranie referencji, przeprowadzanie rozmów, korzystanie ze sposobów sprawdzenia przeszłości kryminalnej) oraz niezbędnych kwestii związanych z przygotowaniem i szkoleniem pracowników. Te „niezbędniki” uwzględniają „kodeks praktyk” w ramach roli zawodowej. Ten kodeks praktyk pomaga pracownikom wiedzieć, w jaki sposób **oni** powinni się zachowywać w obecności dzieci, ale również czego powinni oczekiwać od zachowania swoich **kolegów**.

Umieściłem wszystkie wspomniane działania profilaktyczne prowadzone przez LFF w ramach kompleksowego modelu profilaktyki (Smallbone i in., 2008) – patrz tabela 9.2.

**Tabela 9.2 Dwanaście punktów szczególnej uwagi dla działań profilaktycznych**

	<b>Profilaktyka pierwszorzędowa</b>	<b>Profilaktyka drugorzędowa</b>	<b>Profilaktyka trzeciorzędowa</b>
<b>Sprawcy i potencjalni sprawcy</b>	Jeże (Hedgehogs)	Telefon Zaufania Stop!	Program Terapeutyczny w Wolvercote Clinic Kąci Wsparcia i Odpowiedzialności Terapia dla Młodocianych Sprawców Terapia dla Kobiet – Sprawczyń Przystępstw Seksualnych Telefon Zaufania Stop!; Inform+
<b>Dzieci i młodzież (Ofiary)</b>	Jeże Zajęcia na temat bezpieczeństwa w Internecie		
<b>Rodziny/ Społeczności</b>	Parents Protect! Materiały kampanii Stop! Parents Protect Across Communities Seminaria na temat bezpieczeństwa w Internecie	Telefon zaufania Stop! Parents Protect Plus	Telefon Zaufania Stop! Inform
<b>Sytuacje/ Miejsca</b>	Leisurewatch	Bezpieczniejsze zatrudnianie Szkolenie Kodeks Praktyk	Monitorowanie sprawców – program Securus

## Strategia profilaktyki wykorzystywania seksualnego dzieci

Mam nadzieję, że ta podróż ku profilaktyce pokazuje, w jaki sposób teoria sprawców przestępstw seksualnych oraz teorie kryminologiczne mogą i dostarczały dotąd podstaw do rozwoju wielu działań związanych z profilaktyką wykorzystywania seksualnego dzieci, prowadzonych przez Fundację Lucy Faithfull Foundation w ciągu ostatnich lat. Oczywiście istnieje wiele innych organizacji – zarówno publicznych, jak i pozarządowych – które prowadzą działania na rzecz zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu dzieci, zazwyczaj po tym, jak już doszło do nadużycia. Przykładem mogą być National Offender Management Service (Krajowa Agencja ds. Nadzoru nad Skazanymi przy brytyjskim Ministerstwie Sprawiedliwości, przyp. tłum.), która zapewnia programy terapeutyczne dla sprawców przestępstw seksualnych osobom skazanym przebywającym w więzieniach oraz w społeczności, lokalne instytucje zajmujące się pomocą społeczną dla dzieci – Local Authority Childrens Social Care Services (przeprowadzające diagnozę i wspierające rodziny po podejrzanym wykorzystywaniu seksualnym dzieci), inne organizacje charytatywne zajmujące się dziećmi (np. NSPCC, Barnardos) prowadzące niewielką ilość działań pomocowych skierowanych do dzieci po wykorzystaniu seksualnym. Niestety, te działania oraz jakiegokolwiek inne skierowane na profilaktykę pierwszo- i drugorzędową zazwyczaj nie są koordynowane przez ustawowe władze na poziomie lokalnym lub krajowym, podobnie jak brakuje im jakiegokolwiek wizji bądź zobowiązania do długoterminowego i znacznego dofinansowania, tak by osiągnąć większy i głębszy zasięg oddziaływania. Dają nam jednak wgląd w możliwości związane z profilaktyką, które – miejmy nadzieję – otrzymają w najbliższych latach wsparcie ze strony najważniejszych interesariuszy.

Patrząc koncepcyjnie, wiemy, że istnieją sposoby na ograniczenie motywacji do wykorzystywania u młodzieży i dorosłych. Istnieją rów-

niez sposoby na zwiększenie wewnętrznych hamulców u potencjalnych sprawców, tak by umocnić ich postanowienie o niekrzywdzeniu innych oraz zdolność do samokontroli. Dorosłych można uzbroić w informacje i wsparcie, które wzmacniają ich możliwości jako „zewnętrznych hamulców” wobec popełniania przestępstw. Natomiast dzieciom i młodzieży można pomóc, by potrafiły się lepiej oprzeć i były bardziej odporne psychicznie w obliczu możliwego nadużycia. Oczywiście żadnego z tych aspektów nie da się idealnie przeprowadzić ani osiągnąć, a niektóre z nich będą bardziej skuteczne w zapobieganiu określonym „typom” wykorzystania – np. uwodzenia online lub wykorzystania przez członka najbliższej rodziny.

W kategoriach kryminologicznych, „wzmacniamy” dzieci jako potencjalny cel (*target-hardening*), wymagamy więcej wysiłku ze strony potencjalnych sprawców, ograniczamy potencjalne „nagrody” z popełnienia przestępstwa oraz zwiększamy ryzyko wykrycia i sankcji. Możemy wprowadzić strategie, które tworzą bardziej „kompetentnych opiekunów”, wyposażają właściwych dorosłych, aby działali jako skuteczni „przewodnicy” (*handlers*) zagrażających jednostek, a to przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa w „zagrożonych” miejscach.

Twórca modelu „czterech warunków wstępnych” dla przestępstw seksualnych, David Finkelhor, niedawno stwierdził, że „jak dotąd nie ma żadnych prawdziwie opartych na dowodach programów lub strategii w obszarze zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu dzieci” (Finkelhor, 2009). Jest jednak coraz więcej badań, które poświadczają obietnicę podjęcia wielu wysiłków profilaktycznych, zwłaszcza tych związanych z realizowanymi w szkołach programami dla dzieci, młodzieży i rodziców, jak również takich, które zajmują się sprawami lepszego nadzoru i terapii samych sprawców. Finkelhor konkluduje:

*Wykorzystywanie seksualne jest szczególnie wyzywaniem, odmiennym w wielu swoich wymiarach od innych rodzajów krzywdzenia dzieci, przestępstw czy problemów związanych z dobrem dzieci. Podjęto jed-*

*nak ogromny wysiłek, aby zrozumieć ten problem, wyedukować społeczeństwo oraz zmobilizować środki, aby się nim zająć. Przy dodatkowych badaniach i rozwoju programów, istnieją wszelkie powody, by wierzyć, że można osiągnąć znacznie więcej (s. 187).*

W ciągu najbliższych 3 lat, Fundacja Lucy Faithfull Foundation będzie wspierała niektóre z gorzej rozwiniętych krajów w Europie Wschodniej i Afryce Wschodniej w wykorzystaniu tej wiedzy i tworzeniu własnych kompleksowych strategii profilaktycznych w odpowiedzi na określone problemy, przed którymi stają, związane z wykorzystywaniem seksualnym dzieci. Projekt ECSA (Eradicating Child Sexual Abuse – Wyeliminowanie Wykorzystywania Seksualnego Dzieci) opracowuje pakiet narzędzi, który kataloguje ogromną liczbę interwencji stworzonych na całym świecie, aby stawić czoło i zapobiegać wykorzystywaniu seksualnemu dzieci, a następnie zachęca do tworzenia strategii profilaktycznych, które odpowiadają lokalnym warunkom. Przy odpowiednim wykorzystaniu i dofinansowaniu ta wiedza może pomóc każdemu krajowi w lepszym zapobieganiu wykorzystywaniu seksualnemu jego dzieci. Wyzwanie jest potężne, jako że co najmniej jedno na dziesięcioro dzieci doświadcza nadużycia seksualnego przed swoimi osiemnastymi urodzinami (Radford i in., 2011). Jednakże biorąc pod uwagę koszty, jakie niesie taka przemoc dla tych krajów i jednostek, potencjalne korzyści są ogromne.

Zakończę śmiałymi słowami Jamesa Mercyego, z Ośrodka Kontroli Chorób (Center for Disease Control) w Atlancie, które są tak samo odpowiednie dziś, jak wówczas, gdy były wypowiedzane – 15 lat temu:

*Wyobraźcie sobie chorobę dziecięcą, która dotyka jednej na pięć dziewczynek i jednego na siedmiu chłopców, zanim ukończą 18 lat: chorobę, która powoduje dramatyczne wahania nastroju, nieobliczalne zachowania, a nawet poważne zaburzenia zachowania wśród osób nią dotkniętych; chorobę, która rodzi nieufność wobec dorosłych i nadwą-*

*tła możliwość doświadczenia normalnych relacji seksualnych; chorobę, która może mieć poważne skutki dla przyszłego zdrowia jednostki, zwiększając ryzyko takich problemów, jak nadużywanie substancji, choroby przenoszone drogą płciową oraz zachowania samobójcze; chorobę, która powiela się, sprawiając, że niektóre z jej ofiar narażają przyszłe pokolenia na jej osłabiające skutki.*

*Wyobraźcie sobie, co zrobilibyśmy jako społeczeństwo, gdyby taka choroba istniała. Nie szczędzilibyśmy środków. Mocno inwestowalibyśmy w podstawowe i stosowane badania. Tworzylibyśmy systemy do identyfikowania dotkniętych chorobą i zapewnilibyśmy pomoc, by ich leczyć. Tworzylibyśmy i szeroko wdrażalibyśmy kampanie profilaktyczne, aby chronić nasze dzieci.*

*Czyż nie?*

*Taka choroba naprawdę istnieje. Nazywa się wykorzystywanie seksualne dzieci (Mercy, 1999).*



## Bibliografia

- Beech, A. and Ford, H. (2006) The relationship between risk, deviance, treatment outcome and sexual reconviction in a sample of child sexual abusers completing residential treatment for their offending. *Psychology, Crime and Law* 12, 685–701.
- Cohen, L.E. and Felson, M. (1979) Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review* 44, 588–608.
- Eck, J. (2003) Police problems: The complexity of problem theory, research and evaluation. *Crime Prevention Studies* 15, 79–113.
- Eldridge, H.J. and Findlater, D. (2009) A Community Residential Treatment Approach for Sexual Abusers: A Description of the Lucy Faithfull Foundations Wolvercote Clinic and Related Projects. In A.R. Beech, L.A. Craig and K.D. Browne (eds) *Assessment and Treatment of Sex Offenders: A Handbook*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Elliott, I.A., Findlater, D. and Hughes T. (2010) Practice report: A review of e-safety remote computer monitoring for UK sex offenders. *Journal of Sexual Aggression* 16, 2, 237–248.
- Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (2009) The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children* 19,2.
- HMSO (2004) *The Birchard Inquiry Report*. London: Stationery Office.
- Home Office (2007) *Review of the Protection of Children from Sex Offenders*. London: Home Office.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. and Lozano, R. (2002) *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

- Mercy, J.A. (1999) Having new eyes: Viewing child sexual abuse as a public health problem. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 11, 4, 317–321.
- Ogloff, J.R.P., Cutajar, M.C., Mann, E. and Mullen, P. (2012) Child sexual abuse and subsequent offending and victimization: A 45 year follow-up study. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 440. Criminology Research Council.
- Pellai, A. (2008) Sexual abuse: Prevention is possible? The how and why of child sexual abuse primary prevention. *Sexologies. European Journal of Sexology and Sexual Health* 17/S1, 33.
- Politics.co.uk (2013) The Internet and pornography: Prime Minister calls for action. Available at [www.politics.co.uk/comment-analysis/2013/07/22/david-cameron-s-porn-speech-in-full](http://www.politics.co.uk/comment-analysis/2013/07/22/david-cameron-s-porn-speech-in-full), accessed on 7 July 2014.
- PPAC (2013) *Somali Project Evaluation – Executive Summary*. London: Lucy Faithfull Foundation.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H. i in., (2011) *Child Abuse and Neglect in the UK Today*. London: NSPCC.
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T. i in., (2003) Development of sexually abusive behavior in sexually victimised males: A longitudinal study. *Lancet* 361, 471–476.
- Scott, T. (2000) Rational Choice Theory. In G. Browning, A. Halcli and F. Webster (eds) *Understanding Contemporary Society: Theories of the Present*. London: Sage.
- Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stevenson, J. i in., (1998) Risk factors for development of sexually abusive behavior in sexually victimized adolescent boys: Cross sectional study. *BMJ* 317, 175–179.
- Smallbone, S. and McKillop, N. (in press) Evidence-informed approaches to preventing sexual violence and abuse. In A. Blockland and P. Lussier (eds) *Sex Offenders: A Criminal Career Approach*. Oxford: Wiley-Blackwell.

- Smallbone, S. and Wortley, R. (2004) Onset, persistence and versatility of offending among adult males convicted of sexual offenses against children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 16, 285–298.
- Smallbone, S., Marshall, W.L. and Wortley, R. (2008) *Preventing Child Sexual Abuse: Evidence, Policy and Practice*. Cullompton: Willan Publishing.
- Stop it Now! UK and Ireland (2013) *Helpline and Campaign Report 2002–2012*. London: Lucy Faithfull Foundation.
- Stop it Now! Wales (2013) *Six Month Progress Report to the Welsh Government*. London: Lucy Faithfull Foundation.
- Wilson, R.J., Cortoni, F. and McWhinnie, A.J. (2009) Circles of Support and Accountability: A Canadian national replication of outcome findings. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 21, 412–430.
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006) *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva: WHO.
- Wortley, R. and Smallbone S. (2006) *Situational Prevention of Child Sexual Abuse. Crime Prevention Studies Volume 19R*. Monsey, NY: Criminal Justice Press.

## PODSUMOWANIE

*Arnon Bentovim i Jenny Gray*

### Wprowadzenie

To podsumowanie dotyczące ewaluacji podejścia mającego na celu wyeliminowanie zjawiska krzywdzenia dzieci, ma swój początek w norworskiej pracy Henryego Kempego i jego współpracowników, którzy w 1962 r. opisali „zespół dziecka maltretowanego”. Ich wpływowy artykuł skupiał uwagę świata profesjonalistów i samego społeczeństwa na zjawisku krzywdzenia dzieci oraz zapoczątkował globalny proces rozpoznawania, reagowania i interwencji. W wykładzie, wygłoszonym w 1978 r. przez Henryego Kempego dla uczestników Kongresu w Londynie, zorganizowanego przez Międzynarodowe Towarzystwo Zapobiegania Przemocy i Zaniedbaniom wobec Dzieci – International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (które powołał), zebrał pracę, którą wykonał od czasu opisania syndromu dziecka maltretowanego około 15 lat wcześniej (Kempe i in., 1962).

Kempe pokazał, że profesjonalści, po tym jak zaczęli rozpoznawać najcięższe formy przemocy fizycznej wobec dzieci, które skutkowały złamaniami i sińcami, zaczęli następnie dostrzegać inne formy krzywdzenia, w tym te najbardziej rozpowszechnione – zaniedbywanie i zaburzenie rozwoju fizycznego (*failure to thrive*), sytuacje, w których dzieci są krzywdzone emocjonalnie i odrzucane oraz, w późniejszym czasie,

wykorzystywanie seksualne. Te formy krzywdzenia dzieci nadal stanowią główny problem dla specjalistów pracujących w obszarze ochrony dzieci. Henry Kempe dodał, proroczo, ostatni etap rozwoju społecznego: gdy potrzeby dzieci zostaną dobrze zaspokojone i gdy będą one otoczone właściwą opieką i chronione przed przemocą i zaniedbywaniem.

Ostatni z tematów poruszonych przez Kempego jest kluczowy dla niniejszego zbioru rozdziałów, których zamierzeniem jest refleksja na temat aktualnego myślenia o różnych formach krzywdzenia dzieci. W ciągu tych 50 lat, od czasu, gdy Henry Kempe opisał „syndrom dziecka maltretowanego”, zaobserwowaliśmy postęp. Możemy zmierzyć, jak daleko zaszliśmy na drodze ku osiągnięciu opisanego przez niego ostatniego etapu i zastanowić się nad tym, co musimy jeszcze zrobić, aby osiągnąć ten ostateczny cel oznaczający, że dzieci są chronione, otoczone odpowiednią opieką, a ich prawa są respektowane.

Kolejnym kamieniem milowym podczas tej podróży jest *Światowy raport na temat przemocy wobec dzieci – World Report on Violence against Children* (zwany dalej „badaniem”) Sekretarza Generalnego Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), który w 2006 r. zaprezentował ONZ Pinheiro, niezależny ekspert kierujący badaniem. Raport ten uwzględniał nie tylko te formy przemocy, które wiele lat wcześniej opisał Kempe, ale również rozszerzył pojęcie krzywdzenia dzieci na inne akty przemocy i wykorzystania wobec dzieci. Oprócz używania definicji ustanowionej w Artykule 19. Konwencji o prawach dzieci (UNCRC 1989) (patrz: rozdział 2): „wszelkie formy przemocy fizycznej lub psychicznej, obrażeń i nadużycia, zaniedbania lub lekceważącego traktowania, krzywdzenia lub wyzysku, w tym wykorzystywanie seksualne”, nawiązuje do definicji zawartej w *Światowym raporcie na temat przemocy wobec dzieci* (Krug i in., 2002):

*Zamierzone stosowanie przez jednostkę lub grupę siły fizycznej lub władzy; grożącej lub faktycznej, w stosunku do dziecka, która skutkuje lub z wysokim prawdopodobieństwem może skutkować faktyczną lub*

*potencjalną szkodą w odniesieniu do zdrowia, przetrwania, rozwoju lub godności dziecka* (Pinheiro, 2006, s. 4).

Badanie odzwierciedla *podejście oparte na prawach dziecka*, co stanowi fundament UNCRC. UNCRC została obecnie ratyfikowana przez niemal każdy kraj, aby zagwarantować dzieciom:

- ✓ otrzymanie usług (pomocy), odpowiednie do ich potrzeb,
- ✓ uczestnictwo w życiu społecznym,
- ✓ prawo do ochrony i opieki.

Komitet ONZ ds. Praw Dzieci („Komitet”) argumentuje, że wszystkie trzy rodzaje praw są nierozłączne i powinny być wprowadzane jako pakiet, nie zaś oddzielnie. Zebranie razem podstawowych obaw związanych z krzywdzeniem dzieci w kontekście rodzinnym (przedmiot zainteresowania prac Henryego Kempego), perspektywy praw dziecka oraz potrzeby ochrony wszystkich dzieci przed przemocą spowodowało rozszerzenie definicji krzywdzenia dzieci. Obecnie konieczne jest włączenie dzieci, które są wyzyskiwane, dzieci zaangażowanych w konflikt zarówno w roli ofiary, jak i sprawcy, oraz licznych dzieci, dla których kontekstem takiej przemocy jest nędza, z powodu której nadal cierpią na całym świecie.

Po tym mającym szeroki zasięg badaniu ONZ, pojawił się budzący nadzieję raport UNICEF (2013), *Championing Childrens Rights – a Global Study of Independent Human Rights Institutions for Children* (*Orędownictwo na rzecz praw dzieci – globalne badanie niezależnych instytucji zajmujących się prawami dzieci*). Opisuje on, że cele osiągnięte od 1989 r. oraz powołanie niezależnych instytucji uwzględniły wywarcie wpływu na politykę rządu, bycie dostępnym, aby zajmować się określonymi problemami dzieci i rodzin oraz upewnienie się, że dzieci stale mają głos. Wszystko to są kroki w kierunku wspierania planu osiągnięcia celu

w postaci wyeliminowania problemu krzywdzenia dzieci. Wciąż jednak występują trudności z doprowadzeniem do respektowania praw dzieci w świecie, w którym poglądy na temat tego, czy dzieci i kobiety mają prawa, mogą drastycznie się zmieniać, w zależności od tego, kto posiada polityczną i religijną władzę w danym kraju.

Poprzez swoje programy, ISPCAN przyczynia się do tego procesu wyeliminowania krzywdzenia, np. inicjując projekt *Zapobieganie wykorzystywaniu seksualnemu dzieci: Praca z mężczyznami i chłopcami (Preventing Child Sexual Abuse: Working with Men and Boys)* w ramach *Denver Thinking Space*. Celem tej pracy jest wspieranie międzynarodowej społeczności w odpowiednim reagowaniu na wykorzystywanie seksualne dzieci poprzez zbieranie i analizowanie informacji na temat opartych na dowodach programów stosowanych na całym świecie, aby zapobiegać wykorzystywaniu oraz dalszemu cierpieniu tych dzieci, które już doświadczyły wykorzystania seksualnego (ISPCAN, 2011, 2013). Projekt ten prezentuje również, w jaki sposób najlepiej wdrażać te odkrycia, zwłaszcza w krajach rozwijających się, gdzie brakuje środków.

## **Dowody wspierające profilaktykę krzywdzenia**

Seria wpływowych artykułów opublikowanych w czasopiśmie „The Lancet” w 2009 i 2012 r. zapewniła rozległy przegląd dziedziny, przyglądając się obciążeniom i konsekwencjom związanym z krzywdzeniem dzieci (Gilbert i in., 2009a); analizując rozpoznawanie i reagowanie na krzywdzenie dzieci (Gilbert i in., 2009b); badając podejście odnoszące się do praw dzieci (Reading i in., 2009) oraz dokonując przeglądu profilaktyki krzywdzenia – pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowej – oraz powiązanych z nim negatywnych skutków w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży (MacMillan i in., 2009). Następnie miało miejsce rozległe badanie przeprowadzone w krajach o wysokim dochodzie, aby

przyjrzeć się temu, czy wskaźniki występowania krzywdzenia dzieci uległy zmianie wraz z upływem czasu, identyfikując czynniki, które wydają się sprzyjać spadkowi częstotliwości krzywdzenia (Gilbert i in., 2012). Wypływał z nich wniosek, że koncentrowanie się na wspieraniu ogólnego dobrostanu dzieci faktycznie wydaje się skutecznym punktem wyjścia w kierunku osiągnięcia całkowitego wyeliminowania krzywdzenia. Badacze wyrazili obawy dotyczące dalszego stosowania rozwiązania polegającego na umieszczaniu krzywdzonego dziecka w nowej rodzinie, co powinno być ostatecznym środkiem naprawczym, a tym samym nierozwijania pracy służącej zapobieganiu ponownemu wystąpieniu krzywdzenia i związanego z nim pogorszenia zdrowia i rozwoju dzieci.

### **Niszczący wpływ krzywdzenia na dzieci**

Zebrane dowody na temat wpływu krzywdzenia dzieci, przedstawione w rozdziale 2, pokazują ponad wszelką wątpliwość, jak bardzo niszczące są skutki krzywdzenia i przemocy wobec dzieci oraz jak rozległe są związane z nim zaburzenia (pogorszenie) w zakresie zdrowia i rozwoju. Badania podłużne i przekrojowe, przeanalizowane przez Gilbert i in. (2009a) dostarczają przekonujących dowodów potwierdzających szkodliwe skutki w zakresie wszystkich aspektów rozwoju dzieci, nauki, zdrowia fizycznego i psychicznego oraz długotrwałego wpływu na ich funkcjonowanie w dorosłości. Niedawne badania (Moffitt and the Klaus-Grawe, 2012, Think Tank, 2012), dotyczące biologicznych podstaw tych długotrwałych szkodliwych procesów, pokazały, jak przemoc w dzieciństwie wpływa na funkcjonowanie na podstawowym biologicznym poziomie. Występuje negatywny wpływ na funkcjonowanie neurologiczne oraz mózgu, a także dochodzi do wyzwiania chorób fizycznych i psychicznych. Przedłużające się procesy obronne wzbudzone, by walczyć z intensywnym toksycznym stresem związanym z krzyw-



dzeniem dzieci, mogą trwale wpłynąć na biologiczne mechanizmy radzenia sobie, co z kolei osłabia odporność psychiczną (*resilience*) dziecka, zdrowie i rozwój. To właśnie ten długotrwały wpływ, jaki wywiera krzywdzenie, jest tym, co czyni program wyeliminowania tego zjawiska absolutnie niezbędnym.

## Koszty krzywdzenia

Co więcej, koszty, jakie ponosi społeczeństwo, są bardzo znaczące (Fang i in., 2012). Chodzi tu zarówno o te bezpośrednie, w znaczeniu kosztów zmniejszenia podstawowych skutków dotyczących zdrowia i rozwoju dzieci, jak i o koszty wtórne związane z odpowiedzią na potrzeby dorosłych, którzy doświadczyli przemocy jako dzieci, a teraz cierpią z powodu złej kondycji fizycznej i psychicznej oraz źle funkcjonują jako partnerzy, rodzice i pracownicy. Przy znacznych zmianach w zakresie równowagi pomiędzy młodymi i starszymi osobami w populacjach w wielu częściach świata, długotrwałe skutki przemocy wobec dzieci mają istotny wpływ na funkcjonowanie całego społeczeństwa. Nie ma wątpliwości, że przemoc wobec dzieci stanowi poważne obciążenie nie tylko dla jednostek i rodzin, ale również dla dobrobytu społeczności.

W niniejszej publikacji zaprezentowaliśmy serię rozdziałów, które dostarczają wielu spośród koniecznych narzędzi i wyjaśniają sposoby, w jakie plan wyeliminowania krzywdzenia może być kontynuowany. *Światowy raport na temat przemocy wobec dzieci* (Pinheiro, 2006) Sekretarza Generalnego ONZ poczynił szereg rekomendacji, które zebrały przemyślenia z szerokiego zakresu międzynarodowych perspektyw. Rekomendacje te zostały uporządkowane tak, by koncentrować się na **polityce** i **praktyce** oraz służy jako rama do zorganizowania tego poświęconego wnioskowi rozdziału, potwierdzając i przeglądając kroki podczas podróży w kierunku wyeliminowania krzywdzenia. Przyjętą

tu perspektywą był przegląd nowatorskich badań oraz roli, jakie takie prace mogą odegrać, aby promować podstawowe rekomendacje badania i istotnie poprawić życie dzieci.

### **Najważniejsze rekomendacje dotyczące polityki**

*Światowy raport na temat przemocy wobec dzieci* (Pinheiro, 2006) Sekretarza Generalnego ONZ sformułował następujące istotne rekomendacje dotyczące polityki, nawołujące rządy i społeczeństwa obywatelskie do ich stosowania:

- ✓ wzmocnienie zobowiązania do działania na poziomie krajowym i lokalnym,
- ✓ zakazanie przemocy wobec dzieci,
- ✓ promowanie wartości niezwiązanych z przemocą oraz podnoszenie świadomości,
- ✓ pociągnięcie do odpowiedzialności i ukroczenie bezkarności tych, którzy krzywdzą dzieci,
- ✓ zapewnienie dostępnych i przyjaznych dziecku systemów zgłaszania oraz usług pomocowych,
- ✓ zajęcie się wymiarem przemocy wobec dzieci związanym z płcią
- ✓ rozwijanie i wdrażanie systemowego zbierania danych na poziomie krajowym oraz wysiłków badawczych,
- ✓ wzmocnienie międzynarodowych zobowiązań.

### *Wzmocnienie zobowiązania do działania na poziomie krajowym i lokalnym*

Istnieje wiele przykładów wspólnych, wielopłaszczyznowych ogólnokrajowych podejść do zwalczania określonych form przemocy wobec dzieci. Na przykład rosnące obawy związane z wykorzystywaniem (wyzyskiem) seksualnym dzieci zaowocowały międzynarodową i krajową współpracą pomiędzy praktykami działającymi na rzecz praw dzieci, pełnomocnikami ds. dzieci (*childrens commissioners*), instytucjami ustawowymi (takimi jak pomoc społeczna, ochrona zdrowia, oświata i policja) oraz organizacjami pozarządowymi, aby opracować, koordynować i realizować plan działania. Findlater w rozdziale 9 przedstawia kompleksowy model, który, choć koncentruje się na wykorzystywaniu seksualnym dzieci, może stanowić wzorzec dla wszystkich rodzajów przemocy na poziomie indywidualnym, rodzinnym i społecznym. Można go również odnieść do różnych miejscowości, regionów i całych krajów.

Rozwój populacyjnych strategii profilaktycznych, które opisuje Prinz w rozdziale 5, dostarcza wzorca dla programów interwencyjnych dla populacji. Koncentruje się on na wszystkich poziomach, biorąc pod uwagę zarówno rodziców, którzy stają w obliczu normalnych wyzwań okresu dzieciństwa, jak i tych, którzy mają poważne trudności w pełnieniu roli rodzica w sposób skuteczny i bezpieczny. Kolejnym krokiem dla programu Triple P (Potrójne P), który okazał się skuteczny na poziomie regionalnym, jest zaadaptowanie go i przetestowanie na poziomie krajowym i międzynarodowym.

### *Zakazanie przemocy wobec dzieci*

W miarę jak coraz więcej form zachowania wobec dzieci uznawane jest za przemoc, to rozpoznanie musi być poparte uznaniem na poziomie międzynarodowym, reakcjami i działaniem wraz ze zmianami w prawie wewnętrznym oraz skoordynowanym planowaniem strategicznym, połączonym z działaniami skierowanymi na problem biedy i niedostatku.

Pojawia się coraz więcej obaw na poziomie międzynarodowym i krajowym oraz dyskusji publicznych na temat szkodliwej praktyki okaleczania kobiecych narządów płciowych, które prowadzą do rosnącego zapotrzebowania na podjęcie działań promujących oparty na szerokich podstawach program legislacji i edukacji, aby zakończyć tak znaczącą, szkodliwą praktykę. Jednakże wdrażając te zmiany, należy zauważyć, że gdy takie czynności są częścią głęboko utrzymywanego systemu przekonań, rodzice mogą decydować się unikać poszukiwania jakichkolwiek potrzebnych metod leczenia ze strony profesjonalistów z dziedziny ochrony zdrowia, co niesie zgubne skutki dla zdrowia niemowlęcia/dziecka.

Dzieci będące ofiarami handlu ludźmi, wyzyskiwane seksualnie lub zaangażowane w konflikt jako dzieci-żołnierze są również przykładem złożonych sposobów, w jakie dzieci mogą być wykorzystywane. Aby tę przemoc zakończyć, takie rodzaje przemocy wymagają skoordynowanego na poziomie międzynarodowym, nieustępliwego interdyscyplinarnego procesu.

Zakazanie kar fizycznych również jest spostrzegane jako kluczowe dla wyeliminowania przemocy wobec dzieci. W 1979 r. Szwecja była pierwszym krajem, który wprowadził ustawę zakazującą stosowania kar fizycznych, i wydaje się, że doprowadziło to do pozytywnych zmian w postawach i zachowaniach rodziców (Durant, 1999). Od tej pory niektóre inne kraje również wprowadziły podobne ustawodawstwo (Globalna Inicjatywa na rzecz Zakończenia Kar Fizycznych – Global Initiative to End Corporal Punishment, 2014).

### *Promowanie wartości niezwiązanych z przemocą oraz podnoszenie świadomości*

Edukacja publiczna stanowi podstawowy składnik każdego programu mającego na celu wyeliminowanie krzywdzenia dzieci. Podejście popu-

lacyjne Prinza, opisane w rozdziale 5, do którego odnosiliśmy się powyżej, opierało się na szerokim podejściu związanym z edukacją publiczną, aby nagłośnić kwestie związane z dobrym rodzicielstwem oraz by umożliwić rodzicom udział w programie profilaktycznym.

Findlater w rozdziale 9 opisuje kompleksowy model zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu dzieci, który uwzględnia obszerne podejście edukacyjne. Polega ono na rozpowszechnianiu informacji na temat szkodliwych efektów wykorzystywania seksualnego dzieci oraz na podnoszeniu świadomości na wszystkich poziomach, jeśli potrzebna jest zmiana postaw, w tym m.in. podważanie stereotypowych ról związanych z płcią, dyskryminacji i kar fizycznych.

ISPCAN (2013) wyróżnia podejścia, których celem jest edukowanie chłopców i mężczyzn na temat tego, jak mogą walczyć z negatywnymi stereotypowymi reakcjami związanymi z męską przemocą. Jednakże to nie tylko mężczyźni i chłopcy potrzebują dostępu do programów edukacyjnych, a istnieje wiele takich, które zajmują się również postawami i oczekiwaniami dziewczynek i kobiet. By mogły być skuteczne, te podejścia muszą być rozwijane jako istotny aspekt edukacji dzieci i młodzieży.

### *Pociągnięcie do odpowiedzialności i ukrócenie bezkarności tych, którzy krzywdzą dzieci*

Niezbędna jest koordynacja pomiędzy instytucjami zajmującymi się ochroną dzieci, sądami i systemami karnymi, aby podjąć odpowiednie decyzje co do działań podejmowanych w sprawie podejrzeń związanych z krzywdzeniem oraz diagnozy dziecka i rodziny. Następująca potem terapia musi koncentrować się na zmniejszeniu wpływu traumy na ofiarę oraz na zajęciu się naruszającym prawo zachowaniem sprawcy oraz wspieraniu resocjalizacji (Letourneau i in., 2009). Dzieci, które są ofiarami przemocy, są zagrożone zachowaniami eksternalizującymi i po-

trzebują pomocy zarówno w tym, by zająć się ich doświadczeniami jako ofiar oraz w przesłedzeniu procesu, który prowadzi do zachowań sprawczych, które opisali Bentovim (rozdziały 7 i 8) oraz Findlater (rozdział 9). Należy również wziąć pod uwagę pracę nad wpływem, jaki wywiera na rodzinę przemoc wobec dzieci, której sprawcą jest członek rodziny lub osoba jej bliska, co opisał Bentovim (rozdziały 7 i 8).

Podczas sprawy sądowej dzieci mogą musieć składać zeznania i mogą doświadczać tego procesu jako kolejnej przemocy. Delikatne, wiarygodne sposoby przeprowadzania przesłuchiwania dzieci i podatnych dorosłych oraz nagrywania tych dowodów, są obecnie dostępne dzięki programom wideo i komputerowym, takim jak *In My Shoes*, [pol. *Na moim miejscu*] (Calam i in., 2000; Grasso, Atkinson i Jimmieson, 2013). Zastosowanie takich podejść ułatwia zeznawanie przed sądem w sposób, który minimalizuje traumatyzację dzieci – świadków (ISPCAN, 2011).

### ***Zapewnienie dostępnych i przyjaznych dziecku systemów zgłaszania przypadków krzywdzenia oraz usług pomocowych***

Na świecie jest już wiele doświadczeń związanych z telefonami zaufania, takimi jak ChildLine w Wielkiej Brytanii, Telephono Azzurro we Włoszech oraz Saudi Child Helpline (16199) w Królestwie Arabii Saudyjskiej (więcej informacji można znaleźć na następujących stronach: [www.childline.org.uk](http://www.childline.org.uk); [www.azzurro.it](http://www.azzurro.it); [www.nfsp.org.sa](http://www.nfsp.org.sa); [www.childhelplineinternational.org](http://www.childhelplineinternational.org)). Ich wartość w pomaganiu dzieciom i młodzieży zagrożonych lub doświadczających przemocy została potwierdzona, a telefony zaufania są podejściem, które jest szeroko przyjmowane, np. w krajach arabskich. Międzynarodowa sieć telefonów zaufania Child Helpline International każdego roku zbiera i analizuje dane ze swoich krajów członkowskich, a w 2013 r. opublikowała dane z pierwszych dziesięciu lat w raporcie *Głosy dzieci i młodzieży (The Voices of Children*

*and Young People*). Opisywał on, że „tematami, o których dzieci i młodzież najczęściej chciały rozmawiać, były relacje z rówieśnikami (17%), przemoc i agresja (17%), psychospołeczne zdrowie psychiczne (16%), oraz relacje rodzinne (15%)” (s. 3).

Rozwój infolinii dla rodziców oraz specjalistycznych telefonów zaufania, jak te opisywane przez Findlatera w rozdziale 9, w ramach kompleksowego podejścia do zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu, również ma dużą wartość. *Stop it Now!* jest przykładem podejścia, w którym jednostki i ich rodziny, mający obawy dotyczące zachowań seksualnych, mogą otrzymać wsparcie w podjęciu interwencji zapobiegających rozwojowi szkodliwych zachowań seksualnych.

### *Aspekt płci związany z przemocą wobec dzieci*

Panuje zgodność co do tego, że polityki (strategie) i programy antyprzemocowe muszą być tworzone i wdrażane z perspektywy płci (*gender perspective*). Muszą one brać pod uwagę różne zagrożenia stojące przed dziewczynkami i chłopcami oraz to, że należy promować prawa człowieka u kobiet i dziewczynek, a także upewnić się, że zajmują się wszystkimi formami dyskryminacji ze względu na płeć jako część kompleksowej strategii profilaktycznej.

Projekt ISPCAN, dotyczący profilaktyki wykorzystywania seksualnego, podniósł pewne ciekawe kwestie dotyczące tego, czy jest to właściwe, by, z różnych powodów (takich jak kultura, religia, wiek oraz etap rozwoju), dziewczynki oraz chłopcy i mężczyźni brali udział w programie w tym samym czasie. Zrodziły się też pytania o to, jak można pomóc mężczyznom i chłopcom jako ofiarom, szczególnie gdy uwaga skupia się na kobietach i dziewczynkach. Z informacji dostarczonych do ISPCAN, wynikało, że programy profilaktyki pierwszorzędowej dla dzieci poniżej 6 lat zazwyczaj prowadzone są zarówno dla dziewczynek, jak i chłopców, natomiast te skierowane do starszych dzieci, szczególnie

zaś programy na poziomie trzeciorzędowym, zwykle są prowadzone oddzielnie. Istnieją również dowody na to, że programy profilaktyczne dla dorosłych zazwyczaj koncentrują się na kobietach. Często wiąże się to z przekonaniami dotyczącymi norm kulturowych i religijnych. Niewiele jest jednak danych na temat tego, czy decyzje dotyczące tego, kto ma być grupą docelową danego programu, są podejmowane na podstawie wyników empirycznych, czy tylko akceptowanych przekonań.

### *Rozwijanie i wdrażanie systemowego gromadzenia danych na poziomie krajowym oraz wysiłki badawcze*

Wielka Brytania ma stosunkowo dobrze rozwinięte systemy gromadzenia danych na temat dzieci, które są przypuszczalnie krzywdzone, zarówno instytucji zajmujących się dobrem dzieci, jak i ich ochroną (Department for Education, 2013; Rogers i Waugh, 2013; Scottish Government, 2013; Welsh Government, 2013), a statystyki są szeroko wykorzystywane zarówno w tworzeniu polityk, jak i badaniach. W Anglii i Walii dane dotyczące ochrony dzieci są systematycznie zbierane od czasu wejścia w życie ustawy Children Act 1989. W Anglii dane są obecnie zbierane na poziomie każdego dziecka, co oznacza, że można prześledzić (anonimowo) w czasie podróży każdego dziecka w ramach systemu pomocy społecznej dla dzieci bez względu na to, czy jest to dziecko w potrzebie, objęte planem ochrony dzieci czy opieką. Wraz z upływem czasu będzie to oznaczało, że możliwe jest lepsze zrozumienie, co dzieje się z dziećmi, które są kierowane do pomocy społecznej ds. dzieci. Obecnie jednakże nie jest prawnie możliwe powiązanie danych dziecka z systemu pomocy społecznej z danymi z systemu ochrony zdrowia, jak to się dzieje np. w zachodniej Australii (patrz: Woodman i Gilbert, rozdział 3).

W Wielkiej Brytanii istnieje długa tradycja zlecenia przez rząd badań, aby przeprowadzić ewaluację polityk rządu i ich wpływu na dzieci



i rodziny oraz organizacje. Inicjatywa Badawcza na rzecz Zabezpieczenia/Ochrony Dzieci – The Safeguarding Children Research Initiative składała się z 15 badań, do których nawiązywano w niniejszej książce, w tym jednego dotyczącego krzywdzenia emocjonalnego przeprowadzonego przez Barlow i Schrader McMillan (2010). Ich wyniki dostarczają bogactwo informacji na temat tego, jak dalece dobrze chronione są dzieci w Anglii. Oprócz streszczenia każdego z badań, ten przeglądowy raport ustalił również to, co już wiadomo na temat najbardziej skutecznych interwencji oraz stanowi ważny wkład w bazę danych z badań naukowych, na której opiera się rozwój polityk i praktyki (Davies i Ward, 2012). Ustalił on również, że wiele z tych interwencji ma liczne elementy wspólne i zasugerował, że „może być możliwe stworzenie podejścia, które wyodrębni wspólne elementy z istniejących interwencji opartych na dowodach, aby zająć się różnorodnymi i złożonymi przypadkami” (Davies i Ward, 2012, s. 144). To podejście jest szczegółowo przedstawione w programie *Nadzieja dla Dzieci i Rodzin*, które opisuje Bentovim w rozdziale 7.

### *Wzmocnienie międzynarodowych zobowiązań*

W Wielkiej Brytanii Konwencja o prawach dziecka ONZ (UNCRC) została ratyfikowana 16 grudnia 1991 r., a w Anglii i Walii ustawa Children Act 1989 stanowi główny akt prawny, na podstawie którego jest ona wykonywana. Wyeliminowanie krzywdzenia dzieci wymaga tego, by UNCRC została skutecznie wdrożona, a Komentarz Ogólny nr 13, wydany w 2011 r. przez Komitet ds. Dzieci przy ONZ, dostarcza praktycznych wskazówek dla rządów i głównych interesariuszy dotyczący tego, w jaki sposób podejmować tę odpowiedzialność, ze szczególnym uwzględnieniem artykułu:

*Prawem dziecka jest bycie wolnym od wszelkich form krzywdzenia.*

## **Najważniejsze rekomendacje praktyczne**

*Światowy raport na temat przemocy wobec dzieci* Sekretarza Generalnego ONZ (Pinheiro, 2006) uwzględniał następujące rekomendacje praktyczne:

- ✓ priorytetowe potraktowanie profilaktyki,
- ✓ zapewnienie pomocy w zdrowieniu i integracji społecznej,
- ✓ wzmocnienie możliwości wszystkich osób pracujących z dziećmi i dla dzieci,
- ✓ zapewnienie udziału dzieci.

### *Zapobieganie krzywdzeniu przez zajęcie się leżącymi u jego podłoża przyczynami przemocy wobec dzieci*

Gray w swoim wprowadzającym rozdziale przywołuje koncepcję wartości podejścia zdrowia publicznego, a Bentovim w rozdziale 2 opisuje sposób, w jaki podejście zdrowia publicznego zostało wzbogacone przez ponowne zdefiniowanie tego, co składa się na krzywdzenie dzieci, uwzględniając zarówno perspektywę praw dziecka, jak i dzieci doświadczających rozległej krzywdy poprzez wyzysk. Woodman i Gilbert w rozdziale 3 przedstawiają podejście zdrowia publicznego zastosowane wobec pracowników ochrony zdrowia, Barlow w rozdziale 4 koncentruje się na profilaktyce pierwszorzędowej, aby w uniwersalny sposób wspierać rozwój dostrojonego rodzicielstwa i przywiązania, a Prinz w rozdziale 5 dostarcza wielopoziomowego mieszanego podejścia do profilaktyki. Te różne rozdziały razem dostarczają sieci narzędzi i podejść opartych na dowodach, które mogą być zastosowane jako część kompleksowej strategii skierowanej na profilaktykę krzywdzenia dzieci na poziomie populacji.

### *Zapewnienie pomocy w zdrowieniu i reintegracji społecznej*

Ekosystemowy *Schemat Oceny Dzieci w Potrzebie i ich Rodzin* (zwany Schematem Oceny), zapoczątkowany w Wielkiej Brytanii (Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office, 2000) oraz przyjęty w innych krajach, ma potencjał do tego, by zapewnić wzorzec dla wielopłaszczyznowego i systemowego modelu reagowania na przemoc wobec dzieci oraz może zostać zintegrowany z krajową strategią planowania. Jest przeznaczony do stosowania w indywidualnej pracy z dziećmi i rodzinami. Jednakże jego skuteczne wdrożenie wymaga opartej na dowodach strategii, która uwzględni odpowiednią alokację środków, tak by niezbędna pomoc była dostępna, odpowiadając na rozpoznane potrzeby dzieci i rodzin, kompetentnych specjalistów wyszkolonych do indywidualnej pracy z dziećmi, udziału rodziców (którzy mogą stanowić duże wyzwanie) i rodzin, a także stałej ewaluacji tego, czy oferowana pomoc faktycznie poprawia efekty u dzieci (Cleaver i Walker, 2003).

Możliwości zastosowania Schematu Oceny zostały przedstawione przez Bentovima w rozdziałach 7 i 8. Został on zastosowany jako podstawowy model dokonywania opartych na dowodach ocen (diagnoz) tego, jak dobrze funkcjonują dzieci, czy ich potrzeby są zaspokajane, jakie są możliwości zaspokajania tych potrzeb przez rodziców oraz indywidualne czynniki rodzinne i społeczne, które mogą mieć wspierający lub negatywny wpływ. Podejścia oparte na dowodach są stosowane, aby nakreślić kroki potrzebne do rozpoznania i reagowania na krzywdzenie dzieci, diagnozy, analizy zagrożenia krzywdą dziecka, w wypadku gdy rodzina się nie zmienia, podejmowania decyzji dotyczących możliwości interwencji oraz stworzenia programu interwencji, która może zostać szeroko udostępniona.

W rozdziałach 7 i 8 Bentovim opiera się na modelu, który opracowali Chorpita i współpracownicy, aby rozwinąć podejście do profilak-

tyki drugo- i trzeciorzędowej, polegające na wyodrębnieniu aktywnych komponentów praktycznych spośród opartych na dowodach podejść i stworzeniu serii modularnych interwencji. Celem jest szerokie udostępnienie takich interwencji za pośrednictwem Internetu, zgodnie z modelem PracticeWise. Findlater w rozdziale 9 wprowadza model, który może zająć się pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową profilaktyką wobec tych, którzy dopuszczają się szkodliwych zachowań seksualnych, ofiar i członków rodzin oraz sytuacji, które mogą być zagrożeniem dla dzieci i młodzieży. Zapewnia to wielopoziomowe podejście do pracy z całym spektrum krzywdzenia dzieci, koncentrując się na różnych komponentach oraz integrując elementy w ramach cyklu ochrony, który ma zwalczyć negatywną spiralę czynników ryzyka, których rezultatem jest przemoc wobec dzieci.

### ***Wzmocnienie potencjału wszystkich osób pracujących z dziećmi i dla dzieci***

Tradycyjnie szkolenie w dziedzinie związanej z krzywdzeniem dzieci podkreślało zarówno rolę szkolenia indywidualnych praktyków z zakresu zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, wymiaru sprawiedliwości oraz prawa, jak również szkolenia interdyscyplinarnego (HM Government, 2013; ISPCAN, 2014). Zapewnia to integrację podejść przez praktyków z różnych dziedzin, którzy mogą „pracować razem” nad potrzebami krzywdzonych dzieci oraz złożonym zestawem czynników rozpoznanych u jednostek i rodzin, które mają wpływ na możliwości bycia dobrym i skutecznym rodzicem. *Schemat Oceny Dzieci w Potrzebie i ich Rodzin – Framework for Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health i in., 2000) dostarcza profesjonalistom podstawowej struktury do opisywania potrzeb dzieci, możliwości rodzicielskich oraz czynników rodzinnych i środowiskowych. Umożliwia to rozwój programów szkoleniowych dla praktyków, biorących pod uwagę zarówno perspektywę indywidualną, jak i wspólną.

Oparte na dowodach podejście organizacji szkoleniowej The Child and Family Training, opisane w rozdziale 7, uwzględnia szereg kwestionariuszy i skal, *Domową Ocena Środowiska – Home Assessment of the Environment* (Cox i Walker, 2002) oraz *Wywiad Rodzinny – Family Assessment* (Bentovim i Bingley Miller, 2001). Są one zintegrowane i udostępnione za pośrednictwem programów szkoleniowych dla praktyków na wszystkich poziomach biegłości. Stosowany jest model „szkolenia trenerów” (*training the trainers*), aby pracownicy instytucji nabywali umiejętności trenerskich i na zasadzie kaskady tworzyli obszerne programy szkoleniowe dla innych pracowników w ramach swojej instytucji.

Podejście, które opisał Chorpita w rozdziale 6, może być udostępnione za pośrednictwem Internetu, dzięki czemu z materiałów opartych na dowodach mogą korzystać w swojej pracy z dziećmi i rodzinami praktycy zajmujący się udzielaniem im wsparcia. Chorpita odkrył, że gdy specjaliści czytają te materiały, mogą dzięki temu podjąć bardziej skuteczne oddziaływania niż w „typowej terapii” oraz że szkolenia w ramach instytucji oraz wsparcie dla pracowników może jeszcze skuteczniej podnieść jakość dostarczanej pomocy.

Podejście Prinza, opisane w rozdziale 5, uwzględniało przyjęcie określonego programu, Potrójnego Rodzicielstwa (Triple Parenting, Triple P), który może być prowadzony na różnych poziomach trudności rodzicielskich. Wszyscy praktycy z danego obszaru mogą uczestniczyć w szkoleniu, jako że Triple P okazał się skutecznym podejściem do stosowania w różnych kontekstach.

Można prowadzić szeroko zakrojone szkolenia przybliżające wypracowane podejścia do interwencji wobec małych dzieci i ich rodziców oraz modyfikowania pozabezpiecznego przywiązania. Celem przyjętym przez Barlow w rozdziale 4 oraz przez program *Nadzieja dla Dzieci i Rodzin*, opisany w rozdziale 7 jest szerokie udostępnienie materiałów za pośrednictwem Internetu, z dodatkowymi szkoleniami, kaskadowo przekazywanymi w ramach instytucji. Rozszerzanie dostępu pracow-

ników pierwszego kontaktu do szkoleń, udostępnianie szkoleń za pośrednictwem Internetu, w powiązaniu z programami e-learningu – to wszystko elementy tworzenia dobrej jakości, opartych na dowodach, sposobów diagnozy i interwencji, dostępnych dla wszystkich praktyków, którzy muszą dobrze rozumieć zagadnienia związane z prawami dzieci i umieć interweniować na poziomie pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowym.

Niezbędne jest, aby wszystkie osoby pracujące w obszarze krzywdzenia dzieci miały umiejętności nawiązywania relacji z dzieckiem. Oprócz pracy nad zachowaniami rodzicielskimi związanymi z przemocą i zaniedbywaniem, kluczowym obszarem w programie *Nadzieja dla Dzieci i Rodzin*, opisanym przez Bentovima w rozdziałach 7 i 8, jest praca z dziećmi, a zatem materiały źródłowe dostarczają ram pokazujących, w jaki sposób nawiązywać dobrą relację (kontakt) z dziećmi. Ta praca zapewnia podstawę, od której można wyjść, by pomóc im zrozumieć, że nie są odpowiedzialne za krzywdzenie, odnaleźć bezpieczeństwo, rozwinąć umiejętności radzenia sobie, zrozumieć to, co im się przydarzyło oraz poradzić sobie ze specyficznymi emocjonalnymi, traumatycznymi i zagrażającymi (destrukcyjnymi) zachowaniami, czyli, innymi słowy, z negatywnymi skutkami przemocowego i zaniedbującego rodzicielstwa.

## **Wnioski**

Przyjmując jako punkt wyjścia przełomową pracę Kempego na temat „syndromu dziecka maltretowanego”, przeanalizowano aktualny obraz sytuacji, aby przyjrzeć się temu, jak daleko zaszliśmy na drodze do wyeliminowania zjawiska krzywdzenia dzieci – ostatecznej wizji Kempego. Pierwotne pojęcie krzywdzenia dzieci zostało poszerzone, by uwzględniać wszystkie formy przemocy i wyzysku wobec dzieci. Wśród zaangażowanych obecnie interesariuszy znajdują się międzynarodowe or-

ganizacje zajmujące się problematyką krzywdzenia dzieci (ISPCAN), zdrowiem dzieci (WHO), a także Organizacja Narodów Zjednoczonych (UNCRC: prawa dzieci). Przedstawiany jest argument, że w podróż w kierunku wyeliminowania krzywdzenia i przemocy wobec dzieci można wyruszyć z podejściem, które łączy rozumienie praw dziecka, a najlepsze jest tu Podejście Zdrowia Publicznego, opisane w rozdziałach tej książki. Istnieje potrzeba zintegrowania na początku uniwersalnych i ukierunkowanych (celowanych) podejść do zapobiegania krzywdzeniu i przemocy oraz zastosowania szeregu opartych na dowodach podejść, aby zapobiegać ponownemu krzywdzeniu i związanym z nim negatywnym skutkom u dzieci. Podróż ta nadal jest długa, a na drodze do osiągnięcia celu wyeliminowania krzywdzenia stoi wiele przeszkód. Jednakże skutki krzywdzenia i przemocy wobec dzieci są tak druzgocące, koszty ludzkie i finansowe tak ogromne, i na taką skalę, że tę podróż należy podjąć najpilniej, jak to możliwe. Środki do osiągnięcia tego celu są dostępne i muszą być zastosowane w sposób uniwersalny.

## Bibliografia

- Barlow, J. and Schrader McMillan, A. (2010) *Safeguarding Children from Emotional Maltreatment: What Works*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bentovim, A. and Bingley Miller, L. (2001) *The Family Assessment: Assessment of Family Competence, Strengths and Difficulties*. Brighton: Pavilion.
- Calam, R.M., Cox, A.D., Glasgow, D.V., Jimmieson, P. and Groth Larsen, S. (2000) Assessment and therapy with children: Can computers help? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 5, 3, 329–343.
- Child Helpline International (2013) *The Voices of Children and Young People*. Amsterdam: Child Helpline International.

- Cleaver, H. and Walker, S., with Meadows, P. (2003) *Assessing Childrens Needs and Circumstances: The Impact of the Assessment Framework*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cox, A. and Walker, S. (2002) *The HOME Inventory: A Training Approach for the UK*. Brighton: Pavilion.
- Davies, C. and Ward, H. (2012) *Safeguarding Children across Services: Messages from Research on Identifying and Responding to Child Maltreatment*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Department for Education. (2013). Characteristics of Children in Need in England, 2012-13. London: Department for Education. Available at [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/254084/SFR45-2013\\_Text.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/254084/SFR45-2013_Text.pdf), accessed on 1 August 2014.
- Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office (2000) *The Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: Stationery Office. Available at <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf>, accessed on 25 April 2014.
- Durant, J.E. (1999) Evaluating the success of Swedens corporal punishment ban. *Child Abuse and Neglect* 23, 5, 435–448.
- FX., Brown, D.S., Florence, C.S. and Mercy, J.A. (2012) The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse and Neglect* 36, 156–165.
- Gilbert, R., Fluke, J., O'Donnell, M., Gonzalez-Izquierdo, A.G. *i in.*, (2012) Child maltreatment: Variation in transient policies in six developed countries. *Lancet* 379, 758–77.



- Gilbert, R., Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. and Janson, S. (2009a) Child maltreatment 1: Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *Lancet* 373, 68–81.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D. and MacMillan, H.L. (2009b) Child maltreatment 2: Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 373, 167–80.
- Global Initiative to End Corporal Punishment (2014) *Countdown to Global Prohibition*. Available at <http://www.endcorporalpunishment.org/pages/frame.html?http%3A//www.endcorporalpunishment.org/pages/progress/countdown.html>, accessed on 25 April 2014.
- Grasso, F., Atkinson, K. and Jimmieson, P. (2013) *In My Shoes – A Computer Assisted Interview for Communicating with Children about Emotions*. Proceedings of the 2013 Humane Association Conference on Affective Computing and Intelligent Interaction (ACII 3013), 2–5 September, Geneva: IEEE Press.
- Hecht, D.B., Silovsky, J.F., Chaffin, M. and Lutzker, J.R. (2008) Project Safe-Care: An evidence-base approach to prevent child neglect. *APSAC Advisor* 20, 1, 14–17.
- ISPCAN (2011) *ISPCAN Denver Thinking Space 2011: Child Sexual Abuse: An International Perspective on Responding to Child Sexual Abuse. Executive Summary*. Available at [http://c.ymcdn.com/sites/www.ispcan.org/resource/resmgr/events/ispcan\\_denver\\_thinking\\_space.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.ispcan.org/resource/resmgr/events/ispcan_denver_thinking_space.pdf), accessed on 25 April 2014.
- ISPCAN (2013) *Working with Men and Boys – a Child Protection Strategy. Report of the ISPCAN Denver Thinking Space 2013*. Available at [http://c.ymcdn.com/sites/www.ispcan.org/resource/resmgr/report\\_of\\_dts\\_survey\\_final\\_p.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.ispcan.org/resource/resmgr/report_of_dts_survey_final_p.pdf), accessed on 25 April 2014.
- ISPCAN (2014) *The International Training Program of ISPCAN (ITPI)*. Denver: ISPCAN. Available online at [www.ispcan.org/?page=ITPITraining](http://www.ispcan.org/?page=ITPITraining), accessed on 1 August 2014.

- Kempe, H., Silverman, F., Steele, B., Droegemueller, W. and Silver, H. (1962) The Battered Child Syndrome. *Journal of the American Medical Association* 181, 4–11.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. and Lozano R. (eds) (2002) *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Letourneau, E.J., Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Schewe, P.A., McCart, M.R. and Chapman, J.F. (2009) Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1 year results from a randomised effectiveness trial. *Journal of Family Psychology* 23, 89–102.
- MacMillan, H., Wathen, C.N., Barlow, J., Fergusson, D.M., Leventhal, J.M. and Taussig, H.N. (2009) Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 373, 250–266.
- Moffitt, T.E. and the Klaus-Grawe 2012 Think Tank (2013) Childhood exposure to violence and long and life-long health: Clinical Intervention Science and Stress Biology Research joined forces. *Development and Psychopathology* 25, 1619–1634.
- Pinheiro, P.S. (2006) *World Report on Violence Against Children*. Geneva: United Nations.
- Reading, R., Bissell, S., Goldhagen, J., Harwin, J. *i in.*, (2009) Promoting childrens rights and preventing child maltreatment. *Lancet* 373, 332–343.
- Rogers, H. and Waugh, I. (2013) *Childrens Social Care Statistics for Northern Ireland 2012/13*. Available at [www.dhsspsni.gov.uk/index/stats\\_research/stats-cib-3/statistics\\_and\\_research-cib-ub/children\\_statistics.htm](http://www.dhsspsni.gov.uk/index/stats_research/stats-cib-3/statistics_and_research-cib-ub/children_statistics.htm), accessed on 26 April 2014.
- Scottish Government (2013) *Childrens Social Work Statistics Scotland, 2011–12*. Available at [www.scotland.gov.uk/Publications/2013/03/5229](http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/03/5229), accessed on 26 April 2014.

United Nations Committee on the Rights of the Child. (2011). General comment No. 13 (2011). The right of the child to freedom from all forms of violence. Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child. Available online at [www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13\\_en.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf), accessed on 1 August 2014.

UNICEF Office of Research (2013) *Championing Childrens Rights – A Global Study of Independent Human Rights Institutions for Children*. Florence: UNICEF.

Welsh Government (2013) *Children on Child Protection Register by Local Authority, Category of Abuse and Age Group*. Cardiff: StatsWales. Available at <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Health-and-Social-Care/Social-Services/Childrens-Services/Service-Provision/ChildrenOnChildProtectionRegisterby-Local-Authority-CategoryOfAbuse-AgeGroup>, accessed on 26 April 2014.

## LISTA WSPÓŁAUTORÓW

**Arnon Bentovim** jest psychiatrą dzieci i młodzieży, psychoanalitykiem i terapeutą rodzinnym. Jest dyrektorem organizacji Child and Family Training UK oraz profesorem wizytującym w Royal Holloway University w Londynie. Wcześniej był konsultantem w Great Ormond Street Childrens Hospital oraz Tavistock Clinic. Stworzył w szpitalu system diagnozy i interwencji związanej z wykorzystywaniem seksualnym oraz konsultacji z zakresu opieki nad dzieckiem oraz przeprowadził wiele badań z obszaru krzywdzenia dzieci. On i jego współpracownicy otrzymali zlecenie z brytyjskiego Departamentu Edukacji na opracowanie opartych na dowodach podejść do diagnozy, analizy i interwencji. Wraz z grupą współpracowników wydał publikację *Ochrona dzieci żyjących z traumą i przemocą rodzinną – Safeguarding Children Living with Trauma and Family Violence* (Jessica Kingsley Publishers 2009).

**Dr Bruce F. Chorpita** jest aktualnie profesorem psychologii na University of California w Los Angeles. Uzyskał doktorat na Uniwersytecie w Albany, Uniwersytecie Stanowym w Nowym Jorku (University at Albany, State University of New York), a w latach 1997–2008 pracował na Wydziale Psychologii na Uniwersytecie Hawajskim. Od 2001 do 2003 r. dr Chorpita pełnił funkcję dyrektora Oddziału ds. Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży Hawajskiego Departamentu Zdrowia (Hawaii Department of Healths Child and Adolescent Mental Health Division). Dr Chorpita ma wiele publikacji z dziedziny pomocy z zakresu zdrowia psychicznego dzieci oraz dziecięcych zaburzeń lękowych. Prowadzi badania i realizuje granty szkoleniowe z Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (National Institute of Mental Health), Hawajskich Departamentów Edukacji i Zdrowia, Fundacji Johna D. i Catherine Ma-

cArthur (the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation) oraz Fundacji Annie E. Casey Foundation. W 2007 r. nakładem wydawnictwa Guilford Press ukazała się jego książka na temat Modularnej Terapii Poznawczej, a niedawno opublikował protokół MATCH-ADTC, testowany w ramach wielośrodkowego badania klinicznego.

**Dr Eric Daleiden** jest Dyrektorem Operacyjnym PracticeWise, LLC. Ma rozległe doświadczenie w zarządzaniu strategicznym i operacyjnym, pełnił kierownicze funkcje akademickie, rządowe oraz w sektorze prywatnym. Eric uzyskał tytuł doktora na Uniwersytecie Stanowym w Ohio (Ohio State University).

**Donald Findlater** jest Dyrektorem ds. Badań i Rozwoju w Fundacji Lucy Faithfull (the Lucy Faithfull Foundation), brytyjskiej organizacji charytatywnej zajmującej się ochroną dzieci. Jest wykwalifikowanym pracownikiem socjalnym i kuratorem. Przez siedem lat kierował stacjonarnym programem diagnozy i terapii dla dorosłych mężczyzn – sprawców przestępstw na tle seksualnym w Klinice Wolvercote, a następnie od 2002 r. zajął się wprowadzaniem i pomocą w rozwijaniu działania Fundacji w zakresie profilaktyki pierwszorzędowej Jego obecna praca polega na wspieraniu instytucji w Afryce Wschodniej, Europie Wschodniej i Australii w tworzeniu i wdrażaniu podejścia zdrowia publicznego do profilaktyki wykorzystywania seksualnego.

**Jenny Gray**, OBE (Oficer Orderu Imperium Brytyjskiego, przyp. tłum.), jest konsultantem pracy socjalnej oraz przewodniczącą Międzynarodowego Towarzystwa Zapobiegania Przemocy i Zaniedbaniom wobec Dzieci (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect). W latach 1995–2012 była zawodowym doradcą brytyjskiego rządu do spraw ochrony dzieci, najpierw w Departamencie Zdrowia, a następnie w Departamencie Edukacji. W ramach tej funkcji kierowała rozwojem polityki dotyczącej diagnozy dzieci w potrzebie, zajmowała

się analizowaniem poważnych przypadków oraz śmierci dzieci oraz zlecaniem badań dotyczących ochrony dzieci.

**Ruth Gilbert** jest wykwalifikowanym pediatrą i epidemiologiem. Kieruje obszarem tematycznym związanym z opieką zdrowotną w ramach Jednostki Badań nad Polityką wobec Dzieci (Childrens Policy Research Unit), finansowanej przez Departament Zdrowia, uwzględniającej badania nad korzystaniem z opieki zdrowotnej przez dzieci narażone na krzywdzenie oraz inne przeciwności zarówno w Wielkiej Brytanii, jak i w innych krajach. Znaczna część jej badań wykorzystuje dane administracyjne. Kieruje działem badań nad zdrowiem matki i dziecka w Farr Institute of Health Informatics Research w Londynie oraz jest zastępcą dyrektora Centrum Badań nad Danymi Administracyjnymi (Administrative Data Research Centre) w Anglii.

**Alayna L. Park**, BA (licencjat nauk humanistycznych, przyp. tłum.), jest doktorantką w ramach programu Psychologii Klinicznej na University of California, Los Angeles. Wcześniej była koordynatorką badań w ramach wielośrodkowego randomizowanego badania klinicznego Child System and Treatment Enhancement Projects (STEPs), finansowanego przez Fundację Johna D. i Catherine T. MacArthur (the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation). Jej badania aktualnie koncentrują się rozpowszechnianiu i wdrażaniu opartych na dowodach psychoterapii dla dzieci i młodzieży w ramach ambulatoryjnych poradni zdrowia psychicznego.

**Dr Ron Prinz** jest obecnie Zasłużonym dla stanu Karolina profesorem psychologii na Uniwersytecie Karoliny Południowej. Tytuł licencjata oraz doktora psychologii otrzymał odpowiednio na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley oraz na Stanowym Uniwersytecie Nowojorskim w Stony Brook. Kieruje zarówno Ośrodkiem Badań nad Rodzicielstwem i Rodziną (Parenting & Family Research Center) oraz Konsor-

cjum Badań nad dziećmi i Rodzinami (Research Consortium on Children and Families) na Uniwersytecie Karoliny Południowej (University of South Carolina). Jest redaktorem prowadzącym „Clinical Child and Family Psychology Review” oraz posiada liczne publikacje w dziedzinie zdrowia psychicznego dzieci, interwencji rodzicielskich i rodzinnych oraz profilaktyki krzywdzenia dzieci. Kieruje badaniami klinicznymi oraz powiązаныmi grantami badawczymi z Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (National Institute of Mental Health) oraz Narodowego Instytutu ds. Narkomanii (National Institute on Drug Abuse). Prinz jest również współkierownikiem interdyscyplinarnego przedsięwzięcia, finansowanego przez NIH (Narodowy Instytut Zdrowia, przyp. tłum.), poświęconego szkoleniom dotyczącym prowadzenia badań, zatytułowanego Behavioral-Biomedical Interface Program.

**Jenny Woodman** jest badaczką w obszarze zdrowia publicznego, wykształconą w zakresie epidemiologii i metod jakościowych, ze szczególnym zainteresowaniem łączenia tych dwóch dziedzin (badania metod mieszanych). W swoich badaniach zajmuje się rolą instytucji ochrony zdrowia w identyfikowaniu i reagowaniu na krzywdzenie dzieci, koncentrując się szczególnie na roli, jaką lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinny) odgrywa dla krzywdzonych dzieci i ich rodzin.



ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki,  
Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych  
ul. Mszczonowska 6, 01-254 Warszawa,  
tel. 836 80 80, fax 836 80 81  
[www.eto.edu.pl](http://www.eto.edu.pl), e-mail: [eto@eto.edu.pl](mailto:eto@eto.edu.pl)

ISBN 978-83-88075-23-0

Zadanie finansowane ze środków  
Narodowego Programu Zdrowia  
na lata 2016-2020

