Propozycja ścieżki pomocy dla dzieci doświadczających przemocy domowej: procedura postępowania w kontekście współpracy międzysektorowej

Tomasz Rowiński [a], Kamila Lenkiewicz [b], Anna Chobel [c], Anna Katarzyna Kot [d]

[a] *Szkoła Główna Handlowa, Zespół ds. analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, przy Ministerstwie Sprawiedliwości, Rada ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia*

[b] *Uczelnia Łazarskiego, Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży Medikar w Sokołowie Podlaskim*

[c] *Podkarpacki Związek Zawodowy Pracowników Pomocy Społecznej, Zespół ds. analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, przy Ministerstwie Sprawiedliwości, Zespół Interdyscyplinarny w Rzeszowie, Zespół Pracowników Socjalnych ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej MOPS w Rzeszowie*

[d] *Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży Medikar w Sokołowie Podlaskim, Centrum Pomocy Socjalnej w Sokołowie Podlaskim*

Przemoc domowa stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia dzieci, a ich ekspozycja zarówno na przemoc, jak i bycie jej świadkiem wiąże się z szerokim spektrum krótko- i długoterminowych konsekwencji zdrowotnych oraz wysokimi kosztami społecznymi i ekonomicznymi. Celem artykułu jest przedstawienie modelu ścieżki postępowania dla podmiotów medycznych pracujących z dzieckiem doświadczającym przemocy, opartego na współpracy międzysektorowej i możliwego do wdrożenia w obowiązującym w Polsce systemie prawnym, z uwzględnieniem skali zjawiska przemocy domowej wobec dzieci. Artykuł ma charakter przeglądu narracyjnego opartego na metaanalizach, przeglądach systematycznych oraz wytycznych klinicznych opublikowanych w latach 2015–2025, ze szczególnym uwzględnieniem publikacji reprezentujących najwyższy poziom dowodów naukowych.

 https://doi.org/10.63237/AFJR7306

Analiza literatury wskazuje, że identyfikacja przemocy wobec dzieci jest obecnie relatywnie dobrze ugruntowana, jednak nadal niewiele uwagi poświęca się organizacji bezpiecznej i efektywnej współpracy między specjalistami pracującymi z dziećmi i rodzinami. Kluczowymi wyzwaniami pozostają również jakość oraz spójność udzielanego wsparcia. Istnieje potrzeba dalszego usystematyzowania rekomendacji dotyczących leczenia skutków przemocy oraz budowania lokalnych systemów wsparcia opartych na dowodach naukowych. Brak zintegrowanych rozwiązań organizacyjnych ogranicza skuteczność interwencji, wpływa negatywnie na funkcjonowanie dzieci i ich rodzin oraz generuje długofalowe konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Dostępne analizy wskazują, że ekonomiczne koszty przemocy wobec dzieci w Europie mogą sięgać od 1,1 do 6,0% PKB rocznie.

Skutki przemocy wobec dzieci powinny być analizowane z perspektywy zdrowia publicznego, uwzględniającej konieczność tworzenia rozwiązań organizacyjnych i prawnych opartych na naukowo potwierdzonych metodach terapii, umożliwiających efektywną współpracę międzysektorową przy jednoczesnym poszanowaniu regulacji dotyczących ochrony danych osobowych. Dalsze badania powinny koncentrować się na wieloośrodkowej ewaluacji wdrożeniowej proponowanego modelu, obejmującej m.in. czas oczekiwania na świadczenia, retencję rodzin w systemie, liczbę ponownych procedur „Niebieskie Karty" oraz spójność międzysektorowych Planów Terapii i Zdrowienia.

Słowa kluczowe:
przemoc domowa; dzieci i młodzież; współpraca międzysektorowa; model interwencji; leczenie skutków traumy

Wprowadzenie

Skala zjawiska przemocy domowej pozostaje wyzwaniem dla polityk publicznych zarówno w skali globalnej, jak i europejskiej. Negatywne skutki bezpośredniej agresji na dzieci są bardzo dobrze udokumentowane. Szacunki oparte na danych populacyjnych wskazują, że przemoc wobec dzieci – w zależności od źródła informacji – może dotykać kilkunastu procent małoletnich (Stoltenborgh i in., 2015; Hillis i in., 2016; FRA/EIGE/Eurostat, 2024). W Polsce badania populacyjne i statystyki interwencji (m.in. „Niebieskie Karty") potwierdzają niepokojący rosnący trend przemocy doświadczanej przez dzieci w domu lub w szkole.

Z danych statystycznych (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2024) uzyskanych ze sprawozdania realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie wiadomo, że w 2023 roku funkcjonowało 3189 zespołów interdyscyplinarnych (wzrost o 695 zespołów w porównaniu z 2022 rokiem), które powołały 95 924 grup roboczych (od czerwca 2023 roku grup diagnostyczno-pomocowych, GDP). W ramach ich działań odbyło się 256 219 posiedzeń. Łącznie w 2023 roku poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A" wszczęto 88 818 procedur „Niebieskie Karty" (o 5622 więcej niż w roku poprzedzającym).

Najwięcej procedur wszczęli:

- przedstawiciele Policji (62 170);
- pracownicy pomocy społecznej (17 715);
- przedstawiciele ochrony zdrowia (4780);
- pracownicy systemu oświaty (4078).

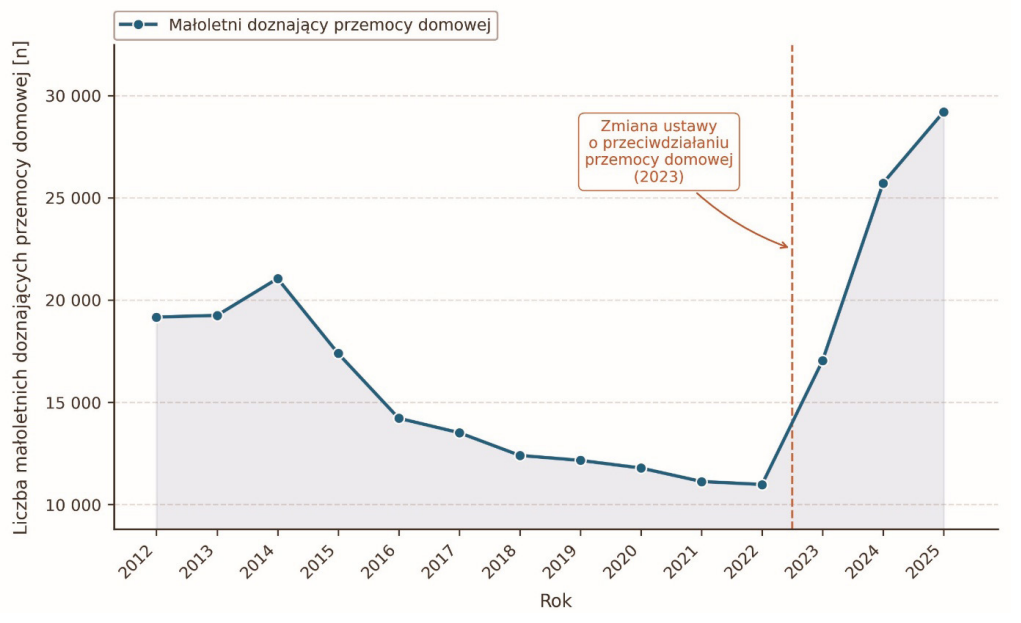
Ogółem odnotowano 163 507 osób doświadczających przemocy domowej, objętych w 2023 roku działaniami w ramach procedury „Niebieskie Karty". Wśród nich najwięcej było kobiet (83 026) oraz dzieci (61 729; w 2022 roku – 47 674). Niepokojąca jest skala związana z odbieraniem biologicznym rodzicom dzieci z powodu bezpośredniego zagrożenia ich życia lub zdrowia w trybie art. 12a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. W 2023 roku dotyczyło to 1663 dzieci (o 491 więcej niż w 2022 roku). Po nowelizacji z 2023 roku niepełnoletni, którzy są świadkami przemocy, są traktowani tak samo jak osoby doznające przemocy. Innymi słowy, dzieci będące świadkami przemocy obejmujemy wszelkimi oddziaływaniami i formami pomocy wskazanymi w przepisach ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Zmiana ta wzmacnia podejście skoncentrowane na ochronie i wsparciu dziecka, uwzględniające jego doświadczenie oraz podmiotowy udział w planowaniu działań pomocowych, a nie wyłącznie formalny aspekt kontroli sytuacji rodzinnej.

W literaturze naukowej oraz dokumentach dotyczących ochrony dziecka podkreśla się konieczność rozróżniania pojęć odnoszących się do przemocy i innych obciążeń rozwojowych doświadczanych przez małoletnich, mimo że zjawiska te często współwystępują ze sobą. Przemoc domowa wobec dziecka odnosi się do sytuacji, w których doznaje ono bezpośrednio przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej lub zaniedbania. Odmienną kategorię stanowi ekspozycja dziecka na przemoc pomiędzy rodzicami lub opiekunami (*intimate partner violence*, IPV), gdzie dziecko pozostaje świadkiem przemocy, nawet jeśli nie doznaje jej bezpośrednio (Kitzmann i in., 2003; Evans i in., 2008). Szersze znaczenie ma pojęcie maltretowania dziecka

(*child maltreatment*), obejmujące zarówno przemoc bezpośrednią, jak i zaniedbanie (Gilbert i in., 2009). Jeszcze bardziej inkluzywną kategorię stanowią niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (*Adverse Childhood Experiences*, ACE), obejmujące także inne przewlekłe obciążenia rodzinne, jak uzależnienia, chorobę psychiczną rodzica czy rozwód opiekunów (Felitti i in., 1998; Hughes i in., 2017).

Takie rozróżnienie ma znaczenie definicyjne i badawcze, jednak wyniki badań wskazują, że zarówno bezpośrednie doświadczanie przemocy, jak i ekspozycja dziecka na przemoc pomiędzy opiekunami wiążą się z porównywalnymi konsekwencjami dla jego zdrowia psychicznego, funkcjonowania emocjonalnego i społecznego oraz dalszego rozwoju (Bender i in., 2022; Berg i in., 2022; Evans i in., 2008; Kitzmann i in., 2003; Wolfe i in., 2003). Z tego względu rozróżnienie między dzieckiem doświadczającym przemocy a dzieckiem będącym jej świadkiem ma ograniczone znaczenie z perspektywy planowania interwencji i udzielania pomocy, a kluczowe staje się kompleksowe podejście uwzględniające pełen kontekst doświadczeń przemocy w rodzinie (Bogat i in., 2023; Vu i in., 2016). Podejście to zakłada również traktowanie dziecka i rodziny nie tylko jako odbiorców oddziaływań instytucjonalnych, lecz przede wszystkim jako aktywnych uczestników procesu pomocy i współtwórców planu wsparcia. Ekspozycja na przemoc dzieci najczęściej ma związek z przemocą wobec kobiet – matek. Najnowsze wyniki wspólnego badania FRA/Eurostat/EIGE wskazują, że około jedna trzecia kobiet w UE doświadczyła przemocy, a około jedna piąta – przemocy w domu, w tym ze strony partnera (FRA, 2024; UNECE/FRA, 2024). Ekspozycja dzieci na przemoc rodziców wobec siebie nawzajem stanowi jeden z kluczowych czynników ryzyka dla ich rozwoju psychospołecznego, prowadząc do znacznych obciążeń zdrowotnych i społecznych (Bender i in., 2022).

Rysunek 1. Dane z Komendy Głównej Policji dotyczące zgłaszalności przemocy wobec dzieci



Adnotacja. Dane z Komendy Głównej Policji zawierają wyłącznie liczbę zakładanych NK i nie uwzględniają statystyk z innych sektorów. Można założyć, że również tam następował proporcjonalny wzrost. Informacje pobrano z: https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-domowa

Związek między ekspozycją dzieci na agresję między rodzicami a ich funkcjonowaniem emocjonalnym, behawioralnym i społecznym jest jednym z najlepiej udokumentowanych związków w literaturze psychologii rozwojowej. Kitzmann i in. (2003) w metaanalizie obejmującej 118 badań wykazali, że dzieci będące świadkami przemocy między rodzicami funkcjonowały istotnie gorzej niż rówieśnicy z rodzin bez przemocy ($d = -0{,}40$), a ich wyniki psychospołeczne nie różniły się istotnie od wyników dzieci bezpośrednio maltretowanych fizycznie ($d = 0{,}15$, ns). Evans i in. (2008) na podstawie 60 badań potwierdzili umiarkowane efekty dla objawów internalizacyjnych ($d = 0{,}48$) i eksternalizacyjnych ($d = 0{,}47$), z efektem dużym dla objawów traumatycznych ($d = 1{,}54$; wynik ten wymaga jednak ostrożnej interpretacji ze względu na zaledwie sześć włączonych badań), dokumentując jednocześnie silniejszy związek ekspozycji z objawami eksternalizacyjnymi u chłopców niż u dziewcząt. Vu i in. (2016) przeanalizowali 74 badania podłużne i wykazali, że ekspozycja na przemoc pomiędzy rodzicami może wyjaśniać późniejsze problemy eksternalizacyjne, internalizacyjne i ogólne problemy adaptacyjne dzieci. Siła tych związków

rośnie z upływem czasu: im wcześniej mierzono ekspozycję i im później oceniano wyniki u dziecka, tym silniejsze były stwierdzone asocjacje. Natomiast metaanaliza van Dijka i in. (2020) na próbie 24 854 dzieci z rodzin po rozwodzie ($k = 115$) wykazała, że związek między konfliktem rodzicielskim a zaburzeniami internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi u dzieci jest częściowo mediowany przez jakość rodzicielstwa – przy czym negatywne zachowania rodzicielskie (wrogość, odgrywanie roli zastępczego partnera) wykazywały silniejszy związek z gorszą adaptacją dzieci niż deficyty pozytywnego rodzicielstwa. W opublikowanym w 2024 roku sprostowaniu autorzy wskazali, że jakość relacji rodzic – dziecko stanowi istotny mediator związku między konfliktem rodzicielskim a funkcjonowaniem psychospołecznym dziecka, podczas gdy pierwotna wersja artykułu błędnie wykluczała tę zależność (van Dijk i in., 2024). Najszerzej zakrojona i metodologicznie najbardziej zaawansowana spośród omawianych prac – metaanaliza van Eldika i in. (2020), obejmująca 169 badań i wyodrębniająca sześć wymiarów relacji rodzicielskiej – wykazała z kolei, że nie tylko wrogość i agresja fizyczna, lecz także emocjonalne wycofanie się rodzica i niekonstruktywny styl rozwiązywania konfliktów generują porównywalne ryzyko braku adaptacji, a większość wykrytych zależności utrzymywała się w pomiarach podłużnych.

Zbieżność wniosków uzyskanych w pięciu niezależnych syntezach ilościowych, przy odmiennych operacjonalizacjach ekspozycji i różnych zestawach włączonych badań, dostarcza mocnych podstaw do traktowania agresji rodzicielskiej jako samodzielnego – nie zaś jedynie wtórnego – czynnika ryzyka dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Wolfe i in. (2003) wykazali, że dzieci – świadkowie przemocy domowej są w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia problemów psychospołecznych, w tym lęku, agresji i trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych. Autorzy podkreślają, że te efekty nie ograniczają się do bezpośrednich reakcji emocjonalnych, lecz manifestują się w chronicznych zaburzeniach behawioralnych, co zwiększa podatność na dalsze dysfunkcje społeczne.

Autorzy wskazują na potrzebę interwencji zapobiegawczych, gdyż skutki te mogą prowadzić do cyklicznego powtarzania wzorców przemocy w dorosłości. W kontekście kompetencji społeczno-emocjonalnych systematyczny przegląd Bender i in. (2022) ujawnia deficyty w 37% badanych przypadków, obejmujące zaburzenia poznawcze, relacyjne i fizjologiczne, co znacząco obciąża zdrowie psychiczne i zwiększa ryzyko izolacji społecznej. Ostatecznie Bogat i in. (2023) w swojej metaanalizie konsekwencji rozwojowych podkreślają niezależny (np. od płci czy wieku dziecka) negatywny wpływ agresji w relacji rodziców/opiekunów na zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne oraz osiągnięcia edukacyjne.

Wyniki badań (m.in. Bender i in., 2022; Bogat i in., 2023; Eldika i in., 2020; Wolfe i in., 2003), wskazujące na istotne i długofalowe konsekwencje ekspozycji na przemoc, uzasadniają konieczność wczesnej identyfikacji zagrożenia oraz podejmowania skoordynowanych działań pomocowych. W tym kontekście szczególne znaczenie ma rola podmiotów medycznych, które często stanowią jeden z pierwszych punktów kontaktu dziecka z systemem wsparcia.

Aby kompleksowo zdiagnozować sytuację rodziny i dziecka doświadczającego przemocy domowej oraz zapewnić dziecku bezpieczeństwo, procedurę „Niebieskie Karty" należy prowadzić interdyscyplinarnie. Służby podejmujące działania wspólnie opracowują plan pomocy – w miarę możliwości we współpracy z dzieckiem i jego opiekunami, z uwzględnieniem ich perspektywy, zasobów oraz gotowości do zmiany – wymieniają się informacjami i dzielą zadaniami. Podstawowy skład grupy diagnostyczno-pomocowej tworzą pracownik socjalny oraz funkcjonariusz Policji. W zależności od potrzeb wynikających z sytuacji dziecka skład ten może być uzupełniany o przedstawicieli innych instytucji, w tym pomocy społecznej (np. asystenta rodziny), kuratorskiej służby sądowej, oświaty oraz ochrony zdrowia. Przedstawiciele oświaty wnoszą w szczególności wiedzę o funkcjonowaniu dziecka w środowisku szkolnym, natomiast przedstawiciele ochrony zdrowia – informacje dotyczące jego stanu zdrowia oraz ewentualnych potrzeb terapeutycznych. W sytuacji objęcia rodziny nadzorem kuratorskim lub wsparciem asystenta rodziny zasadne jest każdorazowe włączenie do prac grupy odpowiednio kuratora sądowego lub asystenta rodziny, a w przypadku, gdy rodzeństwo dziecka objętego procedurą „Niebieskie Karty" aktualnie przebywa lub uprzednio przebywało w pieczy zastępczej – koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej.

Z punktu widzenia podmiotów leczniczych szczególne znaczenie ma udział przedstawicieli ochrony zdrowia w ocenie stanu zdrowia dziecka, identyfikacji objawów przemocy i zaniedbania oraz dokumentowaniu ich skutków. Mogą oni również inicjować dalsze działania diagnostyczne i terapeutyczne oraz współpracować z pozostałymi sektorami w zakresie zapewnienia dziecku bezpieczeństwa. Rola specjalistów placówek medycznych pracujących na rzecz małoletniego pacjenta znacznie wykracza poza interwencję w odpowiedzi na jawne symptomy i obejmuje systematyczny monitoring stanu zdrowia oraz identyfikację wczesnych, często niespecyficznych konsekwencji urazowych doświadczeń. W literaturze podkreśla się, że przemoc wobec dzieci może manifestować się zarówno poprzez objawy somatyczne (np. bóle brzucha, bóle głowy, zaburzenia snu, regres rozwojowy), jak i psychiczne (np. zaburzenia lękowe, wycofanie społeczne, zaburzenia nastroju, trudności w regulacji emocji czy zachowania autoagresywne) (Felitti i in., 1998; Gilbert i in., 2009).

Członkowie grupy diagnostyczno-pomocowej mogą motywować rodziców lub opiekunów prawnych do skorzystania z pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) albo ośrodka środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (OSPPiP). W ramach procedury „Niebieskie Karty" możliwa jest także współpraca GDP z przedstawicielami ochrony zdrowia w zakresie monitorowania sytuacji dziecka i identyfikowania ewentualnych symptomów przemocy lub zaniedbania, z poszanowaniem obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz tajemnicy zawodowej, z wyjątkiem sytuacji, jeśli jej zachowanie mogłoby stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia dziecka. W praktyce oznacza to nie tylko jednorazową konsultację, lecz także planowanie cyklicznych wizyt kontrolnych, prowadzenie ustrukturyzowanej dokumentacji zmian w funkcjonowaniu dziecka oraz bieżącą, interdyscyplinarną wymianę informacji pomiędzy specjalistami, z zachowaniem standardów poufności i ochrony danych (WHO, 2016).

Lekarz lub specjalista pierwszego poziomu referencyjnego w systemie psychiatrii dzieci i młodzieży może zostać włączony do GDP jako jej stały członek w sytuacjach uzasadnionych dobrem dziecka i jego rodziny. Dotyczy to w szczególności przypadków, w których występuje podejrzenie zaburzeń psychicznych lub rozwojowych, obserwuje się nasilone objawy stresu pourazowego, istnieje ryzyko zachowań autoagresywnych lub suicydalnych bądź zachodzi potrzeba pogłębionej diagnozy funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego dziecka (Christian i in., 2015; De Bellis i Zisk, 2014).

Włączenie specjalisty zdrowia psychicznego do prac GDP sprzyja integracji oddziaływań pomocowych oraz umożliwia bardziej precyzyjne planowanie interwencji, dostosowanych do indywidualnych potrzeb dziecka i jego środowiska rodzinnego. Specjaliści ci pełnią również funkcję konsultacyjną wobec innych członków zespołu, wspierając ich w interpretacji mechanizmów psychologicznych związanych z doświadczeniem przemocy oraz w doborze adekwatnych strategii oddziaływań (Gilbert i in., 2009; WHO, 2016).

Kluczowym elementem funkcjonowania GDP pozostaje zapewnienie ciągłości opieki oraz skuteczna koordynacja działań międzyinstytucjonalnych. Udział przedstawicieli systemu ochrony zdrowia ogranicza ryzyko fragmentaryzacji wsparcia i sprzyja opracowaniu spójnego, interdyscyplinarnego planu pomocy, ukierunkowanego zarówno na zapewnienie bezpieczeństwa dziecka, jak i poprawę funkcjonowania całego systemu rodzinnego (Felitti i in., 1998; De Bellis i Zisk, 2014). Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta" (Dz.U. z 2023 r., poz. 1870) pracownik socjalny i policjant systematycznie sprawdzają stan

bezpieczeństwa dziecka w sposób bezpośredni. Nie należy monitorować rodziny jedynie poprzez kontakt z dorosłym opiekunem dziecka, nawet tym tzw. bezpiecznym. Może się bowiem okazać, że on również jest uwikłany w przemoc domową i chroni sprawcę. Ponadto w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka przedstawiciel ochrony zdrowia uczestniczy w podejmowaniu decyzji o zapewnieniu dziecku ochrony, dokonując oceny jego stanu zdrowia oraz wskazując na konieczność ewentualnej hospitalizacji lub pilnej interwencji medycznej.

W praktyce funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych utrzymuje się niekiedy błędne przekonanie, zgodnie z którym pracownik socjalny nie jest uprawniony do prowadzenia rozmowy z dzieckiem. Pogląd ten pozostaje niezgodny z obowiązującym porządkiem prawnym oraz standardami ochrony praw dziecka. Zgodnie z art. 72 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „organy władzy publicznej oraz osoby odpowiedzialne za dziecko są zobowiązane do wysłuchania dziecka w toku ustalania jego praw oraz – w miarę możliwości – do uwzględnienia jego stanowiska". Regulacja ta stanowi normatywną podstawę do podejmowania bezpośredniego kontaktu z dzieckiem, w tym prowadzenia rozmowy ukierunkowanej na poznanie jego perspektywy. W sytuacji, gdy pozwalają na to wiek oraz stan zdrowia dziecka, zasadne jest podejmowanie rozmowy bezpośredniej, prowadzonej w sposób dostosowany do poziomu rozwoju poznawczego i emocjonalnego małoletniego. Komunikacja ta powinna mieć charakter niedyrektywny, oparty na zasadach poszanowania podmiotowości dziecka oraz minimalizacji ryzyka wtórnej wiktymizacji. W praktyce obejmuje to formułowanie pytań dotyczących samopoczucia, poczucia bezpieczeństwa, relacji w środowisku domowym, a także – w przypadku zaobserwowania niepokojących symptomów – okoliczności powstania obrażeń lub innych sygnałów mogących wskazywać na doświadczenie przemocy.

W świetle obowiązujących standardów interwencji oraz diagnozy psychospołecznej wskazuje się na konieczność włączenia do procesu rozmowy z dzieckiem specjalisty z zakresu psychologii rozwojowej. Obecność psychologa zwiększa trafność interpretacji uzyskiwanych informacji, umożliwia adekwatne rozpoznanie mechanizmów funkcjonowania dziecka w sytuacji przemocy oraz ogranicza ryzyko pogłębienia urazu psychicznego w trakcie procedury diagnostycznej. W związku z tym zasadne jest, aby – w miarę możliwości organizacyjnych – psycholog był członkiem GDP i aktywnie uczestniczył zarówno w procesie diagnozy, jak i planowaniu adekwatnych oddziaływań pomocowych wobec dziecka i jego rodziny. Wyniki badań wskazują, że zjawisko przemocy wobec dzieci, w tym zaniedbań, często pozostaje niedostatecznie rozpoznawane, a profesjonaliści mają tendencję do niedoszacowania lub nieraportowania podejrzeń (Gubbels i in., 2021; NSPCC, 2024).

Analizy prowadzone przez Zespół do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2025, dalej: Zespół do spraw analizy zdarzeń), wskazują na występowanie powtarzalnych wzorców w przypadkach śmierci dzieci będących konsekwencją przemocy domowej w Polsce. W szczególności odnotowano, że we wszystkich analizowanych przypadkach zdarzenia te były poprzedzone występowaniem zaniedbań lub zaniechań opiekuńczych ze strony rodziców lub opiekunów, mających w części przypadków charakter długotrwały i utrzymujących się przez wiele lat przed wystąpieniem zdarzenia krytycznego. W niektórych z analizowanych przypadków w rodzinie prowadzona była procedura „Niebieskie Karty", nadzór kuratora nad wykonywaniem władzy rodzicielskiej, dzieci uczęszczały do szkół, przedszkoli, a jednak służbom nie udało się w porę zareagować i zapewnić dzieciom ochrony. Pomimo zróżnicowanego charakteru spraw wskazać można na niedostateczne reagowanie na sygnały zaniedbań, w tym brak inicjowania procedury „Niebieskie Karty" mimo posiadanych informacji. Z punktu widzenia podmiotu medycznego szczególnie istotne jest powiązanie oceny klinicznej dziecka z systemem współpracy międzysektorowej, tak aby identyfikacja objawów przemocy przekładała się na szybkie uruchomienie adekwatnych działań ochronnych i terapeutycznych.

Członkowie Zespołu ds. analizy zdarzeń rekomendują, aby dla specjalistów pracujących z dzieckiem i rodziną – w tym przedstawicieli pomocy społecznej, ochrony zdrowia i innych sektorów – opracować narzędzie do oceny poziomu ryzyka krzywdy dzieci obejmujące kategoryzację poziomu ryzyka (niski, średni, wysoki). Powinny one uwzględniać czynniki ryzyka poważnej krzywdy dziecka, takie jak m.in.: wcześniejsze interwencje instytucjonalne, problemy opiekuńczo-wychowawcze, uzależnienia opiekunów, zaburzenia psychiczne rodziców lub opiekunów oraz inne czynniki rodzinne i środowiskowe potwierdzone w literaturze przedmiotu (Austin i in., 2020; Hindley i in., 2006; Sledjeski i in., 2008; WHO, 2024; Younas & Gutman, 2023). Istotne są też informacje o stanie zdrowia fizycznego i psychicznego członków rodziny. Z perspektywy podmiotu medycznego szczególne znaczenie ma uwzględnienie w ocenie ryzyka objawów somatycznych i psychicznych u dziecka, które mogą wskazywać na przemoc lub zaniedbanie, w tym zaburzeń emocjonalnych, problemów behawioralnych oraz objawów psychosomatycznych (Gilbert i in., 2009; Hornor, 2010; Norman i in., 2012; WHO, 2024). Objawy te często stanowią pierwszy sygnał ujawniający przemoc w kontakcie dziecka z systemem ochrony zdrowia.

Poziom ryzyka krzywdy dziecka należy określać na podstawie liczby i nasilenia czynników ryzyka, a następnie dostosować do niego odpowiednie działania pomocowe. W indywidualnym planie pomocy rodzinie stanowi to podstawę do ustalenia

intensywności monitorowania oraz rodzajów wsparcia i działań chroniących dziecko. Ocena ryzyka nie powinna jednak prowadzić do zredukowania roli rodziny w procesie pomocowym wyłącznie do przedmiotu podlegającego kontroli instytucjonalnej, lecz stanowić podstawę do organizowania adekwatnego, środowiskowego i relacyjnego wsparcia dziecka oraz jego opiekunów. W rodzinach z rozpoznanym wysokim poziomem ryzyka krzywdy dziecka winno się zapewnić regularne wizyty służb monitorujących i wspierających rodzinę oraz zintensyfikować działania interdyscyplinarne podejmowane we współpracy z sądem rodzinnym, Policją, oświatą, ochroną zdrowia i innymi służbami zgodnie z potrzebą. Analizę pod kątem poziomu ryzyka krzywdy dzieci należy prowadzić obligatoryjnie wobec każdej rodziny, w stosunku do której służby powezmą informację o nieprawidłowościach. W takich przypadkach zasadne jest również zapewnienie dziecku szybkiego dostępu do świadczeń zdrowotnych, m.in. diagnostyki psychologicznej i psychiatrycznej, a także bieżącej współpracy podmiotów medycznych z innymi służbami. Dobrą praktyką jest wypracowanie przez instytucje, w tym podmioty medyczne i pomoc społeczną, systemu wsparcia, standardów, procedur i instrukcji określających sposób prowadzenia interwencji kryzysowych wobec dziecka – realizowanych zarówno na skutek zgłoszenia nieprawidłowości w wykonywaniu władzy rodzicielskiej wobec dziecka, jak i w ramach procedury „Niebieskie Karty", lub zapewnienia dziecku ochrony w trybie art. 12a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Dokumenty te powinny określać sposób transportu dziecka oraz wskazywać osobę odpowiedzialną za szukanie miejsca w pieczy zastępczej i zapewnienie mu wsparcia psychologicznego. Dobre praktyki z wielu miejsc w Polsce wskazują, że takie instrukcje znacząco ułatwiają podejmowanie czynności przez pracownika socjalnego oraz skracają czas samej interwencji, co ma znaczenie dla dobra dziecka.

W raporcie dotyczącym badania skuteczności pomocy udzielanej osobom dotkniętym przemocą w rodzinie (Chomczyński i in., 2019) autorzy jako mocne strony funkcjonowania systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie w Polsce wskazywali na: (1) współpracę między instytucjami świadczącymi pomoc jako gwarancję skutecznego i kompleksowego wsparcia doświadczającym przemocy; (2) procedurę „Niebieskie Karty" jako ważne narzędzie chroniące całą rodzinę dotkniętą przemocą domową oraz umożliwiające udzielenie jej skoordynowanej i szerokiej pomocy; (3) skuteczność pracy w ramach zespołu interdyscyplinarnego ze względu na efektywność komunikacji i integracji zadań oraz planowania dalszej pomocy.

Jako słabą stroną systemu wskazywano m.in. niedostateczną współpracę pracowników instytucji pomocowych z przedstawicielami sektora oświaty, sprawiedliwości i ochrony zdrowia oraz deficyt kadrowy specjalistów w systemie ochrony

zdrowia, szczególnie pracującymi z dziećmi. Choć sytuacja w ochronie zdrowia zmienia się od 2020 roku i powstaje coraz więcej ośrodków OSPPiP, to nadal organizacja ich pracy przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie pozwala na wdrożenie efektywnej współpracy międzysektorowej. Zgodnie z danymi NFZ w Polsce na dzień 7 marca 2026 roku takich ośrodków jest 540, a w każdym z nich pracują minimum 4 osoby. W sumie jest to co najmniej 2100 specjalistów pracujących w systemie publicznym. Mimo rozwoju systemu środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży taka organizacja świadczeń nadal utrudnia efektywną współpracę międzysektorową.

Rysunek 2. Lokalizacje ośrodków i zespołów w powiatach – I poziom referencyjny w psychiatrii dzieci w powiatach



Adnotacja. Mapa wojewódzka i powiatowa wygenerowana na podstawie https://github.com/ppatrzyk/polska-geojson/tree/master?tab=readme-ov-file; adresy ośrodków wygenerowane na podstawie danych na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia: https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/

O ile sytuacja dostępności usług w publicznej ochronie zdrowia od 2019 roku uległa poprawie na skutek wdrożenia reformy psychiatrii dorosłych oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, to pozostałe trudności we współpracy międzysektorowej wciąż są obecne, co potwierdzają również raporty Zespołu ds. analizy zdarzeń (2025). Największą trudnością we współpracy międzysektorowej jest brak przepływu informacji pomiędzy specjalistami, co w znacznym stopniu wynika z obowiązującego prawa, ale również z różnego rozumienia przemocy i jej skutków dla osoby jej doznającej przez specjalistów poszczególnych sektorów, co przekłada się na szybkość podejmowania działań pomocowych. Na przykład według raportu Chomczyńskiego i in. (2019) przedstawiciele edukacji mają skłonność do bagatelizowania oznak doświadczania przez dziecko przemocy lub podejmują działania zbyt późno.

Propozycja ścieżki interwencji we współpracy międzysektorowej

Na podstawie analiz Chomczyńskiego i in. (2019) można wnioskować, że współpraca międzysektorowa jest kluczowa dla jakości wsparcia udzielanego osobom doświadczającym przemocy, a w przypadku dzieci i młodzieży może być czynnikiem zabezpieczającym nie tylko ich zdrowie, ale i życie. W aktualnych realiach prawno-finansowych można opisać ścieżkę interwencji i wsparcia małoletnich osób doznających przemocy, która jest możliwa do wdrożenia na poziomie społeczności lokalnej (powiat/gmina). Jej realizacja wymaga ścisłej współpracy przedstawicieli różnych sektorów, w tym w szczególności podmiotów medycznych, pomocy społecznej, oświaty oraz wymiaru sprawiedliwości. W praktyce współpraca ta może przyjmować formę grup diagnostyczno-pomocowych lub innych zespołów o charakterze formalnym lub nieformalnym, funkcjonujących w oparciu o lokalne zasoby i potrzeby. Szczególną rolę w tej ścieżce odgrywają podmioty medyczne, które niejednokrotnie stanowią pierwszy punkt identyfikacji przemocy oraz inicjowania dalszych działań diagnostycznych i interwencyjnych. Ścieżka ta nie powinna być jednak rozumiana wyłącznie jako mechanizm kontroli ryzyka, lecz jako proces organizowania adekwatnego, środowiskowego wsparcia dziecka i rodziny, z poszanowaniem ich podmiotowości oraz realnego udziału w planowaniu pomocy.

Rysunek 3. Ścieżka pomocy osobom doznającym przemocy



Kluczowym założeniem, na którym bazuje propozycja udzielania wsparcia osobom doświadczającym przemocy domowej, jest współpraca międzysektorowa i wewnątrzsektorowa. Dziecko funkcjonuje równolegle w kilku systemach (rodzina, edukacja, ochrona zdrowia). W naszej propozycji szczególną funkcję pełnią sesje koordynacyjne, w których uczestniczą przedstawiciele poszczególnych instytucji obecnych w życiu rodziny stanowiący podstawę współpracy międzysektorowej – począwszy od diagnozy występowania przemocy, po wsparcie i ewaluację podjętych działań. Sesje te powinny służyć nie tylko wymianie informacji między specjalistami, lecz także uzgodnieniu wspólnego rozumienia potrzeb dziecka i rodziny oraz wypracowaniu planu pomocy możliwie współtworzonego z rodziną. Udział przedstawicieli ochrony zdrowia w sesjach koordynacyjnych umożliwia powiązanie oceny klinicznej dziecka z planowaniem działań pomocowych oraz szybsze reagowanie na zmiany w jego stanie zdrowia. Współpraca ta powinna opierać się na wspólnych standardach etycznych, który jest zbiorem wartości podzielanym przez pracowników oświaty, specjalistów z ochrony zdrowia i przedstawicieli sektora pomocy społecznej. Tak zorganizowany proces współpracy wokół dziecka doświadczającego przemocy domowej stawia w centrum uwagi jego potrzeby oraz ogranicza ryzyko podejmowania sprzecznych działań przez poszczególnych specjalistów z różnych sektorów zaangażowanych w pomoc rodzinie lub utraty kontaktu rodziny z systemem wsparcia. Jednocześnie pozwala przesunąć ciężar interwencji z perspektywy wyłącznie kontrolnej na wspierającą, w której dziecko i rodzina nie są jedynie beneficjentami działań instytucjonalnych, ale uczestnikami procesu zmiany.

W naszym myśleniu o organizacji procesu pomocy dla dziecka doświadczającego przemocy domowej i jego rodziny ważne miejsce zajmuje również konieczność współpracy wewnątrzsektorowej, która dotyczy specjalistów pracujących z dziećmi i dorosłymi, szczególnie w sektorze ochrony zdrowia. Jest to spowodowane coraz częściej pojawiającym się w literaturze przedmiotu postulatem ścisłej współpracy pomiędzy specjalistami sektora zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży a specjalistami zdrowia psychicznego pracującymi z dorosłymi (Abel i in., 2019; Barican i in., 2022; Campbell i in., 2021; Leijdesdorff i in., 2017; Leverton, 2003; Nordh, 2023; Pfeiffenberger i in., 2016; Reupert i in., 2013) oraz zapewnienia w systemie zdrowia psychicznego skoordynowanych działań mających na celu udzielenie zarówno całej rodzinie, jak i jej poszczególnym członkom wielousługowych świadczeń i spójnych interwencji w obszarze zdrowia psychicznego i pomocy społecznej (Abel i in., 2019; Barican i in., 2022; Goodman, 2020; Lannes i in., 2021; Naughton i in., 2018; Nordh, 2023; Reupert i in., 2013; Ruud i in., 2019; Solmi i in., 2022). Zintegrowane podejście do zdrowia psychicznego dziecka i jego opiekunów umożliwia bardziej adekwatną ocenę sytuacji rodzinnej oraz zwiększa skuteczność podejmowanych interwencji.

Badania pokazują, że stan psychiczny rodzica – a szczególnie wysoki poziom dezorganizacji funkcjonowania matki (kobiety statystycznie najczęściej doświadczają przemocy domowej) – zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia u dzieci zaburzeń psychicznych (Leijdesdorff i in., 2017; Rasic i in., 2014; Campbell i in., 2021). Wyniki badań wskazują również, że ekspozycja na przemoc, także w roli świadka, wiąże się z negatywnymi konsekwencjami rozwojowymi, a w przypadku dzieci może też prowadzić do rozwoju złożonej traumy, wymagającej oddziaływań terapeutycznych i zaangażowania w pracę specjalistów z różnych sektorów. Wskazuje to na konieczność uwzględnienia w procesie interwencji zarówno potrzeb dziecka, jak i funkcjonowania jego opiekunów, co uzasadnia ścisłą współpracę podmiotów medycznych z innymi sektorami systemu wsparcia. W takim ujęciu skuteczna interwencja nie ogranicza się do rozpoznania zagrożenia i uruchomienia procedur ochronnych, lecz obejmuje również odbudowę bezpieczeństwa, wzmacnianie zasobów opiekuńczych oraz podtrzymywanie relacji dziecka i rodziny z lokalnym systemem pomocy.

Analiza dostępnych terapii dzieci doświadczających przemocy

Przemoc domowa należy do najsilniejszych predyktorów objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) i współwystępujących problemów internalizacyjnych oraz eksternalizacyjnych w populacji nieletnich. Zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) oraz rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2013; WHO, 2023) leczenie pierwszego wyboru powinno opierać się na psychoterapii ukierunkowanej na traumę, w tym przede wszystkim na terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na traumie (TF-CBT - *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*). International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, 2019) potwierdza wysoką jakość dowodów na skuteczność terapii traumocentrycznych i podkreśla zasadność podejścia fazowego w sytuacji traumy złożonej, a także konieczność włączania opiekuna niekrzywdzącego w plan terapeutyczny oraz współpracy międzysektorowej w sferze bezpieczeństwa dziecka. W kontekście opieki zdrowotnej oznacza to konieczność kierowania dzieci do interwencji psychoterapeutycznych opartych na dowodach naukowych oraz unikania interwencji o niepotwierdzonej skuteczności. NICE w dokumencie NG116 jednoznacznie nie rekomenduje stosowania farmakoterapii PTSD u osób poniżej 18. roku życia oraz rutynowego debriefingu, a w NG76 podkreśla znaczenie organizacyjnych standardów ochrony dziecka i koordynacji instytucjonalnej. Koordynacja ta nie powinna jednak sprowadzać się wyłącznie do kontroli ryzyka, ale obejmować także wspólne planowanie pomocy z dzieckiem i rodziną, adekwatnie do ich możliwości rozwojowych, potrzeb i zasobów.

Tabela 1. *Skuteczność wybranych podejść terapeutycznych u dzieci i młodzieży po przemocy domowej/traumie (metaanalizy i RCT)*

Podejście	Główne źródła (APA)	Populacja/wiek	Główny wynik (PTSS)	Inne wyniki	Follow-up/trwałość	Uwagi metodologiczne
TF-CBT	Thielemann i in., 2022; 2024; de Haan i in., 2024	Dzieci i młodzież <18 r.ż.	Thielemann i in. (2022): vs kontrolna g = 0,52 (95% CI 0,31–0,73); pre–post g = 1,14 (0,97–1,30). De Haan i in. (2024, IPD, N = 1686): b = −13,17 (95% CI −17,84 do −8,50)	Depresja i lęk ↓ (efekty małe–średnie); korzyść niezależna od płci, wieku i rodzaju traumy	Thielemann i in. (2024): g = 1,71 (CI 1,27–2,15) pre do 12 mies.; g = 0,35 (CI 0,13–0,56) vs aktywna kontrola	Najsilniejsza baza RCT/metaanaliz; de Haan (2024) raportuje b w surowych jednostkach skali, nie Hedges g; większe korzyści przy wyższym nasileniu wyjściowym
EMDR	Moreno-Alcázar i in., 2017; de Roos i in., 2017	Dzieci i młodzież <18 r.ż.	Moreno-Alcázar i in. (2017, 8 RCT, n = 295): EMDR > oczekujący; porównywalny z CBT [brak zbiorczego SMD]. De Roos i in. (2017, n = 103): remisja PTSD porównywalna z CBWT	Lęk ↓; depresja – trend; brak różnicy EMDR vs CBWT	3 i 12 mies.: efekty utrzymane (de Roos, 2017)	De Roos (2017) porównuje EMDR z CBWT, nie TF-CBT; trauma jednozdarzeniowa; Mavranezouli i in. (2020): EMDR < TF-CBT indywidualne w NMA
CPP (diadyczna)	Lieberman i in., 2005; 2006	Dzieci 2–6 lat eksponowane na przemoc partnerską w rodzinie	Lieberman i in. (2005, n = 75): objawy traumy ↓ (d = 0,24 vs kontrola)	Objawy unikania u matek ↓; relacja matka–dziecko ↑; większe korzyści przy ≥4 zdarzeniach	Lieberman i in. (2006): efekty utrzymane 6 mies. po zakończeniu	Jedyna RCT diadyczna dla < 7 lat po DV; próba wieloetniczna USA; ISTSS (2019) zaleca dla tej grupy wiekowej
MBT-A	Rossouw i Fonagy, 2012	Adolescenci 13–17 lat z samouszkodzeniami	— (PTSD nie jest wynikiem głównym)	Samouszkodzenia OR = 0,24 (95% CI 0,08–0,76); depresja ↓; mentalizacja ↑	12 mies.: efekty utrzymane	Jedno RCT (n = 80) vs TAU; skuteczna przy niestabilności afektu/relacyjnej; komplementarna wobec TF-CBT/EMDR
PCIT (rodzinne)	Zhang i in., 2024	Rodziny z ryzykiem maltretowania; dzieci < 7–8 lat	— (PTSS nie jest wynikiem głównym)	Eksternalizacja ↓; poprawa praktyk rodzicielskich; stres rodzicielski ↓	3–12 mies.	Metaanaliza RCT; interwencja zabezpieczająca, komplementarna wobec TF-CBT; nie jest terapią PTSD sensu stricto
MST-CAN (systemowe)	Swenson i in., 2010	Rodziny objęte CPS; młodzież	— (PTSS nie jest wynikiem głównym)	Objawy dziecka ↓; stres rodziców ↓; mniej umieszczeń poza domem	12 mies.	Jedno RCT (n = 86 rodzin) vs rozszerzona opieka ambulatoryjna; kluczowy przy trwającej przemocy
ARC (model fazowy)	Hodgdon i in., 2013; Blaustein i Kinniburgh, 2018; Bailey i in., 2024; Tabone i in., 2021	Dzieci i młodzież z traumą złożoną (cPTSD)	— (brak ustandaryzowanego SMD)	PTSS ↓; internalizacja/eksternalizacja ↓; funkcjonowanie opiekunów ↑	Różnie	Rosnąca baza ewaluacyjna; brak RCT z odpowiednią mocą; zalecany jako rama fazowa dla cPTSD (stabilizacja → regulacja → trauma)
CATT (integracyjne)	Greenwald, 2005 (podręcznik; ewaluacje lokalne)	Dzieci i młodzież	— (brak zagregowanych ES)	PTSS ↓ (badania pilotażowe)	Różnie	Brak dużych wieloośrodkowych RCT; Greenwald (2005) to podręcznik, nie badanie pierwotne; protokół obiecujący, wymaga walidacji

Adnotacja. PTSS – objawy zespołu stresu pourazowego; SMD/Hedges g/d – standaryzowane miary efektu; OR – iloraz szans. Efekty przedstawiono orientacyjnie na podstawie cytowanych publikacji; różnice w narzędziach i punktach pomiaru ograniczają bezpośrednią porównywalność. Miary efektu podano, gdy były raportowane w źródle; różne narzędzia i punkty czasowe należy interpretować ostrożnie.

Indywidualna metaanaliza danych uczestników (IPD) obejmująca randomizowane badania z udziałem dzieci i młodzieży wykazała wyraźną przewagę TF-CBT wobec warunków kontrolnych w redukcji objawów pourazowych, względnie niezależną od wieku, płci, rodzaju traumy i udziału opiekuna, przy większych korzyściach u osób o wyższym nasileniu objawów wyjściowych (de Haan i in., 2024). Klasyczne metaanalizy potwierdzają umiarkowaną wielkość efektów oraz trwałą poprawę po terapii, a także stabilność wyników leczenia do 12 miesięcy, w tym również poprawę w zakresie objawów depresyjnych i lękowych (Thielemann i in., 2022, 2024). Co ważne, skuteczność TF-CBT potwierdzono również w warunkach rutynowej praktyki klinicznej oraz w schematach opieki stopniowanej (Dorsey i in., 2017), a także w metaanalizie sieciowej obejmującej 70 badań RCT (N = 5297) (Hoppen i in., 2025). W warunkach polskiej organizacji świadczeń wyniki te wskazują, że w ścieżce leczenia dzieci doświadczających przemocy należy priorytetowo traktować interwencje oparte na TF-CBT oraz zapewnić ich dostępność w ramach systemu publicznego. Priorytetyzacja oddziaływań powinna uwzględniać podmiotowy udział dziecka oraz opiekuna niekrzywdzącego w procesie terapeutycznym, tak aby interwencja miała charakter partnerski i była współtworzona z rodziną. W sytuacji ustania przemocy oraz przy zapewnieniu bezpieczeństwa dziecka zasadne może być również stopniowe włączanie osoby stosującej przemoc do oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na odbudowę funkcjonowania systemu rodzinnego i relacji z dzieckiem, przy jednoczesnym zachowaniu nadrzędnej zasady ochrony dobra dziecka oraz stałej oceny ryzyka nawrotu przemocy. Przegląd Cochrane (Gillies i in., 2016), obejmujący 51 RCT (N > 6000), wykazał, że skuteczność interwencji psychologicznych u dzieci eksponowanych na traumę – bez formalnej diagnozy PTSD – jest udokumentowana jedynie do miesiąca po leczeniu; jakość dowodów oceniono jako bardzo niską do umiarkowanej. Wyniki te wskazują na konieczność ostrożności przy ekstrapolowaniu wyników na populacje dzieci z procedurą „Niebieskie Karty", u których doświadczenia przemocy mają często charakter złożony i przewlekły.

Drugą często rekomendowaną terapią jest EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, pol.: Terapia odwrażliwiania i ponownego przetwarzania informacji za pomocą ruchów gałek ocznych). Metaanaliza randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) u dzieci i młodzieży wykazała jej istotną przewagę nad warunkami kontrolnymi w redukcji objawów PTSD i lęku oraz porównywalną skuteczność względem terapii poznawczo-behawioralnej (Moreno-Alcázar i in., 2017). W badaniu wieloośrodkowym porównującym EMDR z terapią pisemnej ekspozycji (CBT-Writing) po pojedynczym incydencie traumatycznym u młodych pacjentów uzyskano zbliżone wskaźniki remisji i zmniejszenia objawów przy krótszym czasie kontaktu

terapeutycznego w EMDR (de Roos i in., 2017). W praktyce klinicznej różnice pomiędzy wytycznymi dotyczą głównie kolejności wyboru: NICE rekomenduje oferowanie EMDR u osób w wieku 7–17 lat w sytuacji braku odpowiedzi lub braku akceptacji dla TF-CBT oraz zwykle po upływie trzech miesięcy od zdarzenia traumatycznego (NICE, 2018). Z kolei WHO i ISTSS wskazują, że EMDR może być rozważane równorzędnie z TF-CBT jako terapia pierwszego wyboru (WHO, 2013; ISTSS, 2019).

Warto jednak zaznaczyć, że sieciowa metaanaliza Mavranezouli i in. (2020), obejmująca 32 RCT i 17 interwencji (N = 2260), plasuje EMDR wyraźnie poniżej indywidualnych form TF-CBT pod względem wielkości efektu, a ogólną jakość dowodów określa jako umiarkowaną do niskiej. Twierdzenie o pełnej równoważności obu metod wymaga zatem ostrożności – w polskich warunkach systemowych priorytetowe wdrożenie TF-CBT wydaje się uzasadnione klinicznie i organizacyjnie ze względu na ograniczoną dostępność certyfikowanych terapeutów EMDR dla dzieci. Różnice między NMA Mavranezouli i in. (2020) a nowszą NMA Hoppena i in. (2025), obejmującą 70 RCT, wskazują na potrzebę dalszych badań nad długoterminową skutecznością EMDR w populacji pediatrycznej.

W obszarze podejść integracyjnych i rozwojowych rośnie znaczenie modelu ARC (Attachment – Regulation – Competency), który organizuje proces terapeutyczny w ujęciu fazowym, zaczynając od bezpieczeństwa i relacji, poprzez regulację afektu, aż po wzmacnianie kompetencji rozwojowych. Model ten szczególnie wyraźnie przesuwa akcent z perspektywy wyłącznie objawowej i kontrolnej na perspektywę relacyjną, rozwojową i środowiskową. Przeglądy i ewaluacje programowe wskazują na redukcję objawów PTSD oraz problemów internalizacyjnych i eksternalizacyjnych, a także na poprawę funkcjonowania opiekunów, jednak baza RCT jest nadal ograniczona i heterogeniczna (Hodgdon i in., 2013; Blaustein i Kinniburgh, 2018; Bailey i in., 2024; Tabone i in., 2021). W praktyce klinicznej model ten może stanowić uzupełnienie interwencji traumocentrycznych, szczególnie w przypadkach traumy złożonej. CATT (Children's Accelerated Trauma Therapy) jest protokołem integracyjnym łączącym elementy CBT, pracy narracyjnej i technik ekspresyjnych; wstępne badania wskazują na obiecujące efekty w redukcji objawów potraumatycznych, ale brakuje dużych, wieloośrodkowych RCT pozwalających na jednoznaczne porównania z TF-CBT czy EMDR (Greenwald, 2005), a ograniczona liczba badań utrudnia jednoznaczne określenie jego miejsca w hierarchii interwencji.

U młodzieży z dominującymi trudnościami w zakresie regulacji afektu, samouszkodzeniami i niestabilnością relacyjną istotne uzupełnienie stanowi terapia oparta na mentalizacji (MBT-A). W randomizowanym badaniu u nastolatków MBT-A zmniejszała ryzyko samouszkodzeń i nasilenie depresji w porównaniu z leczeniem zwykle

stosowanym (TAU), a obserwowana poprawa częściowo wiązała się ze wzrostem zdolności mentalizacji i redukcją stylu przywiązania unikającego (Rossouw i Fonagy, 2012). Choć MBT-A nie zastępuje standardów pierwszej linii w PTSD po przemocy, jest szczególnie przydatna, gdy profil kliniczny obejmuje wyraźne deficyty mentalizacji i niestabilność interpersonalną; w takich przypadkach może być stosowana sekwencyjnie lub jako uzupełnienie interwencji traumocentrycznych, po zapewnieniu podstawowego bezpieczeństwa (ISTSS, 2019). W populacjach z trwającą przemocą domową lub wysokim ryzykiem nawrotu kluczowe są interwencje systemowe ukierunkowane na rodzinę i środowisko. Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN) redukuje objawy dziecka, stres rodzicielski i zachowania rodzicielskie związane z nadużyciem oraz zmniejsza liczbę umieszczeń poza domem w porównaniu z rozszerzoną opieką ambulatoryjną, co potwierdzono w randomizowanym badaniu kontrolowanym (Swenson i in., 2010). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) w rodzinach z ryzykiem maltretowania wykazuje w metaanalizie RCT istotne obniżenie problemów eksternalizacyjnych u dzieci, poprawę praktyk rodzicielskich i redukcję stresu u opiekunów (Zhang i in., 2024). Interwencje te rzadko stanowią samodzielne terapie PTSD, ale odgrywają rolę krytycznych komponentów planu bezpieczeństwa i stabilizacji systemu rodzinnego, które tworzą warunki do skutecznej pracy traumocentrycznej z dzieckiem (por. NICE, 2017/2025). Z perspektywy systemu ochrony zdrowia interwencje te są kluczowe dla stabilizacji środowiska dziecka i zwiększają skuteczność równolegle prowadzonych oddziaływań psychoterapeutycznych. Ich znaczenie polega także na tym, że wzmacniają rodzinę jako aktywnego uczestnika procesu pomocy, a nie wyłącznie adresata działań naprawczych lub kontrolnych.

W najmłodszej grupie dzieci (0–6 lat) doświadczających przemocy szczególne znaczenie mają interwencje ukierunkowane na diadę dziecko – rodzic/opiekun i skoncentrowane na odbudowie bezpiecznej więzi oraz wspieraniu kompetencji opiekuńczych. Przykładem jest terapia dziecko – rodzic/opiekun (Child-Parent Psychotherapy, CPP) – interwencja diadyczna zakorzeniona w teorii przywiązania, adresowana do dzieci eksponowanych na przemoc partnerską w rodzinie. Jej głównym celem jest poprawa więzi pomiędzy dzieckiem a opiekunem, co wiąże się ze zmniejszeniem objawów związanych z traumą. CPP wzmacnia więc rozumienie terapii jako procesu odbudowy relacji i poczucia bezpieczeństwa, a nie wyłącznie redukcji objawów u dziecka. W metaanalizie RCT CPP istotnie redukowała objawy traumatyczne u dzieci (d = 0,24) i objawy unikania u matek, a efekty utrzymywały się po sześciu miesiącach (Lieberman i in., 2005, 2006). CPP należy do najlepiej przebadanych interwencji diadycznych z wykorzystaniem badań randomizowanych.

Drugą metodą rekomendowaną do pracy z dziećmi od drugiego do siódmego roku życia po doświadczeniach przemocy m.in. przez NCTSN (2019) jest terapia interakcji rodzic – dziecko (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT), mająca na celu redukcję objawów poprzez zwiększenie pozytywnych interakcji między opiekunem a dzieckiem. Cechą charakterystyczną tej metody jest instruowanie rodzica przez terapeutę w czasie rzeczywistym (Shafi i in., 2019; NCTSN, 2019). Przegląd dostępnej literatury wskazuje na skuteczność tej metody m.in. w pracy z traumą u małych dzieci. Obserwowano u rodziców obniżenie stresu rodzicielskiego, zmniejszenie nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym oraz redukcję stosowania przez nich negatywnych strategii wychowawczych, co przekładało się na zmniejszenie potencjalnego ryzyka recydywy przemocy i zaniedbania dziecka. U dzieci natomiast obserwowano zmniejszenie nasilenia problemów z zachowaniem i objawów traumy. Interpretacja tych wyników wymaga ostrożności, biorąc pod uwagę wskaźnik rezygnacji z udziału w badaniu i potencjalne ryzyko błędu systematycznego w próbach badawczych (Shafi i in., 2019; Kennedy i in., 2016; Warren i in., 2022). W praktyce klinicznej PCIT może być szczególnie użyteczna wtedy, gdy celem interwencji jest równoczesne zmniejszenie ryzyka krzywdzenia oraz odbudowa pozytywnej, responsywnej relacji opiekun – dziecko.

Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (TF-CBT), której skuteczność potwierdzono w terapii dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i osób dorosłych (Hoppen i in., 2025; Alkærsig i in., 2026), w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym (w wieku 3–6 lat) klasyfikowana jest jako interwencja o niższym poziomie rekomendacji. Zgodnie z dostępną literaturą zdolności językowe i poznawcze, kontekst rodzinny, kultura oraz doświadczenie kliniczne są uważane za potencjalne zmienne, które należy uwzględnić przy rozważaniu zastosowania TF-CBT u dzieci w wieku przedszkolnym z objawami stresu pourazowego (McGuire, Steele i Singh, 2021, Moner i in., 2024).

Dobór interwencji powinien być uzależniony od nasilenia i rodzaju objawów u dziecka, charakteru doświadczanej przemocy oraz dostępności zasobów terapeutycznych, przy czym podstawą postępowania pozostają interwencje o najwyższej jakości dowodów naukowych. Decyzja terapeutyczna powinna jednak uwzględniać nie tylko kryteria skuteczności, lecz także perspektywę dziecka i opiekuna niekrzywdzącego, ich gotowość do udziału w leczeniu, warunki środowiskowe oraz możliwość współtworzenia realistycznego i bezpiecznego planu pomocy.

Sprawozdawczość i operacjonalizacja ścieżki interwencji w ramach pierwszego poziomu referencyjnego

Wprowadzenie sesji koordynacyjnej jako produktu sprawozdawczego stanowi istotny krok w kierunku instytucjonalizacji współpracy międzysektorowej w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Rozwiązanie to, uregulowane Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2025 roku (Dz.U., poz. 1212) oraz doprecyzowane w Zarządzeniu Nr 28/2026/DSOZ Prezesa NFZ, tworzy formalne ramy dla integracji działań klinicznych i środowiskowych. Z perspektywy systemowej sesja koordynacyjna pełni funkcję mechanizmu wykorzystania wiedzy klinicznej w działaniach interwencyjnych w środowisku dziecka, umożliwiając powiązanie diagnozy medycznej z planowaniem i realizacją działań ochronnych oraz terapeutycznych w innych sektorach. Nie powinna być jednak rozumiana wyłącznie jako narzędzie organizacyjno-kontrolne, lecz także jako przestrzeń uzgadniania wspólnego planu wsparcia, możliwie współtworzonego z dzieckiem i rodziną.

Tabela 2.

Operacjonalizacja ścieżki interwencji wobec dziecka doświadczającego przemocy w ramach I poziomu referencyjnego

Etap procesu	Działania kliniczne i organizacyjne	Rola podmiotu medycznego	Produkt sprawozdawczy NFZ	Cel kliniczny i systemowy
1. Identyfikacja i wstępna ocena	Przyjęcie dziecka, diagnoza kliniczna, ocena objawów (PTSD, internalizacyjne, eksternalizacyjne), wstępna ocena ryzyka przemocy	Rozpoznanie objawów mogących wskazywać na przemoc lub zaniedbanie; inicjacja diagnozy	Świadczenia diagnostyczne	Wczesne wykrycie przemocy i określenie potrzeb dziecka
2. Decyzja o współpracy międzysektorowej	Analiza danych klinicznych i środowiskowych, decyzja o włączeniu innych instytucji	Inicjowanie współpracy; przekład diagnozy klinicznej na decyzję systemową		Uruchomienie ścieżki międzysektorowej
3. Uregulowanie podstaw prawnych	Uzyskanie zgody RODO lub działanie w ramach procedury „Niebieskie Karty”	Zapewnienie zgodności działań z przepisami o ochronie danych i obowiązkami ustawowymi		Umożliwienie bezpiecznej wymiany informacji
4. Sesja koordynacyjna (zewnętrzna)	Udział w ZI/GDP, wspólna analiza sytuacji, opracowanie planu pomocy, podział ról	Wniesienie wiedzy klinicznej do procesu decyzyjnego; współtworzenie planu interwencji	5.00.04.0000190 5.00.04.0000192	Integracja działań klinicznych i środowiskowych
5. Koordynacja wewnętrzna (konsylium)	Narada zespołu terapeutycznego, planowanie leczenia	Integracja perspektyw diagnostycznych i terapeutycznych	5.00.04.0000191	Spójność oddziaływań klinicznych

Etap procesu	Działania kliniczne i organizacyjne	Rola podmiotu medycznego	Produkt sprawozdawczy NFZ	Cel kliniczny i systemowy
6. Realizacja interwencji	Wdrożenie terapii (TF-CBT, CPP, PCIT, inne), działania środowiskowe	Prowadzenie terapii opartej na dowodach; monitorowanie stanu psychicznego	Świadczenia terapeutyczne	Redukcja objawów i poprawa funkcjonowania
7. Monitoring i ewaluacja	Ocena postępów, aktualizacja diagnozy, kolejne sesje koordynacyjne	Ocena skuteczności interwencji i modyfikacja planu leczenia	0190/0192 (ponownie)	Adaptacja interwencji do zmieniającej się sytuacji
8. Identyfikacja ograniczeń systemowych	Analiza barier (PESEL, brak finansowania działań pośrednich)	Sygnalizowanie ograniczeń systemowych wpływających na skuteczność leczenia		Optymalizacja systemu i poprawa dostępności pomocy

W oparciu o obowiązujące regulacje oraz wcześniejsze analizy można zaproponować operacjonalizację ścieżki interwencji w ramach pierwszego poziomu referencyjnego jako sekwencji powiązanych etapów decyzyjno-organizacyjnych:

Etap 1. Proces rozpoczyna się w momencie zgłoszenia dziecka do ośrodka pierwszego poziomu (OSPPiP). Na tym etapie stawia się wstępną diagnozę psychologiczną, obejmującą ocenę objawów psychopatologicznych, funkcjonowania psychospołecznego oraz wskaźników ryzyka przemocy lub zaniedbania. Diagnoza może być prowadzona zarówno w środowisku domowym, jak i szkolnym dziecka, co pozwala na pełniejszą ocenę jego funkcjonowania w naturalnych warunkach. Istotne jest, aby już na tym etapie uwzględniać perspektywę dziecka oraz opiekuna niekrzywdzącego, a diagnozę traktować nie tylko jako ocenę ryzyka, lecz także jako rozpoznanie zasobów rodziny.
Etap 2. W przypadku stwierdzenia przesłanek wskazujących na przemoc lub istotne ryzyko krzywdy dziecka podmiot medyczny inicjuje proces współpracy międzysektorowej. Decyzja ta ma charakter kliniczno-organizacyjny i opiera się na integracji danych diagnostycznych oraz kontekstu środowiskowego.
Etap 3. Warunkiem efektywnej współpracy jest zapewnienie podstaw prawnych do przetwarzania i wymiany danych. W praktyce obejmuje to uzyskanie zgody przedstawiciela ustawowego dziecka, o ile nie zachodzą ustawowe przesłanki do jej pominięcia (np. procedura „Niebieskie Karty"). Etap ten ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa prawnego procesu interwencji.
Etap 4. Udział przedstawiciela podmiotu medycznego w sesji koordynacyjnej (np. w ramach zespołu interdyscyplinarnego lub grupy diagnostyczno-pomocowej) stanowi centralny punkt ścieżki interwencji. Na tym etapie dochodzi do:

- integracji informacji klinicznych i środowiskowych;
- wspólnej konceptualizacji przypadku;

- opracowania skoordynowanego planu pomocy;
- alokacji odpowiedzialności między instytucjami.
- Z punktu widzenia systemu NFZ sesja ta może być sprawozdawana jako:
- 5.00.04.0000190 – sesja koordynacyjna (I poziom);
- 5.00.04.0000192 – sesja koordynacyjna w ramach zespołu interdyscyplinarnego.

Etap 5. Równolegle prowadzona jest koordynacja wewnątrz zespołu terapeutycznego, umożliwiająca spójność oddziaływań klinicznych. Może ona przyjmować formę konsylium (5.00.04.0000191), stanowiącego przestrzeń dla integracji perspektyw diagnostycznych i terapeutycznych.
Etap 6. Na podstawie ustaleń wdrażane są interwencje oparte na dowodach naukowych (np. TF-CBT, CPP, PCIT), prowadzone równolegle z działaniami systemowymi ukierunkowanymi na środowisko dziecka. Kluczowe znaczenie ma tu komplementarność oddziaływań klinicznych i środowiskowych.
Etap 7. Proces interwencji ma charakter dynamiczny – wymaga cyklicznej oceny efektów oraz modyfikacji planu pomocy. Kolejne sesje koordynacyjne pełnią funkcję mechanizmu adaptacyjnego, umożliwiającego reagowanie na zmiany w funkcjonowaniu dziecka i jego środowiska. Ewaluacja powinna obejmować nie tylko ocenę redukcji ryzyka, lecz także stopień odbudowy poczucia bezpieczeństwa, stabilności relacyjnej i zaangażowania rodziny we współpracę.
Etap 8. Pomimo formalnego wprowadzenia produktów sprawozdawczych istnieją znaczące ograniczenia systemowe. Najważniejszym z nich jest konieczność powiązania świadczeń z numerem PESEL pacjenta, co ogranicza możliwość rozliczania działań pośrednich (np. konsultacji międzyinstytucjonalnych bez formalnego objęcia dziecka opieką). W konsekwencji część działań koordynacyjnych pozostaje poza systemem finansowania.

Tabela 3.

Wyzwania zidentyfikowane na kolejnych etapach ścieżki interwencji wraz z propozycją działań zaradczych

Ryzyko	PRZED	W TRAKCIE	PO
Brak przepływu informacji między sektorami	Podpisanie porozumienia i zebranie zgody RODO przed pierwszą sesją koordynacji.	Wdrożenie sesji koordynacji (produkt NFZ 5.00.04.0000192); wyznaczenie koordynatora.	Ewaluacja przepływu informacji na sesji podsumowującej; aktualizacja Planu Terapii i Zdrowienia.
Bagatelizowanie objawów traumy przez nauczycieli/pracowników pomocy społecznej	Szkolenie kadry szkolnej i GDP w zakresie trauma-informed carem.	Udział psychologa CZP/OSPPiP w sesjach koordynacji z oświatą/pomocą społeczną; informacja zwrotna.	Analiza przypadków, gdzie dziecko zniknęło z systemu; rekomendacje dla kadry/pracowników.
Długie oczekiwanie na diagnozę/terapię specjalistyczną	Zawarcie porozumień CZP/OSPPiP z PPP; szybka ścieżka dla dzieci z NK.	Monitoring czasu oczekiwania; interwencja wsparcia w szkole przy opóźnieniu.	Ocena dostępności po 6 miesiącach; raportowanie do OW NFZ i jednostek samorządowych.
Brak zgody rodzica na wymianę informacji	Wzór zgody RODO przy pierwszej wizycie; psychoedukacja rodziny.	Dokumentowanie prób uzyskania zgody; kontakt z GDP przy ochronie dziecka.	Analiza odmów; identyfikacja barier; modyfikacja procedury.
Opóźnienie wszczęcia procedury NK mimo przemocy	Szkolenie międzysektorowe: kiedy i jak wypełnić NK-A.	Monitorowanie przypadków z sektora zdrowia; sesja koordynacji po każdym zgłoszeniu z CZP.	Analiza przypadków z opóźnionym NK; raportowanie do ZI.
Trauma złożona mylnie diagnozowana jako PTSD ostre	Szkolenie kliniczne: trauma złożona (cPTSD), podejście fazowe (ARC, ISTSS).	Zastosowanie podejścia fazowego przed pracą traum centryczna; superwizja.	Ewaluacja planu terapeutycznego po etapie stabilizacji; korekta diagnozy w Planie Terapii i Zdrowienia.
Brak terapeuty dla dorosłego opiekuna (matki/ojca)	Ustalenie ścieżki równoległej dorosłych w CZP dorosłych.	Sesja koordynacji wewnątrzsektorowej (dzieci-dorośli) co 4–6 tyg.; Plan Terapii i Zdrowienia dla opiekuna.	Ocena postępów w Planie Terapii i Zdrowienia dorosłego; decyzja o kontynuacji lub zamknięciu ścieżki.
Niespójne działania specjalistów z różnych sektorów	Wyznaczenie koordynatora ścieżki (CZP/OSPPiP) przed uruchomieniem planu.	Regularne sesje koordynacji z protokołem i dokumentacja; Plan Terapii i Zdrowienia jako dokument referencyjny, sesja dialogu otwartego.	Sesja zamykająca z udziałem wszystkich sektorów; ocena spójności działań.

Adnotacja. Za: Chomczyński i in. (2019); Ministerstwo Sprawiedliwości (2025); Papuda-Dolińska i in. (2025), Urząd Marszałkowski (2025).

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego; OŚPPiP – Ośrodek Środowiskowej Pomocy Psychologicznej i Psychoterapeutycznej; GDP – Grupa diagnostyczno-pomocowa; NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia, NK – „Niebieskie Karty", ZI – Zespół Interdyscyplinarny

W tabeli 3 zaprezentowano syntetyczne ujęcie kluczowych wyzwań identyfikowanych na kolejnych etapach ścieżki interwencji oraz odpowiadających im działań zaradczych, uporządkowanych zgodnie z podejściem procesowym (przed podjęciem

działań, w trakcie oraz po ich zakończeniu). Taka struktura odzwierciedla założenia modeli opieki zintegrowanej (*integrated care*) oraz podejścia *trauma-informed*, które podkreślają znaczenie ciągłości wsparcia, koordynacji międzysektorowej oraz wielopoziomowego reagowania na potrzeby dziecka i rodziny (Chomczyński i in., 2019; WHO, 2016; International Society for Traumatic Stress Studies, 2019). W tym ujęciu interwencja nie jest jedynie sekwencją procedur, lecz procesem budowania stabilnej sieci wsparcia wokół dziecka i jego środowiska rodzinnego.

Zidentyfikowane ryzyka obejmują zarówno bariery systemowe (np. ograniczony przepływ informacji między sektorami, niespójność działań instytucji), jak i trudności kliniczne oraz relacyjne (np. błędna diagnoza traumy złożonej, bagatelizowanie objawów, brak zgody na wymianę informacji). W literaturze wskazuje się, że brak efektywnej komunikacji między podmiotami systemu ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej stanowi jeden z głównych czynników obniżających skuteczność interwencji oraz zwiększających ryzyko „wypadania" dziecka z systemu wsparcia (WHO, 2016; Papuda-Dolińska i in., 2025).

Zaproponowane działania zaradcze uwzględniają obowiązujące w Polsce ramy prawne dotyczące ochrony dziecka i współpracy instytucjonalnej, w tym w szczególności przepisy ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej regulujące procedurę „Niebieskie Karty", a także ustawy o ochronie danych osobowych oraz RODO w zakresie przetwarzania i wymiany informacji wrażliwych. W kontekście systemu ochrony zdrowia znaczenie mają również rozwiązania organizacyjne związane z funkcjonowaniem centrów zdrowia psychicznego oraz świadczeń koordynowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, 2023).

Tabela 4.

Lista kontrolna procesu interwencji we współpracy międzysektorowej dla dzieci doświadczających przemocy domowej

Etap interwencji	Pytania kontrolne
I. Zgłoszenie	1a. Czy zgłoszenie dotyczy dziecka (osoby małoletniej)? → skierowanie do OŚPPiP lub CZP dla dzieci i młodzieży. 1b. Czy zgłoszenie dotyczy osoby dorosłej? → czy dokonano oceny, czy w systemie rodzinnym są dzieci wymagające równoległej interwencji? 2. Czy zgłoszenie nastąpiło również poprzez sektor edukacji (np. ujawnienie przemocy przez ucznia)? 3. Czy w sytuacji zagrożenia wszczęto procedurę „Niebieskie Karty" lub inne działania interwencyjne?
II. Konceptualizacja	1a. Czy dokonano analizy bezpośredniego i pośredniego doświadczania przemocy? 1b. Czy uwzględniono sytuację dzieci pozostających pod opieką osoby dorosłej objętej interwencją? 2. Czy oceniono stan psychiczny i poziom bezpieczeństwa dziecka? 3. Czy zidentyfikowano czynniki ryzyka pogorszenia stanu psychicznego lub „wypadnięcia z systemu"?
III. Koordynacja zespołów	1. Czy przeprowadzono sesję koordynacji pomiędzy zespołami pracującymi z dziećmi i dorosłymi? 2. Czy włączono przedstawicieli kluczowych sektorów obecnych w życiu dziecka/rodziny: oświaty, pomocy społecznej, ochrony zdrowia oraz wymiaru sprawiedliwości? 3. Czy zapewniono regularne sesje koordynacyjne oraz przepływ informacji między instytucjami? 4. Czy wyznaczono koordynatora odpowiedzialnego za ciągłość procesu wsparcia?
IV. Plan Terapii i Zdrowienia	1. Czy opracowano wspólny Plan Terapii i Zdrowienia obejmujący dziecko oraz członków rodziny doświadczających przemocy (bezpośrednio i pośrednio)? 2. Czy zapewniono spójność działań terapeutycznych dla dziecka i osoby dorosłej? 3. Czy omówiono Plan Terapii i Zdrowienia z rodziną oraz uzyskano zgodę na jego realizację (kontrakt terapeutyczny)?
V. Proces leczenia	1. Zaplanowanie terapii dla dzieci zgodnie z wytycznymi dotyczącymi leczenia traumy (z uwzględnieniem wieku dziecka, czasu od zdarzenia i kontekstu przemocy; patrz tabela 1). 2. Zaplanowanie terapii dla dorosłego (osoby doznającej przemocy/rodzica). 3. Regularne sesje koordynacji z przedstawicielami sieci wsparcia – monitorowanie realizacji Planu Terapii i Zdrowienia.
VI. Zakończenie leczenia	1. Czy zakończono proces leczenia wszystkich członków rodziny objętych interwencją? 2. Czy przeprowadzono sesję koordynacji podsumowującą? 3. Czy dokonano ewaluacji udzielonej pomocy i zamknięto plan terapii i zdrowienia? 4. Jeśli konieczna jest kontynuacja – czy opracowano dalsze indywidualne plany wsparcia dla dziecka i/lub osoby dorosłej?

Adnotacja. CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego; OŚPPiP – Ośrodek Środowiskowej Pomocy Psychologicznej i Psychoterapeutycznej

Podejście procesowe, obejmujące działania prewencyjne, interwencyjne oraz ewaluacyjne, umożliwia nie tylko lepsze zarządzanie przebiegiem wsparcia, ale również systematyczną ocenę jego efektywności oraz identyfikację obszarów wymagających korekty. W tym sensie tabela pełni funkcję narzędzia operacjonalizującego model interwencji, wspierając zarówno planowanie działań, jak i ich późniejszą ewaluację w praktyce międzysektorowej (Chomczyński i in., 2019; International Society for Traumatic Stress Studies, 2019). Warunkiem użyteczności takiego narzędzia jest jednak zachowanie równowagi między oceną ryzyka a wspierającym, podmiotowym i środowiskowym rozumieniem pomocy dziecku oraz rodzinie.

Rola szkoły w ścieżce interwencji – procedura postępowania nauczyciela specjalisty

Szkoła stanowi kluczowe ogniwo wczesnej identyfikacji objawów traumy u dzieci doświadczających przemocy domowej. Projekt „Szkoła dostępna dla wszystkich" (ASA; UNICEF; IBE; MEN) wykazał, że nauczyciele i psycholodzy szkolni jako pierwsi obserwują zmiany u dziecka: wycofanie, drażliwość, trudności z koncentracją i nagłe zmiany nastroju. Skuteczność działań interwencyjnych zależy od posiadania przez szkołę ustrukturyzowanej procedury postępowania oraz jej współpracy z OSPPiP lub Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) (Papuda-Dolińska i in., 2025).

Na podstawie procedury opracowanej w projekcie ASA UNICEF (Błaszczak i in., 2025) wyróżniono trzy warianty: A – trauma ostra (PTSD); B – trauma złożona (cPTSD); C – dziecko uchodźcze. Czas trwania procedury wynosi maksymalnie dwa tygodnie (wariant A) lub miesiąc (wariant B) i obejmuje: (1) zebranie informacji; (2) identyfikację objawów (checklista); (3) ocenę bezpieczeństwa; (4) rozmowę z dzieckiem i rodzicami; (5) sieć wsparcia; (6) skierowanie do OSPPiP/CZP; (7) realizację Planu Terapii i Zdrowienia. W proponowanym modelu ścieżki interwencji szkoła włączana jest na etapie koordynacji. Psycholog szkolny odpowiada za bieżący monitoring bezpieczeństwa dziecka oraz przekazywanie informacji do zespołu międzysektorowego (podstawa prawna: art. 9a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz §14b Rozporządzenia MZ z 2025 r., Dz.U., poz. 1212). Rozmowa z dzieckiem i rodziną powinna być prowadzona w sposób możliwie partycypacyjny i niedyrektywny, z poszanowaniem ich podmiotowości oraz prawa do współdecydowania o formach wsparcia adekwatnych do sytuacji i możliwości rodziny.

Dane z projektu ASA (37 raportów, 392 nauczycieli, 639 uczniów) wskazują na redukcję objawów traumy, wzrost kompetencji kadry i wzmocnienie współpracy z rodziną po wdrożeniu procedury (Papuda-Dolińska i in., 2025). Zidentyfikowane bariery – długi czas oczekiwania, brak specjalistów językowych i niewystarczający przepływ informacji – były zbieżne z ograniczeniami systemowymi opisywanymi przez Chomczyńskiego i in. (2019). Wyniki te wskazują, że skuteczność szkoły jako ogniwa interwencji zależy nie tylko od formalnych procedur, lecz również od jakości relacji i współpracy pomiędzy szkołą, rodziną oraz pozostałymi instytucjami systemu wsparcia.

Z punktu widzenia wdrożeniowego działania podejmowane przez szkołę powinny być dostosowane do wieku dziecka, czasu od zdarzenia traumatycznego oraz charakteru przemocy. W szczególności szkoła pełni ważną funkcję w zakresie wczesnej identyfikacji objawów oraz kierowania dziecka do odpowiednich form wsparcia, zgodnych z obowiązującymi standardami klinicznymi. Jednocześnie może stać się

dla dziecka jednym z podstawowych środowisk odbudowy przewidywalności, bezpieczeństwa i stabilnych relacji z dorosłymi.

Interwencje rodzicielskie oparte na dowodach naukowych (WHO, 2024) są szczególnie wartościowe w polskim kontekście, ponieważ mogą prowadzić do redukcji ryzyka maltretowania dzieci o 20–50%. Przy systemowym wdrożeniu poprawiają one zdrowie psychiczne rodzin i obniżają koszty interwencji kryzysowych, takich jak te realizowane przez policję czy sądy rodzinne. W Polsce daje to szansę na realne wdrożenie celów takich programów, jak Rządowy Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej na lata 2024–2030. Zasadniczym elementem sukcesu jest adaptacja kulturowa interwencji do polskich realiów, z uwzględnieniem specyfiki obszarów wiejskich i miejskich. Z perspektywy ścieżki interwencji szkoła jest kluczowym ogniwem dla wczesnego wykrywania i inicjowania procesu pomocowego, rozwijanego następnie w ramach systemu ochrony zdrowia i współpracy międzysektorowej. W takim modelu szkoła nie jest wyłącznie instytucją zgłaszającą problem, lecz aktywnym uczestnikiem procesu wspierania dziecka i jego rodziny w codziennym środowisku funkcjonowania.

Dyskusja

Prezentowana ścieżka interwencji jest spójna z konsensusem wytycznych międzynarodowych (NICE, 2017/2025; WHO, 2013; WHO, 2023; ISTSS, 2019) co do konieczności integracji oddziaływań terapeutycznych z systemem ochrony dziecka oraz środowiskiem funkcjonowania dziecka. Polska procedura „Niebieskie Karty" stwarza formalny szkielet takiej współpracy, jednak dane Chomczyńskiego i in. (2019) oraz raport Ministerstwa Sprawiedliwości (2025) wskazują konsekwentnie, że przepływ informacji między sektorami i koordynacja działań pozostają jednym z głównych ograniczeń funkcjonowania systemu. Jednocześnie analiza dostępnych danych sugeruje, że trudności te dotyczą nie tylko kwestii organizacyjnych, ale też utrzymującego się napięcia między perspektywą kontrolną a wspierającym, środowiskowym modelem pracy z dzieckiem i rodziną. W odniesieniu do wyboru terapii obserwuje się rozbieżności między wytycznymi NICE a stanowiskiem WHO i ISTSS. NICE (2018) zaleca EMDR jako interwencję drugiego wyboru, podczas gdy WHO i ISTSS traktują EMDR i TF-CBT jako metody równorzędne. Sieciowa metaanaliza Mavranezouli i in. (2020) dostarcza jednak argumentów zbliżonych do stanowiska NICE, wskazując na większą skuteczność indywidualnych form TF-CBT w porównaniu z innymi interwencjami, przy jednoczesnym umiarkowanym poziomie jakości

dowodów. Przegląd Cochrane (Gillies i in., 2016) uzupełnia ten obraz, wskazując na ograniczenia w zakresie trwałości efektów terapeutycznych.

Przykład dobrej praktyki z województwa kujawsko-pomorskiego (Urząd Marszałkowski, 2025) wskazuje, że wdrożenie spójnych standardów jest możliwe przy zaangażowaniu samorządu. Działające w oparciu o modelową procedurę 22 ośrodki referencyjne pierwszego poziomu w tym województwie mogą stanowić punkt odniesienia dla pozostałych regionów. Ograniczenia niniejszego opracowania obejmują: (1) narracyjna selekcja bez protokołu PRISMA; (2) wykluczenie źródeł spoza języka angielskiego i polskiego; (3) brak ilościowej syntezy efektów; (4) szybko zmieniający się krajobraz prawny. Istotną luką pozostaje brak badań oceniających skuteczność modelu wielosektorowego w polskich warunkach klinicznych.

Przemoc domowa wobec dzieci wymaga skoordynowanej, systemowej odpowiedzi obejmującej wiele sektorów. Niniejszy artykuł proponuje opartą na dowodach ścieżkę postępowania, której oś organizacyjną stanowią sesja koordynacyjna oraz Plan Terapii i Zdrowienia. Najsilniejsze podstawy empiryczne dotyczą TF-CBT i EMDR; dla dzieci 0–6 lat kluczową rolę odgrywa CPP. Dobór interwencji powinien uwzględniać wiek dziecka, czas od zdarzenia, nasilenie traumy i kontekst przemocy. Wyniki niniejszej analizy wskazują, że kluczowym wyzwaniem nie jest już identyfikacja skutecznych metod terapeutycznych, lecz ich integracja w ramach spójnego, międzysektorowego systemu opieki. Nowelizacja Rozporządzenia MZ (2025) i Zarządzenie NFZ nr 28/2026/DSOZ po raz pierwszy umożliwiają finansowe rozliczenie sesji koordynacyjnych, co tworzy realne warunki instytucjonalizacji współpracy. W tym kontekście podmiot medyczny pełni funkcję nie tylko dostawcy interwencji klinicznych, ale także koordynatora procesu pomocowego, odpowiedzialnego za inicjowanie i podtrzymywanie współpracy między instytucjami.

Skuteczność takiego modelu zależy jednak od utrzymania podmiotowego podejścia do dziecka i rodziny oraz traktowania ich jako aktywnych uczestników procesu zdrowienia i planowania pomocy, a nie wyłącznie odbiorców oddziaływań instytucjonalnych. W perspektywie długoterminowej skuteczność systemu ochrony dzieci nie będzie zależeć wyłącznie od liczby procedur, interwencji czy produktów sprawozdawczych, lecz od zdolności instytucji do budowania trwałej, skoordynowanej i opartej na relacji sieci wsparcia wokół dziecka i jego rodziny. Oznacza to konieczność przesunięcia ciężaru działań z modelu reaktywno-kontrolnego ku podejściu *trauma-informed*, środowiskowemu i partycypacyjnemu, w którym bezpieczeństwo dziecka pozostaje nierozerwalnie związane z jakością współpracy między instytucjami, dostępnością pomocy oraz podmiotowym traktowaniem dziecka i jego opiekunów.

Dalsze badania powinny koncentrować się na ocenie efektywności modeli koordynacji międzysektorowej, w tym wpływu sesji koordynacyjnych na wyniki kliniczne dzieci oraz ciągłość opieki. Szczególnie istotne jest opracowanie wskaźników monitorujących jakość współpracy międzysektorowej oraz jej przełożenie na bezpieczeństwo i funkcjonowanie dzieci. Warto również uwzględnić badania nad doświadczeniem samych dzieci i rodzin korzystających z systemu wsparcia, w tym nad poczuciem sprawczości, bezpieczeństwa i jakości relacji z instytucjami pomocowymi. Dopiero takie podejście pozwala traktować ochronę dziecka nie jako zbiór odrębnych procedur realizowanych przez poszczególne sektory, lecz jako wspólną, wielowymiarową odpowiedzialność systemu publicznego za bezpieczeństwo i rozwój dziecka.

Oświadczenia

Finansowanie: Artykuł nie był finansowany ze środków publicznych ani prywatnych. Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów. Wkład autorów: T.R. – koncepcja, przegląd literatury oraz przegląd standardów terapeutycznych, redakcja; K.L. – ścieżka kliniczna; A.Ch. – dane statystyczne z pomocy społecznej, raport MS; A.K.K. – sprawozdawczość NFZ, sesje koordynacyjne (ZI/GDP), współpraca I poziomu oraz rekomendacje, redakcja.

E-mail: **???**

Bibliografia

Abel, K. M., Hope, H., Swift, E., Parisi, R., Ashcroft, D.M., Kosidou, K., Osam, C.S., Dalman, C., Pierce, M. (2019). Prevalence of maternal mental illness among children and adolescents in the UK between 2005 and 2017: A national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health*, *4*(6), e291–e300. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30059-3

Alkærsig, M., Banzon, T., Roest, J., Elklit, A., Stein, A.R., Vang, M.L., Løkkegaard, S.S. (2026). Psychological treatments for young children suffering from trauma-related symptomatology: Systematic review and partial meta-analyses. *Clinical Psychology* Review, 125, 102725. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2026.102725

Austin, A.E., Lesak, A.M., Shanahan, M.E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current Epidemiology Reports*, *7*, 334–342. https://doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3

Bailey, B., Tabone, J., Smith, B., Monnin, J., Hixon, B., Williams, K., Rishel, C. (2024). State of the evidence of attachment regulation and competency framework and adaptions: A rapid scoping review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *17*(2), 571–583. https://doi.org/10.1007/s40653-023-00575-5

Barican, J.L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, *25*(1), 36–44. https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277

Bender, A.E., McKinney, S.J., Schmidt-Sane, M.M., Cage, J., Holmes, M.R., Berg, K.A.,... & Voith, L.A. (2022). Childhood exposure to intimate partner violence and social-emotional competence: A systematic review. *Journal of Family Violence*, *37*(8), 1263–1281. https://doi.org/10.1007/s10896-021-00315-z

Blaustein, M.E., Kinniburgh, K.M. (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency* (wyd. 2). Guilford Press.

Berg, K.A., Evans, K.E., Powers, G., Moore, S.E., Steigerwald, S., Bender, A.E., Holmes, M.R., Yaffe, A., Connell, A.M. (2022). Exposure to intimate partner violence and children's physiological functioning: A systematic review of the literature. *Journal of Family Violence*, *37*(8), 1321–1335. https://doi.org/10.1007/s10896-022-00370-0

Bogat, G.A., Levendosky, A.A., Cochran, K. (2023). Developmental consequences of intimate partner violence on children. *Annual Review of Clinical Psychology*, *19*, 389–414. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-013634

Campbell, T.C.H., Reupert, A., Sutton, K., Basu, S., Davidson, G., Middeldorp, C.M., Naughton, M., Maybery, D. (2021). Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): A scoping review. *European Child &i Adolescent Psychiatry*, *30*, 997–1012. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01502-x

Chomczyński, P., Maj, M., Mroczek, M. (2019). *Badanie skuteczności pomocy udzielanej osobom dotkniętym przemocą w rodzinie. Raport końcowy*. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. https://www.gov.pl/web/rodzina/badanie-skutecznosci-pomocy-udzielanej-osobom-dotknietym-przemoca-w-rodzinie

Christian, C.W., Committee on Child Abuse and Neglect. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, *135*(5), e1337–e1354. https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356

De Bellis, M.D., Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *23*(2), 185–222. https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002

de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M.A., Kuhn, I., Black, M.J., Klaus, K., Patel, S.D., Fisher, D.J., Haag, C., Ukoumunne, O.C., Jones, B.G., Flaiyah, A.M., Catani, C., Dawson, K., Bryant, R.A., de Roos, C., Ertl, V., Foa, E.B., Ford, J.D., … Dalgleish, T. (2024). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: An individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *8*(1), 28–39. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00253-5

de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P.M.G., de Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(11), 1219–1228. https://doi.org/10.1111/jcpp.12768

Dorsey, S., McLaughlin, K.A., Kerns, S.E.U., Harrison, J.P., Lambert, H.K., Briggs, E.C., Revillion Cox, J., Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *46*(3), 303–330. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309

European Union Agency for Fundamental Rights, European Institute for Gender Equality, Eurostat. (2024). *EU gender-based violence survey – Key results*. Experiences of women in the EU-27. Publications Office of the European Union. https://fra.europa.eu/en/publication/2024/eu-gender-violence-survey-key-results

Evans, S.E., Davies, C., DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, *13*(2), 131–140. https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (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*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, *373*(9657), 68–81. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A.P., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*, Article CD012371. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371

Goodman, S.H. (2020). Intergenerational transmission of depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *16*, 213–238. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071519-113915

Greenwald, R. (2005). *Child trauma handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adoloscents*. Routledge.

Gubbels, J., Assink, M., Prinzie, P., van der Put, C.E. (2021). Why healthcare and education professionals underreport suspicions of child abuse: A qualitative study. *Social Sciences*, *10*(3), 98. https://doi.org/10.3390/socsci10030098

Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, *137*(3), e20154079. doi: 10.1542/peds.2015-4079

Hindley, N., Ramchandani, P.G., Jones, D.P.H. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(9), 744–752. https://doi.org/10.1136/adc.2005.085639

Hodgdon, H.B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M., Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in residential schools using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, *28*(7), 679–692. https://doi.org/10.1007/s10896-013-9531-z

Hoppen, T.H., Wessarges, L., Jehn, M., Mutz, J., Kip, A., Schlechter, P., Meiser-Stedman, R., Morina, N. (2025). Psychological interventions for pediatric posttraumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *82*(2), 130–141. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.3908

Hornor, G. (2010). Child sexual abuse. *Journal of Pediatric Health Care*, *24*(6), 358–364. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003

International Society for Traumatic Stress Studies. (2019). *Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations*. https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf

Kennedy, S.C., Kim, J.S., Tripodi, S.J., Brown, S.M., Gowdy, G. (2016). Does parent–child interaction therapy reduce future physical abuse? A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, *26*(2), 147–156. https://doi.org/10.1177/1049731514543024

Kitzmann, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R., Kenny, E.D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(2), 339–352. https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.339

Lannes, A., Bui, E., Arnaud, C., Raynaud, J.P., Revet, A. (2021). Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, *51*(14), 2321–2336. https://doi.org/10.1017/S0033291721003366

Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(4), 312–317. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341

Leverton, T.J. (2003). Parental psychiatric illness: The implications for children. *Current Opinion in Psychiatry*, *16*(4), 395–402. https://doi.org/10.1097/01.yco.0000079218.36371.78

Lieberman, A.F., Ghosh Ippen, C., Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 913–918. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222784.03735.92

Lieberman, A.F., Van Horn, P., Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(12), 1241–1248. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181047.59702.58

Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., Pilling, S. (2020). Research review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(1), 18–29. https://doi.org/10.1111/jcpp.13094

McGuire, A., Steele, R.G., Singh, A. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for preschool-aged children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *24*(1), 20–37. https://doi.org/10.1007/s10567-020-00334-0

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. (2024). Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie za rok 2023 – załącznik statystyczny. https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-krajowego-programu-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie

Ministerstwo Sprawiedliwości. (2025). *Zespół do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu*. https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/zespol-do-spraw-analizy-zdarzen

Ministerstwo Zdrowia. (2023). *Standardy organizacyjne i merytoryczne dla podmiotów nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*. https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy

Moner, N., Soubelet, A., Villard, P., Askenazy, F. (2024). Individual psychological interventions and therapies for posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress symptoms in young children: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2432161. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2432161

Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B.L., Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescents with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1750. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750

National Child Traumatic Stress Network. (2019, March). *PCIT: General information*. https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/pcit_general_031419.pdf

National Institute for Health and Care Excellence. (2017/2025). *Child abuse and neglect* (NICE Guideline NG76). NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng76

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE Guideline NG116). NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116

Naughton, M.F.A., Maybery, D.J., Goodyear, M. (2018). Prevalence of mental illness within families in a regional child-focussed mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(2), 901–910. https://doi.org/10.1111/inm.12386

Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect:

A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *9*(11), e1001349. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349

Papuda-Dolińska, B., Błaszczak, A., Kucharczyk, I., Wiejak, K. (2025). *Włączające strategie edukacyjne. Katalog praktyk edukacyjno-specjalistycznych w pracy z uczniami o specjalnych potrzebach*. Instytut Badań Edukacyjnych – Państwowy Instytut Badawczy. https://doi.org/10.24131/9788368313857

Pfeiffenberger, A.S., D'Souza, A.J., Huthwaite, M.A., Romans, S.E. (2016). The well -being of children of parents with a mental illness: The responsiveness of crisis mental health services in Wellington, New Zealand. *Child & Family Social Work*, *21*(4), 600–607. https://doi.org/10.1111/cfs.12186

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(1), 28–38. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114

Reupert, A.E., Maybery, D.J., Kowalenko, N.M. (2013). Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, *199*(3), S7–S9. https://doi.org/10.5694/mja11.11200

Rossouw, T.I., Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(12), 1304–1313.e3. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2025 r., poz. 1212).

Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., Skogøy, B.E., Ose, S.O. (2019). Adult mental health outpatients who have minor children: Prevalence of parents, referrals of their children, and patient characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, Artykuł 163. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00163

Shafi, R.M.A., Bieber, E.D., Shekunov, J., Croarkin, P.E., Romanowicz, M. (2019). Evidence based dyadic therapies for 0- to 5-year-old children with emotional and behavioral difficulties. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 677. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00677S

Sledjeski, E.M., Dierker, L.C., Brigham, R., Breslin, E. (2008). The use of risk assessment to predict recurrent maltreatment: A classification and regression tree analysis. *Prevention Science*, *9*(1), 28–37. https://doi.org/10.1007/s11121-007-0078-0

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J.B., Jones, P., Kim, J.H., Kim, J.Y., Carvalho, A.F., Seeman, M.V., Correll, C.U., Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, *27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R.A., van IJzendoorn, M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, *24*(1), 37–50. https://doi.org/10.1002/car.2353

Swenson, C.C., Schaeffer, C.M., Henggeler, S.W., Faldowski, R., Mayhew, A.M. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, *24*(4), 497–507. https://doi.org/10.1037/a0020324

Tabone, J.K., Rishel, C.W., Hartnett, H.P., Szafran, K.F. (2021). Trauma-Informed Intervention with Children: Integrating the CANS Assessment with the ARC Framework in a Clinical Setting. *Journal of child & adolescent trauma*, *15*(1), 65–74. https://doi.org/10.1007/s40653-021-00357-x

Thielemann, J.F.B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, *134*, 105899. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899

Thielemann, J.F.B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., Rosner, R. (2024). Stability of treatment effects and caregiver-reported outcomes: A meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child maltreatment*, *29*(2), 375-387.

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego. (2025). *Modelowa procedura współpracy międzyinstytucjonalnej*. Realizacja zadania publicznego „Bezpieczne Dzieciństwo – Partnerstwo na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Bezpieczeństwa Rodzin".

van Dijk, R., van der Valk, I.E., Deković, M., Branje, S. (2020). A meta-analysis on interparental conflict, parenting, and child adjustment in divorced families: Examining mediation using meta-analytic structural equation models. *Clinical Psychology Review*, *79*, 101861. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101861

van Dijk, R., van der Valk, I.E., Deković, M., Branje, S. (2024). Corrigendum to „Meta-analytic associations between interparental conflict, parent-child relationship quality, and child adjustment" [*Clinical Psychology Review*, *88* (2021) 102060]. *Clinical Psychology Review*, *118*, 102060.

van Eldik, W.M., de Haan, A.D., Parry, L.Q., Davies, P.T., Luijk, M.P.C.M., Arends, L.R., Prinzie, P. (2020). The interparental relationship: Meta-analytic associations with children's maladjustment and responses to interparental conflict. *Psychological Bulletin*, *146*(7), 553–594. https://doi.org/10.1037/bul0000233

Vu, N.L., Jouriles, E.N., McDonald, R., Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, *46*, 25–33. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003

Warren, J.M., Halpin, S.A., Hanstock, T.L., Hood, C., Hunt, S.A. (2022). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for families presenting with child maltreatment: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *134*, 105942. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105942

Wirehag Nordh, E.L. (2023). *The family and the patient: An investigation of mental health problems, risk factors, and support for members of the families of psychiatric patients* [Rozprawa doktorska, Faculty of Social Sciences, University of Gothenburg]. Gothenburg University Publications Electronic Archive. https://hdl.handle.net/2077/75948

Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., Jaffe, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *6*(3), 171–187. https://doi.org/10.1023/A:1024910416164

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/

World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*. https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children

World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

World Health Organization. (2024). *Child maltreatment*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

World Health Organization. (2024). *Designing, implementing, evaluating, and scaling up parenting interventions: a handbook for decision-makers and implementers*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240095595

Younas, F., Gutman, L.M., (2023). Parental risk and protective factors in child maltreatment: A systematic review of the evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(5), 3697–3714. https://doi.org/10.1177/15248380221134634

Zarządzenie Nr 28/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lutego 2026 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Zhang, H., Wang, W., Li, Z. (2024). Effectiveness of parent–child interaction therapy for maltreated families: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(4), 2689–2702. https://doi.org/ 10.1177/15248380231222041

A Proposed Intervention Pathway for Children Experiencing Domestic Violence: A Framework for Intersectoral Collaboration

Domestic violence constitutes a significant threat to children's health, and exposure to it—both as direct victims and as witnesses associated with a broad spectrum of short- and long-term health consequences, as well as substantial social and economic costs. The aim of this article is to present, with consideration of the scale of domestic violence against children, a model pathway for medical entities working with children experiencing violence, based on intersectoral collaboration and feasible for implementation within the current Polish legal framework. The article is a narrative review based on meta-analyses, systematic reviews, and clinical guidelines published between 2015 and 2025, with particular emphasis on studies representing the highest level of scientific evidence. The literature analysis indicates that although the identification of violence against children is currently relatively well established, considerably less attention has been devoted to the organization of safe and effective intersectoral collaboration among professionals working with children and families. Another major challenge concerns the quality and coherence of the support provided. There is a need for further systematization of recommendations regarding the treatment of the consequences of violence and the development of local evidence-based support systems. The absence of integrated organizational solutions reduces the effectiveness of interventions, negatively affects the functioning of children and their families, and generates long-term social and economic consequences. Available analyses indicate that the economic costs of violence against children in Europe may reach between 1.1% and 6.0% of GDP annually. The consequences of violence against children should be analyzed from a public health perspective, taking into account the need to develop organizational and legal solutions based on scientifically validated therapeutic methods that enable effective intersectoral collaboration while respecting data protection regulations. Future research should focus on multicenter implementation evaluations of the proposed model, including indicators such as waiting time for services, family retention within the system, the number of repeated "Blue Card" procedures, and the consistency of intersectoral Therapy and Recovery Plans.

Keywords:
domestic violence; children and adolescents; intersectoral collaboration; intervention model; trauma treatment

Cytowanie:
Rowiński, T., Lenkiewicz, K., Chobel, A., Kot, A.K. (2026). Propozycja ścieżki pomocy dla dzieci doświadczających przemocy domowej: procedura postępowania w kontekście współpracy międzysektorowej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 15–56.

Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

Fundusz Sprawiedliwości
Ministerstwo Sprawiedliwości
Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości