Zdrowie psychiczne dziecka wobec przemocy, zaniedbania i traumy – perspektywa relacyjna i odpowiedź systemu

FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ

Dziecko Krzywdzone

Vol. 25 Nr 3
2026

Teoria Badania Praktyka

eISSN: 2545-3475

Fundusz Sprawiedliwości

Ministerstwo Sprawiedliwości

Kwartalnik „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” (ISSN: 1644-6526; eISSN: 2545-3475)

Wydawca:
Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, ul. Mazowiecka 12/25, 00-048 Warszawa
tel./faks 22 616 02 68, e-mail: redakcja@fdds.pl

Redaktorka naczelna:
Dr hab. Magdalena Szafranek, *Uniwersytet Warszawski*

Kolegium redakcyjne:
Grzegorz Całek, *Uniwersytet Warszawski*
Katarzyna Drabarek, *Uniwersytet Warszawski*
Dr Marta Flis-Świeczkowska, *Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Uniwersytet Gdański*
Dr Katarzyna Pilarczyk-Parchanowicz, *Uniwersytet SWPS w Poznaniu, Psychologiczno-seksuologiczny Ośrodek Rozwoju i Terapii PORT w Poznaniu*
Maria Keller-Hamela, *Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę*
Urszula Kubicka-Kraszyńska, *Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę*
Katarzyna Makaruk, *Biuro Rzecznika Praw Dziecka*
Renata Szredzińska, *Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę*
Dr Szymon Wójcik, *Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Uniwersytet Warszawski*

Redaktor statystyczny:
Dr Szymon Wójcik, *Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Uniwersytet Warszawski*

Sekretariat redakcji:
Joanna Kopycka, *Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę*

Rada naukowa:
Prof. dr hab. Maria Beisert, *Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu*
Prof. Kevin Browne, *University of Nottingham, Wielka Brytania*
Prof. dr hab. Anna Brzezińska, *Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu*
Elżbieta Czyż, *Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Warszawie*
Renata Durda, *Instytut Psychologii Zdrowia*
Prof. Dorota Iwaniec, *profesor emerytowana Queen's University Belfast, Irlandia*
Prof. dr hab. Zbigniew Izdebski, *Uniwersytet Zielonogórski*
Dr hab. Ewa Jarosz, *Uniwersytet Śląski*
Teresa Jaśkiewicz–Obydzińska, *Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie*
Dr hab. Maria Kolankiewicz, *Uniwersytet Warszawski*
Prof. Ingrid Leth, *profesor emerytowana University of Copenhagen, Dania*

Copyright © Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.



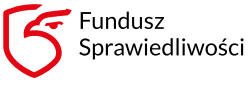
Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska. Tekst licencji dostępny jest na stronie http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/pl/. Pewne prawa zastrzeżone na rzecz Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę.

Adres internetowy:
www.dzieckokrzywdzone.fdds.pl

Projekt graficzny okładki:
Katarzyna Dippel

Redakcja i korekta:
Lubimy Przecinki Agnieszka Rebelak

Skład:
Norbert Grzelka





Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

Dziecko Krzywdzone
Teoria Badania Praktyka

Spis treści

9 **Wstęp**

15 **Propozycja ścieżki pomocy dla dzieci doświadczających przemocy domowej: procedura postępowania w kontekście współpracy międzysektorowej**
Tomasz Rowiński, Kamila Lenkiewicz, Anna Chobel, Anna Katarzyna Kot

57 **Nowe regulacje przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce a ochrona praw dziecka**
Aleksandra Kluczewska

79 **Dziecko w obliczu opresyjnej kontroli partnera – zagrożenie życia i zdrowia dzieci w sytuacji przemocy wysokiego ryzyka. Analiza rozwiązań polskich i zagranicznych**
Alicja Serafin

121 **Stan psychoemocjonalny dzieci-migrantów przymusowych: przejawy lęku separacyjnego i wsparcie instytucjonalne**
Olha Ovcharenko

150 **Zdrowie psychiczne niemowląt w systemie ochrony dziecka: perspektywa relacyjna wobec przemocy, zaniedbania i wczesnej traumy**
Anna Brandt-Salmeri, Klaudia Wątor, Natalia Morawiec, Barbara Zajączkowska, Małgorzata Ayverdi, Wiktoria Krasowska

190 **Trauma relacyjna u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna. Znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego**
Agnieszka Kubacka-Pawlak, Alicja Śledź, Liliana Gajek

216 **Zdrowie psychiczne małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez – opiekunów: przegląd systematyczny**
Andrea Daniel-Calveras, Nuria Baldaquí, Inmaculada Baez

Spis zawartości archiwalnych numerów kwartalnika
znajdą Państwo na stronie: www.dzieckokrzywdzone.fdds.pl

Dziecko Krzywdzone
Teoria Badania Praktyka

„Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” jest periodykiem wydawanym przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę. Pismo ma charakter interdyscyplinarny. Jego celem jest poszerzanie wiedzy profesjonalistów — psychologów, pedagogów, lekarzy, prawników, polityków społecznych i innych — na temat różnych aspektów problemu krzywdzenia dzieci. W piśmie publikowane są najnowsze oraz klasyczne koncepcje teoretyczne, ustalenia empiryczne oraz informacje na temat innowacyjnych form działań diagnostycznych, terapeutycznych i prewencyjnych. Celem pisma jest stworzenie forum wymiany doświadczeń związanych z przeciwdziałaniem problemowi krzywdzenia dzieci oraz informacji na temat znaczących wydarzeń — konferencji, kongresów, szkoleń i publikacji — z zakresu tej problematyki. „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” współpracuje z międzynarodowymi periodykami zajmującymi się zagadnieniami krzywdzenia dzieci — „Child Abuse & Neglect” oraz „Child Maltreatment”.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje) działa od 1991 roku. Jest największą w Polsce organizacją pozarządową zajmującą się ochroną dzieci przed krzywdzeniem oraz pomocą dzieciom – ofiarom przemocy i wykorzystywania, a także ich rodzinom i opiekunom.

Więcej o działaniach Fundacji na www.fdds.pl

Dziecko Krzywdzone
Teoria Badania Praktyka

Table of contents

9 **Introduction**

55 **A Proposed Intervention Pathway for Children Experiencing Domestic Violence: A Framework for Intersectoral Collaboration**
Tomasz Rowiński, Kamila Lenkiewicz, Anna Chobel, Anna Katarzyna Kot

77 **New regulations on counteracting domestic violence in Poland and the protection of children's rights**
Aleksandra Kluczewska

120 **A Child under Coercive Control of Intimate Partner – Risk to Life and Health in High-Risk Domestic Violence. A Comparative Analysis of Polish and International Solutions**
Alicja Serafin

148 **The psycho-emotional state of forced migrant children: manifestations of separation anxiety and institutional support**
Olha Ovcharenko

188 **Infant Mental Health in the Child Protection System: A Relational Perspective on Violence, Neglect, and Early Trauma**
Anna Brandt-Salmeri, Klaudia Wątor, Natalia Morawiec, Barbara Zajączkowska, Małgorzata Ayverdi, Wiktoria Krasowska

215 **Relational Trauma in a Child Experiencing Abuse by a Caregiver: The Role of the Therapeutic Relationship as a Corrective Experience**
Agnieszka Kubacka-Pawlak, Alicja Śledź, Liliana Gajek

258 **Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review**
Andrea Daniel-Calveras, Nuria Baldaquí, Inmaculada Baez

Dziecko Krzywdzone
Teoria Badania Praktyka

„Abused Child. Theory, Research and Practice” is the periodical published by Empowering Children Foundation. The quarterly magazine has an interdisciplinary character. Its main goal is to broaden knowledge of professionals, such as psychologists, educators, pediatricians and other medical professionals, lawyers, policy makers and others, about different aspects of child abuse. In the periodical the most relevant theoretical concepts, empirical data and information about innovative activities of diagnostic, therapeutical and preventing character are presented. The goal of the periodical is to establish form of sharing experiences concerning combating child abuse, sharing good practice and information about important events like conferences congresses, training and publications in this field. “Abused Child. Theory, Research and Practice” collaborates with international periodicals on the topic of child abuse — “Child Abuse & Neglect” and “Child Maltreatment”.

The Empowering Children Foundation (formerly Nobody’s Children Foundation) was established in 1991. It is Poland’s largest non-governmental organization working to protect children from abuse, as well as to provide support to child-victims of violence and abuse, their families and caregivers.

To find out more about the Foundation and its activities visit www.fdds.pl

Wstęp

Przemoc, zaniedbanie i wczesna trauma godzą przede wszystkim w to, co powinno być dla dziecka oparciem – w relację z najbliższymi. Najpoważniejsze następstwa tych zjawisk mają charakter psychiczny i rozwojowy: naruszają poczucie bezpieczeństwa, wzorce przywiązania oraz zdolność do budowania więzi, a skutki – od zespołu stresu pourazowego, przez depresję i lęk, po zaburzenia regulacji emocji – ujawniają się niekiedy dopiero po latach. Właśnie zdrowie psychiczne dziecka, ujmowane w perspektywie relacyjnej, stanowi oś tematyczną trzeciego numeru kwartalnika „Dziecko Krzywdzone" w 2026 roku. Zgromadzone teksty prowadzą od pytania o psychiczne i rozwojowe konsekwencje krzywdzenia – u niemowląt, dzieci doświadczających traumy relacyjnej oraz małoletnich uchodźców i migrantów przymusowych – ku warunkom skutecznej odpowiedzi systemu: wielodyscyplinarnej współpracy instytucji oraz regulacjom prawnym, które tę ochronę mają urzeczywistniać.

Numer otwiera tekst autorstwa **Tomasza Rowińskiego**, **Kamili Lenkiewicz**, **Anny Chobel i Anny Katarzyny Kot** pt. *Propozycja ścieżki pomocy dla dzieci doświadczających przemocy domowej: procedura postępowania w kontekście współpracy międzysektorowej*. 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. Publikacja ma charakter przeglądu narracyjnego opartego na metaanalizach, przeglądach systematycznych oraz wytycznych klinicznych opublikowanych na przestrzeni ostatniej dekady, ze szczególnym uwzględnieniem materiałów reprezentujących najwyższy poziom dowodów naukowych. Autorzy podkreślają, odnosząc się do analizy literatury, 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. Autorzy postulują, aby dalsze badania koncentrowano na wielo-ośrodkowej 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. 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.

Zachęcamy także do zapoznania się z treścią artykułu **Aleksandry Kluczewskiej** pt. *Nowe regulacje przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce a ochrona praw dziecka*. Autorka analizuje w nim regulacje prawne dotyczące przeciwdziałania przemocy domowej oraz ochrony praw dziecka w Polsce, wprowadzone przede wszystkim po tragicznej śmierci ośmioletniego Kamilka z Częstochowy w maju 2023 r. Kluczewska omawia najważniejsze zmiany legislacyjne wynikające z nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej („lex Kamilek"), wskazując ich znaczenie dla zwiększenia ochrony małoletnich przed przemocą fizyczną, psychiczną, ekonomiczną i cyberprzemocą. Szczególną uwagę poświęca nowym środkom interwencyjnym, takim jak policyjny nakaz opuszczenia lokalu przez osobę stosującą przemoc, procedura zapewnienia dziecku ochrony na podstawie art. 12a ustawy oraz rozszerzenie procedury „Niebieskie Karty".

Autorka przedstawia również obowiązek wdrażania standardów ochrony małoletnich w placówkach pracujących z dziećmi oraz ocenia praktyczne problemy związane ze stosowaniem nowych przepisów. Jej zdaniem praktyka bardzo szybko pokazała rozdźwięk między słuszną ideą standardów ochrony małoletnich a ich rzeczywistym funkcjonowaniem. Wiele szkół, klubów sportowych czy organizacji społecznych zwracało uwagę na nadmierną formalizację procedur, brak jasnych wytycznych oraz trudności organizacyjne związane z wdrażaniem standardów. Część obowiązków okazała się szczególnie uciążliwa dla małych podmiotów, opierających działalność na pracy społecznej rodziców i wolontariuszy. W konkluzji Kluczewska zwraca uwagę na wyzwania w zakresie współpracy wielodyscyplinarnej – potrzebę skuteczniejszej współpracy pomiędzy sądami, Policją, instytucjami pomocy społecznej i ochrony zdrowia, a także na istniejące luki proceduralne i organizacyjne.

W opracowaniu autorka podkreśla, że choć nowe regulacje stanowią istotny krok w kierunku wzmocnienia ochrony praw dziecka, to skuteczność systemu zależy nie tylko od przepisów prawa, lecz także od sprawnego działania instytucji oraz odpowiedniego przygotowania osób uczestniczących w procedurach ochronnych.

Publikujemy także tekst **Alicji Serafin** pt. *Dziecko w obliczu opresyjnej kontroli partnera – zagrożenie życia i zdrowia dzieci w sytuacji przemocy wysokiego ryzyka. Analiza rozwiązań polskich i zagranicznych*. Autorka ukazuje w nim, w jaki sposób opresyjna kontrola – dominujący mechanizm przemocy domowej – zwiększa ryzyko krzywdzenia dzieci, a także ocenia skuteczność rozwiązań systemowych w Wielkiej Brytanii, Belgii i Hiszpanii. Samo pojęcie opresyjnej kontroli (*coercive control*) wprowadził do dyskursu naukowego w 2007 roku amerykański socjolog oraz badacz przemocy wobec kobiet Evan Stark. Zgodnie z brytyjskim *Serious Crime Act 2015* opresyjna kontrola obejmuje powtarzające się lub ciągłe zachowania kontrolujące albo przymuszające wobec osoby pozostającej w relacji intymnej lub rodzinnej, jeżeli działania te wywołują u osoby pokrzywdzonej obawę użycia przemocy albo powodują poważny stres i istotnie wpływają na jej codzienne funkcjonowanie.

Odmienne od brytyjskiego podejście do zjawiska opresyjnej kontroli przyjęto w Belgii. Ustawa z 13 lipca 2023 r. dotycząca przeciwdziałania kobietobójstwu, zabójstwom motywowanym płcią oraz poprzedzającej je przemocy nie wprowadziła opresyjnej kontroli jako odrębnego typu przestępstwa, lecz umieściła to pojęcie w systemowej regulacji dotyczącej przemocy ze względu na płeć i przemocy ze skutkiem śmiertelnym.

W hiszpańskim prawie karnym pojęcie opresyjnej kontroli nie zostało dotychczas odrębnie skryminalizowane na wzór brytyjskiego przestępstwa *controlling or coercive behaviour*, jego elementy są jednak obecne w regulacjach dotyczących przemocy ze względu na płeć, przemocy psychicznej, stalkingu oraz ochrony dzieci przed przemocą. Kluczowe znaczenie ma tu Ustawa Organiczna 1/2004 z dnia 28 grudnia o kompleksowych środkach ochrony przed przemocą ze względu na płeć.

W swoim tekście Serafin zastosowała ponadto analizę jakościową przypadków opisanych w raporcie dotyczącym kobietobójstwa w Polsce z lat 2017–2023 oraz analizę porównawczą regulacji prawnych i praktyk instytucjonalnych. Wyniki wskazują, że dzieci w sytuacjach przemocy domowej są zarówno ofiarami bezpośrednimi, jak i narzędziem opresyjnej kontroli sprawcy, co znacząco podnosi poziom zagrożenia dla ich życia i zdrowia. W Polsce problem ten nie jest systemowo rozpoznawany, a ocena ryzyka przemocy wobec dzieci pozostaje fragmentaryczna. W przeciwieństwie do tego rozwiązania hiszpańskie, brytyjskie i belgijskie uwzględniają procesowy charakter przemocy oraz konieczność ochrony dziecka jako odrębnej ofiary.

Olha Ovcharenko w tekście pt. *Stan psychoemocjonalny dzieci-migrantów przymusowych: przejawy lęku separacyjnego i wsparcie instytucjonalne* przedstawia psychologiczne i emocjonalne konsekwencje przymusowej migracji dzieci pochodzenia ukraińskiego, które wyjechały do Polski w warunkach wojny rosyjsko-ukraińskiej. Na podstawie prowadzonej od kilku lat praktyki psychologicznej Ovcharenko przeanalizowała indywidualne doświadczenia oraz sposób postrzegania przez dzieci-migrantów faktu rozłąki z bliskimi osobami: ojcem, babcią, dziadkiem, rodzeństwem. Autorka podkreśla, że w tym kontekście rozłąka jawi się nie tylko jako trudne wydarzenie życiowe, lecz jako silny czynnik traumatyzujący. Przymusowy charakter tej sytuacji znacząco utrudnia adaptację dziecka do nowych warunków życia, a naruszenie potrzeby więzi emocjonalnej wpływa na dobrostan psychiczny dzieci, ich zdolność do odbudowy zasobów oraz proces integracji w nowej przestrzeni edukacyjnej. W sytuacji kryzysu oraz wojennej niepewności życie na odległość od najbliższych staje się czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się objawów lęku separacyjnego, które wykraczają poza reakcje emocjonalne i przybierają formy behawioralne. Dziecko unika uczestnictwa w środowisku szkolnym, obniża się jego zainteresowanie nauką, a także nasilają się skargi somatyczne. W swoim tekście Ovcharenko podejmuje próbę odpowiedzi na pytania dotyczące niestabilnych zachowań oraz obniżonej motywacji dzieci w działalności edukacyjnej, obserwowanych w międzykulturowym środowisku szkolnym. Przejawy lęku separacyjnego u dzieci z doświadczeniem traumy mogą mieć charakter utajony, a konsekwencje stanu lękowego potrafią ujawniać się nagle nawet po kilku latach pobytu w kraju przyjmującym. Celem artykułu jest przedstawienie metod wsparcia instytucjonalnego w pracy z dziećmi z doświadczeniem przymusowej migracji, które przeżywają rozłąkę z obiektami więzi emocjonalnej. Istotne znaczenie ma system interwencji ukierunkowanych na odbudowę poczucia bezpieczeństwa, stabilności oraz włączenia społecznego dzieci-migrantów, a także współpraca na poziomie szkoła–uczeń–rodzina. Wnioski sformułowane przez autorkę mogą stanowić podstawę do realizacji terminowego i wrażliwego wsparcia instytucjonalnego dzieci w przezwyciężaniu skutków traumatycznych doświadczeń przymusowej migracji, sprzyjając ich trwałej adaptacji do przestrzeni edukacyjnej kraju przyjmującego.

Zachęcamy do zapoznania się z tekstem *Zdrowie psychiczne niemowląt w systemie ochrony dziecka: perspektywa relacyjna wobec przemocy, zaniedbania i wczesnej traumy*, opracowanym przez zespół autorski w składzie: **Anna Brandt-Salmeri**, **Klaudia Wątor**, **Natalia Morawiec**, **Barbara Zajączkowska**, **Małgorzata Ayverdi** i **Wiktoria Krasowska**. Artykuł porusza niezwykle ważny, a w polskich realiach nadal niewystarczająco obecny obszar zdrowia psychicznego niemowląt, szczególnie w kontekście przemocy, zaniedbania i wczesnej traumy. Choć okres niemowlęcy

ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju regulacji emocjonalnej, wzorców relacyjnych i kompetencji społecznych, potrzeby najmłodszych dzieci nadal zbyt rzadko ujmowane są całościowo, z uwzględnieniem relacyjnego kontekstu rozwoju. Słabo rozwinięte pozostają zwłaszcza rozwiązania służące rozpoznawaniu trudności w obszarze zdrowia psychicznego niemowląt, wspieraniu diady dziecko–opiekun oraz włączaniu tej perspektywy do działań pomocowych i zapobiegawczych. Znaczenie problemu potwierdzają metaanalizy wskazujące, że przemoc fizyczna wobec niemowląt w pierwszych dwóch latach życia występuje częściej, niż sugerują oficjalne statystyki. Celem artykułu jest przedstawienie zdrowia psychicznego niemowląt jako istotnego, a nadal słabo wyodrębnionego obszaru wspierania rozwoju i ochrony dziecka. W tekście omówiono wybrane sposoby konceptualizacji zdrowia psychicznego niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy relacyjnej, w której podstawową jednostką rozumienia rozwoju i trudności nie jest wyłącznie samo niemowlę, lecz relacja dziecko–opiekun oraz szerszy kontekst środowiskowy. Przedstawiono także znaczenie tego ujęcia dla rozpoznawania potrzeb niemowląt i małych dzieci doświadczających przemocy, zaniedbania oraz innych form krzywdzenia. Artykuł ma charakter przeglądowy i postulatywny. Oprócz uporządkowania podstawowych ujęć teoretycznych prezentuje wybrane rozwiązania stosowane w innych krajach, obejmujące kształcenie kadr, rozwój wyspecjalizowanych świadczeń oraz włączanie perspektywy zdrowia psychicznego niemowląt do praktyki wspierania rodzin. Autorki podkreślają, że silniejsza obecność zdrowia psychicznego niemowląt w kształceniu specjalistów, organizacji świadczeń i praktyce wsparcia może sprzyjać zarówno zapobieganiu krzywdzeniu dzieci, jak i projektowaniu adekwatnej pomocy najmłodszym dzieciom oraz ich opiekunom.

W numerze publikujemy też tekst pt. *Trauma relacyjna u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna. Znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego* autorstwa naukowczyń związanych z Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie: **Agnieszki Kubackiej-Pawlak**, **Alicji Śledź** i **Liliany Gajek**. Artykuł koncentruje się na zjawisku traumy relacyjnej u dzieci doświadczających przemocy i krzywdzenia ze strony bliskich osób – przez tych, z którymi relacja powinna być dla dziecka źródłem bezpieczeństwa, a staje się przestrzenią zagrożenia. Traumę relacyjną definiuje się jako negatywne przeżycia, które obiektywnie mogą wydawać się mniej dojmujące niż jednorazowe przeciążające zdarzenia, prowadzące do zespołu stresu pourazowego (PTSD), lecz ze względu na swoją powtarzalność mogą wywoływać niezwykle poważne skutki. Celem tekstu jest uporządkowanie wiedzy na temat psychologicznych konsekwencji przemocy relacyjnej wobec dzieci oraz wskazanie kierunków pracy terapeutycznej adekwatnej

do potrzeb dziecka. Autorki podkreślają, że skali tego zjawiska w Polsce nie da się dokładnie oszacować. Badania wskazują jednak na jego związek z dorastaniem w rodzinach obciążonych uzależnieniami, zaburzeniami psychicznymi czy przemocą domową, a wczesnodziecięce urazy są udziałem dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej oraz dzieci adoptowanych.

Publikacja ma charakter przeglądowo-analityczny i opiera się na współczesnych ujęciach teoretycznych oraz aktualnych badaniach dotyczących wpływu doświadczeń przemocy relacyjnej na rozwój psychiczny dziecka, organizację przywiązania, regulację emocji, obraz siebie oraz zdolność do tworzenia bezpiecznych więzi. W artykule omówiono szczególne wyzwania terapeutyczne związane z pracą z dzieckiem skrzywdzonym przez osobę znaczącą, w tym trudności w budowaniu przymierza terapeutycznego, współwystępowanie lojalności wobec sprawcy, trudności w ujawnianiu doświadczeń przemocy, objawy pourazowe oraz znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego.

Numer zamyka tekst pt. *Zdrowie psychiczne małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez opiekunów: przegląd systematyczny* autorstwa zespołu w składzie: **Andrea Daniel-Calveras**, **Nuria Baldaquí** oraz **Inmaculada Baeza**, będący przedrukiem materiału pierwotnie opublikowanego w czasopiśmie „Child Abuse & Neglect" nr 133/2022. Celem artykułu jest przegląd oraz podsumowanie wyników badań dotyczących częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród małoletnich uchodźców przybywających do krajów europejskich bez opiekunów po 2017 roku oraz opisanie czynników ryzyka związanych z tym zjawiskiem. We wszystkich uwzględnionych przez autorki analizowanych badaniach wśród małoletnich uchodźców odnotowano wysoką częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego – takich jak PTSD, depresja, zaburzenia lękowe, myśli i zachowania samobójcze oraz problemy emocjonalne. Warto podkreślić, że w wybranych badaniach stwierdzono istotny związek między wiekiem a stopniem zaburzeń psychicznych, wskazujący na większe obciążenie spowodowane zaburzeniami zdrowia psychicznego wśród starszych małoletnich uchodźców. Autorki wskazują ponadto, że ważną rolę w utrzymaniu dobrego samopoczucia psychicznego odgrywa wsparcie społeczne. Pomaga ono jednostkom radzić sobie z narażeniem na stres i skutecznie zmniejsza jego potencjalny wpływ na zdrowie psychiczne, ograniczając w ten sposób częstość występowania objawów stresu pourazowego i depresji. Wreszcie, co zasługuje na uwagę, poziom znajomości języka używanego w kraju przyjmującym był powiązany z dobrostanem psychicznym dzieci pierwszego pokolenia imigrantów.

Zapraszamy do lektury!

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).

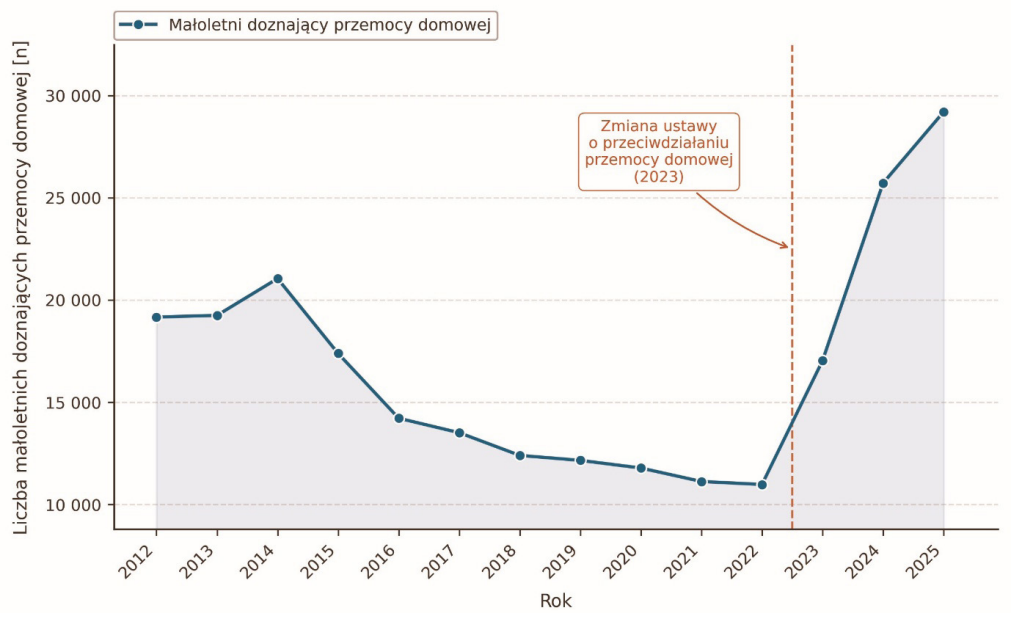
Ogółem odnotowano 163 507 osób doświadczających przemocy domowej, objętych w 2023 roku działaniami w ramach procedury „Niebieskie Karty". Wśród nich najwięcej było kobiet (83 026) oraz dzieci (61 729; w 2022 roku – 47 674). Niepokojąca jest skala związana z odbieraniem biologicznym rodzicom dzieci z 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

Nowe regulacje przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce a ochrona praw dziecka

Aleksandra Kluczewska

Uniwersytet im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

Artykuł poświęcony jest analizie nowych regulacji prawnych dotyczących przeciwdziałania przemocy domowej oraz ochrony praw dziecka w Polsce, wprowadzonych przede wszystkim po tragicznej śmierci ośmioletniego Kamilka z Częstochowy w maju 2023 r. Omówiono w nim najważniejsze zmiany legislacyjne wynikające z nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej („lex Kamilek"), wskazując ich znaczenie dla zwiększenia ochrony małoletnich przed przemocą fizyczną, psychiczną, ekonomiczną i cyberprzemocą. Szczególną uwagę poświęcono nowym środkom interwencyjnym, takim jak: policyjny nakaz opuszczenia lokalu przez sprawcę przemocy, procedura zapewnienia dziecku ochrony na podstawie art. 12a ustawy oraz rozszerzenie procedury „Niebieskie Karty".

W artykule przedstawiono również obowiązek wdrażania standardów ochrony małoletnich w placówkach pracujących z dziećmi oraz oceniono praktyczne problemy związane ze stosowaniem nowych przepisów. Zwrócono uwagę na potrzebę skuteczniejszej współpracy pomiędzy sądami, Policją, pomocą społeczną oraz ochroną zdrowia, a także na istniejące luki proceduralne i organizacyjne. W opracowaniu podkreślono, że choć nowe regulacje stanowią istotny krok w kierunku wzmocnienia ochrony praw dziecka, to skuteczność systemu zależy nie tylko od przepisów prawa, lecz także od sprawnego działania instytucji oraz odpowiedniego przygotowania osób uczestniczących w procedurach ochronnych.

Słowa kluczowe:
przemoc domowa; ochrona praw dziecka; „lex Kamilek"; standardy ochrony małoletnich; przemoc wobec dzieci; procedura „Niebieskie Karty"

Wstęp

Impulsem dla wskazanych rozważań jest kolejny etap procesu w sprawie ośmioletniego Kamilka z Częstochowy – dziecka, którego dramat i śmierć wstrząsnęły całą Polską oraz stały się impulsem do szeroko zakrojonych zmian w systemie ochrony małoletnich. Właśnie w czasie, gdy oddaję niniejszy artykuł do publikacji (maj 2026 r.), Sąd Okręgowy w Częstochowie wydał nieprawomocny wyrok skazujący matkę chłopca i jego ojczyma, którzy przez długi czas mieli znęcać się nad dzieckiem i ostatecznie doprowadzić do jego śmierci[1]. Trudno pozostać obojętnym wobec ogromu cierpienia, jakiego doznał ten kilkuletni chłopiec. Jeszcze trudniej pogodzić się z myślą, że mimo licznych sygnałów alarmowych system ochrony dziecka nie zadziałał odpowiednio wcześnie i skutecznie. To właśnie ta sprawa stała się symbolem konieczności pilnych zmian prawnych oraz społecznej refleksji nad rzeczywistą skutecznością mechanizmów chroniących dzieci przed przemocą domową. W konsekwencji uchwalono nowe regulacje dotyczące przeciwdziałania przemocy domowej oraz ochrony małoletnich, powszechnie określane jako „lex Kamilek". Zmiany objęły zarówno prawo rodzinne, jak i karne, procedury interwencyjne, zasady funkcjonowania placówek pracujących z dziećmi, a także sposób wysłuchiwania i ochrony małoletnich uczestniczących w postępowaniach sądowych.

Celem niniejszego opracowania jest analiza tych regulacji prawnych dotyczących przeciwdziałania przemocy domowej oraz ocena ich znaczenia dla ochrony praw dziecka w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wprowadzonych ustawą z dnia 9 marca 2023 r. („lex Kamilek"). Główne pytanie badawcze sprowadza się do ustalenia, czy nowe instrumenty prawne rzeczywiście zwiększają skuteczność ochrony małoletnich przed przemocą domową oraz poprawiają efektywność działań podejmowanych przez organy państwa i instytucje odpowiedzialne za bezpieczeństwo dziecka. W artykule przyjęto hipotezę, zgodnie z którą wprowadzone zmiany legislacyjne stanowią istotne wzmocnienie systemu ochrony praw dziecka, jednak skuteczność nowych regulacji pozostaje ograniczona przez problemy organizacyjne, niejednolitą praktykę stosowania prawa oraz niewystarczającą współpracę pomiędzy poszczególnymi służbami i instytucjami. Wywód obejmuje omówienie najważniejszych zmian legislacyjnych i ich praktycznego znaczenia, a także podnoszonych

1 29 marca 2023 r. ojczym zaatakował chłopca w mieszkaniu rodziny w Częstochowie. Dawid B. miał polewać Kamilka wrzątkiem, bić go pięściami i słuchawką prysznicową, a następnie doprowadzić do ciężkich poparzeń po kontakcie dziecka z rozgrzanym piecem węglowym. Mimo hospitalizacji chłopiec zmarł 8 maja 2023 r.; https://www.gazetaprawna.pl/prawnik/orzecznictwo/artykuly/11243503,decyzja-sadu-po-smierci-kamilka-matka-i-ojczym-uslyszeli-wyrok.html

wobec nich wątpliwości i głosów krytycznych; szczególną uwagę poświęcono problemowi wtórnej wiktymizacji dziecka oraz roli sądów, organów ścigania i instytucji pomocowych w reagowaniu na przemoc wobec małoletnich. Artykuł opiera się przede wszystkim na metodzie dogmatycznoprawnej, polegającej na analizie obowiązujących aktów prawnych, orzecznictwa sądowego oraz piśmiennictwa dotyczącego przeciwdziałania przemocy domowej i ochrony małoletnich. Uzupełniająco wykorzystano również elementy analizy praktyki stosowania prawa, wynikające z doświadczeń zawodowych autorki oraz dostępnych raportów i opracowań dotyczących funkcjonowania procedur ochronnych wobec dzieci.

Nowe instrumenty ochrony dziecka w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej

Jedną z najważniejszych zmian była nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 9 marca 2023 r., która weszła w życie co do zasady 22 czerwca 2023 r.[2] Jak wynika z uzasadnienia sejmowego projektu ustawy, już przeprowadzona w 2007 r. diagnoza skali zjawiska przemocy domowej wskazywała, że problem ten jest wyraźnie dostrzegany w polskim społeczeństwie. Z uzyskanych danych wynikało, że przemoc dotyczy około połowy rodzin, a niemal dwie trzecie Polaków (64%) znało w swoim otoczeniu lub sąsiedztwie rodziny, w których – według ich wiedzy – dochodziło do różnych form przemocy[3].

Najistotniejszą zmianą było zastąpienie pojęcia „przemocy w rodzinie" pojęciem „przemocy domowej". Nie była to jedynie modyfikacja terminologiczna, lecz zmiana o charakterze systemowym i praktycznym. Dotychczas obowiązująca ustawa[4], posługująca się terminem „przemoc w rodzinie", w praktyce ograniczała zakres ochrony głównie do relacji formalnie uznawanych za rodzinne, w konsekwencji nie obejmując w pełni problemu przemocy w związkach nieformalnych ani pomiędzy byłymi małżonkami, którzy w świetle prawa nie są już rodziną. Celem nowelizacji było zatem szersze ujęcie relacji, w których może dochodzić do przemocy, a także podkreślenie, że zjawisko to nie występuje wyłącznie w formalnie rozumianej rodzinie.

2 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1673), dalej Ustawa.

3 Uzasadnienie (s. 1) nowelizacji ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2005 r., nr 180, poz. 1493).

4 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. nr 180, poz. 1493).

Prawodawca powołał się przy tym na konwencję stambulską[5], która definiuje przemoc jako wszelkie akty przemocy fizycznej, seksualnej, psychicznej lub ekonomicznej, występujące w rodzinie, gospodarstwie domowym albo pomiędzy byłymi lub obecnymi małżonkami lub partnerami, niezależnie od tego, czy sprawca i osoba doznająca przemocy wspólnie zamieszkują. W sprawach przemocy domowej zastosowanie mają również przepisy Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Wlaźlak, 2017, s. 1).

Nowelizacja położyła szczególny nacisk na problem przemocy psychicznej. Jak wynika z uzasadnienia projektu, jest ona najbardziej rozpowszechnioną formą przemocy i dotyczy około 31% badanych. Rzadziej wskazywano na przemoc fizyczną (17%), ekonomiczną (8%) oraz seksualną (3%).

Szczególnie istotną zmianą z perspektywy ochrony dzieci było uznanie małoletniego będącego świadkiem przemocy za osobę doznającą przemocy domowej. Oznacza to, że dziecko nie musi być bezpośrednio ofiarą przemocy fizycznej ani innych form krzywdzenia, aby mogło zostać objęte ochroną prawną oraz wsparciem instytucjonalnym.

Nowe przepisy rozszerzyły definicję przemocy domowej. Obejmuje ona obecnie nie tylko przemoc fizyczną i psychiczną, ale również ekonomiczną, cyberprzemoc, zaniedbanie, kontrolowanie i izolowanie dziecka lub innych członków rodziny. Taka zmiana bez wątpienia zasługuje na aprobatę, szczególnie w kontekście coraz częściej występujących zachowań agresywnych. W praktyce orzeczniczej istotne znaczenie mają przestępstwa wymienione nie tylko w rozdziale XXVI Kodeksu karnego „Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece" (głównie znęcanie z art. 207 k.k. czy niealimentacja z art. 209 k.k.), ale też przestępstwa z Rozdziału XXIII „Przestępstwa przeciwko wolności" (groźna karalna z art. 190 k.k. czy zmuszanie z art. 191 k.k.) oraz przeciwko życiu i zdrowiu z Rozdziału XIX „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu" (różne stopnie uszczerbku na zdrowiu). Co do zasady postępowanie w sprawach o takie przestępstwa prowadzone są przez Policję w formie dochodzenia, a rozpoznaje je sąd rejonowy (art. 24 k.p.k.).

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na już obowiązujące przepisy związane z nakazem opuszczenia lokalu i zbliżania się przez sprawcę. Instytucja ta została wprowadzona do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz niektórych

5 Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 961).

innych ustaw i obowiązuje od 1 sierpnia 2010 r.[6] Jej podstawowym celem było stworzenie skutecznego mechanizmu natychmiastowej ochrony osób doznających przemocy domowej, a w szczególności dzieci, poprzez umożliwienie odizolowania sprawcy przemocy od wspólnie zajmowanego mieszkania. Istotne rozszerzenie ochrony nastąpiło wraz z nowelizacją obowiązującą od 30 listopada 2020 r., kiedy to ustawodawca wprowadził dodatkowe środki ochronne, takie jak zakaz zbliżania się do mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia, zakaz kontaktowania się z osobą doznającą przemocy czy zakaz przebywania w określonych miejscach związanych z codziennym funkcjonowaniem dziecka.

Rozwiązania te stanowią realizację konstytucyjnego obowiązku ochrony praw dziecka oraz standardów międzynarodowych dotyczących przeciwdziałania przemocy domowej. Szczególne znaczenie miało dostosowanie polskich regulacji do wymogów wynikających z Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, która nakłada na państwa obowiązek zapewnienia szybkich i skutecznych środków ochrony osób doznających przemocy. Dzięki temu dziecko może uzyskać realną ochronę jeszcze przed zakończeniem postępowań karnych lub rodzinnych, a sąd ma możliwość zastosowania środków izolujących sprawcę niezależnie od innych procedur.

Istotnym wzmocnieniem ochrony dziecka przed przemocą domową było także przyznanie Policji uprawnienia do wydawania natychmiastowych środków ochronnych wobec sprawcy przemocy. Policjant może bowiem wydać nakaz opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania oraz zakaz zbliżania się do niego na okres 14 dni. Rozwiązanie to ma charakter interwencyjny i służy zapewnieniu dziecku oraz innym osobom doznającym przemocy natychmiastowego bezpieczeństwa jeszcze przed wydaniem orzeczenia przez sąd. Środki te są natychmiast wykonalne, co oznacza, że sprawca przemocy musi niezwłocznie opuścić lokal i podporządkować się zakazowi. Regulacje obowiązujące od 15 sierpnia 2023 r. doprecyzowały relację między policyjnymi środkami ochronnymi a sądowym nakazem opuszczenia mieszkania wydawanym na podstawie art. 11a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Ustawodawca wyraźnie wskazał, że sądowe postanowienie podlega wykonaniu w sposób analogiczny do policyjnego nakazu i może być egzekwowane. Miało to szczególne znaczenie praktyczne, ponieważ wcześniej pojawiały się wątpliwości, czy w przypadku niewykonania przez sprawcę obowiązku opuszczenia lokalu konieczne

6 Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw, (Dz.U. z 2015 r., poz. 842).

jest prowadzenie odrębnej egzekucji komorniczej. Obecnie przepisy jednoznacznie potwierdzają skuteczność i wykonalność tych środków ochronnych (Wrona, 2024).

Z perspektywy ochrony praw dziecka rozwiązanie to ma fundamentalne znaczenie, ponieważ pozwala na natychmiastowe odseparowanie małoletniego od sprawcy przemocy bez konieczności oczekiwania na zakończenie postępowania sądowego. Dzięki temu dziecko może pozostać w swoim środowisku domowym i zachować poczucie stabilizacji, podczas gdy izolacji podlega osoba stwarzająca zagrożenie dla jego bezpieczeństwa i prawidłowego rozwoju.

Jako ciekawostkę warto wskazać najnowsze stanowisko orzecznictwa administracyjnego dotyczące wymeldowania sprawców przemocy domowej. Tradycyjnie przyjmowano, że wymeldowanie z lokalu następuje przede wszystkim wtedy, gdy osoba dobrowolnie i trwale opuściła miejsce pobytu stałego. W praktyce oznaczało to konieczność wykazania, że dana osoba sama zrezygnowała z zamieszkiwania w lokalu i nie zamierza do niego wracać. W wyroku z dnia 30 kwietnia 2025 r. (III SA/Kr 464/25) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie rozszerzył jednak to podejście również na sytuacje związane z przemocą domową. Sąd wskazał, że: „Na równi z dobrowolnością i trwałością opuszczenia lokalu należy traktować te sytuacje, w których osoba podlegająca wymeldowaniu nie może zgodnie z prawem lub na skutek okoliczności faktycznych dalej zamieszkiwać w miejscu, w którym była zameldowana, np. w związku z nakazem eksmisji, odbywaniem kary pozbawienia wolności, nakazem opuszczenia lokalu z uwagi na znęcanie się nad członkiem rodziny lub zakazem zbliżania się do członków rodziny".

Orzeczenie to ma istotne znaczenie w kontekście ochrony osób doznających przemocy, w tym dzieci. Sąd zaakcentował bowiem, że opuszczenie lokalu nie zawsze musi mieć charakter całkowicie dobrowolny – wystarczające może być to, że sprawca przemocy został prawnie pozbawiony możliwości dalszego zamieszkiwania w lokalu wskutek zastosowanych środków ochronnych. Wprawdzie współcześnie instytucja meldunku nie ma już tak doniosłego znaczenia prawnego jak dawniej i nie przesądza o prawie własności czy prawie do lokalu, jednak wymeldowanie nadal ma wymiar symboliczny. W praktyce oznacza formalne zerwanie związku sprawcy przemocy z miejscem zamieszkania rodziny i potwierdza, że to osoba doznająca przemocy powinna zachować możliwość spokojnego i bezpiecznego korzystania z lokalu.

W kontekście orzecznictwa dotyczącego nakazu opuszczenia lokalu istotne znaczenie ma również postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 marca 2017 r. (I CZ 28/17). Sąd Najwyższy uznał w nim, że od postanowienia sądu drugiej instancji wydanego na podstawie art. 11a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie nie przysługuje skarga kasacyjna. Oznacza to, że po rozpoznaniu sprawy przez sąd

odwoławczy sprawca przemocy nie może już kwestionować nakazu opuszczenia lokalu przed Sądem Najwyższym.

Stanowisko to wzmacnia skuteczność i szybkość ochrony osób doznających przemocy, w szczególności dzieci. Celem ustawodawcy było bowiem stworzenie środka o charakterze natychmiastowym i realnie zabezpieczającym bezpieczeństwo domowników. Dopuszczenie wieloletniego sporu kasacyjnego mogłoby prowadzić do przedłużania stanu zagrożenia i osłabienia ochronnej funkcji art. 11a ustawy.

Jednocześnie należy podkreślić, że nakaz opuszczenia lokalu jest środkiem wyjątkowo dolegliwym. W praktyce oznacza on czasowe pozbawienie możliwości korzystania z mieszkania, często niezależnie od prawa własności do lokalu. Z tego względu sądy powinny stosować ten instrument z zachowaniem zasady proporcjonalności oraz po dokładnym ustaleniu, że rzeczywiście dochodzi do przemocy domowej, a wspólne zamieszkiwanie stało się szczególnie uciążliwe i zagraża bezpieczeństwu osób pokrzywdzonych.

Z perspektywy własnej praktyki adwokackiej należy jednak zauważyć, że instytucja przewidziana w art. 11a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie bywa niekiedy wykorzystywana instrumentalnie w toku konfliktów okołorozwodowych i sporów o charakterze majątkowym lub opiekuńczym. W prowadzonych postępowaniach spotykałam się z sytuacjami, w których wniosek o nakaz opuszczenia lokalu składany był nie tyle w celu zapewnienia rzeczywistej ochrony przed przemocą, ile jako środek służący uzyskaniu przewagi procesowej w sprawie rozwodowej, dotyczącej kontaktów z dzieckiem czy korzystania ze wspólnego mieszkania. Tym bardziej uzasadnione pozostaje stanowisko orzecznictwa, zgodnie z którym art. 11a ustawy nie może pełnić funkcji instrumentu rozwiązywania zwykłych konfliktów rodzinnych.

Nie oznacza to oczywiście podważania potrzeby stosowania tego środka w przypadkach rzeczywistej przemocy w rodzinie – przeciwnie, jego znaczenie dla ochrony dzieci i osób pokrzywdzonych pozostaje fundamentalne. Konieczne jest jednak zachowanie przez sądy szczególnej ostrożności przy ocenie materiału dowodowego oraz weryfikacji, czy rzeczywiście istnieje aktualne zagrożenie dla bezpieczeństwa domowników albo realna obawa ponownego wystąpienia przemocy. Nakaz opuszczenia lokalu stanowi bowiem daleko idącą ingerencję w konstytucyjnie chronione prawa jednostki, w tym prawo do mieszkania i poszanowania życia prywatnego, dlatego jego stosowanie powinno następować wyłącznie w sytuacjach rzeczywiście uzasadnionych dobrem osób pokrzywdzonych.

Jednym z kluczowych filarów ochrony dzieci przed przemocą domową jest wprowadzona ww. ustawą instytucja interwencyjnego odebrania dziecka, uregulowana w jej art. 12a. Przepis ten przewiduje możliwość natychmiastowego odebrania

dziecka z rodziny w sytuacji bezpośredniego zagrożenia jego życia lub zdrowia, spowodowanego przemocą lub rażącym zaniedbaniem. Decyzję taką może podjąć pracownik socjalny wspólnie z funkcjonariuszem Policji oraz przedstawicielem ochrony zdrowia – lekarzem, ratownikiem medycznym lub pielęgniarką. Dziecko może zostać następnie umieszczone u osoby najbliższej, w rodzinie zastępczej albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

Procedura ta została wprowadzona już w 2010 r. jako narzędzie umożliwiające szybką i skuteczną reakcję państwa w przypadkach przemocy wobec dzieci – ustawodawca przyznał wówczas służbom prawo oraz obowiązek odebrania dziecka bez konieczności wcześniejszego uzyskania orzeczenia sądu. Rozwiązanie to spotkało się jednak z silną krytyką podczas prac legislacyjnych, dlatego ostatecznie ograniczono możliwość jego stosowania wyłącznie do sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka (Wrona, 2024).

Istotnym uzupełnieniem tej procedury stały się przepisy obowiązujące od 30 listopada 2020 r., wprowadzające formularz szacowania ryzyka zagrożenia życia lub zdrowia, oparty na art. 15ac ustawy o Policji. Kwestionariusz ten służy ocenie, czy stosowana przemoc stwarza realne zagrożenie dla osoby jej doznającej oraz czy zachodzą podstawy do zastosowania środków ochronnych wobec sprawcy przemocy. Chociaż formularze skierowane są przede wszystkim do funkcjonariuszy Policji, nic nie stoi na przeszkodzie, aby posługiwali się nimi również pracownicy socjalni czy przedstawiciele ochrony zdrowia uczestniczący w procedurze określonej w art. 12a ustawy.

W formularzu dotyczącym dzieci wskazano sytuacje, które same w sobie świadczą o występowaniu zagrożenia życia lub zdrowia dziecka. Należą do nich m.in. bicie, duszenie, popychanie, rzucanie dzieckiem, przypalanie papierosem lub innymi przedmiotami, a także rzucanie w dziecko ciężkimi przedmiotami. Są to przede wszystkim formy przemocy fizycznej bezpośrednio naruszające nietykalność cielesną dziecka.

Kwestionariusz obejmuje również szerszy katalog zachowań i okoliczności świadczących o przemocy wobec dziecka. Za szczególnie niebezpieczne uznano m.in.: agresję wobec dziecka, grożenie mu użyciem przemocy lub pozbawieniem życia, wcześniejsze agresywne zachowania sprawcy, konieczność obrony dziecka przed sprawcą, a także sytuacje związane z niepełnosprawnością dziecka czy jego bardzo młodym wiekiem (zwłaszcza poniżej szóstego roku życia). Uwzględnia się również wcześniejszą karalność sprawcy za przestępstwa z użyciem przemocy oraz ocenę osoby sporządzającej formularz co do ryzyka wyrządzenia dziecku krzywdy. W przypadku współwystępowania co najmniej pięciu wskazanych przesłanek przyjmuje się, że istnieje zagrożenie życia lub zdrowia dziecka.

Warto podkreślić, że większość wskazanych kryteriów ma charakter ocenny i nie ogranicza się wyłącznie do przemocy fizycznej. Obejmują one również przemoc psychiczną, przejawiającą się w groźbach, zastraszaniu czy agresji słownej. Kryteria te mają stanowić wskazówkę dla osób podejmujących interwencję, jednak możliwość stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia dziecka nie została ograniczona wyłącznie do przypadków wskazanych w formularzu. Dotyczy to w szczególności sytuacji związanych z zaniedbaniem dziecka lub przemocą naruszającą jego sferę seksualną.

Dążąc do dalszego ujednolicenia procedur ochronnych, ustawodawca zobowiązał Radę Ministrów do opracowania odrębnego formularza szacowania ryzyka przeznaczonego bezpośrednio do stosowania w procedurze z art. 12a ustawy. W efekcie wydane zostało Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2025 r. w sprawie wzoru kwestionariusza szacowania ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka służącego stwierdzeniu zasadności zapewnienia dziecku ochrony w związku z przemocą domową[7].

Przepisy dotyczące ochrony dziecka przed przemocą domową powierzają szczególną rolę interwencyjną pracownikowi socjalnemu wykonującemu obowiązki służbowe. To właśnie on jest podmiotem odpowiedzialnym za podjęcie działań mających na celu natychmiastowe zabezpieczenie małoletniego w sytuacji zagrożenia jego życia lub zdrowia. W praktyce oznacza to, że zastosowanie procedury przewidzianej w art. 12a ustawy możliwe jest przede wszystkim wtedy, gdy „niebezpieczna sytuacja" zostanie ujawniona podczas wykonywania czynności służbowych przez pracownika socjalnego. Jeżeli dostrzeże on zagrożenie poza godzinami swojej pracy, obowiązek podjęcia działań ochronnych spoczywa na innych służbach mających kontakt z dzieckiem, zwłaszcza Policji, oraz przedstawicielach systemu ochrony zdrowia.

Rozwiązaniem tego problemu może być uruchomienie dyżurów interwencyjnych pracowników socjalnych poza standardowymi godzinami pracy ośrodka – w dni robocze w godzinach popołudniowych i nocnych oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta – w celu zapewnienia szybkiej reakcji w sytuacjach kryzysowych wymagających niezwłocznej interwencji, w tym we współpracy z Policją, zwłaszcza w przypadkach podejrzenia przemocy domowej, zagrożenia dobra dziecka lub konieczności udzielenia natychmiastowej pomocy osobom pozostającym w kryzysie. Podstawę

7 Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wzoru kwestionariusza szacowania ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka służącego stwierdzeniu zasadności zapewnienia dziecku ochrony w związku z przemocą domową (Dz.U. z 2025 r., poz. 213).

organizacji tego rodzaju dyżurów stanowią przepisy Kodeksu pracy dotyczące dyżuru pracowniczego. Zgodnie z art. 151^5 §1 k.p.: „Pracodawca może zobowiązać pracownika do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (dyżur)".

Znaczącą zmianę wprowadzono również z zakresie rezygnacji z pojęcia: „odebranie dziecka", które zastąpiono sformułowaniem „zapewnienie dziecku ochrony". Choć zmiana ta nie wpłynęła na same przesłanki podejmowania interwencji, ma istotne znaczenie społeczne i praktyczne. Nowe brzmienie przepisu akcentuje bowiem, że celem działań pracownika socjalnego nie jest trwałe pozbawienie rodziców opieki nad dzieckiem, lecz zagwarantowanie mu bezpieczeństwa do momentu wydania rozstrzygnięcia przez sąd rodzinny. Dzięki temu ograniczono również negatywne postrzeganie pracy służb społecznych oraz zmniejszono ryzyko stygmatyzacji pracowników socjalnych wykonujących tego rodzaju interwencje. W przypadku uruchomienia procedury ochronnej dziecko może zostać umieszczone w kilku różnych miejscach zapewniających mu bezpieczeństwo. Ustawodawca przewidział możliwość przekazania małoletniego osobie bliskiej, która nie mieszka wspólnie z dzieckiem, rodzinie zastępczej, rodzinnemu domowi dziecka albo placówce instytucjonalnej pieczy zastępczej.

Pewne trudności interpretacyjne pojawiają się jednak przy pojęciu „osoby najbliższej", do którego odwołują się przepisy Kodeksu karnego. Ustawodawca nie wskazał jednoznacznie, czy chodzi o osobę bliską dziecku, czy osobie stosującej przemoc albo sprawującej opiekę nad dzieckiem. Ma to duże znaczenie praktyczne, ponieważ krąg osób potencjalnie mogących przejąć opiekę nad dzieckiem może być różny w zależności od przyjętej interpretacji.

Najważniejszym kryterium przy wyborze miejsca pobytu dziecka pozostaje jednak zapewnienie mu rzeczywistego bezpieczeństwa. Chodzi przede wszystkim o wyeliminowanie ryzyka ponownego kontaktu z osobą stwarzającą zagrożenie oraz zapobieżenie próbom samowolnego odebrania dziecka przez sprawcę przemocy.

W procedurze uczestniczą również funkcjonariusze Policji oraz przedstawiciele ochrony zdrowia, którzy współdziałają z pracownikiem socjalnym przy podejmowaniu interwencji. W przepisach pojawia się określenie „decyzja", odnoszące się do działań pracownika socjalnego, jednak pojęcie to może budzić wątpliwości interpretacyjne. Sugeruje ono bowiem administracyjny i władczy charakter czynności, podczas gdy w rzeczywistości działania te mają przede wszystkim charakter zabezpieczający i tymczasowy. Ostateczna ocena sytuacji dziecka oraz rozstrzygnięcie dotyczące jego dalszego pobytu należą bowiem do kompetencji sądu rodzinnego.

Pracownik socjalny jest zobowiązany do bezzwłocznego zawiadomienia sądu o objęciu dziecka ochroną oraz o jego umieszczeniu u innej osoby najbliższej nieprowadzącej wspólnego gospodarstwa domowego, w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo w instytucjonalnej pieczy zastępczej. Informacja ta powinna zostać przekazana nie później niż w terminie 24 godzin od podjęcia czynności, zgodnie z art. 12a ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. W zawiadomieniu należy wskazać dane rodziców dziecka i ich miejsce zamieszkania, dane osób uczestniczących w podjęciu interwencji, miejsce pobytu dziecka po jego zabezpieczeniu oraz okoliczności uzasadniające podjęcie tych działań.

Z badania przeprowadzonego przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości (Szafranek, 2023) od września 2022 do marca 2023 r. wynika, że działania interwencyjne podejmowane przez pracowników socjalnych na podstawie art. 12a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej najczęściej dotyczyły dzieci najmłodszych. Wśród zabezpieczonych małoletnich aż 32 nie ukończyło jeszcze 1. roku życia, natomiast kolejne 22 miało mniej niż 3 lata. Dzieci w wieku od 4 do 6 lat stanowiły grupę 28 osób, a 19 małoletnich miało od 7 do 9 lat. Dane te pokazują, że ponad połowę badanej grupy stanowiły dzieci w wieku przedszkolnym, nieobjęte jeszcze obowiązkiem szkolnym.

Wnioski te mają istotne znaczenie z perspektywy potrzeby jak najwcześniejszego identyfikowania zagrożeń pojawiających się w środowisku rodzinnym dziecka. Analiza wskazuje bowiem, że na negatywne skutki działań lub zaniedbań ze strony rodziców szczególnie narażone są dzieci najmłodsze. Badanie wykazało również, że większość małoletnich objętych procedurą interwencyjnego zabezpieczenia wychowywała się w rodzinach wielodzietnych lub miała rodzeństwo. Jedynie 25 z nich było jedynakami.

Po trzech latach obowiązywania zmienionych przepisów dotyczących ochrony dzieci przed przemocą domową można już pokusić się o ocenę przyjętych rozwiązań i wskazanie problemów pojawiających się w praktyce ich stosowania. Na istotne luki w obowiązujących regulacjach zwróciła uwagę Rzeczniczka Praw Dziecka Monika Horna-Cieślak (2025). W swoim wystąpieniu wskazała, że mimo obowiązywania art. 12a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie nadal brakuje jednolitych i precyzyjnych procedur określających zasady współpracy pomiędzy pracownikami socjalnymi, Policją oraz przedstawicielami zawodów medycznych.

Krytyka dotyczy przede wszystkim niejasności związanych z udziałem lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek w procedurze odebrania dziecka z rodziny. Szczegółowe regulacje odnoszą się obecnie głównie do działań Policji, natomiast brak analogicznych wytycznych dla personelu medycznego sprawia, że poszczególne

ośrodki pomocy społecznej samodzielnie opracowują własne procedury postępowania. W praktyce prowadzi to do znacznej dowolności oraz nierównego stosowania przepisów.

Rzeczniczka podkreśliła także, że ustawodawca nie doprecyzował, jakie konkretnie osoby wykonujące zawody medyczne powinny uczestniczyć w interwencjach oraz w jaki sposób mają być angażowane do działań prowadzonych wspólnie z pracownikami socjalnymi i Policją. Nadal nie jest jasne, czy chodzi wyłącznie o osoby działające w ramach zespołów interdyscyplinarnych procedury „Niebieskie Karty", czy również o innych przedstawicieli systemu ochrony zdrowia.

W ocenie Rzeczniczki brak jednoznacznych regulacji może utrudniać skuteczną współpracę instytucji odpowiedzialnych za ochronę dziecka oraz negatywnie wpływać na szybkość i efektywność podejmowanych działań. Problemy te ujawniły się również w praktyce – m.in. w przypadkach odmowy udziału służb medycznych w interwencjach związanych z koniecznością natychmiastowego zabezpieczenia dzieci.

Z perspektywy mojej praktyki adwokackiej oraz udziału w postępowaniach dotyczących zabezpieczenia dzieci w trybie art. 12a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej istotne wątpliwości budzą również rozwiązania przewidziane w art. 12b ustawy, regulującym tryb rozpoznawania zażaleń na odebranie dziecka z rodziny.

Co prawda ustawodawca przewidział możliwość sądowej kontroli zasadności, legalności oraz prawidłowości zapewnienia dziecku ochrony, jednak w praktyce poważne problemy wywołuje termin przewidziany na rozpoznanie zażalenia. Zgodnie z przepisem sąd powinien rozpoznać sprawę niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili wpływu zażalenia. W mojej ocenie termin ten ma jednak charakter instrukcyjny, a nie zawity czy bezwzględnie obowiązujący. Praktyka pokazuje bowiem, że w wielu przypadkach sąd nie jest w stanie faktycznie przeprowadzić posiedzenia i wydać rozstrzygnięcia w tak krótkim czasie, zwłaszcza poza godzinami urzędowania sądów lub w dni wolne od pracy.

Dodatkowe trudności wynikają z braku jednoznacznego określenia sposobu liczenia tego terminu. W art. 12b ustawy nie wskazano bowiem, od jakiego momentu należy liczyć 24 godziny na rozpoznanie zażalenia. Należałoby jednak przyjąć, że termin ten biegnie od chwili wpływu środka odwoławczego do sądu, ponieważ dopiero wtedy sąd ma realną możliwość zapoznania się z aktami sprawy, uzyskania niezbędnych informacji oraz podjęcia decyzji. Kwestia ta powinna jednak zostać jednoznacznie doprecyzowana przez ustawodawcę, aby uniknąć rozbieżności interpretacyjnych.

W praktyce stosowania przepisów ujawniają się także problemy organizacyjne, które nie zostały uregulowane ani w ustawie, ani w aktach wykonawczych. Dotyczy to m.in. kwestii transportu dziecka z miejsca interwencji do miejsca jego

umieszczenia. Obowiązujące przepisy nie wskazują jednoznacznie, który podmiot jest odpowiedzialny za zapewnienie takiego transportu. W konsekwencji ciężar organizacyjny często pozostaje po stronie pracowników socjalnych lub wymaga doraźnej współpracy z Policją. W praktyce, jeżeli funkcjonariusz Policji uczestniczący w czynnościach dysponuje pojazdem służbowym, transport dziecka odbywa się właśnie przy wykorzystaniu zasobów Policji, jednak rozwiązanie to ma charakter wyłącznie organizacyjny i nie wynika wprost z obowiązujących regulacji.

W mojej ocenie wskazane problemy pokazują, że mimo słusznego celu przepisów dotyczących natychmiastowej ochrony dzieci regulacje nadal wymagają dopracowania zarówno na poziomie ustawowym, jak i wykonawczym. Szczególnie istotne wydaje się stworzenie jasnych procedur organizacyjnych oraz doprecyzowanie obowiązków poszczególnych służb uczestniczących w interwencji.

„Lex Kamilek" jako przełom w ochronie dzieci

Kolejnym istotnym etapem reform systemu ochrony dzieci przed przemocą była ustawa z dnia 28 lipca 2023 r., powszechnie określana mianem „lex Kamilek"[8]. Akt ten został uchwalony w następstwie wspomnianej już we wstępie niniejszego artykułu tragicznej śmierci ośmioletniego Kamila z Częstochowy, której okoliczności ujawniły liczne nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu ochrony małoletnich oraz brak skutecznej współpracy pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo dziecka. Nowelizacja nałożyła obowiązek wdrożenia standardów ochrony małoletnich we wszystkich podmiotach, które prowadzą działalność związaną z opieką, wychowaniem, edukacją lub organizacją czasu wolnego dzieci. Obowiązek ten objął m.in. szkoły, przedszkola, placówki opiekuńczo-wychowawcze, organizacje sportowe, instytucje kultury, a także inne podmioty pracujące z dziećmi. Celem nowych regulacji było stworzenie jednolitego systemu ochrony małoletnich oraz zapewnienie, aby każda instytucja mająca kontakt z dziećmi miała jasno określone procedury reagowania w sytuacji zagrożenia ich bezpieczeństwa (Radyńska, Kamieński, 2025, s. 136).

Wprowadzone standardy ochrony małoletnich obejmują przede wszystkim zasady postępowania w przypadku podejrzenia stosowania przemocy wobec dziecka. Instytucje zostały zobowiązane do opracowania procedur interwencyjnych

8 Opublikowany tekst jednolity ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, czyli tzw. ustawy Kamilka, uwzględnia zmiany wprowadzone ustawą z dnia 9 maja 2025 r. o zmianie ustawy o Służbie Więziennej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U., poz. 820) oraz zmiany wynikające z przepisów ogłoszonych przed 12 stycznia 2026 r.

określających sposób reagowania na sygnały świadczące o krzywdzeniu małoletniego. Szczególny nacisk położono również na zasady bezpiecznych relacji pomiędzy personelem a dziećmi, tak aby ograniczyć ryzyko nadużyć oraz zapewnić dzieciom poczucie bezpieczeństwa. Istotnym elementem reformy stał się także obowiązek weryfikacji osób zatrudnianych do pracy z małoletnimi, w tym sprawdzanie ich niekaralności i kwalifikacji do wykonywania obowiązków związanych z opieką nad dziećmi.

Nowe przepisy przewidziały ponadto konieczność wyznaczenia w każdej placówce osób odpowiedzialnych za realizację standardów ochrony małoletnich oraz monitorowanie przestrzegania przyjętych procedur. Instytucje zobowiązano również do stworzenia mechanizmów umożliwiających zgłaszanie naruszeń i podejrzenia wystąpienia przemocy zarówno przez pracowników, jak i przez dzieci czy ich opiekunów. Dzięki temu system ochrony małoletnich ma funkcjonować nie tylko reaktywnie, ale również prewencyjnie, umożliwiając wcześniejsze wykrywanie niepokojących sygnałów.

Ustawodawca przewidział także sankcje za niewdrożenie wymaganych standardów ochrony małoletnich. Od 15 sierpnia 2024 r. placówki, które nie wprowadzą odpowiednich procedur i mechanizmów ochronnych, mogą ponosić konsekwencje finansowe. Rozwiązanie to ma zmobilizować instytucje do rzeczywistego wdrażania standardów, a nie jedynie formalnego spełniania obowiązków ustawowych.

Zmiany objęły również procedurę „Niebieskie Karty", która obecnie ma bardziej interdyscyplinarny charakter. Wszcząć ją mogą m.in.: policjant, pracownik socjalny, nauczyciel, lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, asystent rodziny oraz żołnierz Żandarmerii Wojskowej. W przypadku zagrożenia dobra dziecka odpowiednie służby mają obowiązek szybszego reagowania, możliwe jest również zawiadomienie sądu rodzinnego, a samo dziecko może zostać przesłuchane w bardziej chronionych i bezpiecznych warunkach.

Celem reformy było usprawnienie wymiany informacji pomiędzy instytucjami oraz przyspieszenie działań podejmowanych wobec dziecka i jego rodziny. Nowe rozwiązania mają umożliwić szybsze identyfikowanie przypadków przemocy, skuteczniejsze monitorowanie sytuacji małoletnich, lepszą koordynację pomocy udzielanej rodzinie, zwiększenie możliwości wcześniejszego wykrywania zagrożeń oraz podejmowanie innych działań zapobiegających dalszemu krzywdzeniu dziecka.

„Lex Kamilek" należy ocenić jako jedną z najważniejszych i jednocześnie najbardziej emocjonujących społeczeństwo reform dotyczących ochrony dzieci w Polsce w ostatnich latach. Trudno bowiem nie zgodzić się z samą ideą stojącą za tymi przepisami – państwo powinno reagować wcześniej, skuteczniej i bardziej zdecydowanie w sytuacjach krzywdzenia dzieci. Tragedia Kamilka z Częstochowy brutalnie

pokazała, że wcześniejszy system zawiódł na wielu poziomach: komunikacji między instytucjami, reakcji otoczenia, a przede wszystkim skuteczności mechanizmów ochronnych. W tym sensie „ustawa Kamilka" stała się próbą odpowiedzi na społeczne oczekiwanie, by podobne tragedie nigdy więcej się nie powtórzyły.

Na szczególne uznanie zasługuje wprowadzenie obowiązkowych standardów ochrony małoletnich w placówkach pracujących z dziećmi. Sam fakt stworzenia procedur reagowania, obowiązku weryfikacji osób mających kontakt z dziećmi czy konieczności szkolenia personelu należy ocenić pozytywnie. Przepisy te mają bowiem nie tylko charakter reakcyjny, ale przede wszystkim prewencyjny – ich celem jest wychwytywanie sygnałów przemocy wcześniej, zanim dojdzie do tragedii.

Jednocześnie praktyka stosowania ustawy bardzo szybko pokazała, że pomiędzy słuszną ideą a rzeczywistym funkcjonowaniem nowych obowiązków pojawiły się liczne problemy. Wiele szkół, fundacji, klubów sportowych czy organizacji społecznych zwracało uwagę na nadmierną formalizację procedur, brak jasnych wytycznych oraz trudności organizacyjne związane z wdrażaniem standardów ochrony małoletnich. Część obowiązków okazała się szczególnie uciążliwa dla małych podmiotów, opierających działalność na pracy społecznej rodziców i wolontariuszy.

Właśnie te problemy miała częściowo rozwiązać nowelizacja ustawy przygotowana w 2025 r., która przewidywała m.in. uproszczenie niektórych procedur związanych z weryfikacją osób pracujących z dziećmi. Zamiast obowiązkowego przedstawiania zaświadczeń z Krajowego Rejestru Karnego w określonych przypadkach dopuszczono możliwość składania oświadczeń o niekaralności pod rygorem odpowiedzialności karnej. Rozwiązanie to miało odformalizować system i ułatwić funkcjonowanie szkół czy organizacji społecznych.

Nowelizacja ta została jednak zawetowana przez prezydenta Karola Nawrockiego. W uzasadnieniu wskazywano, że proponowane zmiany mogłyby prowadzić do obniżenia standardów ochrony dzieci. Krytycznie wobec nowelizacji wypowiedziała się również Rzeczniczka Praw Dziecka Monika Horna-Cieślak, podnosząc, że złagodzenie obowiązków weryfikacyjnych mogłoby stworzyć realne ryzyko dopuszczenia do pracy z dziećmi osób karanych, w tym sprawców przestępstw seksualnych.

Weto prezydenta wywołało jednak szeroką debatę. Zwolennicy nowelizacji argumentowali, że pierwotne przepisy „lex Kamilek" zostały uchwalone bardzo szybko, pod wpływem społecznych emocji po tragedii chłopca, przez co część rozwiązań okazała się nadmiernie restrykcyjna lub nieprzystająca do realiów codziennego funkcjonowania placówek. Wskazywano, że wymogi biurokratyczne zaczęły utrudniać organizowanie wycieczek szkolnych, zajęć dodatkowych czy praktyk zawodowych, a system wymaga racjonalnego uproszczenia bez rezygnacji z ochrony dzieci.

Z kolei przeciwnicy zmian podkreślali, że w przypadku bezpieczeństwa małoletnich nie można pozwolić sobie nawet na potencjalne obniżenie standardów kontroli. W ich ocenie tragedia Kamilka pokazała właśnie, czym może kończyć się bagatelizowanie sygnałów ostrzegawczych oraz zbyt słabe mechanizmy ochronne.

W mojej ocenie stanowisko prezydenta w sprawie weta zasługuje na aprobatę. Choć w praktyce rzeczywiście pojawiły się problemy organizacyjne związane z koniecznością uzyskiwania zaświadczeń – w tym widoczne kolejki w sądach po wypisy z rejestrów – to jednak nie można uznać, aby stanowiło to argument przemawiający za osłabieniem mechanizmów ochrony małoletnich. Tym bardziej, że wskazane dokumenty wydawane są co do zasady od ręki.

W moim przekonaniu właściwym kierunkiem powinno być nie ograniczanie standardów bezpieczeństwa dzieci, lecz usprawnienie samych procedur administracyjnych. Nic nie stoi bowiem na przeszkodzie, aby wprowadzić możliwość uzyskiwania tego rodzaju dokumentów również w formie elektronicznej, z zastosowaniem odpowiednich zabezpieczeń i mechanizmów weryfikacyjnych. Pozwoliłoby to ograniczyć obciążenia biurokratyczne, jednocześnie nie rezygnując z rozwiązań, których celem jest zapewnienie skutecznej ochrony małoletnich.

Zakończenie

W mojej ocenie sama idea „ustawy Kamilka" była konieczna i społecznie oczekiwana. Państwo musiało zareagować na dramatyczne zaniedbania systemowe ujawnione przez tę sprawę. Jednocześnie doświadczenie pokazuje, że skuteczna ochrona dzieci nie może opierać się wyłącznie na mnożeniu procedur i obowiązków formalnych. Nawet najlepsze przepisy pozostaną nieskuteczne bez odpowiednio przygotowanych ludzi, sprawnej współpracy instytucji oraz realnego wsparcia psychologicznego i społecznego dla dzieci oraz rodzin. Dlatego największym wyzwaniem pozostaje dziś nie samo uchwalanie kolejnych regulacji, ale stworzenie systemu, który rzeczywiście będzie potrafił dostrzec dziecko krzywdzone, zanim dojdzie do tragedii.

Jako adwokat na co dzień zajmuję się sprawami rodzinnymi i karnymi z udziałem dzieci – zarówno jako pokrzywdzonych, świadków, jak i uczestników postępowań dotyczących ich sytuacji rodzinnej. Z tego względu z dużą uwagą śledziłam kolejne zmiany legislacyjne oraz praktykę ich stosowania. Doświadczenie zawodowe pozwala mi spojrzeć na nowe przepisy nie tylko z perspektywy teoretycznej, ale przede wszystkim przez pryzmat realnych problemów, z jakimi mierzą się dzieci, rodzice oraz instytucje odpowiedzialne za ich ochronę.

Przeprowadzona analiza prowadzi do wniosku, że ostatnie zmiany legislacyjne dotyczące przeciwdziałania przemocy domowej oraz ochrony małoletnich stanowią istotny krok w kierunku wzmocnienia systemu ochrony praw dziecka w Polsce. Zarówno nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej, jak i rozwiązania wprowadzone w ramach „lex Kamilek" znacząco rozszerzyły katalog dostępnych instrumentów ochronnych oraz zwiększyły możliwości szybkiego reagowania w sytuacjach zagrożenia dobra dziecka. Na szczególne podkreślenie zasługuje uznanie dziecka będącego świadkiem przemocy za osobę doznającą przemocy domowej, rozwój środków izolacyjnych wobec sprawców przemocy oraz wprowadzenie obowiązkowych standardów ochrony małoletnich w instytucjach pracujących z dziećmi.

Jednocześnie analiza obowiązujących regulacji oraz praktyki ich stosowania pokazuje, że skuteczność nowych rozwiązań zależy nie tylko od samej treści przepisów, ale przede wszystkim od sprawności organizacyjnej instytucji odpowiedzialnych za ich realizację. Nadal widoczne są liczne problemy praktyczne związane z brakiem jednolitych procedur, niewystarczającą koordynacją działań pomiędzy Policją, pomocą społeczną, sądami oraz ochroną zdrowia, a także trudnościami organizacyjnymi pojawiającymi się podczas interwencyjnego zabezpieczania dzieci. Wątpliwości budzi również nadmierna formalizacja części nowych obowiązków, która może utrudniać funkcjonowanie placówek pracujących z małoletnimi.

W konsekwencji należy uznać, że mimo niewątpliwie pozytywnego kierunku zmian system ochrony dzieci przed przemocą domową wciąż wymaga dalszego dopracowania zarówno na poziomie legislacyjnym, jak i praktycznym. Konieczne pozostaje przede wszystkim doprecyzowanie procedur interwencyjnych, usprawnienie współpracy międzyinstytucjonalnej oraz zapewnienie odpowiedniego przygotowania osób uczestniczących w działaniach ochronnych. Ostatecznie bowiem skuteczna ochrona praw dziecka nie może ograniczać się wyłącznie do tworzenia nowych regulacji prawnych, lecz wymaga sprawnie funkcjonującego systemu, który będzie zdolny do szybkiego identyfikowania zagrożeń i podejmowania realnych działań zapobiegających krzywdzeniu małoletnich.

Podsumowując, ostatnie zmiany legislacyjne dotyczące przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony małoletnich stanowią istotny krok w kierunku wzmocnienia systemu ochrony praw dziecka w Polsce. Tragedia Kamilka z Częstochowy unaoczniła bowiem, jak poważne konsekwencje może mieć brak skutecznej reakcji instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo dziecka. Wprowadzone regulacje niewątpliwie zwiększyły zakres dostępnych środków ochronnych oraz poprawiły możliwości szybkiego reagowania w sytuacjach zagrożenia. Jednocześnie praktyka stosowania nowych przepisów pokazuje, że sam proces legislacyjny nie jest

wystarczający bez odpowiedniego przygotowania organizacyjnego i sprawnej współpracy pomiędzy służbami. Szczególnie istotne pozostaje dalsze doprecyzowanie procedur interwencyjnych oraz zapewnienie realnego wsparcia instytucjom odpowiedzialnym za ochronę dzieci. Należy również pamiętać, że skuteczna ochrona małoletnich wymaga nie tylko odpowiednich regulacji prawnych, ale także wrażliwości społecznej, szybkiej reakcji otoczenia oraz profesjonalnego działania wszystkich podmiotów mających kontakt z dzieckiem. Ostatecznie najważniejszym celem państwa powinno być stworzenie takiego systemu, który pozwoli dostrzec i zatrzymać krzywdzenie dziecka, zanim dojdzie do nieodwracalnej tragedii.

E-mail autorki: **kontakt@adwokat.kluczewska.pl**

Bibliografia

Grochoła, A., Kozłowska, D. (2017). Aspekty przeciwdziałania przemocy w rodzinie, *Kwartalnik Policyjny*, 1, s. 83.

Kiełtyka, A., Ważny, A. (2015). *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Komentarz*. Wolters Kluwer.

Maciejczyk-Krysiak, N. (2024). Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie w prawie rodzinnym. W: *Wybrane aspekty prawne przeciwdziałania przemocy*. [b.d.w.].

Osiak-Krynicka, K. (2025). Standardy ochrony małoletnich – nowa skuteczna forma ochrony dzieci przed przemocą czy przykry obowiązek? *Glosa*. *Prawo Gospodarcze w Orzeczeniach i Komentarzach*, 4, 57–66.

Radyńska, M., Kamieński, G. (2025). Ochrona małoletnich po zmianach dokonanych ustawą z 28 lipca 2023 roku – aspekty pedagogiczne i prawne. W B. Detyna, P. Szymaniec (red.), *Administracja publiczna i polityki publiczne. Tom poświęcony pamięci Profesora Ryszarda Herbuta* (s. 126–141). Wydawnictwo Naukowe Akademii Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa. https://doi.org/10.71433/2025.99.4.08

Rzecznik Praw Dziecka. (2025, 20 września). *Potrzeba jasnych procedur w przypadku przemocy domowej*. https://brpd.gov.pl/2025/09/20/potrzeba-jasnych-procedur-w-przypadku-przemocy-domowej/

Słyk, J. (2015). Odbieranie dzieci rodzicom na podstawie art. 12a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. *Prawo w Działaniu*, 24, 263–326.

Spurek, S. (2024). *Przeciwdziałanie przemocy domowej. Komentarz* (wyd. 6). Wolters Kluwer.

Szafranek, M. (2023). *Odbieranie dzieci rodzicom na podstawie art. 12a ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej*. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości.

Wlaźlak K. (2017). Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie w orzecznictwie sądów administracyjnych. *Prokuratura i Prawo*, nr 10, s. 100–118.

Wrona, G. (2024). *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Komentarz*. C.H. Beck.

Orzecznictwo

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 marca 2017 r., I CZ 28/17.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 30 kwietnia 2025 r., III SA/Kr 464/25, Legalis nr 3212864.

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483 ze zm.).

Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1568 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 17 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1375 ze zm.).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2005 r., nr 180, poz. 1493).

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r., poz. 1606).

Źródła internetowe

https://www.gazetaprawna.pl/prawnik/orzecznictwo/artykuly/11243503,decyzja-sadu-po-smierci-kamilka-matka-i-ojczym-uslyszeli-wyrok.html

New regulations on counteracting domestic violence in Poland and the protection of children's rights

The article analyses new legal regulations concerning the prevention of domestic violence and the protection of children's rights in Poland, introduced primarily after the tragic death of eight-year-old Kamil from Częstochowa on May 2023. The author discusses the most important legislative changes resulting from the amendment to the Act on Counteracting Domestic Violence and the so-called "lex Kamilek", emphasizing their significance for strengthening the protection of minors against physical, psychological, economic and cyber violence. Particular attention is devoted to new intervention measures, including police orders requiring perpetrators to leave the shared residence, the child protection procedure under Article 12a of the Act, and the expanded "Blue Card" procedure.

The article also presents the obligation to implement child protection standards in institutions working with children and evaluates practical problems related to the application of the new regulations. The author highlights the need for more effective cooperation between courts, the police, social welfare institutions and healthcare services, as well as the existence of procedural and organizational gaps. The study concludes that although the new regulations constitute an important step towards strengthening children's rights protection, the effectiveness of the system depends not only on legal provisions but also on efficient institutional cooperation and proper preparation of professionals involved in child protection procedures.

Keywords:
domestic violence; child rights protection; "lex Kamilek"; child protection standards; violence against children; "Blue Card" procedure

Cytowanie:
Kluczewska, A. (2026). Nowe regulacje przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce a ochrona praw dziecka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 57–78.

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

Dziecko w obliczu opresyjnej kontroli partnera – zagrożenie życia i zdrowia dzieci w sytuacji przemocy wysokiego ryzyka. Analiza rozwiązań polskich i zagranicznych

Alicja Serafin

Uniwersytet Warszawski,
Fundacja Femicide in Poland

Artykuł podejmuje problem zagrożenia życia i zdrowia dziecka w sytuacjach przemocy wysokiego ryzyka, analizowanych przez pryzmat opresyjnej kontroli jako dominującego mechanizmu przemocy domowej. Opracowanie ma na celu ukazanie sposobu, w jaki opresyjna kontrola zwiększa ryzyko krzywdzenia dzieci, a także ocenę skuteczności rozwiązań systemowych w Polsce, Belgii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Zastosowano analizę jakościową przypadków opisanych w raporcie dotyczącym kobietobójstwa w Polsce z lat 2017–2023 oraz analizę porównawczą regulacji prawnych i praktyk instytucjonalnych.

Wyniki wskazują, że dzieci w sytuacjach przemocy domowej są zarówno ofiarami bezpośrednimi, jak i narzędziem opresyjnej kontroli sprawcy, co znacząco podnosi poziom zagrożenia dla ich życia i zdrowia. W Polsce problem ten nie jest systemowo rozpoznawany, a ocena ryzyka przemocy wobec dzieci pozostaje fragmentaryczna. W przeciwieństwie do tego rozwiązania hiszpańskie, brytyjskie i belgijskie uwzględniają procesowy charakter przemocy oraz konieczność ochrony dziecka jako odrębnej ofiary.

Wnioski te uzasadniają potrzebę wprowadzenia podejścia opartego na identyfikacji opresyjnej kontroli oraz wzmocnienia mechanizmów ochrony dziecka w sytuacjach przemocy wysokiego ryzyka.

Słowa kluczowe:
opresyjna kontrola; przemoc wobec dzieci; przemoc wysokiego ryzyka; przemoc domowa; prawa dziecka; przemoc a zabójstwo

Żaden problem społeczny nie jest tak powszechny
jak opresja wobec dziecka.
(Montessori, 2020, s. 3)

Wprowadzenie

Problem przemocy wobec dzieci pozostaje zjawiskiem o znacznej skali społecznej. Badania wskazują, że większość dzieci i młodzieży w Polsce doświadcza przynajmniej jednej formy przemocy lub zaniedbania przed ukończeniem 18. roku życia, przy czym istotna część tych zdarzeń ma miejsce w środowisku rodzinnym. (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2023).

Problematyka przemocy wobec dzieci oraz relacji podporządkowania występujących w rodzinie była obecna już we wczesnych pracach Marii Montessori – włoskiej lekarki i pedagożki, jednej z prekursorek nowoczesnego myślenia o podmiotowości dziecka. W swoich pracach, zwłaszcza *The Child in the Family* (1929), zwracała uwagę na strukturalny charakter podporządkowania dzieci w relacjach społecznych i rodzinnych oraz wynikającą z niego ich podatność (wiktymność) na różne formy krzywdzenia. Wskazywała, że dziecko funkcjonuje w relacji wyraźnej asymetrii sił, pozostając zależne od decyzji i działań osób dorosłych, co może prowadzić zarówno do ograniczania jego autonomii, jak i normalizacji przemocy oraz kontroli w relacjach rodzinnych. Refleksje te są aktualne również we współczesnych analizach przemocy domowej, coraz częściej ujmowanej nie jako zbiór incydentalnych aktów agresji, lecz jako proces oparty na relacji dominacji i podporządkowania, którego centralnym mechanizmem pozostaje opresyjna kontrola (*coercive control*).

Pomimo rosnącego zainteresowania problematyką przemocy domowej zagadnienie relacji między opresyjną kontrolą stosowaną wobec partnerki lub partnera a zagrożeniem życia i zdrowia dzieci wciąż jest niewystarczająco rozpoznane w polskim dyskursie prawnym i instytucjonalnym. Pojęcie opresyjnej kontroli nie zostało dotąd w Polsce ujęte w przepisach prawa, choć funkcjonuje już na gruncie kryminologii (Stępień, Serafin, 2026; Monckton-Smith, 2021). Dotychczasowe rozwiązania koncentrują się przede wszystkim na identyfikacji pojedynczych aktów przemocy fizycznej, natomiast w ograniczonym zakresie uwzględniają procesowy charakter przemocy oraz dynamikę relacji sprawowania kontroli nad osobą pokrzywdzoną i jej bliskimi. W konsekwencji dzieci doświadczające przemocy domowej często pozostają poza adekwatną oceną ryzyka, szczególnie w sytuacjach, w których występuje eskalacja zachowań opresyjno-kontrolujących, gróźb oraz przemocy po rozstaniu (przemoc poseparacyjna).

Artykuł podejmuje problem zagrożenia życia i zdrowia dzieci w sytuacjach przemocy wysokiego ryzyka (*high-risk cases*). Przez przemoc wysokiego ryzyka rozumie się sytuacje przemocy domowej, w których występuje podwyższone prawdopodobieństwo eskalacji przemocy prowadzącej do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci osoby pokrzywdzonej, a także obecność czynników ryzyka, takich jak stalking, opresyjna kontrola, groźby pozbawienia życia, przemoc poseparacyjna czy wcześniejsze akty przemocy fizycznej.

Celem opracowania jest ukazanie znaczenia opresyjnej kontroli dla oceny ryzyka krzywdzenia dzieci oraz analiza rozwiązań prawnych i instytucjonalnych funkcjonujących w Polsce i wybranych państwach w zakresie ochrony dzieci przed przemocą domową i przemocą instrumentalną (*violencia vicaria*). W artykule wyjaśniono, czym jest opresyjna kontrola, oraz zaproponowano wprowadzenie tego wzorca do analizy spraw przemocy wobec kobiet i dzieci. Postawiono hipotezę, że badanie jego występowania może przyczynić się do wzmocnienia ochrony dzieci oraz bliskich im osób dorosłych w sytuacjach przemocy wysokiego ryzyka. Hipotezę tę zweryfikowano na podstawie wyników badań z raportu *Kobietobójstwo w Polsce. Raport za lata 2017–2023* (Femicide in Poland, 2025) oraz analizy doświadczeń międzynarodowych państw, które wprowadziły pojęcie opresyjnej kontroli jako predyktora w ocenie ryzyka eskalacji przemocy domowej – Belgii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii.

W opracowaniu przyjęto perspektywę prawną, uzupełnioną o dorobek wiktymologii feministycznej koncentrującej się na doświadczeniu i traumie osób pokrzywdzonych oraz ich bliskich. Takie ujęcie pozwoliło na analizę przemocy domowej nie tylko jako naruszenia indywidualnych dóbr prawnych, lecz również jako procesu prowadzącego do stopniowego ograniczania bezpieczeństwa i autonomii osób pozostających w relacji z osobą stosującą przemoc.

W pierwszej części artykułu omówiono pojęcie opresyjnej kontroli (*coercive control*), sposób jego regulacji w Wielkiej Brytanii, Belgii i Hiszpanii oraz znaczenie dla współczesnego rozumienia przemocy wysokiego ryzyka (*high-risk violence*), w tym przemocy wobec dzieci. Następnie przedstawiono wyniki analizy jakościowej przypadków opisanych w raporcie *Kobietobójstwo w Polsce. Raport za lata 2017–2023* dotyczących spraw przemocy wysokiego ryzyka zakończonych śmiercią dzieci i kobiet. W dalszej części artykułu przybliżono hiszpańskie rozwiązania dotyczące przeciwdziałania przemocy instrumentalnej wobec dzieci (*vicarious violence*), w tym projektowane zmiany legislacyjne związane z ochroną dzieci przed przemocą w kontekście przemocy ze względu na płeć. Analiza objęła również wybrane sprawy z Hiszpanii dotyczące zabójstw dzieci w sytuacjach przemocy domowej wysokiego ryzyka.

Ostatnią część artykułu poświęcono syntetycznemu omówieniu kierunków dalszych zmian w zakresie ochrony dzieci doświadczających przemocy domowej.

> Opresyjna kontrola (*coercive control*) to ciąg zachowań obliczonych na podporządkowanie, zastraszenie, izolowanie i osaczenie osoby pokrzywdzonej.
>
> (Stark, 2007)

Czym jest opresyjna kontrola?

Pojęcie opresyjnej kontroli wprowadził do naukowego dyskursu nad przemocą domową Evan Stark – amerykański socjolog oraz badacz przemocy wobec kobiet. Koncepcję tę rozwinął przede wszystkim w książce *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life* (Stark, 2007). Zakwestionował w niej dominujące wcześniej podejście ujmujące przemoc domową przede wszystkim jako zbiór incydentalnych aktów agresji fizycznej. Wskazywał, że istotą przemocy w relacjach intymnych jest proces systematycznego podporządkowywania i ograniczania autonomii osoby pokrzywdzonej. W jego ujęciu przemoc domowa ma charakter ciągły, relacyjny i strukturalny, a jej celem jest przejęcie kontroli nad codziennym życiem drugiej osoby. Opresyjna kontrola obejmuje zatem nie tylko przemoc fizyczną, lecz również działania psychiczne, ekonomiczne i społeczne, takie jak izolowanie od rodziny i znajomych, monitorowanie aktywności, ograniczanie dostępu do środków finansowych, wzbudzanie lęku, groźby, kontrolowanie kontaktów społecznych czy podważanie kompetencji rodzicielskich osoby pokrzywdzonej (Stark, 2007). Jak wskazuje autor, „coercive control is a course of conduct calculated to dominate, intimidate, isolate and entrap". W tym ujęciu centralnym elementem przemocy staje się nie sam akt agresji, lecz pozbawianie osoby pokrzywdzonej wolności, sprawczości i możliwości samodzielnego decydowania o własnym życiu.

Koncepcja opresyjnej kontroli nabiera szczególnego znaczenia także w kontekście współczesnych relacji intymnych, opartych na wysokim poziomie współdzielenia codzienności, prywatności i zasobów (*intimacy and privacy sharing*). Współczesne związki często zakładają dzielenie przestrzeni życiowej na wielu płaszczyznach – wspólne gospodarstwo domowe, współdzielone finanse, dostęp do urządzeń elektronicznych, udostępnianie lokalizacji, haseł, kont w mediach społecznościowych czy innych elementów życia prywatnego. W kulturze popularnej i społecznych narracjach praktyki te przedstawiane są zazwyczaj jako wyraz bliskości, troski i zaangażowania emocjonalnego, a także dowód zaufania między partnerami. *Sharing* staje się tym samym utożsamiane z opiekuńczością i budowaniem intymności w relacji,

zgodnie z popularnym przekonaniem, że *sharing is caring*. W relacjach wolnych od przemocy współdzielenie prywatności i codzienności nie stanowi zagrożenia dla autonomii partnerów. Odmiennie jednak sytuacja przedstawia się w relacjach, w których występują przemoc i nierównowaga sił. **Płaszczyzny *intimacy sharing* i *privacy sharing* mogą wówczas stawać się narzędziem podporządkowania i kontroli, umożliwiając osobie stosującej przemoc monitorowanie aktywności osoby pokrzywdzonej, ograniczanie jej autonomii oraz wzbudzanie stałego poczucia zagrożenia. Dotyczy to w szczególności sytuacji rozstania inicjowanego przez jednego z partnerów, separacji lub rozwodu, kiedy opresyjna kontrola może przekształcać się w element przemocy poseparacyjnej (*post-separation abuse*)**. W takich sytuacjach sprawca często intensyfikuje zachowania kontrolujące i opresyjne w odpowiedzi na utratę wpływu nad osobą pokrzywdzoną. Wykorzystuje istniejące więzi rodzinne, wspólne zobowiązania oraz relacje rodzicielskie jako narzędzia dalszej przemocy i podporządkowania. Linia między zwykłą opiekuńczością a opresyjną kontrolą, troską a pogłębiającym się podporządkowaniem drugiego człowieka czy współdzieleniem intymności a późniejszym udostępnianiem zdjęć intymnych może być trudna do uchwycenia. Jej granicę wyznaczają zgoda drugiego człowieka i obowiązujące przepisy prawa kryminalizujące określone zachowania wypełniające znamiona przestępcze. W tym ujęciu opresyjna kontrola wykorzystuje społeczne i kulturowe wyobrażenia dotyczące bliskości oraz relacyjnej „troski" jako narzędzia podporządkowania. To właśnie pozornie codzienne i społecznie akceptowane praktyki współdzielenia intymności mogą stać się w określonych warunkach elementem systematycznej przemocy prowadzącej do ograniczenia wolności i sprawczości osoby pokrzywdzonej, a *shared intimacy* może stopniowo przekształcać się w nękanie. W efekcie osoba doświadczająca opresyjnej kontroli zostaje odizolowana od świata zewnętrznego. Sprawca tworzy wokół niej „niewidzialne łańcuchy" i poczucie strachu przenikające wszystkie elementy jej życia, czyniąc z niej w praktyce swoją zakładniczkę.Wiele badaczek wskazuje, że psychologiczne skutki przemocy domowej wykazują podobieństwa do traumy związanej z poddawaniem torturom. Długotrwały strach, izolacja i utrata autonomii pozwalają ujmować przemoc domową jako formę „prywatnego terroru" (Birchall, 2019; Herman, 1992).

W mojej ocenie tak opisana opresyjna kontrola może występować przy każdym z rodzajów przemocy rozpoznanych zarówno w Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej (Konwencja stambulska, 2011), jak i w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej, 2005). Jest obecna przy przemocy: ekonomicznej (często wyraża się poprzez kontrolowanie i wydzielanie

środków finansowych (*economic and financial coercion*), seksualnej (kontrola nad seksualnością, zaborczość – *sexual coercion*), fizycznej (bicie, okaleczanie, głodzenie, zaniedbanie – *physical coercion*) czy psychicznej (kontrolowanie harmonogramu dnia, planów, osób z którymi się spotyka – *psychological coercion*). Taką wykładnię rozszerzającą można zaobserwować również w regulacjach brytyjskich dotyczących opresyjnej kontroli.

Opresyjna kontrola (*coercive control*) w modelu brytyjskim

Zgodnie z brytyjskim *Serious Crime Act 2015* opresyjna kontrola (*controlling or coercive behaviour*) obejmuje powtarzające się lub ciągłe zachowania kontrolujące albo przymuszające wobec osoby pozostającej w relacji intymnej lub rodzinnej, jeżeli działania te wywołują u osoby pokrzywdzonej obawę użycia przemocy albo powodują poważny stres i istotnie wpływają na jej codzienne funkcjonowanie (*Serious Crime Act 2015*, sec. 76). Regulacja ta dotyczy osób w wieku co najmniej 16 lat, które są lub były partnerami intymnymi albo członkami rodziny, niezależnie od ich płci lub orientacji seksualnej. Penalizacji podlega zatem nie pojedynczy akt agresji, lecz wzorzec zachowań tworzących relację dominacji, podporządkowania i ograniczania autonomii osoby pokrzywdzonej. Obejmuje on przemoc psychiczną, emocjonalną, ekonomiczną, seksualną, fizyczną, izolowanie, groźby, monitoring, ograniczanie kontaktów społecznych oraz inne działania prowadzące do kontroli nad codziennym życiem osoby pokrzywdzonej.

Brytyjskie rozwiązanie odegrało istotną rolę w odejściu od incydentalnego rozumienia przemocy domowej na rzecz ujęcia procesowego i relacyjnego. W tym modelu przedmiotem ochrony stają się nie tylko nietykalność cielesna, lecz także wolność, autonomia i sprawczość osoby pokrzywdzonej. W literaturze wskazuje się jednak, że stosowanie przepisów o *coercive control* wiąże się z trudnościami dowodowymi, zwłaszcza z koniecznością wykazania ciągłości zachowań kontrolujących oraz ich wpływu na codzienne funkcjonowanie osoby pokrzywdzonej (Barlow i Walklate, 2022). Mimo tych ograniczeń kryminalizacja *controlling or coercive behaviour* w Wielkiej Brytanii doprowadziła do instytucjonalnego uznania, że przemoc domowa może mieć charakter długotrwałego procesu podporządkowywania, a nie wyłącznie serii pojedynczych aktów przemocy fizycznej.

Dane z Anglii i Walii wskazują na systematyczny wzrost rozpoznawania zachowań związanych z opresyjną kontrolą. W roku sprawozdawczym zakończonym w marcu 2025 roku policja odnotowała 49 557 przestępstw związanych z *controlling or coercive behaviour*, podczas gdy rok wcześniej liczba ta wynosiła 45 310. Jednocześnie

z danych Crown Prosecution Service (CPS) wynika, że w roku sprawozdawczym 2024/2025 zapadły 2623 wyroki skazujące za *coercive control*, co oznacza wzrost o 17,5% w porównaniu z rokiem poprzednim (CPS, 2025; ONS, 2025). Świadczy to nie tylko o rosnącej widoczności opresyjnej kontroli w praktyce organów ścigania, ale także o utrzymującej się dysproporcji między liczbą zgłoszeń a liczbą spraw zakończonych skazaniem.

Model brytyjski odegrał również istotną rolę w rozwoju podejścia łączącego opresyjną kontrolę z przemocą ze skutkiem śmiertelnym wobec osób najbliższych (*lethal violence in family relations*). Analizy Domestic Homicide Reviews oraz badania Jane Monckton-Smith wskazują, że zabójstwa kobiet i dzieci są często poprzedzone długotrwałym wzorcem dominacji, izolacji, stalkingu, gróźb oraz podporządkowania osoby pokrzywdzonej, a nie wyłącznie pojedynczymi aktami przemocy fizycznej (Monckton-Smith, 2021). W tym kontekście opresyjna kontrola traktowana jest jako jeden z kluczowych predyktorów przemocy wysokiego ryzyka, zwłaszcza w sytuacjach rozstania, separacji lub rozwodu.

Szczególne znaczenie dla rozwoju badań nad wpływem opresyjnej kontroli na dzieci w Wielkiej Brytanii miały prace Emmy Katz – brytyjskiej kryminolożki i badaczki przemocy domowej związanej z Uniwersytetem Edge Hill. Jej badania koncentrowały się na doświadczeniach dzieci żyjących w warunkach przemocy domowej oraz na sposobach, w jakie sprawcy wykorzystywali relacje rodzicielskie do podtrzymywania kontroli nad partnerką i dziećmi. Katz należy do grona badaczy, którzy zakwestionowali tradycyjne postrzeganie dzieci wyłącznie jako „świadków przemocy", wskazując, że często stają się one bezpośrednimi ofiarami opresyjnej kontroli i doświadczają jej skutków podobnie jak dorośli (Katz, 2016; Katz, 2019). Badaczka wykazała, że przemoc nie kończy się wraz z rozstaniem rodziców. Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z 29 dziećmi z Wielkiej Brytanii ustaliła, że sprawcy po rozstaniu nadal wykorzystywali wobec dzieci te same mechanizmy kontroli, które wcześniej stosowali wobec partnerek, w tym groźby, zastraszanie, manipulację emocjonalną, monitoring, stalking oraz instrumentalne wykorzystywanie kontaktów rodzicielskich. Badanie udowodniło również, że dzieci doświadczały trwałych szkód emocjonalnych, społecznych i edukacyjnych wynikających z kontynuowania opresyjnej kontroli po rozstaniu rodziców (Katz i in., 2020).

Wnioski te znajdują potwierdzenie w raportach organizacji Women's Aid. W publikacji *Nineteen Child Homicides* (Women's Aid, 2016) przeanalizowano 19 przypadków dzieci zabitych przez rodzica będącego wcześniej sprawcą przemocy domowej. Badanie wykazało, że wszystkie dzieci zginęły w okolicznościach związanych z formalnie lub nieformalnie ustalonymi kontaktami rodzicielskimi po rozstaniu rodziców.

W 12 rodzinach występowała wcześniej udokumentowana przemoc domowa, co jednak nie doprowadziło do skutecznego ograniczenia kontaktów sprawcy z dziećmi.

Kontynuacją tych badań był raport *Nineteen More Child Homicides*, obejmujący lata 2015–2024 (Women's Aid, 2025). Autorzy ustalili, że w 18 rodzinach zginęło 19 dzieci, a łącznie w analizowanych zdarzeniach śmierć poniosło 28 osób, w tym również 3 matki. Raport wykazał, że większość sprawców stanowiły osoby wcześniej stosujące przemoc domową, a system wymiaru sprawiedliwości nie zawsze właściwie rozpoznawał ryzyko wynikające z przemocy poseparacyjnej i zachowań kontrolujących. Women's Aid podsumowała, że w ciągu ostatnich 30 lat co najmniej 67 dzieci zostało zabitych przez rodzica będącego sprawcą przemocy domowej w okolicznościach związanych z kontaktami rodzicielskimi.

Jednym z najbardziej znanych przypadków analizowanych w tym kontekście jest sprawa Jacka i Paula Sykesów. Ojciec chłopców, Darren Sykes, przez lata stosował przemoc wobec ich matki Claire Throssell. Pomimo zgłaszanych obaw dotyczących bezpieczeństwa dzieci utrzymywał niesuperwizowane kontakty z synami. 22 października 2014 roku podczas jednego z kontaktów zabrał dwunastoletniego Jacka i dziewięcioletniego Paula na poddasze domu, po czym wzniecił pożar, powodując śmierć obu chłopców oraz własną. W późniejszych analizach sprawę uznano za przykład skrajnej przemocy poseparacyjnej, w której dzieci wykorzystano jako narzędzie zadania cierpienia byłej partnerce. Przypadek ten jest obecnie szeroko przywoływany w debacie dotyczącej konieczności uwzględniania wzorców *coercive control* przy ocenie bezpieczeństwa dziecka w postępowaniach rodzinnych (Women's Aid, 2016; Katz i in., 2020). Sprawca może wykorzystywać dzieci do dalszej kontroli nad partnerką lub byłą partnerką m.in. poprzez groźby odebrania dzieci, manipulowanie kontaktami, nękanie, podważanie kompetencji rodzicielskich matki lub wykorzystywanie kontaktów z dzieckiem do dalszego zastraszania. W takim ujęciu opresyjna kontrola obejmuje nie tylko relację partnerską, lecz także cały układ rodzinny, w którym dziecko odgrywa podwójną rolę: narzędzia przemocy oraz osoby bezpośrednio pokrzywdzonej.

Znaczenie opresyjnej kontroli wzmacniają dane dotyczące przemocy domowej ze skutkiem śmiertelnym. Brytyjski Office for National Statistics (ONS, 2025) wskazuje, że kobiety stanowią zdecydowaną większość ofiar przemocy domowej wysokiego ryzyka oraz przemocy śmiertelnej w relacjach intymnych. W Anglii i Walii w latach 2022–2024 kobiety były ofiarami 69,6% zabójstw domowych (*domestic homicide*), podczas gdy w przypadku zabójstw niezwiązanych z przemocą domową udział kobiet wynosił 11,4%. Jednocześnie z rządowych danych dotyczących kobietobójstw wynika, że spośród 898 kobiet zabitych w kontekście przemocy domowej 698

zginęło z rąk partnera lub byłego partnera, a ponad 92% sprawców to mężczyźni (UK Government, 2025). Analizy Domestic Homicide Project (2025) pokazują ponadto, że w latach 2020–2025 odnotowano 86 przypadków śmierci dzieci związanych z przemocą domową, a sprawcami byli najczęściej ojcowie lub partnerzy matek. Badania Monckton-Smith (2021) oraz analizy Domestic Homicide Reviews dowodzą, że przypadki te były często poprzedzone długotrwałym wzorcem opresyjnej kontroli obejmującym izolację, stalking, groźby oraz eskalację przemocy po rozstaniu.

Nie oznacza to, że kobiety nie stosują zachowań opresyjno-kontrolnych ani że nie dopuszczają się przemocy wobec dzieci. Badania dotyczące przemocy domowej wskazują, że opresyjna kontrola może występować również w relacjach, w których sprawczynią jest kobieta, a także w związkach par tej samej płci (Donovan i Hester, 2014; Hester, 2013). Jednocześnie z danych dotyczących przemocy śmiertelnej w kontekście opresyjnej kontroli wynika, że wzorzec ten jest statystycznie najczęściej związany z przemocą mężczyzn wobec kobiet i dzieci. W analizach brytyjskich to mężczyźni częściej występują jako sprawcy zabójstw partnerek, byłych partnerek oraz dzieci – zarówno w kontekście przemocy domowej, jak i przemocy poseparacyjnej. Zabójstwa dzieci dokonywane przez kobiety literatura opisuje natomiast zwykle w innych kontekstach, m.in. kryzysu psychicznego, przeciążenia opiekuńczego lub wcześniejszej wiktymizacji sprawczyni.

Istotnym elementem brytyjskiego systemu przeciwdziałania przemocy domowej jest Domestic Violence Disclosure Scheme (DVDS), znany szerzej jako Clare's Law. Mechanizm ten został wprowadzony w Anglii i Walii w 2014 roku po zabójstwie Clare Wood przez byłego partnera, o którym policja miała informacje o wcześniejszych aktach przemocy wobec kobiet. Program umożliwia osobom pozostającym w relacji intymnej uzyskanie od policji informacji o historii przemocy lub zachowań przemocowych partnera („Right to Ask"), a także pozwala policji przekazać takie dane z własnej inicjatywy („Right to Know") (Home Office, 2024).

Szczególne znaczenie Clare's Law wynika z faktu, że współcześnie obejmuje ono nie tylko wcześniejsze akty przemocy fizycznej, lecz również zachowania charakterystyczne dla opresyjnej kontroli, w tym stalking, przemoc psychiczną, zachowania kontrolujące i przymuszające oraz przemoc ekonomiczną. Rozwiązanie to odzwierciedla brytyjskie podejście do przemocy domowej, zgodnie z którym pojedyncze akty agresji stanowią jedynie część szerszego wzorca dominacji i podporządkowania ofiary. W konsekwencji brytyjskie instrumenty ochronne coraz częściej koncentrują się na identyfikowaniu sprawców stosujących *coercive control* jeszcze przed eskalacją przemocy do najpoważniejszych form, w tym ciężkich uszkodzeń ciała lub zabójstw.

W ostatnich latach brytyjski model został dodatkowo wzmocniony przez objęcie sprawców *coercive control* systemem wieloagencyjnego nadzoru stosowanego wobec sprawców przemocy wysokiego ryzyka (Multi-Agency Public Protection Arrangements, MAPPA). Rozwiązanie to wprowadzono na podstawie *Victims and Prisoners Act 2024*, uchwalonego 24 maja 2024 roku, natomiast przepisy dotyczące obowiązkowego objęcia sprawców *controlling or coercive behaviour* systemem MAPPA weszły w życie 3 lutego 2025 roku (UK Ministry of Justice, 2025).

Zgodnie z nowymi regulacjami osoby skazane za *controlling or coercive behaviour* na karę co najmniej 12 miesięcy pozbawienia wolności, w tym również z warunkowym zawieszeniem wykonania kary lub zastosowaniem środka zabezpieczającego w postaci hospitalizacji, podlegają obowiązkowemu monitorowaniu przez służby odpowiedzialne za bezpieczeństwo publiczne. Oznacza to ustawowy obowiązek współpracy policji, służby więziennej, kuratorów oraz innych instytucji w zakresie oceny i monitorowania ryzyka dalszej przemocy. Rozwiązanie to potwierdza, że w brytyjskim systemie opresyjna kontrola traktowana jest jako istotny czynnik ryzyka dalszej eskalacji przemocy, w tym przemocy śmiertelnej wobec osób najbliższych (UK Ministry of Justice, 2025; Home Office, 2025).

Coraz większe znaczenie w brytyjskiej debacie dotyczącej przemocy domowej przypisuje się również zjawisku *digital coercive control*, obejmującemu wykorzystywanie technologii cyfrowych do monitorowania, izolowania, zastraszania i kontrolowania partnerki lub dzieci.

Problematyka cyfrowych form przemocy została uwzględniona w brytyjskiej strategii rządowej *Freedom from Violence and Abuse: a cross-government strategy to build a safer society for women and girls* (UK Home Office, 2025), opublikowanej w grudniu 2025 roku. Dokument ten wskazuje na rosnące znaczenie przemocy wspomaganej technologią (*technology-facilitated abuse*), przemocy online oraz cyfrowych form kontroli i dominacji nad kobietami i dziećmi. W strategii podkreśla się, że współczesna opresyjna kontrola coraz częściej przybiera formę cyfrową i opiera się na wykorzystaniu mediów społecznościowych, geolokalizacji, aplikacji monitorujących, dostępu do urządzeń elektronicznych, wspólnych kont, kontroli komunikacji oraz technologii typu *smart home*. W tym kontekście zwraca się uwagę na przejście od *digital intimacy* do *digital control*, czyli od dobrowolnego współdzielenia prywatności i cyfrowej bliskości do technologicznie ułatwianej kontroli i podporządkowania osoby pokrzywdzonej. Dokument podkreśla konieczność rozwijania mechanizmów ochrony przed przemocą cyfrową, wzmacniania bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w przestrzeni online oraz uwzględniania technologicznych form przemocy przy ocenie ryzyka przemocy wysokiego ryzyka i przemocy poseparacyjnej.

W maju 2026 roku brałam udział jako ekspertka sektora pozarządowego w konferencji „Tech Abuse", organizowanej przez Uniwersytet College of London w ratuszu miejskim w Londynie. W jej trakcie zwrócono uwagę na konieczność wypracowywania rozwiązań prawnych i instytucjonalnych uwzględniających nowe cyfrowe formy opresyjnej kontroli wobec partnerek i dzieci. Podkreślano, że technologie wykorzystywane pierwotnie do budowania relacji i współdzielenia codzienności mogą stawać się narzędziem stalkingu, przemocy poseparacyjnej oraz dalszego podporządkowywania osób pokrzywdzonych. Szczególną uwagę poświęcono zjawisku przechodzenia od *cyfrowej intymności* do *cyfrowej kontroli*, w którym praktyki społecznie postrzegane jako element bliskości i troski stają się w określonych okolicznościach narzędziem opresyjnej kontroli.

Współczesna debata brytyjska coraz częściej koncentruje się również na wpływie rozwoju technologii opartych na sztucznej inteligencji, narzędzi oferowanych przez firmy Big Tech oraz generatywnych systemów AI na nowe formy przemocy domowej i opresyjnej kontroli. Podkreśla się w niej, że sprawcy przemocy wykorzystują technologie do wyrządzania krzywdy śledzenia lokalizacji, podszywania się pod osobę pokrzywdzoną, monitorowania aktywności cyfrowej, kontroli kontaktów społecznych czy automatyzowania zachowań o charakterze stalkingu. Jak wskazuje Laura Bates, brytyjska autorka książki *The New Age of Sexism: How the AI Revolution Is Reinventing Misogyny*, rozwój sztucznej inteligencji i urządzeń połączonych z internetem prowadzi do powstawania nowych form przemocy cyfrowej, takich jak syntetyczne „rozbieranie", czyli generowanie fałszywych nagich wizerunków (*nudification*), tworzenie zmanipulowanych materiałów seksualnych (*sexual deepfakes*), ujawnianie danych osobowych bez zgody (*doxxing*), uporczywe śledzenie i nękanie za pomocą technologii (*cyberstalking*) czy przemoc realizowaną za pośrednictwem urządzeń inteligentnego domu (*smart home*). Obejmuje ona również podszywanie się pod pokrzywdzoną, algorytmiczne wzmacnianie treści mizoginistycznych oraz wykorzystywanie chatbotów i technologii klonowania głosu (*voice cloning*) do manipulacji, kierowania gróźb lub kradzieży tożsamości. Bates określa tę rzeczywistość mianem „nowej ery seksizmu", w której technologia nie tylko tworzy nowe sposoby krzywdzenia, lecz także zwiększa skalę, szybkość, trwałość i anonimowość znanych już form przemocy (Bates, 2025).

Opresyjna kontrola (*contrôle coercitif*) w modelu belgijskim

Odmienne od brytyjskiego podejście do zjawiska opresyjnej kontroli przyjęto w Belgii. Ustawa z 13 lipca 2023 roku dotycząca przeciwdziałania kobietobójstwu,

zabójstwom motywowanym płcią oraz przemocy je poprzedzającej (*Loi du 13 juillet 2023 relative à la prévention et à la lutte contre les féminicides, les homicides fondés sur le genre et les violences qui les précèdent*) nie wprowadziła *contrôle coercitif* jako odrębnego typu przestępstwa (*offence*), lecz umieściła to pojęcie w systemowej regulacji dotyczącej przemocy ze względu na płeć i przemocy ze skutkiem śmiertelnym. Belgijski ustawodawca przyjął zatem rozwiązanie odmienne od brytyjskiego. *Contrôle coercitif* funkcjonuje przede wszystkim jako ustawowa kategoria analityczna służąca rozpoznawaniu dynamiki przemocy poprzedzającej kobietobójstwo lub inne przypadki przemocy śmiertelnej (*cases mortelles*), a nie jako samodzielne przestępstwo.

Regulacja belgijska wprowadza trzy powiązane pojęcia dotyczące przemocy opartej na dominacji i podporządkowaniu: *contrôle coercitif* (opresyjna kontrola), *comportement coercitif* (zachowanie opresyjne) oraz *comportement contrôlant* (zachowanie kontrolujące). Zgodnie z ustawą *contrôle coercitif* oznacza „ciągłe lub powtarzające się zachowania opresyjne lub kontrolujące powodujące szkody psychiczne" („*des comportements coercitifs ou contrôlants continus ou répétés causant un dommage psychologique*"). *Comportement coercitif* definiowane jest jako „czyn lub seria agresywnych czynów, gróźb, prób poniżania i zastraszania lub innych form przemocy mających na celu zranienie, ukaranie lub zastraszenie ofiary" („*un acte ou une série d'actes d'agression, de menaces, d'humiliation ou d'intimidation visant à blesser, punir ou effrayer la victime*"). Natomiast *comportement contrôlant* oznacza „zespół działań mających na celu podporządkowanie lub uzależnienie osoby poprzez izolowanie jej od źródeł wsparcia, wykorzystywanie jej zasobów i zdolności dla własnych celów, pozbawianie środków niezbędnych do niezależności, oporu i ucieczki oraz regulowanie jej codziennego zachowania" („*un ensemble d'actes visant à rendre une personne subordonnée ou dépendante en l'isolant de ses sources de soutien, en exploitant ses ressources et capacités pour un gain personnel, en la privant des moyens nécessaires à son indépendance, à sa résistance et à sa fuite et en réglementant son comportement quotidien*").

Uzasadnienie projektu ustawy (Projet de loi, 2023) wyraźnie wskazuje, że belgijska definicja czerpała z rozwiązań brytyjskich oraz z badań nad związkiem między *contrôle coercitif* a kobietobójstwami. Podkreślono w nim, że wiele przypadków przemocy śmiertelnej poprzedzał wzorzec izolacji, dominacji, stalkingu i zachowań kontrolujących, którego instytucje publiczne nie rozpoznały jako sygnałów alarmowych (*signaux d'alerte*). Belgijski ustawodawca zaakcentował, że celem regulacji nie jest wyłącznie represja karna, lecz przede wszystkim wcześniejsze rozpoznawanie ryzyka przemocy śmiertelnej oraz stworzenie wspólnego języka dla policji, sądów, psychologów, służb socjalnych i organizacji pomocowych.

Istotnym elementem belgijskiego rozwiązania stało się również utworzenie komitetu naukowego do retrospektywnej analizy kobietobójstw i zabójstw motywowanych płcią – *Comité scientifique d'analyse des féminicides et homicides fondés sur le genre*. Organ ten analizuje przypadki śmiertelne (*cases mortelles*) związane z przemocą domową i przemocą ze względu na płeć w celu identyfikowania wcześniejszych sygnałów ryzyka, takich jak *contrôle coercitif*, stalking, groźby, izolacja społeczna czy przemoc poseparacyjna (IEFH, 2024). Rozwiązanie to wzorowane jest częściowo na brytyjskich *Domestic Homicide Reviews* i ma służyć wyciąganiu wniosków systemowych oraz formułowaniu rekomendacji prewencyjnych.

Belgijskie rozwiązanie wyraźnie akcentuje także znaczenie perspektywy i wzorca *contrôle coercitif* dla ochrony dzieci. W uzasadnieniu ustawy wskazano, że analiza przypadków kobietobójstw powinna obejmować również sytuacje, w których ofiarami przemocy stają się dzieci lub inni członkowie rodziny, szczególnie w kontekście separacji, kontaktów rodzicielskich oraz przemocy odwetowej wobec partnerki lub byłej partnerki. Ustawodawca belgijski przyjął zatem, że dziecko może stać się narzędziem dalszej przemocy wobec matki oraz elementem procesu opresyjnej kontroli.

Znaczenie tej perspektywy wzrosło w Belgii po kilku głośnych sprawach zabójstw dzieci dokonanych przez ojców w kontekście przemocy domowej i przemocy poseparacyjnej wobec matek dzieci. Szczególnie szeroko komentowana była sprawa z Hasselt z 2023 roku, w której ojciec udusił swoje dwie córki podczas jednego ze spotkań w ramach opieki naprzemiennej, a następnie podjął próbę samobójczą. W toku postępowania i w relacjach medialnych wskazywano, że wcześniej występowały zachowania kontrolujące wobec matki dzieci, groźby oraz przemoc psychiczna wobec byłej partnerki po zakończeniu relacji. Belgijskie organizacje zajmujące się przeciwdziałaniem kobietobójstwom podkreślały po tej sprawie, że wcześniejsze zachowania sprawcy potraktowano jako „spór rodzinny" lub problem dotyczący wykonywania kontaktów z dziećmi, a nie jako element wzorca przemocy wysokiego ryzyka (*situation à haut risque*) oraz opresyjnej kontroli mogącej prowadzić do przemocy śmiertelnej (*risque létal*) wobec dzieci i matki (OFVFF, 2024).

Podobne znaczenie miała sprawa Chrisa Vanhaverbeke z Waardamme w prowincji Flandria Zachodnia w Belgii. W listopadzie 2022 roku, kilka miesięcy po rozstaniu z żoną Astrid G. i wszczęciu postępowania rozwodowego, mężczyzna udusił swoje córki – ośmioletnią Maud i pięcioletnią Onę. Bezpośrednio przed popełnieniem czynu skontaktował się z byłą partnerką, informując ją, że „jest już za późno" i że nigdy więcej nie zobaczy swoich dzieci. Śledztwo wykazało również, że po zabójstwie dzieci sprawca podjął działania mogące wskazywać na zamiar pozbawienia życia byłej żony. W związku z tym został oskarżony o zabójstwo dwóch córek oraz usiłowanie

zabójstwa byłej partnerki. Jeszcze przed rozpoczęciem procesu za zabójstwo był prawomocnie skazany za przemoc domową wobec Astrid G. oraz za uporczywe nękanie jej po osadzeniu w zakładzie karnym.

Sprawa ta jest szczególnie istotna z perspektywy koncepcji opresyjnej kontroli, ponieważ ujawnia charakterystyczny dla przemocy poseparacyjnej mechanizm wykorzystywania dzieci jako narzędzia dalszego oddziaływania na byłą partnerkę. Chociaż belgijskie organy ścigania nie kwalifikowały zachowań sprawcy w kategoriach *contrôle coercitif*, okoliczności sprawy odpowiadają opisywanemu w literaturze wzorcowi przemocy, w którym sprawca nie akceptuje utraty kontroli nad partnerką po rozstaniu i wykorzystuje kontakty rodzinne do dalszego sprawowania dominacji, zastraszania oraz zadawania cierpienia. Do zdarzenia doszło przed wejściem w życie belgijskiej ustawy dotyczącej przeciwdziałania kobietobójstwu i przemocy ze względu na płeć, dlatego postępowanie prowadzono na podstawie klasycznych przepisów dotyczących zabójstwa, usiłowania zabójstwa, przemocy domowej oraz stalkingu.

Belgijskie organizacje i eksperci coraz częściej podkreślają, że przypadki zabójstw dzieci przez ojców nie powinny być analizowane wyłącznie przez pryzmat problemów dotyczących wykonywania kontaktów rodzicielskich, lecz jako element wcześniejszej historii przemocy domowej i opresyjnej kontroli wobec matek dzieci. W tym ujęciu zabójstwo dziecka postrzegane jest jako skrajna forma przemocy instrumentalnej i nękania partnerki po zakończeniu relacji.

Dane belgijskich organizacji wskazują również, że dzieci regularnie pojawiają się jako bezpośrednie ofiary przemocy śmiertelnej lub świadkowie kobietobójstw. W analizach przypadków śmiertelnych (*cases mortelles*) powtarzają się sytuacje, w których ojcowie zabijają dzieci po wcześniejszym stosowaniu przemocy psychicznej, gróźb i zachowań kontrolujących wobec matek.

Belgijski Instytut ds. Równości Kobiet i Mężczyzn podkreśla, że znaczna część dzieci funkcjonujących w środowisku *contrôle coercitif* doświadcza długotrwałych skutków psychicznych związanych z izolacją, zastraszaniem i życiem pod permanentnym nadzorem sprawcy (IEFH, 2024). W belgijskiej debacie coraz częściej zwraca się uwagę, że utrzymywanie kontaktów rodzicielskich z przemocowym sprawcą stosującym opresyjną kontrolę może być sprzeczne z bezpieczeństwem dziecka oraz osoby pokrzywdzonej. Organizacje zajmujące się przeciwdziałaniem kobietobójstwom i przemocy domowej wskazują, że kontakty z dzieckiem bywają wykorzystywane przez sprawców do dalszego kontrolowania, zastraszania i podporządkowywania byłej partnerki, a także do kontynuowania przemocy poseparacyjnej. W tym ujęciu bezpieczeństwo dziecka i osoby doznającej przemocy powinno mieć pierwszeństwo przed automatycznym utrzymywaniem kontaktów rodzicielskich w sytuacjach

przemocy wysokiego ryzyka (*situations à haut risque*) oraz przemocy opartej na *contrôle coercitif* (OFVFF, 2024).

W porównaniu z Wielką Brytanią Belgia przyjęła więc odmienny sposób normatywnego wykorzystania koncepcji opresyjnej kontroli. W prawie brytyjskim *coercive control* zostało ujęte jako odrębne przestępstwo odnoszące się do zachowań sprawcy, natomiast w Belgii *contrôle coercitif* funkcjonuje przede wszystkim jako pojęcie ustawowe służące ocenie dynamiki przemocy, identyfikacji sygnałów alarmowych i zapobieganiu przemocy śmiertelnej wobec kobiet i dzieci. W obu modelach wspólne pozostają jednak dwa elementy: odejście od postrzegania przemocy domowej wyłącznie przez pryzmat pojedynczych aktów agresji fizycznej oraz uznanie, że przemoc ma charakter procesowy, relacyjny i oparty na nierównowadze sił.

Opresyjna kontrola (*control coercitivo*) w modelu hiszpańskim

Pojęcie *control coercitivo* zaczęło wyraźniej pojawiać się w hiszpańskim dyskursie na temat przemocy wobec kobiet po 2015 roku, równolegle z rosnącym zainteresowaniem koncepcją rozwijaną przez Evana Starka oraz debatą dotyczącą przemocy psychicznej, stalkingu i przemocy poseparacyjnej. Początkowo funkcjonowało przede wszystkim w środowisku psychologicznym i feministycznym, jednak w kolejnych latach zostało rozwinięte również przez hiszpańskich kryminologów, badaczki przemocy ze względu na płeć oraz instytucje zajmujące się oceną ryzyka kobietobójstwa i przemocy wobec dzieci. Szczególne znaczenie dla rozwoju tej perspektywy miały prace Vaccaro (2021) omawiające przemoc instrumentalną wobec dzieci jako element szerszego wzorca dominacji i podporządkowania partnerki.

Choć pojęcie *control coercitivo* nie zostało dotychczas odrębnie skryminalizowane w hiszpańskim prawie karnym na wzór brytyjskiego przestępstwa *controlling or coercive behaviour*, jego elementy są obecne w regulacjach dotyczących przemocy ze względu na płeć (*violencia de género*), przemocy psychicznej, stalkingu oraz ochrony dzieci przed przemocą. Kluczowe znaczenie ma tu Ustawa Organiczna 1/2004 z dnia 28 grudnia o kompleksowych środkach ochrony przed przemocą ze względu na płeć (Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género), która przyjmuje strukturalne rozumienie przemocy wobec kobiet jako zjawiska wynikającego z relacji nierówności, dominacji i władzy. Choć ustawa nie posługuje się pojęciem *control coercitivo*, jej konstrukcja obejmuje również przemoc psychiczną, groźby, przymus oraz działania ograniczające autonomię osoby pokrzywdzonej. Istotną rolę odgrywa także przestępstwo stalkingu wprowadzone do hiszpańskiego kodeksu karnego w 2015 roku (art. 172 ter Código Penal), obejmujące

uporczywe monitorowanie, śledzenie, nękanie oraz wymuszanie kontaktu. W praktyce część zachowań związanych z opresyjną kontrolą kwalifikowana jest właśnie przez przepisy dotyczące stalkingu, gróźb, przymusu (*coacciones*) lub przemocy psychicznej.

Znaczenie *control coercitivo* wzrosło również po przyjęciu ustawy organicznej o kompleksowej ochronie dzieci i młodzieży przed przemocą (Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), która wzmacnia ochronę dzieci jako bezpośrednich ofiar przemocy domowej i przemocy ze względu na płeć. Regulacja ta odchodzi od traktowania dzieci wyłącznie jako świadków przemocy wobec matki i uwzględnia ich własne doświadczenie przemocy psychicznej, kontroli oraz uwikłania w relację przemocy. W praktyce przepisy te znajdują zastosowanie również w sprawach dotyczących przemocy instrumentalnej wobec dzieci.

Badania prowadzone przez zespół Cristiny Valls-Carol na Uniwersytecie Autonomicznym w Madrycie wykazały, że zachowania kontrolujące stanowią jeden z kluczowych elementów różnicujących dynamikę przemocy w relacjach młodych osób (Valls-Carol i in., 2024). Autorzy projektu wskazali, że przemoc oparta na opresyjnej kontroli może rozwijać się już w relacjach osób nastoletnich i młodych dorosłych (w wieku 18–30 lat), szczególnie poprzez kontrolę cyfrową, monitorowanie aktywności, izolowanie od grupy rówieśniczej oraz wymuszanie współdzielenia prywatności i dostępu do urządzeń elektronicznych.

Lledó Rando (2023) wskazuje, że zachowania kontrolujące bywają społecznie normalizowane jako przejaw troski, zazdrości lub zaangażowania emocjonalnego, co utrudnia ich wczesne rozpoznanie zarówno przez osoby pokrzywdzone, jak i instytucje. Autorka podkreśla, że dotyczy to również coraz częściej relacji młodzieżowych, w których kontrola cyfrowa i presja na współdzielenie prywatności często przedstawiane są jako element „normalnej" intymności partnerskiej, mimo że mogą stanowić czynnik ryzyka późniejszej eskalacji przemocy psychicznej i fizycznej.

W Kraju Basków Enrique Echeburúa oraz Javier Fernández-Montalvo – badacze zajmujący się oceną ryzyka kobietobójstwa i przemocy wysokiego ryzyka – wskazywali, że jednym z kluczowych czynników eskalacji przemocy śmiertelnej są zachowania kontrolujące, stalking oraz przemoc poseparacyjna wobec kobiet (Echeburúa i Fernández-Montalvo, 2009). W swoich badaniach wykazali, że kobiety zabijane przez partnerów były wcześniej poddawane długotrwałemu procesowi izolacji, psychicznego podporządkowania i dominacji, a sprawcy często nie akceptowali utraty kontroli nad relacją po rozstaniu.

Wnioski te wpłynęły na rozwój baskijskich narzędzi oceny ryzyka oraz hiszpańskiego systemu VioGén (Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia

de Género). Obejmuje on obecnie m.in. stalking, groźby wobec partnerki i dzieci, izolację społeczną, zachowania obsesyjne, wykorzystywanie kontaktów rodzicielskich do dalszej przemocy oraz przemoc instrumentalną wobec dzieci jako wskaźniki przemocy wysokiego ryzyka (*casos de alto riesgo*). Uwzględnia się również sytuacje, w których dziecko staje się narzędziem dalszej przemocy wobec matki.

W hiszpańskich badaniach nad przemocą domową więcej uwagi zaczyna poświęcać się także zjawisku cyfrowej opresyjnej kontroli (*control coercitivo digital* lub *violencia digital de control*), rozumianej jako wykorzystywanie technologii do monitorowania, nadzorowania i podporządkowywania aktualnej lub byłej partnerki. Podobnie jak w debacie brytyjskiej, wskazuje się, że współczesna opresyjna kontrola coraz częściej przybiera formę cyfrową i obejmuje monitorowanie aktywności w mediach społecznościowych, kontrolowanie lokalizacji, wymuszanie dostępu do urządzeń elektronicznych, nadzorowanie kontaktów społecznych czy wykorzystywanie aplikacji i technologii cyfrowych do dalszej przemocy poseparacyjnej.

Hiszpańscy badacze podkreślają, że technologie cyfrowe umożliwiają sprawcy utrzymywanie stałej obecności i kontroli nad osobą pokrzywdzoną mimo fizycznego zakończenia relacji, a cyfrowe formy nadzoru bywają społecznie normalizowane jako przejaw troski, zazdrości lub zaangażowania emocjonalnego. W konsekwencji *control coercitivo digital* coraz częściej postrzegane jest w Hiszpanii jako istotny wskaźnik przemocy wysokiego ryzyka oraz przemocy instrumentalnej wobec dzieci, szczególnie w sytuacjach przemocy poseparacyjnej.

W części hiszpańskich wspólnot autonomicznych przemoc cyfrowa (*violencia digital*) oraz przemoc wobec kobiet w środowisku online (*violencia contra la mujer en línea*) formalnie uznano za ustawowe formy przemocy wobec kobiet. Rozwiązania takie przyjęto m.in. w Katalonii, Andaluzji, Walencji, Galicji oraz na Wyspach Kanaryjskich, gdzie regionalne ustawy antyprzemocowe obejmują również: cyberprzemoc, opresyjną kontrolę cyfrową, rozpowszechnianie materiałów intymnych bez zgody, kontrolowanie aktywności online partnerki czy wykorzystywanie technologii do przemocy psychicznej i opresyjnej kontroli (Ley 5/2008 de Cataluña; Ley 13/2007 de Andalucía; Ley 7/2012 de la Comunitat Valenciana; Ley 11/2021 de Galicia; Ley 16/2003 de Canarias, z późn. zm.).

María de la Paz Lloria García – hiszpańska karnistka i kryminolożka z Uniwersytetu w Walencji – analizowała wpływ nowych technologii na rozwój współczesnych form opresyjnej kontroli oraz przemocy cyfrowej wobec kobiet w Hiszpanii (Lloria García, 2022). W swoich badaniach wykazała, że media społecznościowe, urządzenia geolokalizacyjne, aplikacje monitorujące oraz stały dostęp do urządzeń elektronicznych rozszerzają możliwości sprawowania kontroli nad partnerką również poza fizyczną

przestrzeń relacji. Opisane wyżej praktyki nadzoru cyfrowego umożliwiają sprawcy utrzymywanie ciągłego nadzoru nad osobą pokrzywdzoną także po zakończeniu relacji, a tym samym wzmacniają zjawisko przemocy poseparacyjnej.

Lloria García zwróciła również uwagę, że cyfrowe formy kontroli bywają społecznie normalizowane jako przejaw troski, zazdrości lub zaangażowania emocjonalnego, co utrudnia ich rozpoznanie przez osoby pokrzywdzone i instytucje. Wnioski te wpłynęły na rozwój hiszpańskich narzędzi oceny ryzyka przemocy wobec kobiet i dzieci, w których przemoc technologiczną uznaje się za istotny wskaźnik eskalacji przemocy wysokiego ryzyka oraz przemocy instrumentalnej wobec dzieci. Dane *Generalitat Valenciana* pokazują, że tylko w 2024 roku udzielono pomocy 828 małoletnim dotkniętym przemocą instrumentalną, a Wspólnota Walencka pozostaje jednym z regionów Hiszpanii o najwyższej liczbie dzieci zabitych w kontekście przemocy ze względu na płeć.

Znaczenie *control coercitivo* dla oceny ryzyka przemocy śmiertelnej podkreślają również hiszpańska Krajowa Rada Sądownictwa (Consejo General del Poder Judicial; CGPJ) oraz Ministerstwo Równości (Ministerio de Igualdad), które uwzględniają perspektywę przemocy psychicznej, (cyber)stalkingu i zachowań kontrolujących w analizach dotyczących przemocy ze względu na płeć oraz kobietobójstwa (CGPJ, 2024; Ministerio de Igualdad, 2020). Dane Delegacji Rządu ds. Przemocy ze Względu na Płeć wskazują, że od 2013 roku do czerwca 2025 roku w Hiszpanii odnotowano 64 małoletnie ofiary śmiertelne przemocy instrumentalnej związanej z przemocą wobec matek lub byłych partnerek sprawców, przy czym sprawcami wszystkich zabójstw byli mężczyźni – ojcowie biologiczni, aktualni lub byli partnerzy matek dzieci (Ministerio de Igualdad, 2025). W 2024 roku zginęło dziewięcioro dzieci, co stanowiło najwyższą liczbę od początku prowadzenia oficjalnych statystyk przez hiszpańskie Ministerstwo Równości. Do połowy 2025 roku potwierdzono kolejne przypadki zabójstw dzieci dokonanych przez partnerów matek lub ojców w kontekście przemocy domowej i przemocy poseparacyjnej (Ministerio de Igualdad, 2025).

Charakterystyczne jest, że oficjalne hiszpańskie statystyki dotyczące przemocy instrumentalnej odnoszą się niemal wyłącznie do mężczyzn jako sprawców zabójstw dzieci w celu skrzywdzenia matki. Wzorzec ten pozostaje bezpośrednio związany z logiką opresyjnej kontroli, w której groźba skrzywdzenia dziecka służy zastraszeniu byłej partnerki (Ministerio de Igualdad, 2025).

Nie oznacza to, że kobiety nie dokonują zabójstw dzieci. Badania dotyczące zabójstw w rodzinie wskazują, że również one mogą być sprawczyniami przemocy śmiertelnej wobec dzieci, jednak motywacje oraz kontekst tych czynów różnią się od wzorca opresyjnej kontroli partnerskiej. W hiszpańskich analizach kryminologicznych

podkreśla się, że takie czyny częściej wiążą się z kryzysami psychicznymi, depresją, skrajnym przeciążeniem opiekuńczym lub współwystępowaniem wcześniejszej przemocy wobec samej sprawczyni. Hiszpańska kryminolożka Ana Isabel Cerezo Domínguez z Uniwersytetu w Maladze już w latach dziewięćdziesiątych wskazywała w swojej pracy doktorskiej *La relación entre malos tratos domésticos y homicidios entre parejas. Tratamiento criminológico* („Związek między przemocą domową a zabójstwami partnerskimi. Ujęcie kryminologiczne"), że mają one odmienną dynamikę niż zabójstwa dzieci popełniane przez mężczyzn w kontekście dominacji, opresyjnej kontroli i przemocy domowej (Cerezo Domínguez, 1999).

W odniesieniu do relacji jednopłciowych literatura hiszpańska wskazuje, że przemoc domowa – w tym zachowania kontrolujące, przemoc psychiczna i przemoc cyfrowa – może występować również w parach LGBTQ+ (FELGTB, 2011). Jednocześnie brak jest danych wskazujących, aby w Hiszpanii oficjalnie rozpoznano przypadki przemocy instrumentalnej wobec dzieci w relacjach jednopłciowych analogiczne do wzorca obserwowanego w przemocy mężczyzn wobec kobiet. Nie oznacza to jednak, że zjawisko takie nie występuje – wskazuje się raczej na istniejącą lukę badawczą i brak rozwiniętych statystyk oraz analiz dotyczących przemocy wobec dzieci w relacjach par tej samej płci. Hiszpańskie regulacje w zakresie *violencia de género* pozostają bowiem oparte przede wszystkim na założeniu strukturalnej przemocy mężczyzn wobec kobiet, a to właśnie ten kontekst stanowi podstawę oficjalnych statystyk dotyczących przemocy instrumentalnej wobec dzieci (Ministerio de Igualdad, 2025).

Podsumowanie

Treść przepisów brytyjskich, belgijskich i hiszpańskich pokazuje, że opresyjna kontrola staje się współcześnie nową perspektywą interpretacyjną pozwalającą inaczej odczytywać mechanizmy przemocy wobec kobiet i dzieci. Koncepcja ta przesuwa punkt ciężkości z pojedynczych aktów agresji fizycznej na długotrwały proces dominacji, izolacji, podporządkowywania i ograniczania autonomii osoby pokrzywdzonej. W tym ujęciu przemoc nie jest już postrzegana wyłącznie jako zbiór incydentów, lecz jako system zachowań służących przejęciu kontroli nad codziennym życiem partnerki oraz dzieci.

Opresyjna kontrola funkcjonuje tym samym jako swoisty „filtr" i wykładnia tego jak współcześnie należy rozumieć zjawisko przemocy domowej. Pozwala dostrzec związek pomiędzy różnymi formami przemocy – psychiczną, fizyczną, seksualną, ekonomiczną, cyfrową czy poseparacyjną.

Pojęcie opresyjnej kontroli umożliwia również lepsze rozumienie przemocy wobec dzieci, które coraz częściej postrzegane są nie tylko jako świadkowie przemocy wobec matek, lecz także jako bezpośrednie ofiary procesu kontroli i podporządkowania oraz narzędzia dalszej przemocy wobec byłej lub aktualnej partnerki sprawcy.

Koncepcja opresyjnej kontroli wpisuje się w założenia wiktymologii feministycznej[1], ponieważ pozwala analizować przemoc nie tylko przez pryzmat doznanej krzywdy, lecz także jej wpływu na sprawczość (*agency*) pokrzywdzonej. Ukazuje, w jaki sposób sprawca stopniowo ogranicza jej możliwości samodzielnego podejmowania decyzji, dokonywania wyborów i działania. Zachowania podejmowane przez osobę doświadczającą przemocy — w tym pozostawanie w relacji, podporządkowanie się określonym wymaganiom, ukrywanie przemocy czy rezygnacja z poszukiwania pomocy — mogą stanowić racjonalne strategie przetrwania i minimalizowania zagrożenia, a nie świadectwo bierności lub braku sprawczości. **Opresyjna kontrola pozwala bowiem lepiej uchwycić proces traumatyzacji, izolowania oraz stopniowego uzależniania kobiet i ich dzieci od sprawcy przemocy. W tym ujęciu doświadczenie przemocy nie ogranicza się do samego aktu agresji, lecz obejmuje długotrwały proces podporządkowywania psychicznego, ekonomicznego i emocjonalnego, który wpływa na zdolność osoby pokrzywdzonej do podejmowania autonomicznych decyzji, poszukiwania pomocy oraz opuszczenia relacji przemocowej.**

Opresyjna kontrola, dzieci i przemoc wysokiego ryzyka w prawie polskim

W prawie polskim opresyjna kontrola nie została dotychczas uznana za odrębną kategorię prawną ani za samodzielny typ czynu zabronionego. Jej elementy mogą być częściowo obejmowane przez rozproszone regulacje zawarte w Kodeksie karnym (1997; dalej: k.k.) dotyczące znęcania się (art. 207 k.k.), gróźb karalnych (art. 190 k.k.), uporczywego nękania (art. 190a k.k.) oraz definiowanej w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej (2005) przemocy psychicznej i ekonomicznej.

Przestępstwo stalkingu wprowadzono do Kodeksu karnego dopiero ustawą z dnia 25 lutego 2011 roku (Dz.U. nr 72, poz. 381), która weszła w życie 6 czerwca 2011 roku. Artykuł 190a k.k. może obejmować część zachowań wpisujących się w opresyjną

1 Wiktymologia feministyczna uwzględnia relacje władzy, zależności i nierównowagi strukturalnej między sprawcą a osobą pokrzywdzoną, ale jednocześnie sprzeciwia się redukowaniu kobiety do roli bezwolnej ofiary i pozwala dostrzec jej działania podejmowane w warunkach strukturalnie oraz sytuacyjnie ograniczonego wyboru.

kontrolę, zwłaszcza nękanie po rozstaniu, monitoring, groźby czy naruszanie prywatności. Nie pozwala jednak uchwycić całościowego wzorca przemocy opartego na zależności, izolacji, podporządkowaniu i stopniowym ograniczaniu autonomii osoby pokrzywdzonej oraz jej dzieci. W literaturze podkreśla się, że istotą opresyjnej kontroli nie są pojedyncze akty przemocy, lecz długotrwały proces dominacji i podporządkowywania ofiary, realizowany poprzez różnorodne zachowania kontrolujące i izolujące (Stark, 2007; Monckton-Smith, 2021). W konsekwencji polski system prawny nadal koncentruje się przede wszystkim na identyfikacji pojedynczych czynów zabronionych, a w mniejszym stopniu – na analizie procesu dominacji i kontroli stanowiącego istotę przemocy domowej (Kodeks karny, 1997; GREVIO, 2021; Mozgawa, 2024).

W państwie, które nie rozpoznaje zjawiska opresyjnej kontroli, niezbędne jest również odróżnienie opresyjnej kontroli od społecznie i prawnie akceptowalnych form wykonywania władzy rodzicielskiej. Zgodnie z jej normatywnym ujęciem w polskim prawie rodzinnym służy ona ochronie dobra dziecka, zapewnieniu mu bezpieczeństwa oraz wspieraniu jego rozwoju. Zgodnie z art. 95 §1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego obejmuje ona obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka z poszanowaniem jego godności i praw. W doktrynie podkreśla się, że współczesna koncepcja władzy rodzicielskiej odchodzi od jej postrzegania jako władzy rodzica nad dzieckiem, akcentując jej służebny charakter wobec dobra dziecka oraz obowiązek respektowania jego podmiotowości (Smyczyński i Andrzejewski, 2023; Pietrzykowski, 2025).

Takie rozumienie znajduje potwierdzenie również w prawie międzynarodowym. Zgodnie z art. 3 ust. 1 Konwencji o prawach dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku, obowiązującej w Polsce od 7 lipca 1991 roku (Dz.U. z 2023 roku, poz. 1670), we wszystkich działaniach dotyczących dzieci nadrzędne znaczenie powinno mieć dobro dziecka, natomiast art. 5 nakazuje poszanowanie odpowiedzialności, praw i obowiązków rodziców do ukierunkowywania dziecka w korzystaniu z jego praw stosownie do rozwijających się zdolności dziecka. Ponadto art. 12 przyznaje dziecku prawo do wyrażania własnych poglądów we wszystkich sprawach, które go dotyczą, a poglądom tym należy nadać należytą wagę odpowiednio do wieku i stopnia dojrzałości dziecka. Oznacza to, że wykonywanie władzy rodzicielskiej powinno uwzględniać stopniowo wzrastającą autonomię dziecka i nie może prowadzić do arbitralnego ograniczania jego praw.

Podobny kierunek ochrony dziecka przyjmuje również Konwencja Rady Europy o ochronie dzieci przed seksualnym wykorzystywaniem i niegodziwym traktowaniem w celach seksualnych, sporządzona w Lanzarote dnia 25 października 2007 roku, obowiązująca w Polsce od 1 czerwca 2015 roku (Dz.U. z 2015 roku, poz. 608).

W preambule oraz art. 5 podkreślono obowiązek zapewnienia dzieciom ochrony przed wszelkimi formami przemocy i wykorzystywania oraz konieczność uwzględniania najlepszego interesu dziecka przy podejmowaniu działań ochronnych. Standard ten zakłada, że działania rodziców i opiekunów powinny służyć bezpieczeństwu i rozwojowi dziecka, a nie jego podporządkowaniu czy izolowaniu. W konsekwencji zachowania polegające na zastraszaniu, nadmiernej kontroli, izolowaniu od rówieśników lub instrumentalnym wykorzystywaniu dziecka do realizacji potrzeb rodzica nie mogą być uznane za przejaw prawidłowego wykonywania władzy rodzicielskiej, lecz stanowić formę przemocy psychicznej lub element opresyjnej kontroli.

Opresyjna kontrola opiera się natomiast na relacji dominacji i podporządkowania, w której kontrola staje się celem samym w sobie, a działania sprawcy zmierzają do ograniczenia autonomii innych osób oraz utrzymywania nad nimi przewagi. W praktyce sprawcy przemocy mogą wykorzystywać instrumenty związane z wykonywaniem władzy rodzicielskiej – kontakty z dzieckiem, decyzje dotyczące opieki, postępowania sądowe czy alimentacyjne – jako element dalszego sprawowania kontroli nad osobą pokrzywdzoną.

Istotnym krokiem w kierunku wzmacniania ochrony dzieci w Polsce była tzw. ustawa Kamilka, czyli ustawa z dnia 28 lipca 2023 roku o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 roku, poz. 1606), która weszła w życie 15 lutego 2024 roku. Nowelizację przyjęto po śmierci ośmioletniego Kamila z Częstochowy, który przez długi czas doświadczał brutalnej przemocy ze strony ojczyma mimo wcześniejszych sygnałów kierowanych do instytucji publicznych. Celem regulacji było wzmocnienie systemowych mechanizmów ochrony dzieci przed przemocą oraz zwiększenie odpowiedzialności instytucji pracujących z małoletnimi.

„Ustawa Kamilka" wprowadziła obowiązek tworzenia tzw. standardów ochrony małoletnich we wszystkich podmiotach, w których przebywają dzieci, w tym m.in. w szkołach, przedszkolach, placówkach opiekuńczych, podmiotach leczniczych, organizacjach sportowych, instytucjach religijnych oraz innych jednostkach prowadzących działalność edukacyjną, wychowawczą lub opiekuńczą. Standardy obejmują m.in. procedury reagowania na podejrzenie przemocy wobec dziecka, zasady bezpiecznych relacji personelu z dziećmi, obowiązek weryfikacji osób pracujących z małoletnimi w rejestrach sprawców przestępstw seksualnych oraz obowiązek określenia procedur interwencji i zgłaszania przemocy.

Nowelizacja rozszerzyła również obowiązki związane z ochroną dzieci przed sprawcami przestępstw seksualnych poprzez zmiany w ustawie z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024 roku, poz. 560). Wprowadzono m.in. obowiązek sprawdzania niekaralności osób pracujących z dziećmi, obowiązek uzyskiwania informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz obowiązek wdrażania standardów ochrony małoletnich pod rygorem sankcji administracyjnych.

Rezultatem przyjętych zmian było też powołanie Zespołu do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Mechanizm ten ma umożliwiać analizę najpoważniejszych przypadków przemocy wobec dzieci, identyfikowanie błędów instytucjonalnych oraz formułowanie rekomendacji systemowych mających zapobiegać podobnym tragediom w przyszłości.

Rozwiązania te nie odnoszą się jednak wprost do problemu opresyjnej kontroli i przemocy poseparacyjnej w sprawach rodzinnych. W obowiązującej procedurze „Niebieskie Karty" (Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty", 2023, Dz.U. z 2023 roku, poz. 1870) uwzględnia się przede wszystkim sam fakt występowania przemocy domowej, jej rodzaj oraz bezpośrednie zagrożenie dla osoby pokrzywdzonej. Uwaga koncentruje się zatem głównie na zdarzeniach incydentalnych i bieżącym zagrożeniu. W praktyce brakuje wyraźnego mechanizmu identyfikowania wzorca opresyjnej kontroli jako długotrwałego procesu dominacji, izolacji i podporządkowywania osoby pokrzywdzonej oraz dzieci. Nie funkcjonuje również odrębna metodologia oceny ryzyka oparta na analizie historii przemocy, przemocy poseparacyjnej, stalkingu, kontroli ekonomicznej, cyfrowej czy instrumentalnego wykorzystywania dzieci (GREVIO, 2021).

Historia przemocy bywa analizowana fragmentarycznie i przede wszystkim przez pryzmat wcześniejszych interwencji lub postępowań karnych. Nadal niewystarczająco uwzględnia się dynamikę przemocy oraz fakt, że rozstanie, postępowanie rozwodowe lub spór dotyczący opieki nad dzieckiem mogą stanowić moment szczególnej eskalacji zagrożenia. Tymczasem doświadczenia brytyjskie, belgijskie i hiszpańskie pokazują, że właśnie wzorzec opresyjnej kontroli oraz przemoc poseparacyjna należą do najważniejszych czynników ryzyka kobietobójstwa i zabójstw dzieci (Home Office, 2025; Loi du 13 juillet 2023; Ministerio de Igualdad, 2025).

Na problem ten zwracała uwagę również Fundacja Femicide in Poland (2025) w opracowaniu przygotowanym do raportu Specjalnej Sprawozdawczyni ONZ ds. przemocy wobec kobiet i dziewcząt dotyczącym przemocy wobec matek. Podkreślono w nim, że zabójstwa kobiet w Polsce bardzo często poprzedzone są długotrwałą przemocą partnerską, kontrolą, stalkingiem i wykorzystywaniem dzieci jako narzędzi dalszej przemocy wobec matek. Fundacja wskazała również, że konflikty dotyczące opieki nad dziećmi, alimentów oraz próby odejścia od sprawcy należą do

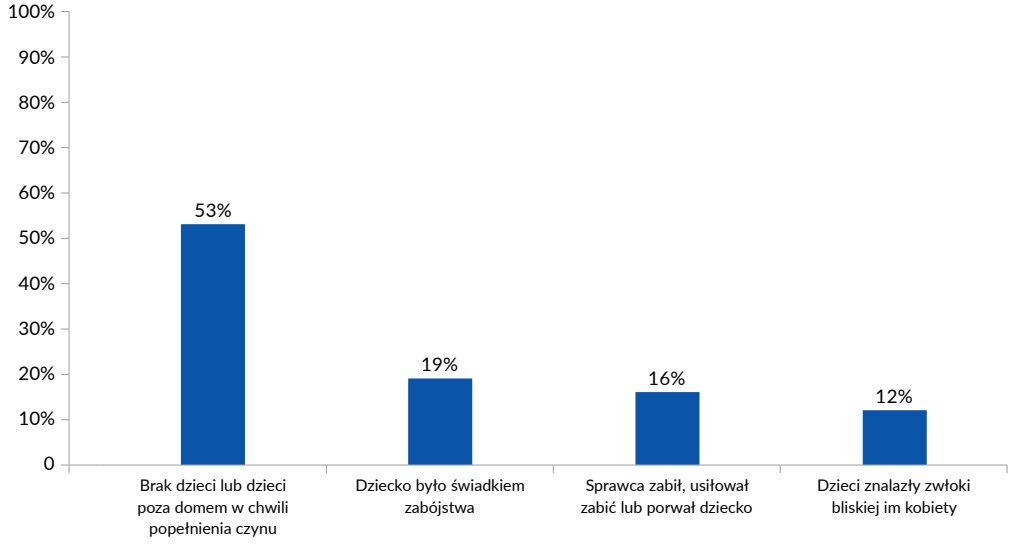
najważniejszych czynników eskalacji przemocy śmiertelnej wobec kobiet i dzieci. Zwrócono uwagę na brak zintegrowanego systemu oceny ryzyka, niedostateczne uwzględnianie przemocy przy rozstrzyganiu spraw rodzinnych oraz niewystarczającą koordynację pomiędzy policją, pomocą społeczną i sądami rodzinnymi. Podkreślono także, że dzieci często stają się bezpośrednimi lub pośrednimi ofiarami kobietobójstwa, a sprawcy wykorzystują je jako instrument do stosowania *coercive control* wobec matek.

Problematyka ta wiąże się również z niepełnym wdrożeniem standardów Konwencji Rady Europy o przeciwdziałaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej w Polsce (CETS 210). GREVIO oraz Komitet Stron konwencji stambulskiej w kolejnych ocenach dotyczących Polski podkreślały konieczność skuteczniejszego uwzględniania przemocy domowej przy rozstrzyganiu o kontaktach z dziećmi i opiece nad nimi, rozwijania mechanizmów oceny ryzyka oraz kierowania się bezpieczeństwem kobiet i dzieci przy podejmowaniu decyzji przez sądy rodzinne (Council of Europe, 2025). W europejskich standardach coraz wyraźniej akcentuje się, że dzieci doświadczające przemocy domowej nie mogą być traktowane wyłącznie jako świadkowie przemocy, lecz jako jej bezpośrednie ofiary.

Z perspektywy niniejszych badań zasadne wydaje się pytanie, czy można mówić o opresyjnej kontroli wobec dzieci oraz o dzieciach jako podmiotach uwikłanych w relację opresyjnej kontroli sprawcy nad ich matką. Analiza przypadków opisanych w raporcie *Kobietobójstwo w Polsce. Raport za lata 2017–2023* oraz spraw zgromadzonych na Polskiej Mapie Kobietobójstw (Femicide in Poland, 2025) wskazuje, że dzieci w sytuacjach przemocy domowej nie były wyłącznie jej biernymi świadkami. W wielu przypadkach stawały się narzędziem opresyjnej kontroli w rękach ojców stosujących przemoc wobec obecnych lub byłych partnerek. Sprawcy wykorzystywali relację z dzieckiem do podtrzymywania kontaktu z kobietą, wzbudzania lęku, wywierania presji psychicznej, grożenia odebraniem dzieci, manipulowania postępowaniami dotyczącymi opieki oraz karania partnerki poprzez krzywdzenie dzieci. W rezultacie dziecko było włączone w mechanizm opresyjnej kontroli.

Szczególnie wyraźnie widoczne jest to w sprawach zabójstw dzieci dokonywanych przez ojców w związku z przemocą wobec matek. Polska Mapa Kobietobójstw dokumentuje przypadki, w których sprawcy zabijali dzieci po rozstaniu lub w trakcie sporów dotyczących opieki w celu zadania matce maksymalnego cierpienia. W jednej ze spraw ojciec zabił kilkuletniego syna podczas realizacji kontaktu po wcześniejszych groźbach kierowanych wobec matki. W innej sprawie sprawca po zabójstwie partnerki odebrał życie również dziecku, traktując rodzinę jako własność i część swojej tożsamości.

Wykres 1. Dziecko jako osoba pokrzywdzona i Świadek zabójstwa matki lub bliskiej mu kobiety w Polsce w latach 2017–2023



Zródlo: opracowanie własne, Femicidc in Poland, maj 2024 na podstawie danych z www.femicidieinpoland.pl

Przywołany raport Fundacji Femicide in Poland wskazuje ponadto, że do 67% zabójstw partnerskich kobiet (*intimate-partner femicides*) doszło w czasie rozwodu, separacji lub rozstania, które pozostawało jednym z głównych czynników eskalacji przemocy wobec bliskich. W 19% spraw dzieci były świadkami kobietobójstwa, w 16% przemoc została skierowana bezpośrednio przeciw dziecku, a w 12% przypadków dzieci znalazły zwłoki zamordowanej kobiety (Femicide in Poland, 2025). W konsekwencji dziecko pozostaje jednocześnie bezpośrednią ofiarą przemocy i współadresatem mechanizmu opresyjnej kontroli skierowanej przeciwko drugiemu rodzicowi, która nie ogranicza się wyłącznie do relacji partnerskiej, lecz wpływa na poczucie bezpieczeństwa, autonomię i dobrostan dzieci.

Podejście to znajduje również oparcie w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC). W sprawie *Kurt przeciwko Austrii* (2021) ETPC analizował sytuację kobiety i jej dzieci doświadczających wieloletniej przemocy ze strony ojca rodziny. Pomimo wcześniejszych zgłoszeń, wydania zakazu zbliżania się i interwencji policji sprawca udał się do szkoły dzieci, gdzie zastrzelił ośmioletniego syna, a następnie popełnił samobójstwo. Trybunał podkreślił obowiązek przeprowadzenia autonomicznej, proaktywnej i kompleksowej oceny ryzyka w sprawach przemocy domowej, obejmującej również zagrożenie dla dzieci oraz możliwość eskalacji przemocy po rozstaniu.

Podobne standardy zostały rozwinięte w sprawie *Talpis przeciwko Włochom* (2017). Skarżąca wielokrotnie zgłaszała policji przemoc ze strony męża, jednak organy przez długi czas pozostawały bierne wobec eskalacji jego zachowań. W 2013 roku sprawca zaatakował rodzinę nożem. Syn kobiety próbował bronić matki i został śmiertelnie ugodzony przez ojca, natomiast sama skarżąca doznała ciężkich obrażeń ciała. Trybunał uznał, że brak szybkiej i skutecznej reakcji państwa wobec znanej historii przemocy doprowadził do naruszenia prawa do życia oraz zakazu nieludzkiego traktowania.

Z kolei w sprawie *Landi przeciwko Włochom* (2022) ETPC oceniał sytuację kobiety i jej dzieci wielokrotnie zgłaszających przemoc domową ze strony partnera. Pomimo licznych zawiadomień oraz wiedzy organów o wcześniejszych aktach przemocy i problemach psychiatrycznych sprawcy nie zastosowano skutecznych środków ochronnych. W 2018 roku partner kobiety zabił ich rocznego syna i usiłował zamordować matkę dziecka. Trybunał wskazał, że państwo ma obowiązek nie tylko reagować na pojedyncze akty przemocy, lecz także prowadzić natychmiastową i kompleksową ocenę ryzyka dalszej eskalacji takich zachowań wobec kobiet i dzieci.

Orzeczenia te mają istotne znaczenie także dla polskiej procedury „Niebieskie Karty". Pokazują, że ocena ryzyka w sprawach przemocy domowej nie może ograniczać się wyłącznie do ostatniego incydentu przemocy fizycznej, lecz powinna obejmować cały wzorzec opresyjnej kontroli: historię przemocy, stalking, izolowanie osoby pokrzywdzonej, groźby odebrania dzieci, przemoc poseparacyjną oraz wykorzystywanie kontaktów rodzicielskich do dalszego podporządkowywania i zastraszania kobiety oraz dzieci.

Kierunek proponowanych obecnie zmian legislacyjnych zawartych w przygotowywanym przez Ministerstwo Sprawiedliwości projekcie ustawy o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (numer z wykazu: UD349), określanym jako „Pakiet dla Dziecka" lub „Pakiet Rodzicielski", opiera się na założeniu, że dziecko ma prawo do utrzymywania relacji z obojgiem rodziców także po ich rozstaniu. Projekt przewiduje szersze uregulowanie naprzemiennego sprawowania bieżącej pieczy nad dzieckiem przez oboje rodziców po rozstaniu. Wśród planowanych rozwiązań proponuje się m.in. ustawowe uregulowanie pieczy współdzielonej, usprawnienie wykonywania orzeczeń dotyczących kontaktów z dzieckiem oraz wzmocnienie ochrony prawa dziecka do wychowania przez oboje rodziców. Pieczę współdzieloną określa się jako prawo do wychowania przez oboje rodziców, które przedstawia się jako prawo do dzieciństwa (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2025). Chociaż projektodawca poprzez dzieciństwo odwołuje się do dobra dziecka oraz zdolności rodziców do współpracy, nie przewiduje

jednoznacznego obowiązku badania historii przemocy domowej. W projekcie nie występują również takie pojęcia, jak przemoc wysokiego ryzyka ani opresyjna kontrola przed orzeczeniem pieczy współdzielonej.

Rozwiązanie to spotkało się z krytyką organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy wobec kobiet. Feminoteka (2026) wskazała, że projekt nie zapewnia wystarczającej ochrony kobiet i dzieci przed przemocą oraz nie zobowiązuje sądów rodzinnych do badania przemocy domowej przy orzekaniu pieczy współdzielonej. Jeszcze dalej idąca była opinia Fundacji Femicide in Poland (2026), która podkreśliła, że projekt nie zawiera mechanizmu wyłączającego pieczę współdzieloną w sytuacji przemocy domowej ani obowiązku uwzględniania historii przemocy przy orzekaniu o kontaktach i władzy rodzicielskiej. Fundacja zwróciła również uwagę, że brak nadrzędności zasady bezpieczeństwa może prowadzić do traktowania sprawcy przemocy na równi z rodzicem, który przemocy nie stosuje, co pozostaje sprzeczne z art. 31 konwencji stambulskiej dotyczącym opieki i kontaktów oraz art. 51 dotyczącym oceny ryzyka.

Z perspektywy prewencji przemocy wysokiego ryzyka rozwiązanie to należy ocenić negatywnie. Piecza współdzielona może bowiem utrwalać kontakt dziecka i osoby pokrzywdzonej ze sprawcą przemocy oraz ułatwiać dalsze stosowanie przemocy poseparacyjnej i opresyjnej kontroli. Szczególne ryzyko dotyczy sytuacji, w których dziecko staje się narzędziem dalszej przemocy wobec matki – poprzez manipulowanie kontaktami, groźby odebrania dziecka, izolowanie go od matki czy wykorzystywanie kontaktów rodzicielskich do dalszego nękania osoby pokrzywdzonej.

Powyższe obawy znajdują potwierdzenie w koncepcji opresyjnej kontroli, zgodnie z którą przemoc nie kończy się wraz z rozstaniem partnerów, lecz może przyjmować nowe formy związane z wykonywaniem praw i obowiązków rodzicielskich. Badania wskazują, że po rozstaniu sprawca może wykorzystywać instytucje prawa rodzinnego, kontakty z dzieckiem lub wykonywanie władzy rodzicielskiej jako narzędzia podtrzymywania kontroli nad byłą partnerką lub dzieckiem (Stark, 2007; Monckton Smith, 2021). W takich przypadkach formalne zapewnienie kontaktów i współpracy rodzicielskiej powinno być poprzedzone oceną występowania przemocy, zagrożenia dla bezpieczeństwa dziecka oraz wpływu relacji rodzinnych na jego dobrostan.

W tym zakresie szczególnego znaczenia nabierają standardy wynikające z Konwencji o prawach dziecka z 1989 roku oraz Konwencji Rady Europy z Lanzarote z 2007 roku, zgodnie z którymi nadrzędnym kryterium wszelkich działań dotyczących dziecka pozostaje jego najlepszy interes oraz ochrona przed wszelkimi formami przemocy i wykorzystywania. Oznacza to, że zarówno wykonywanie władzy rodzicielskiej, jak i projektowane rozwiązania dotyczące pieczy współdzielonej powinny

być oceniane przede wszystkim przez pryzmat bezpieczeństwa, dobrostanu i praw dziecka, a nie wyłącznie formalnej równowagi uprawnień rodziców.

„Krzywdzę dzieci, by skrzywdzić ciebie" – o projekcie hiszpańskiej ustawy o przemocy instrumentalnej wobec dzieci

W hiszpańskich badaniach nad przemocą wobec kobiet i dzieci coraz większe znaczenie przypisuje się zjawisku *violencia vicaria*, tłumaczonemu na język polski jako „przemoc zastępcza" lub „przemoc instrumentalna". Pojęcie to zostało spopularyzowane przez argentyńską psycholożkę i biegłą sądową Sonię Vaccaro i odnosi się do sytuacji, w której sprawca wykorzystuje dzieci lub inne osoby bliskie kobiecie do wyrządzenia jej cierpienia psychicznego, podporządkowania lub odwetu po rozstaniu (Vaccaro, 2021). Jak podkreśla Amnesty International España (2025), sprawca „krzywdzi dzieci, aby skrzywdzić matkę", a dzieci stają się narzędziem dalszej przemocy wobec kobiety.

W literaturze coraz częściej wskazuje się jednak, że trafniejszym tłumaczeniem jest „przemoc instrumentalna", ponieważ dzieci nie są jedynie „zastępczym" obiektem przemocy, lecz samodzielnymi ofiarami wykorzystywanymi instrumentalnie przez sprawcę do kontrolowania kobiety i zadawania jej cierpienia. Określenie „przemoc zastępcza" bywa krytykowane przez organizacje feministyczne i organizacje ochrony praw dziecka jako potencjalnie umniejszające autonomiczną krzywdę dzieci i sugerujące, że doznawana przez nie przemoc ma wyłącznie pośredni charakter (Amnesty International España, 2025). Z tego względu w niniejszym opracowaniu zdecydowałam się posługiwać przede wszystkim pojęciem „przemoc instrumentalna", które lepiej oddaje mechanizm wykorzystywania dzieci jako narzędzi opresyjnej kontroli wobec matek.

Obowiązujący obecnie w Hiszpanii system ochrony dzieci przed przemocą partnerską opiera się głównie na ustawie organicznej 1/2004 o kompleksowych środkach ochrony przed przemocą ze względu na płeć (Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género), reformach kodeksu cywilnego oraz rozwiązaniach przyjętych po tzw. pakcie państwowym przeciwko przemocy ze względu na płeć (Pacto de Estado contra la Violencia de Género). Hiszpańskie prawo uznaje obecnie dzieci żyjące w środowisku przemocy domowej za bezpośrednie ofiary przemocy ze względu na płeć. Przepisy przewidują możliwość zawieszania kontaktów sprawcy z dzieckiem, ograniczania władzy rodzicielskiej oraz obowiązek uwzględniania bezpieczeństwa dzieci przy rozstrzyganiu spraw rodzinnych i opiekuńczych. Szczególne znaczenie miała reforma art. 94 hiszpańskiego

kodeksu cywilnego (Código Civil), wprowadzona ustawą 8/2021, która umożliwiła zawieszanie lub ograniczanie kontaktów rodzicielskich w sytuacji przemocy wobec kobiet lub dzieci. Zgodnie z nowym brzmieniem przepisu sąd „nie ustanowi reżimu odwiedzin lub pobytu" („no procederá el establecimiento de un régimen de visita o estancia") wobec rodzica objętego postępowaniem karnym dotyczącym przemocy wobec drugiego rodzica lub dzieci, chyba że dobro dziecka wymaga odmiennego rozstrzygnięcia (Código Civil, art. 94; Ley 8/2021). Reforma ta stanowiła odpowiedź na krytykę hiszpańskiego systemu rodzinnego po kolejnych przypadkach zabójstw dzieci przez ojców stosujących przemoc wobec matek i po raz pierwszy tak wyraźnie powiązała bezpieczeństwo dzieci z oceną przemocy partnerskiej oraz przemocy instrumentalnej (Ley 8/2021; Ministerio de Igualdad, 2025).

Pomimo tych zmian hiszpańskie badania i raporty instytucjonalne wskazywały, że system nadal niewystarczająco rozpoznaje *violencia vicaria* jako osobną formę przemocy wysokiego ryzyka. Punktem zwrotnym stały się kolejne przypadki zabójstw dzieci przez ojców stosujących przemoc wobec ich matek.

W sprawie zjawiska przemocy instrumentalnej wobec dzieci wypowiedział się również hiszpański Sąd Najwyższy w wyroku nr 1263/2018 z 17 lipca 2018 roku (Tribunal Supremo 2018, 17 julio) w sprawie Ángeli González dotyczącej zabójstwa siedmioletniej Andrei przez ojca dziecka, który wielokrotnie stosował przemoc wobec matki dziewczynki. Do zdarzenia doszło po jednej z rozpraw w przedmiocie przemocy domowej i opuszczenia wspólnego mieszkania. Sprawca zagroził Ángeli, że „odbierze jej to, co kocha najbardziej". Tego samego dnia podczas realizacji kontaktu z dzieckiem zamordował córkę, a następnie popełnił samobójstwo.

Ángela González od lat informowała hiszpańskie organy o przemocy i zagrożeniu dla dziecka. Po zabójstwie córki wniosła skargę do Komitetu CEDAW, który w 2014 roku uznał, że Hiszpania naruszyła Konwencję w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet poprzez brak zapewnienia skutecznej ochrony matce i dziecku (CEDAW, 2014). Komitet podkreślił, że przy ustalaniu kontaktów z dzieckiem konieczne jest uwzględnianie historii przemocy ze względu na płeć oraz ryzyka dla dzieci. Skrytykował również powoływanie się przez sądy na nieoparte naukowo koncepcje alienacji rodzicielskiej przy bagatelizowaniu przemocy wobec kobiet i dzieci.

Po stanowisku CEDAW Ángela González ponownie skierowała sprawę do sądów hiszpańskich. W wyroku 1263/2018 hiszpański Sąd Najwyższy uznał odpowiedzialność państwa za brak ochrony matki i dziecka przed przemocą oraz stwierdził naruszenie prawa do skutecznej ochrony sądowej. Orzeczenie to uznawane jest za przełomowe dla rozwoju hiszpańskiego podejścia do przemocy instrumentalnej,

ponieważ po raz pierwszy najwyższy organ sądowy Hiszpanii powiązał odpowiedzialność państwa z niewłaściwą oceną ryzyka przemocy wobec kobiet i dzieci oraz z bagatelizowaniem zagrożenia przy ustalaniu kontaktów rodzicielskich (Tribunal Supremo, Sentencia 1263/2018).

Szczególne znaczenie dla rozwoju hiszpańskiego podejścia do przemocy instrumentalnej miała sprawa José Bretona z Kordoby. W 2011 roku, po tym jak żona poinformowała go o zamiarze rozwodu, Bretón zaplanował zabójstwo dwojga ich wspólnych dzieci – sześcioletniej Ruth i dwuletniego José. Najpierw podał im środki uspokajające, następnie zamordował je i spalił ciała na należącej do jego rodziny posesji, próbując upozorować zaginięcie. Sąd uznał, że działał z zamiarem zemsty na matce dzieci oraz zadania jej maksymalnego cierpienia psychicznego, a zabójstwo miało charakter instrumentalny wobec byłej partnerki. „Oskarżony nie zabił dlatego, że chciał śmierci Ruth i José, lecz po to, by zadać cierpienie ich matce, będącej rzeczywistą ofiarą w zamiarze sprawcy" (hiszp. „el acusado no mató porque quisiera la muerte de Ruth y José, sino para hacer sufrir a su madre, verdadera víctima en el ánimo del acusado") (Audiencia Provincial de Córdoba, Sentencia 16/2013; Tribunal Supremo, STS 587/2014).

Jeszcze większy wpływ społeczny na postrzeganie przemocy postseparacyjnej wobec dzieci w Hiszpanii wywołała sprawa Anny i Olivii z Teneryfy. W kwietniu 2021 roku Tomás Gimeno, stosujący po rozstaniu przemoc wobec byłej partnerki Beatriz Zimmermann, odebrał córki – roczną Annę i sześcioletnią Olivię – w ramach ustalonych kontaktów z dziećmi. Tego samego dnia wielokrotnie kontaktował się z matką dzieci, sugerując, że ona „nigdy więcej ich nie zobaczy". Według ustaleń śledczych zamordował córki w domu, umieścił ich ciała w torbach obciążonych kotwicą, a następnie wyrzucił je do oceanu z własnej łodzi. Po 45 dniach poszukiwań ciało Olivii odnaleziono na głębokości około tysiąca metrów u wybrzeży Teneryfy; ciała Anny nigdy nie udało się znaleźć. Śledczy oraz hiszpańskie organy publiczne uznali, że sprawca działał z zamiarem wyrządzenia matce dzieci maksymalnego cierpienia psychicznego, a sprawa została w Hiszpanii uznana za symboliczny przykład *violencia vicaria* i punkt zwrotny w debacie nad przemocą instrumentalną wobec dzieci (Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Santa Cruz de Tenerife, *diligencias previas* 2021; Ministerio de Igualdad, 2021). W Santa Cruz de Tenerife utworzono również miejsce pamięci obu dziewczynek – na jednym z placów zabaw ustawiono pomnik Anny i Olivii, który stał się symbolem sprzeciwu wobec przemocy instrumentalnej wobec dzieci oraz upamiętnienia dzieci zabitych w kontekście przemocy wobec matek.

Głośnym przypadkiem przemocy instrumentalnej zakończonej zabójstwem rodzicielskim była też sprawa Baskijki Itziar Prats. Jej były partner, stosujący wcześniej

przemoc wobec kobiety i dzieci, 24 września 2018 roku zamordował ich dwie córki – sześcioletnią Nereę i dwuletnią Martinę – podczas realizacji kontaktów rodzicielskich w Castellón, a następnie popełnił samobójstwo. Podobnie jak w sprawie Ángeli González, do zabójstwa dzieci doszło podczas realizacji ustalonego przez sąd prawa do kontaktów z ojcem, które ten otrzymał mimo wcześniejszych sygnałów dotyczących przemocy i gróźb kierowanych wobec rodziny. Sprawa stała się jednym z najbardziej symbolicznych przykładów *violencia vicaria* w Hiszpanii i pokazała, że nawet po ratyfikacji konwencji stambulskiej przypadki zabójstw dzieci dokonywanych przez ojców w celu skrzywdzenia matek nadal występują.

W sprawie Itziar Prats wykazano również poważne błędy instytucjonalne po stronie hiszpańskiego systemu przeciwdziałania przemocy. Pomimo zgłaszanych wcześniej epizodów agresji wobec dzieci i matki nie oceniono właściwie zagrożenia dla małoletnich. Funkcjonujący w Hiszpanii policyjny system oceny ryzyka przemocy ze względu na płeć – Valoración Policial del Riesgo en Casos de Violencia de Género (VioGén) – nie zawierał wówczas pytań dotyczących ryzyka przemocy wobec dzieci – dodano je do formularzy oceny ryzyka dopiero sześć miesięcy po zabójstwie dziewczynek, w marcu 2019 roku. Itziar Prats wskazywała także, że pomimo wielokrotnych zgłoszeń przemocy sąd uchylił wcześniej zastosowany zakaz zbliżania się wobec sprawcy, bagatelizując realne zagrożenie dla kobiety i dzieci.

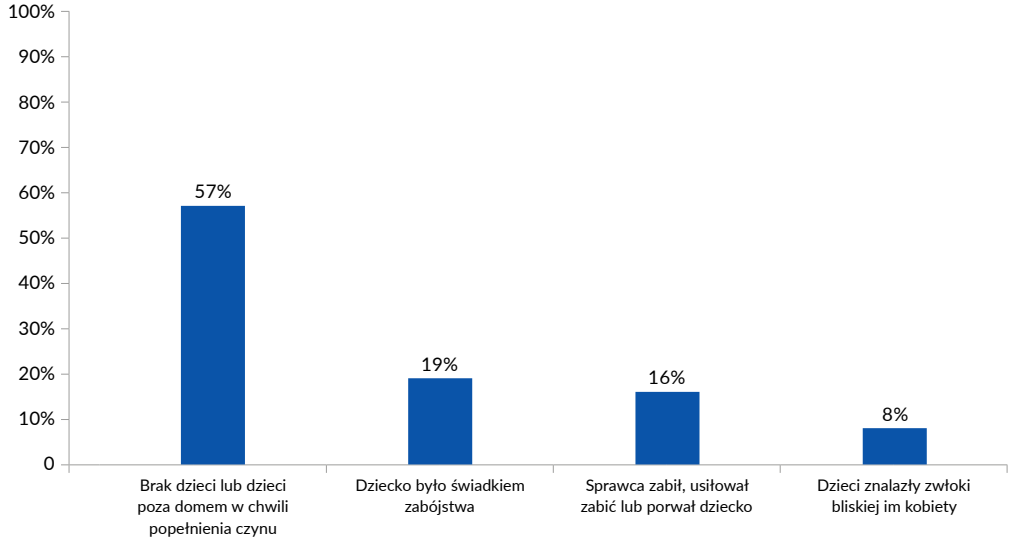
Sprawa doprowadziła do uznania odpowiedzialności państwa hiszpańskiego za brak zapewnienia ochrony rodzinie. W grudniu 2021 roku premier Pedro Sánchez publicznie przyznał, że „państwo i system antyprzemocowy zawiodły", a hiszpańskie instytucje nie były zdolne właściwie rozpoznać ryzyka przemocy wysokiego ryzyka wobec dzieci i matki. Państwo hiszpańskie przyznało Itziar Prats oraz dziadkom dziewczynek zadośćuczynienie w wysokości miliona euro. Sprawa ta stała się jednym z kluczowych argumentów na rzecz reformy hiszpańskich mechanizmów oceny ryzyka, uwzględnienia perspektywy opresyjnej kontroli partnerskiej oraz ograniczania kontaktów rodzicielskich w sytuacjach przemocy wobec kobiet i dzieci (Gobierno de España, 2021).

Amnesty International España wskazuje, że od rozpoczęcia oficjalnego monitoringu w 2013 roku w Hiszpanii zabito ponad 60 dzieci w wyniku przemocy instrumentalnej, a setki kolejnych zostały osierocone wskutek zabójstw ich matek. Dane te doprowadziły do uznania przemocy instrumentalnej za jeden z najważniejszych obszarów współczesnej polityki przeciwdziałania przemocy wobec kobiet i dzieci w Hiszpanii.

W latach 2017–2023 na podstawie danych feminicidio.net odnotowałam 674 przypadki kobietobójstw. Hiszpańska organizacja podaje, że, co czwarte dziecko

w Hiszpanii albo było świadkiem zabójstwa swej matki, albo samo znalazło jej zwłoki. W 16% spraw sprawca zabił lub próbował zabić dziecko albo je porwał.

Wykres 2. Dziecko jako osoba pokrzywdzona i świadek zabójstwa matki lub bliskiej kobiety w Hiszpanii w latach 2017–2023



Źródło: opracowanie własne, Femicide in Poland, maj 2024 podstawie danych z www.feminicidio.net

W odpowiedzi na skalę zjawiska rząd hiszpański opublikował w 2025 roku projekt ustawy organicznej dotyczącej *violencia vicaria* (Anteproyecto de Ley Orgánica de medidas en materia de violencia vicaria; dalej: APLOMVV). Projekt po raz pierwszy definiuje przemoc instrumentalną (jako odrębną formę przemocy ze względu na płeć oraz proponuje jej odrębną penalizację w hiszpańskim kodeksie karnym. Wcześniej była ona regulowana jedynie na poziomie wybranych autonomicznych regulacji poszczególnych regionów Hiszpanii.

W uzasadnieniu projektu wskazano, że celem regulacji jest „rozpoznanie, zapobieganie, sankcjonowanie i eliminowanie przemocy instrumentalnej wobec dzieci jako formy przemocy maczystowskiej" oraz wzmocnienie ochrony dzieci funkcjonujących w środowisku przemocy domowej (APLOMVV, 2025).

Projekt przewiduje m.in.:

- ustawowe zdefiniowanie *violencia vicaria* jako odrębnej formy przemocy wobec kobiet (APLOMVV, 2025);
- obowiązek stypizowania przemocy instrumentalnej w regulacjach wszystkich wspólnot autonomicznych (APLOMVV, 2025);

- obowiązek uwzględniania *violencia vicaria* przy ocenie ryzyka eskalacji przemocy w kierunku zabójstwa (Ministerio de Igualdad, 2025);
- rozwój wyspecjalizowanych mechanizmów ochrony dzieci (APLOMVV, 2025);
- obowiązkowe szkolenia dla sędziów, prokuratorów, policji i psychologów (Ministerio de Igualdad, 2025);
- możliwość automatycznego zawieszania kontaktów sprawcy przemocy z dzieckiem (Ley 8/2021; APLOMVV, 2025);
- zapewnienie dzieciom dostępu do pomocy psychologicznej niezależnie od zgody przemocowego rodzica (APLOMVV, 2025).

Projekt podkreśla również konieczność odejścia od traktowania dzieci wyłącznie jako „świadków przemocy". Hiszpański ustawodawca wskazuje, że dzieci funkcjonujące w relacji przemocy domowej są samodzielnymi ofiarami przemocy ze względu na płeć, nawet jeśli służy to przede wszystkim podporządkowaniu lub ukaraniu matki. Jednocześnie projekt silnie akcentuje potrzebę rozwijania mechanizmów oceny ryzyka oraz wcześniejszego identyfikowania sprawców stosujących zachowania kontrolujące, stalking i przemoc poseparacyjną wobec kobiet i dzieci (Ministerio de Igualdad, 2025; Amnesty International España, 2025).

Projekt i dokumenty towarzyszące wyraźnie wpisują *violencia vicaria* w model przemocy oparty na kontroli osoby stosującej przemoc nad partnerką, odpowiadający koncepcjom belgijskim i brytyjskim. W uzasadnieniu wskazano, że wykorzystywanie dzieci służy „przedłużaniu szkody, kontroli i dominacji sprawcy nawet po zakończeniu relacji" („*prolongar el daño, el control y la dominación ejercidos por el agresor incluso después de la ruptura*"). Podkreślono również konieczność wcześniejszego identyfikowania sprawców stosujących zachowania kontrolujące (*conductas de control*), stalking oraz przemoc poseparacyjną wobec kobiet i dzieci jako czynniki wysokiego ryzyka eskalacji przemocy (Ministerio de Igualdad, 2025).

Projekt silnie akcentuje także potrzebę rozwijania mechanizmów oceny ryzyka w kierunku zabójstw dzieci określanych w hiszpańskiej debacie jako *feminicidios infantiles*, czyli w dosłownym tłumaczeniu „kobietobójstwa dziecięcego". W dokumentach konsultacyjnych wskazano, że znaczną część przypadków zabójstw dzieci w ramach *violencia vicaria* poprzedzały wcześniejsza przemoc wobec matek, zachowania kontrolujące, groźby odebrania dzieci lub konflikt dotyczący opieki po rozstaniu. Organizacje opiniujące projekt podkreślały, że przemoc instrumentalna, której ofiarą padają dzieci, stanowi formę przemocy wymierzonej w kobietę poprzez „wyrządzanie krzywdy lub zabicie osoby dla niej najbliższej" („*hacer daño o matando a otra persona querida por la mujer*"), co sytuuje ją jako jedną z najbardziej

ekstremalnych form przemocy ze względu na płeć (Amnesty International España, 2025; Ministerio de Igualdad, 2025).

Warto podkreślić, że równolegle do prac nad projektem ustawy o *violencia vicaria* hiszpański rząd rozpoczął reformę obowiązującej od 2021 roku ustawy organicznej o kompleksowej ochronie dzieci i młodzieży przed przemocą (Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, LOPIVI). Hiszpańska Rada Ministrów zatwierdziła ją w maju 2026 roku w formie projektu ustawy nowelizującej LOPIVI (Anteproyecto de reforma de la Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia), jednak na moment przygotowywania opracowania nie weszła jeszcze w życie i pozostaje na etapie prac legislacyjnych (Consejo de Ministros, 2026; Infocop, 2026). Celem projektowanych zmian jest dalsze wzmocnienie ochrony dzieci przed przemocą domową, przemocą ze względu na płeć oraz przemocą instrumentalną stosowaną przez jednego z rodziców.

Nowelizacja LOPIVI wzmacnia przede wszystkim podmiotowość dziecka w postępowaniach sądowych i administracyjnych. Reforma przewiduje obowiązek wysłuchania dziecka we wszystkich postępowaniach, które go dotyczą, niezależnie od wieku i wcześniejszego kryterium „wystarczającej dojrzałości" (*madurez suficiente*). Jednocześnie ustawodawca wyraźnie wskazuje, że bezpieczeństwo dziecka ma pierwszeństwo przed utrzymywaniem kontaktów z przemocowym rodzicem.

Istotnym elementem reformy jest również wyraźny zakaz powoływania się na tzw. syndrom alienacji rodzicielskiej (SAP) w postępowaniach sądowych i administracyjnych. Projekt przewiduje, że opinie oparte na tej czy podobnych konstrukcjach nie będą mogły stanowić podstawy rozstrzygnięć dotyczących dzieci. Ma to szczególne znaczenie w sprawach przemocy domowej i przemocy poseparacyjnej, w których odwoływanie się do SAP prowadziło niekiedy do podważania wiarygodności matek i dzieci zgłaszających przemoc. Hiszpański ustawodawca podkreśla przy tym, że SAP nie ma naukowej walidacji i nie jest uznawany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) ani główne międzynarodowe klasyfikacje diagnostyczne, takie jak ICD-11 czy DSM-5 (WHO, 2022; APA, 2013). W literaturze oraz stanowiskach organizacji międzynarodowych wskazuje się, że koncepcję SAP wielokrotnie krytykowano jako pseudonaukową oraz wykorzystywano ją do podważania relacji matek i dzieci ujawniających przemoc domową lub seksualną wobec dzieci (United Nations Special Rapporteur on violence against women, 2023; Consejo General del Poder Judicial, 2020).

Reforma LOPIVI przewiduje także możliwość uzyskania przez dziecko pomocy psychologicznej, społecznej lub prawnej za zgodą tylko jednego rodzica, jeżeli drugi

rodzic stosuje przemoc. Rozwiązanie to ma ograniczać sytuacje, w których przemocowy rodzic blokuje dostęp dziecka do wsparcia terapeutycznego lub pomocy instytucjonalnej.

Wśród projektowanych zmian znajdują się ponadto: rozwój wyspecjalizowanych zespołów i turnusów pomocy prawnej dla dzieci-ofiar przemocy, obowiązkowe szkolenia dla profesjonalistów pracujących z dziećmi, rozszerzenie katalogu przesłanek wyłączających możliwość pracy z dziećmi oraz wzmocnienie obowiązku uwzględniania dobra dziecka przy wszystkich decyzjach sądowych i administracyjnych. Reforma zakłada również konieczność wyraźnego uzasadniania przez sądy, w jaki sposób dane rozstrzygnięcie chroni dobrostan fizyczny, emocjonalny i psychiczny dziecka. Proponowane zmiany w swojej wykładni celowościowej realizują zatem zasadę podmiotowego traktowania dziecka oraz poszanowania jego autonomii, o której ponad sto lat temu pisała przywołana przeze mnie na wstępie Maria Montessori. Włoska lekarka już na początku XX wieku wskazywała, że dziecko nie jest własnością rodziców, lecz odrębną osobą wymagającą szacunku dla swojej godności, potrzeb rozwojowych i prawa do samodzielnego kształtowania własnej osobowości (Montessori, 2020).

W praktyce hiszpańskie reformy tworzą coraz bardziej spójny model skoncentrowany na ochronie dzieci funkcjonujących w środowisku przemocy domowej. Projekt ustawy o *violencia vicaria* skupia się na przemocy instrumentalnej wobec dzieci jako formie przemocy ze względu na płeć, natomiast reforma LOPIVI wzmacnia proceduralną i instytucjonalną ochronę dzieci jako samodzielnych podmiotów praw, których bezpieczeństwo i dobrostan powinny mieć pierwszeństwo przed formalnym utrzymywaniem więzi ze stosującym przemoc rodzicem.

Wnioski

Analiza rozwiązań brytyjskich, belgijskich i hiszpańskich prowadzi do wniosku, że współczesne rozumienie przemocy domowej coraz wyraźniej odchodzi od modelu incydentalnego na rzecz ujęcia procesowego, relacyjnego koncentrującego się na relacji dominacji, podporządkowania i ograniczania autonomii osoby pokrzywdzonej. Koncepcja opresyjnej kontroli (ang. *coercive control*, fr. *contrôle coercitif*, hiszp. *control coercitivo*) pozwala uchwycić przemoc domową jako długotrwały mechanizm izolacji, zastraszania i kontroli, którego centralnym elementem staje się przejęcie wpływu nad codziennym życiem partnerki oraz dzieci.

Doświadczenia Wielkiej Brytanii, Belgii i Hiszpanii pokazują również, że opresyjna kontrola pozostaje jednym z najistotniejszych predyktorów przemocy wysokiego

ryzyka, w tym kobietobójstw oraz zabójstw dzieci popełnianych w kontekście przemocy domowej i poseparacyjnej. Szczególne znaczenie mają tu takie zachowania, jak stalking, izolowanie, groźby odebrania dzieci, kontrola ekonomiczna i cyfrowa, wykorzystywanie kontaktów rodzicielskich do dalszej przemocy oraz jej eskalacja po rozstaniu. W analizowanych państwach coraz wyraźniej podkreśla się, że zabójstwa dzieci nie są zdarzeniami nagłymi i oderwanymi od wcześniejszej historii przemocy, lecz często stanowią skrajną formę przemocy instrumentalnej wobec partnerki lub byłej partnerki sprawcy.

Doświadczenia zagraniczne potwierdzają również, że dzieci żyjące w środowisku przemocy domowej nie mogą być postrzegane wyłącznie jako „świadkowie przemocy". Zarówno rozwiązania hiszpańskie dotyczące *violencia vicaria*, jak i brytyjskie oraz belgijskie modele oceny ryzyka wskazują, że dziecko może stać się bezpośrednią ofiarą opresyjnej kontroli oraz narzędziem dalszego podporządkowywania i karania matki. W tym ujęciu przemoc wobec dzieci ma charakter relacyjny i instrumentalny – służy utrzymaniu dominacji sprawcy nad kobietą nawet po zakończeniu związku.

Analiza doświadczeń zagranicznych pokazuje ponadto, że skuteczna ochrona dzieci wymaga odejścia od fragmentarycznej oceny pojedynczych incydentów przemocy na rzecz całościowej analizy historii relacji, dynamiki przemocy oraz czynników ryzyka eskalacji. Istotne jest zwłaszcza rozwijanie narzędzi oceny wysokiego ryzyka przemocy uwzględniających opresyjną kontrolę, stalking, przemoc poseparacyjną oraz wykorzystywanie dzieci do dalszego krzywdzenia partnerki. W państwach takich jak Wielka Brytania, Belgia czy Hiszpania elementy te włączono już częściowo do praktyki policyjnej i sądowej oraz do systemów oceny ryzyka przemocy śmiertelnej.

Wnioski płynące z raportu *Kobietobójstwo w Polsce. Raport za lata 2017–2023* wskazują, że również w Polsce zabójstwa kobiet i dzieci bardzo często poprzedzone są długotrwałą przemocą partnerską, zachowaniami kontrolującymi oraz eskalacją przemocy po rozstaniu. Pomimo tego polski system prawny nadal koncentruje się przede wszystkim na identyfikacji pojedynczych aktów przemocy fizycznej, a w ograniczonym zakresie uwzględnia relacyjny i procesowy charakter przemocy domowej. Brakuje również odrębnych metodologii oceny ryzyka opartych na analizie opresyjnej kontroli i przemocy poseparacyjnej.

Przeprowadzona analiza pozwala zatem na pozytywną weryfikację postawionej hipotezy badawczej. Zarówno wyniki studium przypadków opisanych w przywołanym raporcie, jak i doświadczenia brytyjskie, belgijskie oraz hiszpańskie wskazują, że opresyjna kontrola stanowi istotny czynnik ryzyka eskalacji przemocy wobec kobiet i dzieci. Badanie wzorca zachowań kontrolujących, przemocy poseparacyjnej,

stalkingu oraz instrumentalnego wykorzystywania dzieci pozwala trafniej identyfikować sytuacje wysokiego ryzyka i może przyczyniać się do skuteczniejszej ochrony dzieci oraz osób dorosłych doświadczających przemocy domowej. Analiza potwierdza również, że dzieci pozostają nie tylko świadkami przemocy wobec matek, lecz często bezpośrednimi ofiarami opresyjnej kontroli oraz przemocy instrumentalnej. W konsekwencji uwzględnianie tej perspektywy w praktyce organów ścigania, sądów rodzinnych i instytucji ochrony dzieci należy uznać za istotny kierunek dalszego rozwoju systemu przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce.

W mojej ocenie zasadne wydaje się zatem rozwijanie w Polsce podejścia opartego na analizie wzorca opresyjnej kontroli jako jednego z kluczowych wskaźników przemocy wysokiego ryzyka wobec kobiet i dzieci. Nie musi to oznaczać natychmiastowej kryminalizacji *coercive control* na wzór brytyjski, lecz wymaga włączenia tej perspektywy do praktyki oceny ryzyka prowadzonej przez Policję, sądy rodzinne, pomoc społeczną, kuratorów oraz instytucje ochrony dzieci. Szczególnego znaczenia nabiera również rozwijanie procedur uwzględniających bezpieczeństwo dzieci w sytuacjach przemocy poseparacyjnej i sporów dotyczących opieki.

Rosnące znaczenie przemocy cyfrowej oraz technologicznie wspomaganej opresyjnej kontroli (*tech-facilitated coercive control*) pokazuje ponadto, że współczesna przemoc domowa coraz częściej wykracza poza fizyczną przestrzeń relacji. Monitorowanie aktywności online, kontrolowanie lokalizacji, wymuszanie dostępu do urządzeń elektronicznych czy wykorzystywanie technologii do dalszego nękania po rozstaniu stają się nowymi narzędziami podporządkowywania kobiet i dzieci. W konsekwencji przyszłe rozwiązania prawne i instytucjonalne powinny uwzględniać również cyfrowe formy przemocy jako istotny element oceny ryzyka przemocy wysokiego ryzyka.

Analiza przedstawionych regulacji i badań ostatecznie prowadzi do wniosku, że skuteczna ochrona dzieci przed przemocą domową wymaga uznania, iż bezpieczeństwo dziecka pozostaje nierozerwalnie związane z bezpieczeństwem rodzica doświadczającego przemocy. Dzieci żyjące w relacji opresyjnej kontroli nie są wyłącznie biernymi obserwatorami, lecz osobami bezpośrednio dotkniętymi procesem dominacji, izolacji i zastraszania. W tym sensie uznanie zjawiska opresyjnej kontroli może stanowić istotny krok w kierunku bardziej kompleksowego rozumienia przemocy domowej oraz skuteczniejszej ochrony życia i zdrowia kobiet i dzieci w Polsce.

E-maile autorki: **info@femicideinpoland.pl**, **a.serafin@student.uw.edu.p**l

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Andrzejewski, M. (2024). *Prawo rodzinne i opiekuńcze*. C.H. Beck.

Anteproyecto de Ley Orgánica de medidas en materia de violencia vicaria. (2025). Ministerio de Igualdad.

Bates, L. (2025). *The New Age of Sexism: How the AI Revolution Is Reinventing Misogyny*. Simon & Schuster.Wiener, C. (2022). *Coercive control and the criminal law*. Routledge

Cerezo Domínguez, A.I. (1999). *La relación entre malos tratos domésticos y homicidios entre parejas. Tratamiento criminológico* [Rozprawa doktorska, Universidad de Málaga].

Cerezo Domínguez, A.I. (2012). *La violencia en las relaciones familiares: análisis criminológico y perspectivas de intervención*. Dykinson.

Consejo de Ministros. (2026). *Anteproyecto de ampliación de la Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI)*. Gobierno de España.

Consejo General del Poder Judicial. (2020). *Guía práctica contra el falso síndrome de alienación parental*. CGPJ.

Consejo General del Poder Judicial. (2024). *Informe sobre violencia de género y violencia vicaria*. CGPJ.

Crown Prosecution Service. (2025). *Violence against women and girls report 2024/2025*. CPS.

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2025). *Datos de violencia vicaria y menores víctimas mortales*. Ministerio de Igualdad.

Domestic Homicide Project. (2025). *Domestic homicide and child deaths review report*. Domestic Homicide Project.

Donovan, C., Hester, M. (2014). *Domestic violence and sexuality: What's love got to do with it?* Policy Press.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. (2009). *Evaluación del riesgo de violencia grave en la pareja*. Pirámide.

Femicide in Poland. (2025). *Kobietobójstwo w Polsce. Raport za lata 2017–2023*.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. (2023). *Diagnoza skali przemocy wobec dzieci w Polsce*.

Grace, J. (2015). Clare's Law, or the national Domestic Violence Disclosure Scheme: The contested legalities of criminality information sharing. *Journal of Criminal Law*, *79*(1), 36–59.

Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). (2021). *Baseline evaluation report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Poland)*. Council of Europe.

Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). (2025). *Reporting form submitted by Poland on the implementation of the recommendations addressed to the authorities of Poland*. Council of Europe.

Hester, M. (2013). *Who does what to whom? Gender and domestic violence perpetrators*. University of Bristol.

Home Office. (2025). *Freedom from violence and abuse: A cross-government strategy to build a safer society for women and girls*. UK Government.

Home Office. (2024). *Domestic Violence Disclosure Scheme factsheet (Clare's Law).* UK Government.

Instituto para la Igualdad de Mujeres y Hombres. (2024). *Analyse des féminicides et violences fondées sur le genre*. IEFH.

Juzgado de Violencia sobre la Mujer n.º 2 de Santa Cruz de Tenerife. (2021). *Diligencias previas relativas al asesinato de Anna y Olivia Gimeno (caso Anna y Olivia)*.Katz, E. (2019*).* Coercive Control, Domestic Violence, and a Five-Factor Framework: Five Factors That Influence Closeness, Distance and Strain in Mother–Child Relationships. *Violence Against Women*, *25*(15), 1829–1853. https://doi.org/10.1177/1077801218824998

Katz, E., Nikupeteri, A., Laitinen, M. (2020). When Coercive Control Continues to Harm Children: Post-Separation Fathering, Stalking and Domestic Violence. *Child Abuse Review*, *29*(4), 310–324. https://doi.org/10.1002/car.2611

Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 961).

Konwencja Rady Europy o ochronie dzieci przed seksualnym wykorzystywaniem i niegodziwym traktowaniem w celach seksualnych, sporządzona w Lanzarote dnia 25 października 2007 r. (2015). Dz.U. z 2015 r., poz. 608.

Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (1991). Dz.U. z 1991 r., nr 120, poz. 526; t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1670.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 313, de 29 de diciembre de 2004.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 134, de 5 de junio de 2021.

Lloria García, M.P. (2022). *Violencia digital y control coercitivo en las relaciones de pareja*. Tirant lo Blanch.

Lledó Rando, J. (2023). *Violencia de control y relaciones juveniles*. Universitat de València.

Loi du 13 juillet 2023 relative à la prévention et à la lutte contre les féminicides, les homicides fondés sur le genre et les violences qui les précèdent, *Moniteur belge*, 9 août 2023.

Loi du 15 mai 2012 relative à l'interdiction temporaire de résidence en cas de violence domestique, *Moniteur belge*, 1er juin 2012.

Ministerstwo Sprawiedliwości. (2025). *Prawo do dzieciństwa. Pakiet rodzinny dla dobra dzieci* [materiały konferencyjne dotyczące projektu UD349].

Monckton-Smith, J. (2021). *In control: Dangerous relationships and how they end in murder*. Bloomsbury.

Montessori, M. (2020). *Dziecko w rodzinie*. (L. Krolczuk-Wyganowska, tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Office for National Statistics. (2025). *Controlling or coercive behaviour offences in England and Wales*.

Office for National Statistics. (2025). *Domestic abuse and homicide statistics for England and Wales*.

Pietrzykowski, K. (red.). (2025). *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*. C.H. Beck.

Projet de loi relatif à la prévention et à la lutte contre les féminicides, les homicides fondés sur le genre et les violences qui les précèdent. (2023). Parlement belge.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta". (2023). Dz.U. z 2023 r., poz. 1870.

Serious Crime Act 2015, c. 9 (UK).

Serafin, A. (2026). *Kobietobójstwo – prawnokarne i kryminologiczne aspekty przemocy wobec kobiet w Polsce i Hiszpanii* [Niepublikowana rozprawa doktorska]. Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

Smyczyński, T., Andrzejewski, M. (2023). *Prawo rodzinne i opiekuńcze* (wyd. 11). C.H. Beck.

Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. Oxford University Press.

Stępień O. (2025, 11 maja). *Internet normalizuje przemoc wobec kobiet. „To nie są odosobnione przypadki”*. https://kobieta.onet.pl/wiadomosci/odurzali-partnerki-i-transmitowali-gwalty-takich-przypadkow-jest-wiecej/ryf0nqp?

The Brussels Times. (2022, November 18). *„You'll never see them again”: Flemish father murders his own small children*. https://www.brusselstimes.com/323914/youll-never-see-them-again-flemish-father-murders-his-own-small-children

The Brussels Times. (2025, May 21). *Farmer who suffocated his daughters gets eight months for harassing ex-wife*. https://www.brusselstimes.com/1517081/farmer-who-suffocated-his-daughters-gets-eight-months-for-harassing-ex-wife

Tribunal Supremo. (2018, 17 julio). *Sentencia núm. 1263/2018 (Recurso de Casación núm. 1002/2017), ECLI: ES:TS:2018:2747*. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta.

United Nations Special Rapporteur on violence against women and girls. (2023). *Custody, violence against women and violence against children*.

UK Home Office. (2025). *Guidance: Controlling or coercive behaviour in an intimate or family relationship*. UK Government.

UK Ministry of Justice. (2025). *MAPPA guidance for offenders convicted of controlling or coercive behaviour*. UK Government.

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2026 r., poz. 236).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r., poz. 1673).

Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2026 r., poz. 110).

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r., poz. 1606).

Vaccaro, S. (2021). *Violencia vicaria: Golpear donde más duele*. Desclée de Brouwer.

Valls-Carol, C., et al. (2024). *Control coercitivo y violencia en relaciones juveniles*. Universidad Autónoma de Madrid.

Victims and Prisoners Act 2024, c. 12 (UK).

Women's Aid. (2025). *Children living with domestic abuse and coercive control*.

Women's Aid. (2016). *Nineteen Child Homicides*. https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/01/Child-First-Nineteen-Child-Homicides-Report.pdf

Women's Aid. (2025). *Nineteen More Child Homicides*. https://womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2025/06/Child-Homicides-2025-Web-Final.pdf

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases (11th revision)*.

A Child under Coercive Control of Intimate Partner – Risk to Life and Health in High-Risk Domestic Violence. A Comparative Analysis of Polish and International Solutions

The article addresses the problem of threats to children's life and health in situations of high-risk domestic violence, analysed through the prism of coercive control as a dominant mechanism of domestic abuse. The aim of the study is to demonstrate how coercive control increases the risk of harm to children and to assess the effectiveness of systemic responses in Poland, Belgium, Spain, and the United Kingdom. The study employs a qualitative analysis of cases described in the report on femicide in Poland covering the years 2017–2023, as well as a comparative analysis of legal regulations and institutional practices.

The findings indicate that in situations of domestic violence children are both direct victims and instruments of the perpetrator's coercive control, which significantly increases the risk to their life and health. In Poland, this problem is not systematically recognised, and risk assessment regarding violence against children remains fragmented. By contrast, Spanish, British, and Belgian approaches take into account the processual nature of domestic violence and the need to protect the child as a separate victim.

The conclusions point to the need for introducing an approach based on the identification of coercive control and strengthening child protection mechanisms in situations of high-risk domestic violence.

Keywords:
coercive control; child abuse; high-risk domestic violence; domestic violence; child protection

Cytowanie:
Serafin, A. (2026). Dziecko w obliczu opresyjnej kontroli partnera – zagrożenie życia i zdrowia dzieci w sytuacji przemocy wysokiego ryzyka. Analiza rozwiązań polskich i zagranicznych. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 79–120.

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

Stan psychoemocjonalny dzieci-migrantów przymusowych: przejawy lęku separacyjnego i wsparcie instytucjonalne

Olha Ovcharenko

Centrum Zdrowia Psychicznego „SALUS”

W artykule przedstawiono psychologiczne i emocjonalne konsekwencje przymusowej migracji dzieci pochodzenia ukraińskiego, które wyjechały do Polski w warunkach wojny rosyjsko-ukraińskiej. Na podstawie materiału zgromadzonego podczas czteroletniej praktyki psychologicznej przeanalizowano indywidualne doświadczenia oraz sposób postrzegania przez dzieci-migrantów faktu rozłąki z bliskimi osobami: ojcem, babcią, dziadkiem, rodzeństwem. W tym kontekście rozłąka jawi się nie tylko jako trudne wydarzenie życiowe, lecz także jako silny czynnik traumatyzujący. Przymusowy charakter tego zdarzenia znacząco utrudnia adaptację dziecka do nowych warunków życia, a naruszenie potrzeby więzi emocjonalnej wpływa na dobrostan psychiczny dzieci, ich zdolność do odbudowy zasobów oraz proces integracji w nowej przestrzeni edukacyjnej. W sytuacji kryzysu oraz wojennej niepewności życie na odległość od najbliższych staje się czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się objawów lęku separacyjnego, które wykraczają poza reakcje emocjonalne i przybierają formy behawioralne. Dziecko unika uczestnictwa w środowisku szkolnym, maleje jego zainteresowanie nauką, nasilają się za to skargi na dolegliwości somatyczne (bóle głowy, bóle brzucha). W artykule podjęto próbę odpowiedzi na pytania dotyczące niestabilnych zachowań oraz obniżonej motywacji dzieci w działalności edukacyjnej, obserwowanych w międzykulturowym środowisku szkolnym.

Przejawy lęku separacyjnego u dzieci z doświadczeniem traumy mogą mieć charakter utajony, a konsekwencje stanu lękowego ujawniają się nagle nawet po kilku latach pobytu w kraju przyjmującym. Celem artykułu jest przedstawienie metod wsparcia instytucjonalnego w pracy z dziećmi z doświadczeniem przymusowej migracji, które przeżywają rozłąkę z obiektami więzi emocjonalnej. Istotne znaczenie ma system

 https://doi.org/10.63237/LDAE6590

interwencji ukierunkowany na odbudowę poczucia bezpieczeństwa, stabilności oraz włączenia społecznego dzieci-migrantów, a także współpraca na poziomie szkoła – uczeń – rodzina. Wnioski artykułu mogą stanowić podstawę do realizacji terminowego i wrażliwego wsparcia instytucjonalnego dzieci w przezwyciężaniu skutków traumatycznych doświadczeń przymusowej migracji, sprzyjając ich trwałej adaptacji do przestrzeni edukacyjnej kraju przyjmującego.

Słowa kluczowe:
lęk; separacja; migranci wojenni; migracja przymusowa; dzieci; rozłąka; wsparcie instytucjonalne; interwencja

Wstęp

Stan psychiczny stanowi element ogólnego zdrowia psychicznego jednostki i przejawia się poprzez odczucia, wolę, uwagę, myślenie oraz wyobraźnię (Holovin, 2007). Stan psychoemocjonalny dzieci można poznawać poprzez obserwację dynamiki zmian emocjonalnych oraz poziomu ich funkcjonowania w środowisku społecznym i edukacyjnym. We współczesnych badaniach poświęconych analizie stanu psychoemocjonalnego dzieci doświadczających wojny rosyjsko-ukraińskiej stwierdzono przewagę negatywnych przeżyć (Popovych i in., 2025; Palko, Travina, 2024). Wynika to z faktu, że okresy kryzysowe, katastrofy i konflikty zbrojne stają się czynnikami powodującymi długotrwały stres i wywołują specyficzne reakcje somatyczne, emocjonalne lub behawioralne (Bürgin i in., 2022), a pod wpływem przeżytych traumatycznych wydarzeń pogarsza się stan psychiczny, co prowadzi do pojawienia się zaburzeń (Łosiak, 2023). W szczególności u dzieci, które doświadczyły przymusowej migracji, występują objawy zespołu stresu pourazowego, przejawiające się lękami, trudnościami w adaptacji i integracji oraz wewnętrznym napięciem (Gmaj, 2023). Jednocześnie traumatyczne przeżycia powodują wyraźne trudności w przyswajaniu materiału szkolnego, a także brak motywacji, koncentracji lub zainteresowania interakcją w grupie rówieśników (Markowska-Manista, Ovcharenko, 2024 b).

W niepewnych warunkach życia trudniej jest zaspokoić podstawowe potrzeby psychiczne dzieci: bezpieczeństwa; odkrywania i uczenia się; aktywności; niezależności (wzrostu, osiągnięć, rozwoju); kontaktu emocjonalnego; przynależności; akceptacji i uznania; nadania sensu życiu (Ciechomska, Ciechomski, 2016). W kontekście funkcjonowania dziecka w szkole badacze wymieniają następujące potrzeby uczniów: nauki; wsparcia społecznego w środowisku szkolnym; sprawiedliwej oceny;

kompetencji; odpowiedniego (prawidłowego) funkcjonowania w grupie rówieśników; pozytywnych, wspierających relacji z dorosłymi (Kryk, Stefańska-Klar, 2013). Zaspokojenie tych potrzeb wymaga stworzenia bezpiecznej przestrzeni do rozwoju, w której istotną rolę odgrywa obecność zaufanej osoby dorosłej. Tymczasem w wyniku migracji wojennej rośnie liczba przypadków rozdzielenia rodzin, w których dziadkowie lub ojciec są niedostępni dla dzieci ewakuowanych wraz z matkami i rodzeństwem. Rozłąka dziecka z bliską mu osobą jest opisywana jako trauma pomigracyjna, ponieważ długotrwały brak kontaktu stanowi chroniczny stres i może prowadzić do ponownej traumatyzacji (Shadid, Sidhu, 2021). W sytuacji przymusowej rozłąki dzieci doświadczają traumy przywiązania i odczuwają tzw. syndrom deprywacji. W szczególności „rozłąka rodziców i dzieci w sytuacji skrajnego stresu może pogłębić fizyczne i emocjonalne skutki dla dzieci" (Waddoups i in., 2019, s. 395). Badacze opisują traumę przywiązania jako „zjawisko psychologiczne, które obejmuje szereg negatywnych reakcji behawioralnych: lęk, depresję oraz problemy w relacjach" (Horburova, Shevchenko, 2024, s. 52). Przez długi czas lęk separacyjny diagnozowano wyłącznie u małych dzieci w związku z utratą opiekuna, obecnie jednak jego objawy obserwuje się również u nastolatków i dorosłych (Morrison, 2016). Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób w 11 wydaniu (ICD-11) charakteryzuje się on wyraźnym i nadmiernym strachem lub niepokojem związanym z rozłąką z osobami, do których dziecko jest przywiązane, przy czym objawy te mogą występować w każdym okresie życia człowieka, a nie tylko w dzieciństwie (WHO, 2022).

W niniejszym artykule przedstawiam własne obserwacje oraz praktyczne doświadczenia wynikające z prowadzenia konsultacji psychologicznych dla dzieci z Ukrainy, które w wyniku wojny zostały zmuszone do ewakuacji do Polski. Szczególną uwagę poświęcam przejawom lęku przed rozłąką, który pogorszył funkcjonowanie i wyniki w nauce dzieci dotkniętych przymusową migracją wojenną. Podejmuję również próbę nakreślenia kluczowych kierunków wsparcia instytucjonalnego sprzyjających adaptacji tych dzieci do nauki w szkole w kraju przyjmującym.

Ponieważ w procesie udzielania wsparcia psychologicznego dużą wagę przywiązywano do metody interakcji dialogicznej prowadzonej w języku dziecka (Markowska-Manista, Ovcharenko, 2024c), możliwy stał się trafniejszy dobór wypowiedzi rozmówców i ich własnych interpretacji rozłąki. Artykuł opiera się na podejściu studium przypadku, pozwalającym ukazać indywidualny charakter doświadczeń psychicznych dzieci z doświadczeniem migracji przymusowej. Badaniem objęto dzieci i młodzież z Ukrainy z doświadczeniem migracji wojennej, które w latach 2022–2026 zgłosiły się po pomoc psychologiczną. Źródłem danych były konsultacje psychologiczne, wywiady z dziećmi i ich rodzicami, obserwacje kliniczne oraz

informacje dotyczące funkcjonowania społecznego i edukacyjnego. Analiza miała charakter jakościowy i koncentrowała się na identyfikacji przejawów lęku separacyjnego oraz sposobów radzenia sobie z doświadczeniem rozłąki i migracji.

Rozpoznanie objawów lęku separacyjnego opierało się na ocenie zachowań zaobserwowanych przez rodziców u ich dziecka. Hipotezę o ich występowaniu potwierdzano lub odrzucano podczas przeprowadzania wywiadu klinicznego z dzieckiem i jego opiekunami oraz obserwacji psychologicznej. W poradnictwie psychologicznym brano pod uwagę okoliczności pojawienia się objawów, ich związek z doświadczeniem wojennej migracji i rozłąki, historię rozwoju dziecka, a także informacje dotyczące funkcjonowania rodziny. Dodatkowym źródłem danych były materiały uzyskane podczas pracy terapeutycznej – w szczególności elementy terapii zabawowej, terapii piaskowej, techniki rysowania, niedokończone zdania i opowiadania stworzone przez dzieci. W razie potrzeby dzieci i młodzież kierowano na konsultację psychiatryczną w celu doprecyzowania diagnozy.

Ze względu na jakościowy charakter opracowania nie prowadzono ilościowej ewidencji analizowanych przypadków. Po konsultacjach psychologicznych odnotowano główne wypowiedzi i wyjaśnienia dzieci, dane zanonimizowano, a dane identyfikacyjne zakodowano. W publikacji wykorzystano wyłącznie dane opublikowane za świadomą zgodą rodziców dzieci i zgodnie z procedurą RODO. W badaniu przestrzegano zasad etyki gromadzenia danych, aby zminimalizować ryzyko wtórnej traumatyzacji i chronić anonimowość uczestników z doświadczeniem migracji wojennej (Markowska-Manista, 2024).

Zjawisko przywiązania, lęk przed rozłąką spowodowany utratą, lękowe zaburzenie separacyjne

Przywiązanie to relacja, w której opiekun stanowi dla dziecka źródło komfortu i bezpieczeństwa (Benoit, 2004). Diane Benoit (2004) podkreśla, że dziecko nawiązuje różne relacje przywiązania z każdym opiekunem, dlatego zaufaną osobą dorosłą może być dla niego ta, która w sytuacjach stresujących potrafi z miłością odpowiadać na jego potrzeby. W pracach J. Bowlby'ego (1979) wykazano, że niechciana rozłąka dziecka z rodzicami lub osoby dorosłej z kimś, komu ufa, wiąże się z potencjalnym zagrożeniem i wywołuje strach. Z prawnego punktu widzenia opiekunami dzieci są ich rodzice, jednak często wychowaniem zajmują się dziadkowie lub starsze rodzeństwo. W artykule O. Shadid i S. Sidhu (2021) stwierdzono: „jeśli babcia była główną opiekunką dzieci, a teraz jest oddzielona od swojej rodziny, dzieci mogą ucierpieć, ponieważ rodzina na nowo rozdziela role. W nieznanym środowisku

rodzina może być obciążona funkcjonowaniem w ramach wyczerpanego systemu wsparcia" (s. 60). Taka zmiana podziału ról w rodzinie powinna przebiegać stopniowo, jednak w sytuacji przymusowej migracji i nagłych zmian życiowych dziecko odczuwa utratę oparcia i pewności.

Siedemnastoletnia dziewczyna, uchodźczyni wojenna L.K. (inicjały zmienione), skarżyła się na ciągły niepokój, brak koncentracji i problemy z pamięcią. W momencie zgłoszenia mieszkała od około roku z mamą i partnerem matki, którego nazywała ojczymem. Relacje z nimi opisywała jako „niezrozumiałe, wszyscy są zajęci swoimi sprawami; ojczym ciągle mnie o coś pyta, czuję się bardzo niekomfortowo". Przed przeprowadzką do Polski nastolatka mieszkała z babcią, o której mówiła: „Bardzo czekam na przyjazd babci. Babcia zawsze mnie wspierała. Nigdy nie było żadnych problemów". L.K. powtarzała pierwszą klasę technikum; wybór kierunku edukacji uważała za wymuszony i planowała go zmienić. Była samotna społecznie, prawie z nikim nie rozmawiała, utrzymywała kontakt tylko z jedną koleżanką z klasy. Miała dolegliwości somatyczne – bóle żołądka, bóle głowy. Jak się okazało podczas konsultacji, dziewczyna zaniedbywała swoje odżywianie, często odczuwała zmęczenie i brak sił. Mówiła, że żałuje, iż nie mieszka z babcią. Opowiadając o życiu w Ukrainie, wspominała biologicznego ojca i innych krewnych, za którymi tęskniła. Tak opisała bardzo wyczekiwany przyjazd babci: „W końcu babcia przyjechała. Teraz wszystko wróciło do normy. Czuję się o wiele spokojniejsza, nawet normalnie śpię". Kiedy babcia ponownie wróciła do Ukrainy, dziewczyna wyznała: „Dla mnie lepiej jest żyć w czasie wojny, ale z babcią. Bardzo mi jej brakuje". Wspomniana uczennica nie była przygotowana na to, że straci niezawodne wsparcie babci, którą uważała za najbliższą i najważniejszą osobę w swoim życiu. Biorąc pod uwagę, że nie nawiązała emocjonalnej więzi z matką, ponieważ kobieta ta przez wiele lat mieszkała w Polsce, w okresie nastoletnim relacja „córka – mama" była dość zdystansowana.

Trwała więź emocjonalna dziecka z opiekunami (bezpieczne przywiązanie) kształtuje się pod wpływem szeregu czynników, jednak decydujące znaczenie mają: wrażliwość rodziców na potrzeby dziecka, brak czynników stresogennych oraz sprawdzone strategie postępowania wobec dziecka. Wrażliwość ta znacznie spada w warunkach ubóstwa, stresu i niepewności, co wpływa na dobrostan psychiczny dzieci (Moullin i in., 2018). Według Moullin i in. (2018) niezdolność do przewidzenia reakcji rodziców na własny stres oraz utrata poczucia bezpieczeństwa powodują wzrost lęku u dzieci. Osoby, do których dzieci są przywiązane, powinny móc zapewnić im ochronę przed groźnymi sytuacjami życiowymi, ponieważ „dzieci są zależne od swoich rodziców w zakresie ochrony przed negatywnymi skutkami toksycznego

stresu związanego z traumatycznymi wydarzeniami" (Waddoups i in., 2019, s. 395). Rozłąka z rodzicami, braćmi lub siostrami w trakcie migracji wpływa na rozwój zespołu stresu pourazowego oraz trudności behawioralnych, może też wywoływać objawy lęku i depresji (Koppies, 2024). U dzieci, które doświadczyły przymusowej migracji, obserwuje się nasilenie objawów lęku separacyjnego, co nie jest typowe dla ich wieku. Objawia się to albo nadmiernym przywiązaniem do jedynego dostępnego opiekuna (mamy, z którą wyjechali), albo protestem i walką o przywrócenie utraconego kontaktu z inną bliską im osobą (tatą, babcią).

Na konsultację psychologiczną zgłosiła się kobieta wraz ze swoją córką, piętnastoletnią uczennicą. D.P. (inicjały zmienione) skarżyła się na brak przyjaciół i samotność w polskiej szkole. Podczas sesji powiedziała: „W mojej szkole (w Ukrainie) byłam bardzo towarzyska, miałam wielu przyjaciół, brałam udział w szkolnych zajęciach, występowaliśmy razem na koncertach. Tutaj nie mogę się w żaden sposób zaprzyjaźnić. Nadal utrzymuję kontakt z moimi przyjaciółmi z Ukrainy i marzę o tym, by znów ich zobaczyć, być może latem... Mama obiecała, że pojedziemy. Mam tam najlepszą przyjaciółkę, zaplanowałyśmy już z nią wakacje... Ona jakoś tam żyje, mimo wojny, więc ja też dam radę". W momencie zgłoszenia dziewczyna mieszkała w Polsce od dziesięciu miesięcy. Rozłąkę z przyjaciółką opisywała jako niechcianą sytuację, która zakłóciła całe jej życie. Matka D.P. opowiadała, że córka bardzo się zmieniła: kobieta nie może namówić jej do udziału w zajęciach dla nastolatków ani do zaangażowania się w zajęcia pozalekcyjne. Dziewczyna tłumaczyła swoje odmowy strachem, że nie dopasuje się do grupy i nie zostanie przyjęta jako jedna z nich.

Nawiązywanie relacji z rówieśnikami wiąże się z zaspokojeniem potrzeby przynależności do grupy. W warunkach pokojowych dzieje się to poprzez stopniowe tworzenie kręgu przyjaciół oraz przeżywanie dynamiki procesów zbliżania się i dystansowania. W warunkach wymuszonych zmian dzieci z doświadczeniem migracji przymusowej znajdują się w izolacji, a poszukiwanie kręgu przyjaciół utrudnia brak możliwości: nowe środowisko, wcześniej ukształtowane mikrogrupy, określone przywództwo, konieczność walki o miejsce w grupie. Wszystkie te trudności przeżyła uczennica D.P. w swoim kraju (w naturalny sposób), a tęsknota za domem sprawiała, że wracała do nadziei na odzyskanie tego, co straciła.

Analiza porównawcza wskazuje, że dzieci uchodźcze wykazują wyższy poziom lęku niż dzieci-migranci i dzieci miejscowe (Leth i in., 2014), odczuwają też silniejszy lęk przed rozłąką wywołany zerwaniem więzi rodzinnych i społecznych (Tay i in., 2016). Również „przeżywanie rozłąki lub straty albo groźby rozłąki lub straty, zwłaszcza gdy rodzice wykorzystują je jako środki mające zapewnić dobre zachowanie, może podważyć zaufanie dziecka zarówno do innych ludzi, jak i do samego siebie,

i w ten sposób prowadzić do różnych odchyleń od normalnego rozwoju – do braku wiary we własne siły, do odmowy wiązania się jakimikolwiek zobowiązaniami lub do zuchwałej niezależności, która wydaje się fałszywa" (Bowlby, 1979, s. 92). Z powodu własnej bezradności i niepewności kobiety, które ewakuowały się wraz z dziećmi z Ukrainy do Polski, przyznawały, że motywowały dzieci do nauki, odwołując się do niebezpiecznej sytuacji i ryzyka powrotu do ojczyzny.

Podczas sesji psychologicznej kobieta skarżyła się na brak możliwości wywarcia wpływu na zachowanie syna. Dwunastoletni K.O. (inicjały zmienione) wracał do domu późno, opuszczał zajęcia szkolne, kłócił się z matką i nie dotrzymywał ustaleń. Matka chłopca przyznała: „Ciągle mu powtarzam, że jeśli będzie tak postępował, to zawiozę go do taty, do Ukrainy. Już tego nie znoszę, niech tata go wychowuje". Jednak taki środek negatywnej motywacji przyniósł odwrotne skutki. Nastolatek w rzeczywistości bardzo chciał wrócić do domu i nie mógł pogodzić się z rozłąką z rodziną: „Celowo nie będę chodził do szkoły tutaj (w Polsce). Niech moja mama zawiezie mnie do taty do Ukrainy. Razem z tatą możemy żyć spokojnie, będziemy chodzić na ryby, do lasu. Tam (w Ukrainie) zostali moi przyjaciele, szkoła, tam jest dziadek, babcia…". Uczeń K.O. uważał, że został siłą wywieziony ze swojego kraju i obwiniał o to matkę. Stanowisko taty, dziadka i babci było przeciwne – nie zgodzili się na ewakuację i nalegali na powrót kobiety z synem. W tym przypadku rozłąka dziecka z rodziną (ojcem, dziadkiem i babcią) wpłynęła na zaostrzenie konfliktu wewnątrz rodziny, gdzie ojciec i matka chłopca różnie postrzegali niebezpieczeństwo wojny. Taka konfrontacja negatywnie wpłynęła na samopoczucie psychiczne K.O., który sabotował wszelkie próby matki, by go wspierać i pomóc mu w adaptacji.

Dzieci rozdzielone z rodzicami w trakcie migracji doświadczają większej liczby traumatycznych wydarzeń (Derluyn i in., 2009). W szczególności rozłąka dzieci uchodźczych z rodzicami powoduje szereg objawów – od regresywnych wzorców zachowania po jego agresywne formy, nadpobudliwość i trudności emocjonalne (Shadid, Sidhu, 2021), a także odmowę chodzenia do szkoły, strach i niechęć do niej (Zepinic, 2022). W artykule O. Shadid i S. Sidhu (2021) czytamy: „Dzieci uchodźcze, które doświadczyły rozłąki z rodziną, zgłaszają wyższy odsetek schorzeń o niewyjaśnionej przyczynie medycznej niż dzieci uchodźcze, które tego nie doświadczyły" (s. 60). W mojej praktyce pracowałam z dwuletnią dziewczynką, którą biologiczny ojciec i babcia odebrali od matki z powodu konfliktu rodzinnego. Dziecko wyemigrowało wraz z matką z powodu działań wojennych na terytorium Ukrainy i przybyło do Polski, gdzie zostało zabrane do rodziny ojca. W momencie zgłoszenia dziewczynka wyrywała sobie włosy, źle jadła i źle spała. Inne dziecko z doświadczeniem przymusowej migracji (w momencie zgłoszenia skończyło 6 lat) wykazywało oznaki

zwiększonej zależności od starszej siostry: płakało, gdy ta wychodziła załatwić sprawy; domagało się, by być blisko; utrzymywało kontakt przez telefon tak często, jak to możliwe. Część dzieci w wieku szkolnym po ewakuacji ponownie zaczęła spać z matkami, a próby zachęcenia do samodzielności w tym obszarze nasilały ich koszmary senne i częste budzenie się. Uczennica klasy trzeciej (w momencie zgłoszenia miała 9 lat) po dwóch latach pobytu w kraju przyjmującym nagle zaczęła się dusić, kaszleć i skarżyć na ból nóg. Jej stan somatyczny pogorszył się w okresie, gdy mama (jedyna osoba, na której mogła polegać w rodzinie) zaczęła pracować i w związku z tym dziewczynka dłużej pozostawała w szkole, zmieniły się jej codzienne rytuały i sposób spędzania wolnego czasu. U pięcioletniej dziewczynki napady histerii zaczęły się po utracie kontaktu z babcią.

Rodzice często interpretują zmiany emocjonalne swoich dzieci jako „nieposłuszeństwo", tymczasem istotnym elementem diagnostycznej oceny ich stanu psychoemocjonalnego jest porównanie funkcjonowania przed przymusowym wyjazdem i po nim. Z obserwacji rodziców wynika, że po wyjeździe negatywne zmiany w zachowaniu dzieci uległy nasileniu. Dlatego ważnym aspektem pracy terapeutycznej powinna być psychoedukacja rodziców – uświadomienie im, że stan psychiczny dzieci i ich zachowania są formą reakcji na nietypowe okoliczności życiowe.

Dla dzieci każda utrata ważnych osób, z którymi łączyła je emocjonalna więź, stanowi trudne, traumatyczne doświadczenie. Do strat wskazywanych przez dzieci z doświadczeniem migracji wojennej należy utrata zwierząt domowych. Mówią: „nie możemy ich zabrać"; „kot jest u babci"; „mieliśmy psa i nie wiemy, gdzie on teraz jest"; „pies uciekł podczas wybuchów i nie wrócił"; „mój kot już nie żyje". Dzieci pytają też rodziców, czy kiedykolwiek zobaczą swojego zwierzaka i dlaczego nie mogą go zabrać ze sobą (do kraju przyjmującego). Warto podkreślić, że doświadczając wymuszonej rozłąki i życia tylko z jednym opiekunem, dzieci często rysują całą rodzinę, jakby próbowały w swój własny, psychologiczny sposób przezwyciężyć kryzys rozłąki (poprzez działanie mechanizmu ochronnego – kompensacji).

Poniżej zaprezentowano rysunek ośmioletniej dziewczynki „Moja rodzina", na którym przedstawiła ojca, matkę, siebie wraz z bratem, psa oraz kota, „który odszedł". Dziecko wyjaśniło, że narysowało kota (ze skrzydłami i aureolą), bo chce, żeby zawsze był z rodziną (rys. 1).

Rysunek 1. Moja rodzina

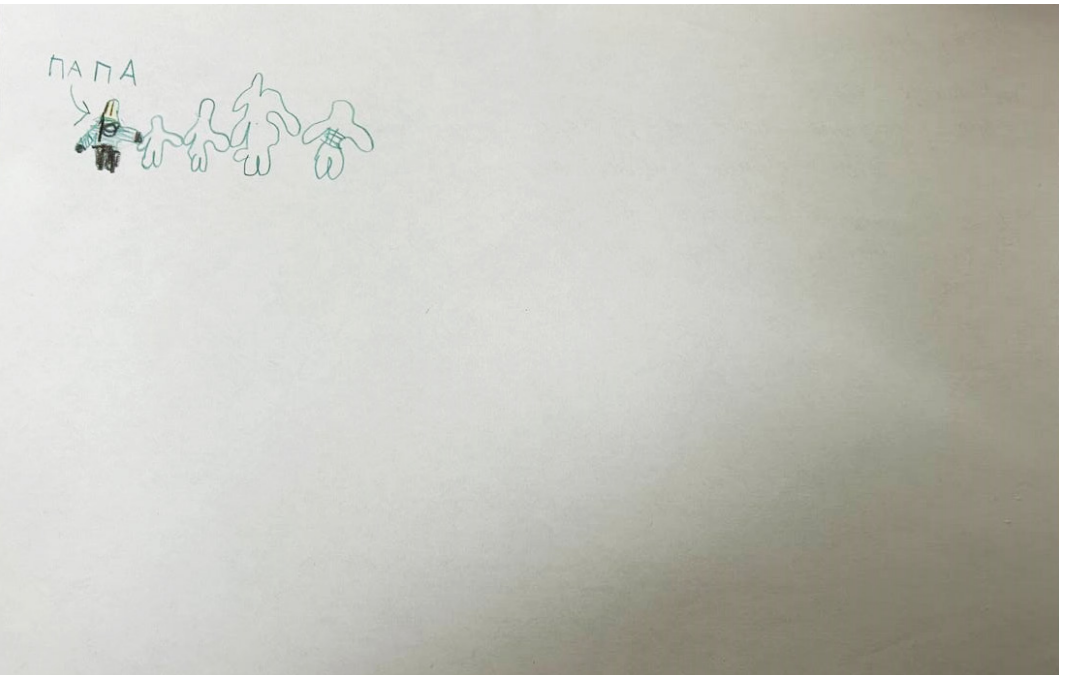


Badania wykazały negatywny wpływ przymusowej rozłąki z ojcem na stan psychoemocjonalny dzieci, która w szczególności powoduje pojawienie się objawów depresji (Yevhrashyna, 2024; Eltanamly i in., 2024). Ponieważ od początku wojny rosyjsko-ukraińskiej do krajów przyjmujących ewakuowały się głównie kobiety z dziećmi, większość etapów rozwoju psychicznego i fizycznego dzieci przebiegała bez bezpośredniego wsparcia ojców. Badaczka M. Yevhrashyna (2024) stwierdza: „Rozdzieleni członkowie rodziny muszą poradzić sobie z utratą podstawowej rutyny, która dawała poczucie stabilności i spokoju, z niemożnością codziennej komunikacji z członkami rodziny, brakiem wsparcia i wzajemnego zrozumienia, czyli wszystkimi emocjonalnymi elementami wspólnego życia. Nagłe przerwanie tych więzi wywołuje poczucie straty, podobne do przeżycia śmierci bliskiej osoby. To uczucie jest jeszcze głębsze z powodu konfliktu dwóch odczuć – beznadziejności co do perspektywy zakończenia cierpień w najbliższym czasie oraz nadziei na rychłe ponowne połączenie się z rodziną” (s. 87).

Dziewięcioletni chłopiec S.D. (inicjały zmienione) z Ukrainy uczęszczał do prywatnej szkoły w Polsce, gdzie ciągle zwracano mu uwagę na nieuważność i naruszenia dyscypliny. Nauczyciele opisywali go jako nadpobudliwego i prosili matkę o wyniki

badań diagnostycznych, jednak wizyta w poradni psychologiczno-pedagogicznej nie potwierdziła przewidywanego rozpoznania. Aby zachować ciszę na lekcjach, nauczycielka pozwoliła S.D. wychodzić na korytarz w trakcie lekcji, gdy tego potrzebował. Bardzo szybko uczeń zdał sobie sprawę, że może w ogóle nie próbować się uczyć, i zaczął systematycznie wychodzić na korytarz i bawić się piłką. Stan psychoemocjonalny dziecka pogarszał się, S.D. był całkowicie zdemotywowany, podczas lekcji nie siedział na miejscu i zajmował się swoimi sprawami. Jego zachowanie inaczej opisywała mama: pomagał w domu, chętnie bawił się z rówieśnikami i uczęszczał do dziecięcego klubu piłkarskiego. S.D. zaczął trenować piłkę nożną już jako mały chłopiec w Ukrainie; kontynuował pasję ojca, który poświęcił tej dyscyplinie znaczną część swojego życia. Podczas jednej z sesji psychologicznych mama S.D. powiedziała: „Zauważyłam coś. Kiedy S.D. ma lekcję z korepetytorem, nie jest w stanie wytrzymać nawet 15 minut. Dlatego poprosiłam jego tatę (który pozostał w Ukrainie), aby dołączył do lekcji online i towarzyszył synowi. Nie potrafię tego wyjaśnić, ale syn był bardzo skupiony przez całą lekcję, a potem był dumny, że tata widział jego postępy". Podczas jednej z sesji S.D. narysował rysunek „Moja rodzina", na którym w rzędzie przedstawił wszystkich bliskich, na czele z tatą. Chłopiec opowiedział, że tata (jedyna pokolorowana postać) potrafi zrobić wiele rzeczy (rys. 2).

Rysunek 2. Moja rodzina



Inna uczennica, szesnastoletnia T.L. (inicjały zmienione) z Ukrainy, wchodziła w konflikty z matką i buntowała się przeciwko chodzeniu do szkoły. Po trzyletnim pobycie w Polsce wróciła do Ukrainy, aby zamieszkać z ojcem. Matka przeżywała wyjazd nastolatki jako wielką stratę, dlatego nalegała na konsultacje online dla córki. Dziewczynka powiedziała: „Tutaj (w Ukrainie) mam przynajmniej stabilne warunki: tata głównie pracuje, ja się uczę, często spędzam czas z przyjaciółmi albo chodzę do babci. Kiedy mieszkałam z mamą w Polsce, była zbyt nerwowa, miała zbyt wiele wymagań, to było nie do zniesienia…". T.L. codziennie utrzymywała kontakt z matką, informowała ją, ile razy w ciągu doby rozległy się sygnały alarmowe i czy słyszała wybuchy, ale nie miała zamiaru wracać. Dziewczyna planowało swoją przyszłość w granicach ojczyzny.

Dla dzieci, które doświadczyły przymusowej migracji, istotne znaczenie ma obecność przestrzeni bezpieczeństwa i pewności. Nawet jeśli obiektywne okoliczności wiążą się z ryzykiem skutków wojny, w warunkach domowych odczuwa ono psychologiczną satysfakcję realizacji swoich potrzeb związanych z kontaktem emocjonalnym i wspierającymi relacjami z ważną dla niego osobą dorosłą (np. ojcem).

Badacze wykazali, że im wyższy poziom lęku reaktywnego u osób wewnętrznie przesiedlonych, tym silniejsze jest ich poczucie samotności (Sprynska, 2018). W szczególności „osoby, które doświadczyły traumy, często odczuwają ciągły i nadmierny strach lub niechęć do pozostawania w samotności, opuszczania miejsca zamieszkania lub odmawiają wychodzenia na ulicę bez zaufanego towarzysza, mają nadmierne obawy lub lęki związane z chorobą i czują się wyobcowane ze swoich poprzednich relacji. Osoby z lękiem przed rozłąką odczuwają okresowy nadmierny stres, gdy spodziewają się lub dochodzi do rozłąki z domem lub głównymi osobami, do których są przywiązane. Martwią się o dobro i przetrwanie bliskiej osoby, ale odczuwają również strach przed krzywdą lub śmiercią osób, do których są przywiązane" (Zepinic, 2022, s. 52).

Dziesięcioletni Z.L. (inicjały zmienione) nie mógł samodzielnie zasnąć, bał się zostać w mieszkaniu bez rodziców, nie wychodził sam na ulicę i płakał, gdy rozstawał się z mamą w szkole. Matka chłopca przyznała, że żadne namowy ani obietnice nie przynoszą zmiany, a zachowanie dziecka często kończy się histerią. Było też kilka sytuacji, kiedy sekretarka szkoły dzwoniła do rodziców z prośbą o odebranie dziecka ze szkoły z powodu nagłych ataków lęku. Chłopiec wraz z mamą i młodszym bratem musiał wyjechać z powodu wojny do taty do Polski, gdzie ten już mieszkał i pracował. Jednak takie ponowne zjednoczenie rodziny nie poprawiło stanu chłopca, a wręcz spowodowało nasilenie lęku. Matka dziecka mówiła: „Nie mogę nawet wyjść odebrać młodszego syna z przedszkola, które znajduje się pod naszym domem.

Starszy syn płacze i błaga, by go nie zostawiać". Równie Z.L. niechętnie pozostawał w domu z tatą, ciągle pytając: „Kiedy wróci mama?". Podczas pierwszych konsultacji psychologicznych chłopiec prosił, by nie zamykać całkowicie drzwi gabinetu, aby mógł widzieć mamę. Z czasem stan chłopca poprawił się dzięki kompleksowej terapii i wsparciu szkoły. Dziecko miało w szkole kontakt z asystentką międzykulturową, do której zawsze mogło się zwrócić. Chłopiec wyjaśniał swój strach w ten sposób: „Bardzo boję się o mamę. Że coś jej się stanie. Albo że nie wróci do domu". W tym przypadku mama chłopca przyznała, że jego tata również wykazuje objawy lękowe i trudno mu się przystosować do nowej sytuacji. Dlatego sytuacja Z.L. pokazuje, jak przymusowa migracja staje się czynnikiem wyzwalającym nasilenie zaburzeń lękowych u dzieci na tle lęku separacyjnego.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) wśród objawów zaburzeń lękowych związanych z rozłąką (F93.0) wymieniono: silny lęk o życie bliskich osób; unikanie sytuacji rozłąki; objawy somatyczne; stany obsesyjne (Morrison, 2016). Zaburzenia te charakteryzują się długim czasem trwania, strachem o życie osoby, do której dziecko jest przywiązane, a także negatywnym wpływem na jego funkcjonowanie społeczne (Tonge, 1994). Według J. Morrisona (2016) zaburzenie lękowe związane z rozłąką może pojawić się pod wpływem nagłej zmiany miejsca zamieszkania lub szkoły, zabiegów medycznych, utraty przyjaciela, zwierzęcia domowego lub jednego z rodziców. W szczególności „objawy często przybierają postać odmowy chodzenia do szkoły, choć młodsze dzieci mogą nawet wykazywać niechęć do pozostania z opiekunem lub w przedszkolu. Dzieci skarżą się niekiedy na dolegliwości fizyczne, wyobrażone lub nie, aby uzasadnić konieczność pozostania w domu z rodzicami" (s. 212). Jednocześnie w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób 11 edycji (ICD-11) nastąpiło zasadnicze przeformułowanie zaburzenia lęku separacyjnego (Separation Anxiety Disorder, 6B05) – może być ono diagnozowane nie tylko u dzieci, ale także u nastolatków i dorosłych. Takie podejście odzwierciedla współczesne rozumienie tego, że trudności związane z przeżywaniem rozłąki utrzymują się lub ujawniają na różnych etapach życia człowieka (WHO, 2022).

Na konsultację zgłosiła się kobieta wraz ze swoją dwunastoletnią córką I.T. (inicjały zmienione). Uczennica nagle zaczęła opuszczać lekcje, wracała do domu po ostatnich zajęciach bez uprzedzenia nauczycieli i rodziców, a rano mówiła, że nie chce iść do szkoły. W momencie zgłoszenia dziewczynka mieszkała w Polsce już czwarty rok; wcześniej korzystała ze wsparcia psychologicznego w szkole (lokalna szkoła polska) z powodu trudności adaptacyjnych. Według matki stan córki był stabilny, ale nagle pojawiły się zmiany w jej zachowaniu – m.in. zaprzeczała istnieniu konfliktów wśród rówieśników lub trudności w relacjach z nauczycielami. Po szkole

w domu I.T. często zajmowała się działaniami plastycznymi w swoim pokoju lub spędzała czas z koleżanką. W nocy dziewczynka długo nie mogła zasnąć, zwłaszcza gdy mama pracowała na nocnej zmianie. Podczas sesji wyjaśniła to w ten sposób: „Boję się bez mamy. Mam lampkę, obok śpi brat, ale w cieniu dostrzegam jakieś postacie, które mnie przerażają". Obecność taty w mieszkaniu nie zmniejszała jej niepokoju. W rezultacie dziecko budziło się zmęczone i nie mogło się skupić na lekcjach. Przed wybuchem wojny w Ukrainie wychowaniem dziewczynki i jej młodszego brata zajmowały się babcia i ciotka. Po jej rozpoczęciu ciotka wywiozła dzieci do ich rodziców do Polski. Po pewnym czasie pracy terapeutycznej uczennica I.T. zaczęła dzielić się podczas sesji: „Nienawidzę tej wojny. Nie mogę się doczekać, kiedy się skończy. Tam (w Ukrainie) są moja babcia i dziadek, bardzo blisko ich domu spadają bomby. Tam są jeszcze moje przyjaciółki, nasz kot. Nie mogę przestać o tym myśleć. Bardzo się tym przejmuję". Na pytanie, czy ogląda wiadomości o sytuacji w Ukrainie, odpowiedziała przecząco. Najwyraźniej informacje o aktualnej sytuacji w ojczyźnie pojawiają się w rodzinie; ponadto babcia od czasu do czasu przyjeżdża do dzieci i wnuków. Wzrost niepokoju i strachu o bliskich wzmocnił poczucie bezradności, utratę nadziei na odzyskanie tego, co utracone, co z kolei doprowadziło do obniżenia wyników w nauce i zainteresowania aktywnością społeczną w szkole.

Strach przed rozłąką, który pojawia się u dzieci doświadczających przymusowej migracji, graniczy z doświadczeniem przymusowej utraty. U dzieci będących migrantami wojennymi lęk może się nasilać, a stan psychoemocjonalny – pogarszać z powodu obawy, że nigdy więcej nie zobaczą bliskiej osoby albo że istnieje potencjalne zagrożenie dla jej życia i bezpieczeństwa (Markowska-Manista, Ovcharenko, 2024a). Separacja jest postrzegana jako chroniczna rozłąka z rodziną i staje się stałym czynnikiem stresogennym, który stopniowo negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne uchodźców (Miller i in., 2018).

Z moich doświadczeń związanych z opieką psychologiczną nad dziećmi, które doświadczyły migracji wojennej, wynika, że w wieku przedszkolnym najczęściej zadają one matkom pytania: „Dlaczego nie możemy pojechać do taty/babci/cioci? Dlaczego oni nie mogą przyjechać do nas?". Takie pytania są najbardziej bolesne dla matek, których rodziny przebywają na okupowanym terytorium Ukrainy lub których mężowie walczą na wojnie (z tego powodu relacja „ojciec – dziecko" jest znacznie ograniczona i fragmentaryczna). Dzieci w wieku szkolnym i nastolatki wyrażają głęboki smutek z powodu braku możliwości odwiedzenia dziadków w weekendy i święta. Ponieważ w środowisku szkolnym rówieśnicy dzielą się doświadczeniami spotkań rodzinnych i spędzania czasu z bliskimi, dzieci-migranci odczuwają brak i niedostatek takiej emocjonalnej i fizycznej więzi oraz utratę rodzinnych rytuałów.

Podczas spotkań w ramach wsparcia psychologicznego starsi nastolatkowie deklarują z kolei, że po osiągnięciu pełnoletności wrócą do Ukrainy. Takie dzieci z doświadczeniem wymuszonej migracji czekają na możliwość wyboru miejsca zamieszkania, co świadczy o ich dążeniu do odzyskania wpływu na swoje życie, który zabrała im wojny. Lęk separacyjny odgrywa w tym znaczącą rolę, ponieważ dzieci te tracą zainteresowanie teraźniejszością i próbują przywrócić utraconą przeszłość. Niepokój nasila mechanizmy obronne: dziecko stara się unikać nowych doświadczeń, stawia opór i kieruje swoje siły psychiczne na przywrócenie kontaktu z obiektami przywiązania (zaufanymi dorosłymi). Adaptacja do warunków przymusowej migracji wymaga od dziecka odpowiednich zasobów, pozwalających przyjąć nową sytuację życiową, z czym wiąże się nowe zadanie psychologiczne – pogodzenie się z utratą bliskich więzi emocjonalnych z ważnymi dla niego dorosłymi lub przyjaciółmi.

Formy wsparcia instytucjonalnego dla dzieci wykazujących objawy lęku przed rozłąką

Analizując kwestię uchodźctwa i migracji wymuszonej, UNICEF podkreśla: „Wszystkie dzieci na całym świecie, niezależnie od tego, skąd pochodzą i dlaczego opuściły swoje domy, powinny być traktowane jednakowo" (UNICEF, b.d.). Sytuacja dzieci doświadczających migracji wojennej prowadzi je do poczucia bycia „innymi", „odmiennymi" – nie mają w zasadzie wpływu na wybór miejsca zamieszkania czy warunków życia, nie mogą decydować, w jakim języku mówić i o czym rozmawiać, za to znajdują się w sytuacji ciągłego dostosowywania się do nowych warunków życia (Markowska-Manista, Owczarenko, 2024). Podkreślanie „inności" przez skupianie się na trudnościach dziecka w nauce osłabia jego wewnętrzne zasoby, na których mogłoby się ono oprzeć podczas adaptacji do życia w kraju przyjmującym, co z kolei prowadzi do obniżenia poziomu samoakceptacji i zaburzeń tożsamości „Ja". Stosunek dorosłych do dziecka z doświadczeniem migracyjnym i poszanowanie jego indywidualnej historii życia stanowią podstawę relacji, które mogą tworzyć przestrzeń sprzyjającą rozwojowi i stabilizacji jego osobowości.

Podczas masowego napływu dzieci z doświadczeniem migracji przymusowej z Ukrainy wśród nauczycieli polskich szkół krążyły pogłoski i domysły dotyczące tego, „jakich okropności mógł doświadczyć uczeń w Ukrainie". Nauczycielka, która opisywała psychologowi stan psychoemocjonalny ucznia, powiedziała: „Wszyscy (nauczyciele) uważamy, że ten chłopak mógł doświadczyć przemocy, być może był uwięziony przez okupantów. Oczywiście ani mama, ani on sam nic nam nie opowiadali. Ale on pochodzi ze wschodniej części Ukrainy i jest bardzo zamknięty w sobie...".

Takie lub podobne oceny dotyczące dzieci, które doświadczyły migracji wojennej, są niedopuszczalne w środowisku współpracy i interakcji edukacyjnej. Formułowane na podstawie domysłów sądy o dziecku mogą być błędne i zniekształcać obraz jego „Ja" (co pociąga za sobą ignorowanie indywidualnych cech osobowości i indywidualnej ścieżki rozwoju), a przy tym naruszają zasadę równego traktowania uczniów jako uczestników procesu pedagogicznego. Ponadto dzieci z doświadczeniem przymusowej migracji mają skłonność do okazywania niezadowolenia, reakcji protestacyjnych i stosowania strategii unikania (Markowska-Manista, Owczarenko, 2024), dlatego w kontekście relacji między dziećmi a dorosłymi „warto traktować dzieci tak samo i pozwalać im na odczuwanie emocji, w tym również tych negatywnych" (Jurek, 2015, s. 26). Uznanie indywidualnej historii życia dziecka może sprzyjać odkrywaniu jego potencjału i zdolności w procesie nauczania.

Działania szkoły

Szkoła jako instytucja stanowi nie tylko przestrzeń działalności edukacyjnej, ale także placówkę społeczną, w której dzieci kształtują i rozwijają niezbędne w życiu umiejętności interakcji społecznych. Jak podkreślają A. Perkowska-Klejman i A. Górka-Strzałkowska (2016): „Szkoła sama w sobie stanowi system społeczny, ale jest też uważana za bardzo ważny element szerszego systemu społecznego (państwowego i globalnego). Obejmuje swoim wpływem wszystkich młodych oraz wielu starszych ludzi. (...) jest miejscem, w którym nieustannie dochodzi do spotkań – interakcji, podczas których ludzie nieustannie wymieniają wiadomości, znaczenia, emocje" (s. 10). Z kolei A. Waddoups, H. Yoshikawa i K. Stroufe (2019) wymieniają następujące czynniki ułatwiające adaptację dzieci uchodźczych do środowiska przyjmującego, które należy zapewnić w szkole: dodatkowe zajęcia i koła zainteresowań; zaangażowanie w życie szkolne; wspierające relacje w szkole. Natomiast w raporcie opublikowanym w 2026 roku A. Popyk i A. Mykhailova przedstawiają następujące zalecenia adresowane do instytucji istotnych dla integracji ukraińskiej młodzieży: angażowanie dzieci z doświadczeniem migracyjnym w działalność samorządu uczniowskiego, projekty lub inicjatywy społeczne; zapewnienie dostępu do informacji o możliwościach zaangażowania, które powinny być dostosowane pod względem kulturowym i językowym; budowanie długoterminowej i systemowej współpracy szkół, organizacji rządowych i pozarządowych mającej wspólny cel, jakim ma być „tworzenie spójnego ekosystemu wsparcia, który umożliwia młodym osobom podejmowanie aktywności w różnych obszarach życia społecznego" (s. 57).

Badania wykazały, że uczniowie, którzy subiektywnie odczuwali większe wsparcie społeczne (rodzina, szkoła), mieli wyższy poziom samooceny (Kryk, Stefańska-Klar, 2013). Z kolei jej wzrost wpływał na zmniejszenie poziomu lęku w szkole. W szczególności wykazano korelację między poczuciem niskiej skuteczności a wyższymi wskaźnikami lęku i depresji u dzieci w wieku szkolnym (Grzankowska i in., 2024). W ten sposób niski poziom poczucia własnej skuteczności stanowi istotny czynnik prognostyczny podwyższonego poziomu lęku u nastolatków, ponieważ osłabia poczucie kontroli nad okolicznościami życiowymi, zwłaszcza w warunkach niestabilności społecznej i sytuacji kryzysowych. Warto zauważyć, że „wśród zasobów kształtujących odporność osobowości na stresujące wydarzenia i trudne okoliczności wyróżnia się poczucie własnej skuteczności oraz skuteczność działań" (Grzankowska i in., 2024). Właśnie dlatego tak ważne jest, aby kłaść nacisk na wysiłki, jakie dziecko wkłada w opanowywanie nowych zadań edukacyjnych.

Na podstawie dotychczasowej praktyki w pracy z uczniami z doświadczeniem migracyjnym polskie szkoły wdrożyły szereg działań: dodatkowe zajęcia z języka polskiego w szkole; zajęcia wyrównawcze; wsparcie ze strony asystenta ds. międzykulturowych; klasę przygotowawczą dla uczniów zagranicznych (Szydłowska, Durlik, 2018). Z kolei nauka w klasie przygotowawczej dla uczniów zagranicznych zbliża się do realizacji modelu edukacji opartego na segregacji, który zdaniem K. Gmaj (2023) „stanowi odejście od włączania dzieci i młodzieży w główny nurt od samego początku ich funkcjonowania w polskich placówkach" (s. 186). Ponadto A. Jurek (2015) proponuje następujące działania mające na celu integrację uczniów w procesie edukacyjnym kraju przyjmującego: przeprowadzenie rozmowy z uczniem i rodzicami na temat pochodzenia dziecka oraz przyczyn migracji; określenie preferencji i sposobów reagowania na zmiany; napisanie kilku zwrotów skierowanych do dziecka w języku dla niego zrozumiałym (języku ojczystym); organizację wycieczek i wyjaśnienie zasad obowiązujących w placówce. Wśród dalszych propozycji znajdują się wprowadzenie zajęć tematycznych lub czytanie bajki albo książki na temat przeżywania różnych emocji, a w przypadku starszych dzieci – stworzenie przestrzeni do zadawania pytań i ich omawiania. Jako dodatkowe formy pracy z dziećmi doświadczającymi lęku przed rozłąką i tęsknoty za bliskimi zaleca także: wspólne przygotowywanie pamiątek z miejsc zamieszkania oraz zdjęć bliskich osób, które od czasu do czasu można zabrać ze sobą do przedszkola lub szkoły; wprowadzenie dziecka do placówki przez nauczyciela (wychowawcę) w następujący sposób: zwiedzanie szkoły, omówienie zasad obowiązujących w szkole z obcokrajowcem, wsparcie w przypadku bariery językowej.

Zasadność takich działań potwierdzają przeprowadzone badania. Wykazano skuteczność interwencji szkolnych skierowanych do dzieci, które doświadczyły rozłąki z rodzicami – w szczególności interwencji grupowych, społecznych oraz wykorzystujących metodę pisania terapeutycznego (*writing for recovery)* (Waddoups i in., 2019). Miały one nauczyć dzieci umiejętności niezbędnych w życiu, co stanowiło podstawę do odbudowy ich wewnętrznej siły i odnalezienia się w nowej sytuacji (Waddoups i in., 2019). Potwierdzono też skuteczność interwencji prowadzonych w języku ojczystym, wsparcia psychologicznego ukierunkowanego na traumę oraz mediacji kulturowej prowadzonej przez personel dwujęzyczny, co pozwala na jednoczesne uwzględnienie czynników psychologicznych, językowych i środowiskowych – tzw. triadę inkluzji (Markowska-Manista i in., 2025). Takie podejście pomaga przezwyciężać trudności pojawiające się na etapie przyswajania przez dziecko treści edukacyjnych.

Wsparcie skoncentrowane na traumie wymaga profesjonalnego podejścia psychologów, ale jej objawy oraz zasady pracy z dzieckiem po doświadczeniach traumatycznych powinni rozumieć także pedagodzy i pracownicy socjalni. Może ono obejmować pomoc asystenta międzykulturowego, materiały w języku ojczystym dziecka oraz zrozumiałe piktogramy ułatwiające odczytanie instrukcji lub wskazówek.

Biorąc to wszystko pod uwagę, instytucje powinny zapewnić kadrze szkolenia na temat pracy z uczniem z doświadczeniem traumatycznym, w szczególności z zakresu metod rozwiązywania konfliktów, reagowania na przypadki zastraszania oraz wspierania dzieci w nauce podczas wystąpienia objawów lęku separacyjnego. Placówki edukacyjne powinny również upowszechniać wymianę doświadczeń pracy w środowisku międzykulturowym, tak aby umożliwić omawianie konkretnych przypadków oraz zapewnić nauczycielom wsparcie. W polskiej szkole ważną rolę powinien odgrywać asystent międzykulturowy, który często działa jako mediator i pomaga dziecku zintegrować się z nowym środowiskiem językowym (Markowska-Manista, 2016).

Zadania nauczycieli

W badaniu Malykhin, Kaupuzs, Aristova, Orska, Kalvans (2023) przeprowadzono ankietę wśród rodziców dzieci, które doświadczyły wojny. Na pytanie: „Co powinni robić nauczyciele w trakcie procesu nauczania, aby pomóc dzieciom radzić sobie ze stresem i niepokojem?", większość respondentów (67,0%) stwierdziła, że dobrze byłoby, gdyby nauczyciele mogli stosować metody i techniki nauczania ukierunkowane na rozwój umiejętności i zdolności, takich jak refleksyjność, analiza

problematycznych sytuacji i umiejętność podejmowania decyzji (Malykhin i in., 2023, s. 560). Dzieci, które doświadczyły przymusowej migracji, odczuwają bezradność, ponieważ nie mają z kim porozmawiać o większości tych wydarzeń, a ich rodzice również przechodzą kryzys migracyjny i skupiają się na zaspokojeniu podstawowych potrzeb związanych z przetrwaniem (Ovcharenko, 2024). Tracą też poczucie stabilności, pewności i zrozumiałości życia, dlatego do głównych celów pracy z nimi należy przywrócenie im poczucia bezpieczeństwa, budowanie relacji opartych na zaufaniu i korygowanie ich zachowania (Purvis i in., 2013).

Podczas konsultacji psychologicznych z uczniami z Ukrainy oraz spotkań z ich rodzicami wielokrotnie poruszano kwestię znacznych różnic między wynikami dzieci w nauce w ojczyźnie i w kraju przyjmującym. Rodzice zauważali, że dzieci w nowej szkole stawały się zamknięte w sobie, nie starały się, a przy każdej porażce uważały się za „niezdolne do nauki języków", „niepotrzebujące edukacji" itp. Natomiast przed przymusową migracją uczyły się dobrze, z łatwością pokonywały trudności i nie popadały w rozpacz z powodu gorszych ocen. Podczas rozmowy z piętnastoletnim uczniem (który odmówił uczęszczania do szkoły) zapytałam go, czego brakowało mu w polskiej szkole i co było dla niego trudne. Odpowiedź brzmiała: „Brak zrozumienia ze strony niektórych nauczycieli, krzyki na lekcjach. Tak, niektórzy nauczyciele krzyczeli na uczniów, to było bardzo nieprzyjemne, nie czułem się tam komfortowo. Niektórzy nauczyciele odnosili się bardzo dobrze i pomagali, z uczniami też nie miałem problemów, wszyscy się komunikowali. Byli nauczyciele, którzy nawet nie próbowali wyjaśnić tematu, a ja sam nie mogłem się w tym połapać". Szesnastoletnia uczennica liceum opowiedziała, co pomagało jej w nauce w polskiej szkole od momentu przybycia do Polski: „Byli tacy nauczyciele, którzy potrafili wyjaśnić każdy temat prostym językiem. Trudności pojawiały się u mnie tylko wtedy, gdy niektórzy nauczyciele wyjaśniali materiał w sposób zagmatwany – wtedy wiele słów mieszało mi się w głowie".

Otoczenie dziecka odgrywa istotną rolę w zapobieganiu i profilaktyce zaburzeń zdrowia psychicznego, gdyż „przyjazne środowisko dla ludzkiego życia to takie, które pozwala na zaspokajanie zarówno potrzeb fizjologicznych, jak i psychicznych" (Ciechomska, Ciechomski, 2016, s. 20). Jak zauważają G. Kryk oraz R. Stefańska-Klar (2013), „edukację tylko wtedy możemy uznać za pożyteczną, gdy angażuje uczucia dziecka, pobudza jego ciekawość i niejako zmusza do myślenia. Zatem szkoła, winna mieć świadomość, iż każde dziecko to swoistego typu indywiduum mające określone preferencje sensoryczne, własne zainteresowania, profil inteligencji i osobowość, którą wyraża w swoisty dla siebie sposób" (s. 17).

Biorąc powyższe pod uwagę, w kontekście wsparcia instytucjonalnego za podstawę programu nauczania można przyjąć zasadę „sytuacji sukcesu". Koncepcja ta ma bezpośrednie odpowiedniki w anglojęzycznej literaturze naukowej, w szczególności w postaci pojęć *mastery experiences* i *success experiences*. Są one postrzegane jako kluczowy mechanizm kształtowania poczucia własnej skuteczności uczniów, co z kolei wpływa na ich motywację i zachowania edukacyjne. Metoda „nauczania sukcesu" koncentruje się na tworzeniu warunków, w których stosowane są różne formy wsparcia akademickiego dla uczniów (Greenberg, 2013). Naukowcy z dziedziny pedagogiki podają następujące sposoby tworzenia przez nauczyciela sytuacji sukcesu podczas nauki: pomoc uczniowi w przezwyciężaniu niepewności, strachu przed oceną, nieśmiałości; dodawanie otuchy i zachęcanie; udzielanie instrukcji zrozumiałych dla wieku dziecka oraz organizowanie odpowiednich form realizacji działań edukacyjnych; wspieranie w unikaniu niepowodzeń poprzez podpowiedzi i kierowanie działaniami edukacyjnymi ucznia; stosowanie środków motywujących; mobilizowanie aktywności i udzielanie sugestii pedagogicznej; pozytywne ocenianie osiągnięć na poszczególnych etapach (Bykova i in., 2024).

W kontekście pracy z uczniami, którzy doświadczyli migracji wojennej, metody te można zorganizować w następujący sposób: pomoc w integracji oraz w przezwyciężaniu niepokoju, niepewności i zamknięcia się dziecka; unikanie publicznej oceny i zwracania uwagi na niepowodzenia ucznia; udzielanie instrukcji w języku dziecka do czasu wystarczającego opanowania języka kraju przyjmującego; włączanie dziecka z doświadczeniem migracyjnym do pracy w małych grupach lub proponowanie alternatywnych form wykonywania zadań (z uwzględnieniem możliwości ucznia); wyjaśnienie procedury poprawiania negatywnych ocen, udzielanie jasnych wskazówek dotyczących systemu oceniania w nowej szkole; stosowanie komentarzy wspierających i nawiązywanie dialogu; używanie spokojnego tonu głosu i zrównoważonego nastawienia emocjonalnego jako formy pedagogicznego oddziaływania; przypominanie zasad obowiązujących w klasie lub szkole oraz zachęcanie do ich przestrzegania. Ponadto na początku adaptacji do nauki szkolnej zadania przydzielane uczniowi powinny być dostosowane do poziomu jego przygotowania; ważne są też pozytywna ocena i zachęcanie do osiągania kolejnych etapów edukacyjnych.

Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne

Doświadczanie lęku separacyjnego uniemożliwia dziecku otwarcie się na nową wiedzę i doświadczenia, ponieważ skupia się ono na odzyskaniu poczucia bezpieczeństwa (Jurek, 2015; Tay i in., 2016; Zepinic, 2022). W ramach wsparcia

psychologiczno-pedagogicznego istotne jest wczesne rozpoznawanie trudności u dzieci i młodzieży. Specjaliści powinni przy tym uwzględniać kontekst językowy, a przede wszystkim możliwość prowadzenia rozmowy w języku ojczystym dziecka (Markowska-Manista i in., 2025). Dostrzeżenie międzykulturowych doświadczeń dzieci uchodźczych stwarza im warunki do symbolicznego przejścia – od utraty do akceptacji nowych warunków życia. Podczas konsultacji psychologicznych dzieci z Ukrainy często wybierają most jako symbol przejścia z przeszłości do przyszłości: rysują go lub wykorzystują jego figurkę w terapii piaskowej. Mogą też przedstawiać siebie za mostem lub na nim.

W pracy z dzieckiem wykazującym objawy lęku separacyjnego należy zachować ostrożność przy formułowaniu pytań, ponieważ rozłąka lub utrata bliskiej osoby stanowi traumatyczne doświadczenie. Dlatego najlepszym rozwiązaniem mogą okazać się oddziaływania uwzględniające podstawowe zasady terapii skoncentrowanej na traumie. Wsparcie psychologiczne powinno obejmować również zajęcia psychoedukacyjne dla dorosłych, które przybliżają im informacji na temat specyfiki przeżywania przez dziecko straty, rozłąki oraz etapu adaptacji.

Wsparcie rodziców i opiekunów

Kluczowymi figurami przywiązania są rodzice i opiekunowie, dlatego ich codzienne działania mające na celu przywrócenie poczucia bezpieczeństwa i stabilności stanowią ważny krok w kierunku zapewnienia wsparcia dzieciom wykazującym objawy lęku przed rozłąką. Zadaniem rodziców jest stworzenie stabilnych i powtarzalnych rytuałów dnia, przygotowanie dzieci na zmiany, przestrzeganie ustalonych ram czasowych rozłąki i powrotu, informowanie z wyprzedzeniem o planowanej rozłące oraz rozmawianie o uczuciach dziecka. Uczenie go samodzielności oraz pozostawianie pod opieką innej osoby dorosłej powinno przebiegać stopniowo i w krótkich odstępach czasu. Rodzicom proponuje się wykorzystanie w tym celu elementów zabawy: odgrywanie za pomocą lalek codziennych sytuacji społecznych, z którymi dziecko ma do czynienia; czytanie książek, w których bohaterowie pokonują przeszkody i radzą sobie z lękiem; tworzenie zabawek lub wykorzystywanie tych, które dziecko kojarzy z bezpieczeństwem i ochroną (Jurek, 2015). Informowanie szkoły i nauczycieli o tym, jak dziecko reaguje na rozłąkę, pokazuje natomiast ich gotowość do współpracy z specjalistami. Pomoc rodzicielska nie powinna zatem polegać wyłącznie na unikaniu sytuacji rozłąki, lecz na stopniowym wspieraniu dziecka w odzyskiwaniu przez niego poczucia bezpieczeństwa i samodzielności.

Konkluzje

Lęk przed rozłąką w warunkach nagłej migracji wojennej stanowi element przewlekłej traumy dziecka, łączący w sobie doświadczenie niepewnej utraty, zmiany w dynamice więzi emocjonalnej z figurami przywiązania oraz długotrwały stres. W odróżnieniu od zaburzeń lękowych związanych z rozłąką strach przed nią, który pojawia się w odpowiedzi na utratę emocjonalnego kontaktu z bliskimi, graniczy z odczuwaniem przez dziecko realnego zagrożenia dla ich życia i lęku, że nigdy się nie spotkają. Dzieci, które doświadczyły przymusowej migracji wojennej, często rekompensują utratę ważnej osoby dorosłej poprzez obiekty zastępcze. Na przykład zaczynają się blisko przyjaźnić z najbardziej emocjonalnie dostępnym rówieśnikiem, rozwijają silniejsze przywiązanie do najbezpieczniejszego dorosłego w warunkach migracji (wychowawca, nauczyciel, przyjaciółka mamy), odnajdują inne osoby o podobnych zainteresowaniach. To wyjaśnia, dlaczego Ukraińcy będący migrantami wojennymi wybierają wąskie grono przyjaciół, unikając kontaktu z całą klasą rówieśników. Psychika dzieci z traumatycznymi doświadczeniami jest zajęta odzyskiwaniem poczucia bezpieczeństwa i pewności, co jest możliwe dzięki budowaniu emocjonalnej bliskości z najbardziej zaufaną osobą z otoczenia. W praktyce psychologicznej obserwuje się bowiem grupowanie się dzieci według wartości lub codziennych zainteresowań; naśladowanie dorosłych ze środowiska szkolnego oraz podporządkowywanie się autorytetowi nauczyciela. Zarazem zauważa się też unikanie wszelkich prób nawiązania przyjaźni, gwałtowne reakcje na krzyk lub wymagania nauczyciela, podważanie autorytetów oraz bunt przeciwko systemowi szkolnemu. Właśnie dlatego zapewnienie wsparcia instytucjonalnego dzieciom z objawami lęku separacyjnego powinno opierać się na wdrażaniu interwencji ograniczających te czynniki lęku, które nasilają poczucie dystansu i rozłąki z bliskimi.

Poniżej przedstawiono przykłady wypowiedzi dorosłych, które w sposób niezauważalny mogą nasilać lub zmniejszać lęk separacyjny uczniów doświadczających przymusowej migracji.

Zamiast: „Wszyscy pojedziecie na wakacje (weekend) do dziadków. Od poniedziałku będziemy pisać krótką opowieść o pobycie u dziadków", pracownik instytucji może uwzględnić fakt, że niektórzy uczniowie nie mają możliwości spędzenia czasu z dziadkami, i wyrazić to w następujący sposób: „U każdego z nas święta wyglądają inaczej. Ktoś pojedzie do dziadków, a ktoś inny skontaktuje się z nimi w inny sposób (lub o nich pomyśli)", lub zaproponować przygotowanie kartek dla babć i dziadków z okazji Dnia Babci lub Dnia Dziadka z uwzględnieniem perspektywy „gdyby otrzymali twoją kartkę".

Zamiast: „Tata musi cię nauczyć, jak...", „Gdyby tata się o tym dowiedział, nie byłby zadowolony", dorośli powinni wziąć pod uwagę rozłąkę z ojcem i sformułować pytanie w następujący sposób: „Pomyśl o osobie dorosłej, która mogłaby cię czegoś nauczyć lub pomóc. Kto mógłby to być?" lub „W jaki sposób tata mógłby cię wesprzeć?".

Zamiast: „Zobacz, inne dzieciaki już się szybko zaprzyjaźniły. Koleguj z tymi, którzy tu są", dorośli powinni uznać prawo dziecka do tęsknoty za gronem przyjaciół i sformułować pozytywne stwierdzenie: „Można utrzymywać przyjaźnie nawet na odległość. Teraz masz przyjaciół zarówno ze swojej szkoły (w Ukrainie), jak i tutaj (w Polsce)".

Zamiast: „Jeśli nie będziesz się uczyć, wrócisz do Ukrainy" lub „Jeśli nie możesz się tu uczyć, ucz się online w swojej szkole lub wróć do domu", rodzice i nauczyciele powinni dać dziecku czas na dostosowanie się i zmotywować je w następujący sposób: „Zastanówmy się, co sprawia ci trudność. Jak możemy to rozwiązać?" lub „To normalne, że nauka języka obcego przychodzi ci z trudem. Ale mogę podpowiedzieć ci, co zrobić, żeby było ci łatwiej".

Zamiast: „Nie potrzebujesz tu mamy. Nie musisz się tak długo żegnać. Tutaj wszystkie dzieci są bez rodziców i już się do tego przyzwyczaiły", ważne jest, aby dostrzec strach dziecka i je wesprzeć: „Pożegnajmy się razem z mamą. Tutaj jest bezpiecznie, będę przy tobie. To normalne, że tęsknisz za mamą".

Różne formy wypowiedzi wspierających opierają się na uznaniu przeżyć dziecka i ich normalizacji. Słowa wsparcia odgrywają rolę mikrointerwencji, które dorosły może świadomie zastosować w celu ustabilizowania stanu psychoemocjonalnego dziecka. Ważne jest to, że dzieci z objawami lęku separacyjnego mogą boleśnie reagować na samotność i izolację (często w sytuacji, gdy stosuje się miejsce do samouspokojenia). Dlatego wszystkie wymienione interwencje powinny być celowo zorganizowane w kierunku walidacji uczuć, stabilizacji, wsparcia lub uspokojenia dziecka przy udziale emocjonalnie stabilnej osoby dorosłej. W warunkach instytucjonalnych skuteczne okazują się interwencje ukierunkowane na zwiększenie przewidywalności środowiska, nawiązanie stabilnego kontaktu z dorosłym, stabilizację fizyczną i emocjonalną, a także wspieranie bezpiecznej separacji. W ramach takich interwencji należy połączyć następujące warunki w pracy z dziećmi z doświadczeniem wojennej migracji:

- uznanie przez dorosłych indywidualnych doświadczeń dziecka bez ocen i własnych subiektywnych interpretacji (uwzględnienie indywidualnego tempa nauki; uznanie prawa do smutku; wspieranie stopniowych osiągnięć w nauce);

- zezwolenie na bezpieczne rytuały: czas na pożegnanie; podchwycenie dziecka jako etap przejściowy; przedmiot dodający odwagi (pamiątka, bransoletka, zdjęcie bliskiej osoby, zabawka);
- obecność „bezpiecznego dorosłego", do którego można się zwrócić w sytuacji nasilającego się lęku przed rozłąką (nauczyciel, psycholog, asystent międzykulturowy); możliwość zadzwonienia do rodziców;
- zajęcia rozwijające umiejętności niezbędne w życiu, potrzebne dziecku w sytuacji rozłąki z bliskimi (samokontrola emocjonalna; samodzielność; radzenie sobie w sytuacjach stresowych; utrzymywanie kontaktu na odległość);
- jasne ustalenia i określony plan dnia (wskazanie godziny na zegarze, kiedy rodzice dziecka po nie przyjadą);
- przestrzeń do samouspokojenia: miejsce, w którym uczeń może skorzystać z zabawek antystresowych, posłuchać muzyki w słuchawkach, otulić się kocem (w polu widzenia ucznia powinna znajdować się „bezpieczna osoba dorosła" do momentu, aż niepokój się zmniejszy);
- łagodne włączanie do interakcji grupowej podczas lekcji (alternatywne formy uczestnictwa ucznia, unikanie pedagogicznej surowości, stosowanie komentarzy wspierających).

E-mail autorki: **ovch1385@gmail.com**

Bibliografia

Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health*, *9*(8), 541–545. https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications.

Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Vitiello, B., Sukale, T., Schmid, M., Fegert, J.M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(6), 845–853. https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z

Bykova, M.M., Protsenko, I.I., Kulyk, N.A. (2024). Innovatsiini shliakhy ta zasoby stvorennia sytuatsii uspikhu u navchalnomu protsesi. *In Scientific Problems and Options for Their Solution: Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference* (7–9 February) (s. 197–200). International Scientific Unity.

Ciechomska, M., Ciechomski, M. (2016). Potrzeby psychiczne dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. *In Dzieci z trudnościami adaptacyjnymi w młodszym wieku: Aspekty rozwojowe i edukacyjne w kontekście specyfiki różnic kulturowych* (s. 13–41). Wydawnictwo Naukowe UKSW.

Derluyn, I., Mels, C., Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *44*(3), 291–297. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.07.016

Eltanamly, H., May, A., McEwen, F., Karam, E., Pluess, M. (2024). Father-separation and well-being in forcibly displaced Syrian children. *Attachment & Human Development*, *26*(6), 715–735. https://doi.org/10.1080/14616734.2024.2406610

Gmaj, K. (2023). Psychologiczne aspekty migracji przymusowych – przypadek Ukraińców uczących się w polskich szkołach. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna*, *79*(4B), 183–194.

Greenberg, Z. (2013). The influence of the „learning from success" method on the feeling of self-capability and motivation for success among special admissions college students. *Journal of Educational and Social Research*, *3*(3), 389–399. https://doi.org/10.5901/jesr.2013.v4n3p389

Grzankowska, I., Wójtowicz-Szefler, M., Deja, M. (2024). Selected determinants of anxiety and depression symptoms in adolescents aged 11–15 in relation to the pandemic COVID-19 and the war in Ukraine. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1–13. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1480416

Holovin, S., Yu. (2007). *Slovnyk psykholoha-praktyka*, 2-e vyd., Mn.: Kharvest.

Horburova, L.I., Shevchenko, V.V. (2024). Vplyv travmy pryviazanosti na zhyttievyi shliakh dytyny. *Habitus [Vikova ta pedahohichna psykholohiia]*, *64*, 49–53.

Jurek, A. (2015). Psychologiczne aspekty doświadczeń migracyjnych u dzieci i młodzieży. W N. Klorek & K. Kubin (red.), *Migracja, tożsamość, dojrzewanie: Adaptacja kulturowa dzieci i młodzieży z doświadczeniem migracyjnym* (s. 27–65). Fundacja na rzecz Różnorodności Społecznej.

Koppies, L. (2024). *The prevalence of emotional and behavioral difficulties among Syrian and Ukrainian refugee children aged 2 to 6 years old in the Netherlands and Belgium, and the role of family separation* (Master's thesis, Utrecht University). Utrecht University Repository.

Kryk, G., Stefańska-Klar, R. (2013). Zdrowie psychiczne młodszych uczniów a realia współczesnej szkoły. *In Edukacja zdrowotna. Dokonania, aktualności, perspektywy* (s. 97–112). Wydawnictwo Państwowej Szkoły Zawodowej w Raciborzu.

Leth, I., Niclasen, J., Ryding, E., Baroud, Y., Esbjørn, B.H. (2014). Psychological difficulties among children and adolescents with ethnic Danish, immigrant, and refugee backgrounds. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *2*(1), 29–37. https://doi.org/10.21307/sjcapp-2014-005

Łosiak, W. (2023). Stres wojny i migracji – konsekwencje dla dzieci i młodzieży. *Relacje Międzykulturowe – Intercultural Relations*, *7(1(13))*, 108–117. https://doi.org/10.12797/RM.01.2023.13.07

Malykhin, O., Kaupuzs, A., Aristova, N., Orska, R., Kalvans, E. (2023). Anxiety among school-age children in war-affected areas in Ukraine and ways to reduce it: Parents' views. *In Society. Integration. Education: Proceedings of the International Scientific Conference* (t. 1, s. 553–563). Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija. https://doi.org/10.17770/sie2023vol1.7088

Markowska-Manista, U. (2016). Praca z uczniem z trudnościami adaptacyjnymi: Specyfika różnic kulturowych i zmiany środowiska edukacyjnego. W E. Śmiechowska-Petrovskij (red.), *Dzieci z trudnościami adaptacyjnymi w młodszym wieku. Aspekty rozwojowe i edukacyjne w kontekście specyfiki różnic kulturowych* (s. 125–147). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Markowska-Manista, U. (2024). Wyzwania i dylematy etyczne w badaniach z udziałem dzieci z doświadczeniem migracji we wrażliwych (kruchych) kontekstach – perspektywa studiów nad dzieciństwem. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *23(4)*, 45–72.

Markowska-Manista, U., Ovcharenko, O. (2024a). Psychologische Kriseninterventionen ukrainischer Fachkräfte für Kinder – Menschen mit Kriegsmigrationsgeschichte in Not. Eine Fallstudie ukrainischer Geflüchteter in Polen.

W C. Equit, E. Thomas (red..), *Die Umsetzung von Kinderrechten in (teil-)stationären Einrichtungen – internationale Perspektiven* (Sonderheft 19, s. 93–106). Verlag neue praxis.

Markowska-Manista, U., Ovcharenko, O. (2024b), Nastolatki z Ukrainy w Polsce – wyzwania w pracy psychologiczno-edukacyjnej z młodymi migrantami wojennymi. W M. Kolankiewicz, V. Korniat (red.), *Pomoc dzieciom ukraińskim w czasie wojny* (s.113–137). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Markowska-Manista, U., Ovcharenko, O., Żelazowska-Sobczyk, M. (2025). Students with migration background and special educational needs versus their rights to and in education – the Polish context. W *Forced migration. Disability and education: Inclusion and Exclusion at the Intersection of Displacement and Disablement* (s. 156–173). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003590422-14

Markowska-Manista, U., Owczarenko, O. (2024 c). „W mojej głowie wojna" – interwencje kryzysowe w zakresie wsparcia psychologicznego kierowane do dzieci z doświadczeniem migracji z Ukrainy w sytuacji zagrożenia. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *23(2)*, 108–147.

Miller, A., Hess, J.M., Bybee, D., Goodkind, J.R. (2018). Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, *88(1)*, 26–37. https://doi.org/10.1037/ort0000272

Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic: Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Moullin, S., Waldfogel, J., Washbrook, E. (2018). Parent-child attachment as a mechanism of intergenerational (dis)advantage. *Families, Relationships and Societies*, *7(2)*, 265–284. https://doi.org/10.1332/204674317X15071998786492

Ovcharenko, O. (2024). Zachowanie zdrowia psychicznego uchodźców w warunkach ucieczki przed wojną do Polski z Ukrainy. *Przegląd Krytyczny*, *6(1)*, 31–50. https://doi.org/10.14746/pk.2024.6.1.3

Palko, T.V., Travina, K.V. (2024). Vplyv viiny na psykhoemotsiinyi stan pidlitkiv. *Perspektyvy ta innovatsii nauky*, *8(42)*, 832–844. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8(42)-832-844

Perkowska-Klejman, A., Górka-Strzałkowska, A. (2016). Szkoła jako instytucja, system społeczny i organizacja. W A. Minczanowska, A. Szafrańska-Gajdzica, M.J. Szymański (red.), *Szkoła. Wspólnota dążeń?* (s. 62–78). Wydawnictwo Adam Marszałek.

Popovych, V.M., Shcherbyna, S.S., Serha, T.O. (2025). Dynamics of changes in the psychoemotional state of the population of Ukraine during the years of the Russian invasion (on the example of Zaporizhzhia). *Perspectives and*

Innovations of Science, *10(56)*, 1233–1244. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10(56)-1233-1244

Popyk, A., Mykhailova, A. (2026). *EMPOWER. Zaangażowanie społeczno-obywatelskie młodzieży ukraińskiej w Polsce. Raport z badania*. Fundacja na rzecz Nauki Polskiej.

Purvis, K.B., Cross, D.R., Dansereau, D.F., Parris, S.R. (2013). Trust-Based Relational Intervention (TBRI): A Systemic Approach to Complex Developmental Trauma. *Child & Youth Services*, *34 (4)*, 360–386. https://doi.org/10.1080/0145935X.2013.859906

Shadid, O, Sidhu, S. (2021). The Mental Health Effects of Migrant Family Separation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *60(1)*, 1052–1055. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.018

Sprynska, Z.V. (2018). Psykholohichni osoblyvosti vnutrishno peremishchenykh osib. *Teoriia i praktyka suchasnoi psykholohii*, *(6)*, 50–56. https://doi.org/10.64076/ihrc250925.08

Szydłowska, P., Durlik, J. (2018). Psychologiczne aspekty pracy z uczniem z doświadczeniem migracyjnym. *Postscriptum Polonistyczne*, *2(22)*, 157–169.

Tay, A.K., Rees, S., Kareth, M., Silove, D. (2016). Associations of adult separation anxiety disorder with conflict-related trauma, ongoing adversity, and the psychosocial disruptions of mass conflict among West Papuan refugees. *American Journal of Orthopsychiatry*, *86(2)*, 224–235. https://doi.org/10.1037/ort0000126

Tonge, B. (1994). Separation anxiety disorder. *In International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents (Issues in Clinical Child Psychology)* (s. 145–167). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1498-9_8

UNICEF. (b.d.). *Migrant and displaced children*. https://www.unicef.org/child-protection/migrant-displaced-children

Waddoups, A.B., Yoshikawa, H., Stroufe, K. (2019). Developmental effects of parent-child separation. *Annual Review of Developmental Psychology*, *1(1)*, 387–410. https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-085142

World Health Organization. (2022). 6B05 Separation anxiety disorder. In International classification of diseases 11th revision (ICD-11). https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en#/http://id.who.int/icd/entity/830200631

Yevhrashyna, M. (2024). Dosvid perezhyvannia rozluky ta vtraty chlenamy simei, shcho buly rozdileni cherez vymushenu mihratsiiu. *Ukrainskyi psykhoanalitychnyi zhurnal*, *2(1)*, 87–95. https://doi.org/10.32782/upj/2024-1-10

Zepinic, V. (2022). Separation fear: An integral feature of the complex trauma syndrome in war-refugees. *International Journal of Psychological Studies*, *14(1)*, 48–59. https://doi.org/10.5539/ijps.v14n1p48

The psycho-emotional state of forced migrant children: manifestations of separation anxiety and institutional support

This article examines the psychological and emotional consequences of forced migration for of Ukrainian children who left for Poland amid the Russian-Ukrainian war. Based on four years of psychological practice, an analysis was conducted of the individual experiences and perceptions of migrant children regarding their separation from loved ones: father, grandmother, grandfather, and siblings. In this context, separation appears not only as a difficult life event, but as a significant traumatizing factor. The forced nature of this separation significantly hinders the child's adaptation to new living conditions, and the violation of the need for emotional bonds affects the children's psychological well-being, their ability to rebuild their emotional resources, and the process of integration into a new educational environment. In a crisis situation and amid the uncertainty of war, separation from loved ones becomes a factor contributing to the emergence of separation anxiety symptoms that go beyond emotional reactions and manifest behaviorally – the child avoids participating in the school environment, their interest in learning diminishes, and somatic complaints intensify (headaches, stomachaches). Accordingly, this article attempts to address questions regarding unstable behavior and reduced motivation in educational activities observed in an intercultural school setting.

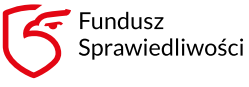
Manifestations of separation anxiety in children with a history of trauma may be latent, and the consequences of this anxiety may emerge suddenly even after several years in the host country. The aim of this article is to present methods of institutional support in working with children who have experienced forced migration and are coping with separation from their attachment figures. Of significant importance is a system of interventions aimed at restoring a sense of security, stability, and social inclusion among migrant children, as well as cooperation at the school-student-family level. The conclusions of this article can serve as a basis for providing timely and sensitive institutional support to help children overcome the effects of the traumatic experiences of forced migration, thereby facilitating their long-term adaptation to the educational environment of the host country.

Keywords:
anxiety; separation; war refugees; forced migration; children; separation; institutional support; intervention

Cytowanie:
Ovcharenko, O. (2026). Stan psychoemocjonalny dzieci-migrantów przymusowych: przejawy lęku separacyjnego i wsparcie instytucjonalne. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 121–149.



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





Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ

Dziecko Krzywdzone
Teoria Badania Praktyka

Zdrowie psychiczne niemowląt w systemie ochrony dziecka: perspektywa relacyjna wobec przemocy, zaniedbania i wczesnej traumy

Anna Brandt-Salmeri, Klaudia Wątor, Natalia Morawiec, Barbara Zajączkowska, Małgorzata Ayverdi, Wiktoria Krasowska

Instytut Psychologii Uniwersytet Śląski

W Polsce zdrowie psychiczne niemowląt (Infant Mental Health, IMH) pozostaje obszarem niewystarczająco obecnym zarówno w refleksji naukowej, jak i w praktyce ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji oraz ochrony dziecka. Choć okres niemowlęcy ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju regulacji emocjonalnej, wzorców relacyjnych i kompetencji społecznych, potrzeby najmłodszych dzieci nadal zbyt rzadko ujmowane są całościowo, z uwzględnieniem relacyjnego kontekstu rozwoju. Słabo rozwinięte pozostają zwłaszcza rozwiązania służące rozpoznawaniu trudności w obszarze IMH, wspieraniu diady dziecko – opiekun oraz włączaniu tej perspektywy do działań pomocowych i zapobiegawczych. Znaczenie problemu potwierdzają metaanalizy wskazujące, że przemoc fizyczna wobec niemowląt w pierwszych dwóch latach życia występuje częściej, niż sugerują oficjalne statystyki.

Celem artykułu jest przedstawienie zdrowia psychicznego niemowląt jako istotnego, a nadal słabo wyodrębnionego obszaru wspierania rozwoju i ochrony dziecka. W tekście omówiono wybrane sposoby konceptualizacji IMH, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy relacyjnej, w której podstawową jednostką rozumienia rozwoju i trudności nie jest wyłącznie samo niemowlę, lecz relacja dziecko – opiekun oraz szerszy kontekst środowiskowy. Przedstawiono także znaczenie tego ujęcia dla rozpoznawania potrzeb niemowląt i małych dzieci doświadczających przemocy, zaniedbania oraz innych form krzywdzenia.

Artykuł ma charakter przeglądowy i postulatywny. Oprócz uporządkowania podstawowych ujęć teoretycznych prezentuje wybrane rozwiązania stosowane w innych krajach, obejmujące kształcenie kadr, rozwój wyspecjalizowanych świadczeń oraz

 https://doi.org/10.63237/VHQI4007

włączanie perspektywy IMH do praktyki wspierania rodzin. Podkreślono, że silniejsza obecność IMH w kształceniu specjalistów, organizacji świadczeń i praktyce wsparcia może sprzyjać zarówno zapobieganiu krzywdzeniu dzieci, jak i projektowaniu adekwatnej pomocy najmłodszym dzieciom oraz ich opiekunom.

Słowa kluczowe:
zdrowie psychiczne niemowląt; relacja dziecko – opiekun; przemoc wobec dzieci; wczesna interwencja

1. Wprowadzenie: dlaczego zdrowie psychiczne niemowląt jest „niewidocznym wymiarem" ochrony dziecka?

Pojęcie zdrowia psychicznego niemowląt można rozumieć zarówno jako rozwijającą się u dziecka zdolność do doświadczania, regulowania i wyrażania emocji, tworzenia bliskich relacji, poznawania otoczenia i uczenia się, jak i jako interdyscyplinarny obszar badań, praktyki klinicznej oraz polityki społecznej, ukierunkowany na wspieranie prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego małych dzieci (Fitzgerald i in., 2011).

W Polsce nadal brakuje spójnego systemu wczesnego rozpoznawania trudności w obszarze zdrowia psychicznego niemowląt oraz relacyjnie ukierunkowanych form pomocy dla diady dziecko – opiekun. Jest to szczególnie istotne, ponieważ badania wskazują, że wczesna identyfikacja potencjalnych trudności oraz odpowiednio zaprojektowana interwencja mogą być zarówno ważnym czynnikiem wsparcia dla dzieci i ich rodzin, jak i odciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej (Ammitzbøll i in., 2019; Zeanah i in., 2005; ZERO TO THREE, 2016). Pod wieloma względami pierwszy rok życia stanowi krytyczną fazę rozwoju, charakteryzującą się intensywną dynamiką, podwyższoną wrażliwością oraz podatnością na zakłócenia (Nelson i in., 2019). Jednocześnie okres niemowlęcy wyróżnia się wysoką neuroplastycznością i dużymi możliwościami uruchamiania mechanizmów kompensacyjnych (DeMaster i in., 2019; Lazzouni i Lepore, 2014). Ta formatywna faza rozwoju mózgu wymaga zatem szczególnej uwagi zarówno ze strony badaczy, jak i systemu opieki. Istotne znaczenie ma również stan psychiczny głównego opiekuna, który odgrywa kluczową rolę dla dobrostanu dziecka oraz kształtującego się przywiązania (Goodman, 2019). Z tego względu w ocenie funkcjonowania niemowlęcia należy uwzględniać nie tylko samo dziecko, lecz także samopoczucie osoby sprawującej nad nim bezpośrednią opiekę (Pakmanesh i in., 2021).

Ograniczona obecność IMH w Polsce wiąże się zarówno z niedoborem danych populacyjnych i narzędzi przesiewowych, jak i z niejasnym miejscem tego obszaru w systemie opieki. Zdrowie psychiczne niemowląt znajduje się na styku wielu dziedzin, dlatego odpowiedzialność za rozpoznawanie trudności najmłodszych dzieci bywa rozproszona. Dodatkowo niemowlę często postrzega się głównie przez pryzmat zdrowia somatycznego i kamieni milowych, a rzadziej jako uczestnika relacji, którego trudności mogą ujawniać się w regulacji, kontakcie, śnie, karmieniu czy sposobie reagowania na opiekuna.

W okresie niemowlęcym skutki przemocy, zaniedbania i innych form krzywdzenia nie manifestują się zazwyczaj w postaci jednoznacznych objawów u dziecka, lecz częściej poprzez zakłócenia regulacji, relacji i wzorców rozwojowych, które wymagają uważnej obserwacji i interpretacji klinicznej (Howell i in., 2016). Wczesna ekspozycja na przemoc, w tym bycie świadkiem przemocy wobec opiekuna, wiąże się z konsekwencjami dla rozwoju społeczno-emocjonalnego i zdrowia psychicznego małego dziecka. Sam okres prenatalny i niemowlęcy uznawany jest przy tym za szczególnie wrażliwy na działanie przewlekłego stresu i zagrożenia relacyjnego (Hill i in., 2016; Howell i in., 2016; Mueller i Tronick, 2019). W tym sensie rozwój IMH nie jest wyłącznie kwestią poszerzania wiedzy klinicznej, ale także elementem wzmacniania systemu ochrony dziecka, zwłaszcza wtedy, gdy ze względu na wiek nie może ono samodzielnie ujawnić doznanych krzywd.

Choć obszar IMH pozostaje w Polsce nadal słabo rozwinięty, pojawiają się pierwsze inicjatywy badawcze ukierunkowane na adaptację narzędzi przesiewowych i budowanie podstaw wczesnej identyfikacji trudności u niemowląt (Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, b.d.). Tego rodzaju działania można traktować jako ważny pierwszy krok w kierunku tworzenia bardziej uporządkowanego zaplecza pojęciowego, badawczego i praktycznego dla dalszego rozwoju tego obszaru.

Niniejszy artykuł składa się z pięciu części. Pierwsza omawia zdrowie psychiczne niemowląt jako konstrukt teoretyczny i kliniczny oraz znaczenie wczesnych relacji, druga przedstawia empirycznie udokumentowane konsekwencje przemocy i zaniedbania, trzecia koncentruje się na miejscu IMH w systemie ochrony dziecka pokrzywdzonego przestępstwem, czwarta prezentuje wybrane modele wsparcia rozwijane w innych krajach, a piąta wskazuje na lukę systemową w Polsce oraz możliwe kierunki rozwoju tego obszaru.

2. Zdrowie psychiczne niemowląt jako konstrukt teoretyczny i kliniczny

2.1. Definicje i zakres pojęcia IMH

Korzenie współczesnego myślenia o zdrowiu psychicznym niemowląt wyrastają z teorii rozwoju emocjonalnego i przywiązania, które podkreślały znaczenie wczesnych relacji dla kształtowania się funkcjonowania psychicznego dziecka (Ainsworth i Bell, 1970; Bowlby, 1969; Freud, 1965; Winnicott, 1960). Pojęcie zdrowia psychicznego niemowląt (ang. *Infant Mental Health*, IMH) zostało pierwotnie wprowadzone przez Fraiberg i jej współpracowników jako podejście do wspierania rozwoju i dobrostanu niemowląt oraz małych dzieci w ramach bezpiecznej i stabilnej relacji rodzic – dziecko (Weatherston, 2000). Tak rozumiane IMH obejmuje zatem zarówno rozwijające się kompetencje dziecka, jak i obszar wiedzy oraz praktyki służące ich wspieraniu.

Już od połowy XX wieku badacze podkreślali, że rozwój psychiczny niemowlęcia nie może być rozumiany w oderwaniu od jakości opieki i wczesnych relacji z opiekunem. Anna Freud akcentowała znaczenie rozwoju emocjonalnego i społecznego, Erikson – rolę zdrowych relacji rodzinnych, a Bowlby, Ainsworth i Winnicott tworzyli podstawy myślenia o więzi, bezpieczeństwie i opiece jako warunkach rozwoju psychicznego dziecka (Ainsworth i Bell, 1970; Bowlby, 1958, 1969; Erikson, 1950; Freud, 1965; Simpson i in., 2016; Winnicott, 1960). Termin „zdrowie psychiczne niemowląt" można rozumieć także jako właściwość dziecka osadzoną w systemie relacyjnym (Zeanah i Zeanah, 2019). Zdolności te nie rozwijają się w izolacji, lecz kształtują się w szerszym kontekście rodzinnym, społecznym i kulturowym (ZERO TO THREE, 2017). W konsekwencji podstawową jednostką rozumienia zdrowia psychicznego niemowlęcia nie jest wyłącznie samo dziecko, lecz dziecko w relacji z opiekunem.

Rozwijanie zdolności do budowania relacji, regulacji i wyrażania emocji oraz eksploracji otoczenia jest równoznaczne ze zdrowym rozwojem społecznym i emocjonalnym (Zeanah i Zeanah, 2019; ZERO TO THREE, 2001). Nie oznacza to jednak, że każda trudność regulacyjna, relacyjna czy behawioralna u niemowlęcia powinna być automatycznie utożsamiana z zaburzeniem psychicznym. W perspektywie IMH kluczowe znaczenie ma ocena nasilenia, trwałości i współwystępowania problemów oraz ich osadzenia w relacji dziecko – opiekun i szerszym kontekście rozwojowym.

Negatywne doświadczenia wczesnodziecięce mogą niekorzystnie oddziaływać na rozwój mózgu i powodować długoterminowe konsekwencje, dlatego zdrowie psychiczne niemowląt jest fundamentem zdrowia psychicznego na każdym etapie

rozwojowym (Goodman, 2019; ZERO TO THREE, 2017). Utrzymujące się trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i relacyjnym niemowlęcia mogą stanowić wczesny wskaźnik ryzyka problemów ze zdrowiem psychicznym (ZERO TO THREE, 2017). Do możliwych przejawów zaburzeń zdrowia psychicznego u niemowląt należą m.in.: trudności w regulacji emocji i uwagi, nadmierna płaczliwość, problemy ze snem lub karmieniem, drażliwość, wycofanie albo trudności w kontakcie z opiekunem (Bolten, 2012).

Określenie dokładnych statystyk zaburzeń psychicznych u niemowląt i małych dzieci jest utrudnione z uwagi na niską świadomość społeczną oraz problemy z oceną i diagnozowaniem, przez co często pozostają one nierozpoznane (Lyons-Ruth i in., 2017). Szacunki dotyczące rozpowszechnienia trudności psychicznych u najmłodszych dzieci są zróżnicowane, co wynika m.in. z odmiennych definicji i metod badania. Dostępne dane wskazują jednak, że problemy emocjonalne, relacyjne i behawioralne we wczesnym dzieciństwie nie należą do zjawisk rzadkich; w zależności od przyjętych kryteriów ich rozpowszechnienie szacuje się na około 9,5–18% (Brauner i Stephens, 2006; Skovgaard i in., 2007; von Klitzing i in., 2015; Wichstrøm i in., 2012). Nieleczone zaburzenia mogą wpływać na różne obszary rozwoju dziecka oraz jego późniejsze funkcjonowanie. Jeśli jednak zostaną odpowiednio wcześnie rozpoznane, można zastosować odpowiednie interwencje wspierające zdrowy rozwój (ZERO TO THREE, 2017). Jednym z systemów wspierających diagnozę zaburzeń zdrowia psychicznego i zaburzeń rozwojowych u dzieci we wczesnym dzieciństwie jest klasyfikacja DC:0–5: Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa (ZERO TO THREE, 2016).

2.2. Perspektywa relacyjna

W obszarze zdrowia psychicznego niemowląt głównym celem diagnozy i interwencji jest relacja między dzieckiem a jego opiekunem. Wynika to z faktu, że niemowlęta są całkowicie zależne od relacyjnego i środowiskowego kontekstu opieki, obejmującego dostępność, responsywność i stabilność głównych opiekunów, a ich kompetencje rozwojowe kształtują się i różnią w zależności od jakości konkretnych więzi (Zeanah i Zeanah, 2019). Wspierające relacje z opiekunem we wczesnym dzieciństwie są kluczowe dla biologicznego rozwoju (Hostinar i in., 2014; Shonkoff i in., 2012). Bardzo ważnym elementem optymalnej relacji w diadzie jest wrażliwość matki, czyli jej zdolność do trafnego odczytywania sygnałów niemowlęcia i adekwatnego, warunkowego reagowania na nie. Taka responsywność pełni niezwykle istotną funkcję w regulacji stresu dziecka i jest jednym z najważniejszych czynników

dla bezpiecznego przywiązania w przyszłości (Goodman, 2019). Zdolność opiekuna do dokładnego odczytywania stanów psychicznych niemowlęcia i wnioskowania o ich znaczeniu pozwala na wrażliwe, dostrojone reakcje, które dają subiektywne doświadczenie bezpieczeństwa i wspierają rozwijającą się samoregulację (Bretherton i Munholland, 1999, za: Schechter i in., 2019). Responsywna opieka chroni wiele obszarów mózgu dziecka, ponieważ kształtuje i poprawia zdolność uczenia się, osiągania sukcesów w nauce oraz jakość życia (Britto i in., 2017; Luby i in., 2019). Podczas gdy matczyna wrażliwość stanowi fundament bezpiecznego przywiązania, jej brak – zwłaszcza w momentach, gdy niemowlę doświadcza dystresu lub wykazuje emocjonalną bezbronność – prowadzi do wykształcenia więzi pozabezpiecznych. Wrażliwość opiekuna na sferę afektywną dziecka bezpośrednio przekłada się na jego późniejszą biegłość w regulacji emocji i zachowania (Goodman, 2019).

Dla rozwoju zdolności regulacyjnych dzieci duże znaczenie ma współregulacja w diadzie – proces, w którym opiekunowie i niemowlęta regulują się wzajemnie za pomocą zachowań ukierunkowanych na cel oraz wyrażanych emocji (Lobo i Lunkenheimer, 2020). Zgodnie z teoriami wzajemnej regulacji (Tronick i Reck, 2009) oraz synchronizacji biobehawioralnej (np. Feldman, 2003) niemowlęta i matki uczestniczą w systemie komunikacji emocjonalnej, opartym na bieżącej koordynacji stanów afektywnych, ekspresji mimicznej, wokalizacji i ruchu (Weinberg, Beeghly i in., 2008; Weinberg, Tronick i in., 1999), a którego funkcją jest regulacja stanów emocjonalnych najmłodszych. Ponieważ w pierwszych latach życia dzieci są całkowicie zależne od dorosłych w rozpoznawaniu potrzeb i radzeniu sobie ze stresem, opiekunowie stanowią dla nich źródło niezbędnej regulacji zewnętrznej. Jakość opieki kształtuje „regulację afektu" – zdolność radzenia sobie ze stresem, pobudzeniem i emocjami. We współregulacji istotną rolę odgrywają zarówno dotyk, w którego oddziaływaniu pośredniczy oksytocyna (Negayama i in., 2023), jak i zachowania naśladowcze, dzięki którym niemowlęta nabywają kompetencji społecznych, komunikacyjnych i regulacyjnych (Verde-Cagiao i in., 2022). Umiejętności zarządzania emocjami są niezbędne do nauki i koncentracji uwagi, co jest kluczowe dla osiągania sukcesów w szkole (Cook i in., 2017, za: Mueller i Tronick, 2019; Perry, 2001).

Duże znaczenie dla rozwoju i zdrowia psychicznego ma również interakcja pomiędzy opiekunem a dzieckiem, nazwana „serve and return". Zgodnie z definicją Center on the Developing Child (b.d.) interakcje „serwowania" i „oddawania" kształtują architekturę mózgu. Kiedy niemowlę „serwuje" – gaworzy, gestykuluje lub płacze, a dorosły „odbija" – odpowiednio reaguje kontaktem wzrokowym, słowami lub przytuleniem, w mózgu dziecka powstają i wzmacniają się połączenia neuronowe, co wspiera rozwój komunikacji i umiejętności społecznych.

Ważną rolę w rozumieniu wagi relacji dla rozwoju niemowląt odegrał eksperyment nieruchomej lub kamiennej twarzy, znany również jako eksperyment „Still Face" (Adamson i Frick, 2003). Wyniki badań pokazują, że w sytuacji nagłego braku reakcji ze strony opiekuna niemowlęta najpierw podejmują próby ponownego zaangażowania go w interakcję, a następnie – wobec utrzymującej się jego niedostępności emocjonalnej – reagują nasilonym stresem, wycofaniem czy dysregulacją. Ta procedura stanowi jedno z klasycznych empirycznych potwierdzeń znaczenia responsywności opiekuna dla regulacji emocjonalnej i jakości relacji niemowlę – opiekun (Harrison i Tronick, 2022).

Wspomniany eksperyment wskazuje także na rolę intersubiektywności – terminu wyjaśniającego dynamiczne, jeszcze przedwerbalne dzielenie się zainteresowaniami, emocjami i intencjami podczas bezpośrednich interakcji diadycznych (Trevarthen, 1998, za: Kokkinaki i in., 2023). Niemowlęta i opiekunowie komunikują swoje uczucia i zamiary poprzez wymianę behawioralną, wykorzystując mimikę twarzy, gesty i wokalizację (Harrison, 2014, za: Harrison i Tronick, 2022). Badania nad intersubiektywnością wskazują, że już od pierwszych miesięcy życia dziecko uczestniczy w dynamicznej wymianie spojrzeń, wokalizacji, gestów i stanów afektywnych z rodzicem. W kolejnych miesiącach rozwija się także zdolność do wspólnej uwagi i triadycznego odnoszenia się do otoczenia (intersubiektywność wtórna), co ma istotne znaczenie dla rozwoju komunikacji i języka (Kokkinaki i in., 2023; Terrace i in., 2022; Yu i Smith, 2012).

Jednak kiedy opiekunowie reagują na niemowlę w sposób niespójny, agresywny, intruzywny lub zaniedbujący, małe dziecko może doświadczać intensywnego, trudnego do ukojenia stresu i pobudzenia (Streeck-Fischer i van der Kolk, 2000, za: Wotherspoon i Gough, 2008). Warto podkreślić, że urazy i przewlekłe napięcie doświadczane w okresie intensywnej organizacji mózgu, czyli we wczesnym dzieciństwie, mogą pociągać za sobą znacznie poważniejsze konsekwencje niż podobne doświadczenia w późniejszych etapach życia (Cleaver, 2025).

2.3. Szerszy kontekst środowiskowy

Choć specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym niemowląt koncentrują się przede wszystkim na wczesnej relacji między rodzicem a dzieckiem, należy pamiętać, że diada ta funkcjonuje w szerszym kontekście rodzinnym, społecznym i kulturowym (Zeanah i Zeanah, 2019). Jakość opieki i stabilność więzi są nierozerwalnie związane z warunkami środowiskowymi, w jakich na co dzień żyje rodzina. Czynniki te oddziałują na niemowlę przede wszystkim poprzez wpływ na dostępność, stabilność

i jakość opieki rodzicielskiej (Zeanah i Zeanah, 2019). Trzeba mieć również na uwadze, że rozwój dziecka zależy zarówno od interakcji diadycznych z matką czy ojcem, jak i od szerszych mechanizmów funkcjonowania całej rodziny, włączając w to chociażby jakość relacji małżeńskiej, która odgrywa jedną z najważniejszych ról w kształtowaniu się dziecka (Cummings i Davies, 2002; Zeanah i Zeanah, 2019). Perspektywa relacyjna ma znaczenie nie tylko dla opisu typowego rozwoju, lecz także dla rozumienia szkody. W przypadku przemocy, zaniedbania lub ekspozycji na traumę to właśnie relacja dziecko – opiekun staje się główną przestrzenią ujawniania się trudności, a ich obraz kliniczny ma często charakter swoisty rozwojowo i relacyjnie osadzony. Z tego względu niemowlęcia nie można traktować jako „zbyt małego", by doświadczało skutków wydarzenia traumatycznego. Przeciwnie – w tym okresie rozwojowym zagrożenie wpisuje się bezpośrednio w organizację regulacji, przywiązania i poczucia bezpieczeństwa (Scheeringa, 2011; Simonelli, 2013), a zdolność kodowania i przywoływania doświadczeń rozwija się już przed ukończeniem pierwszego roku życia. Natomiast w wieku około 24 miesięcy pamięć długotrwała jest już wyraźnie obecna, zwłaszcza przy powtarzalnych doświadczeniach (Schechter i in., 2019).

Szczególnie destrukcyjnym czynnikiem w szerszym systemie środowiskowym jest przemoc domowa. Małe dzieci doświadczają skutków przemocy między partnerami przede wszystkim poprzez jej wpływ na relacje z opiekunami (Zeanah i Zeanah, 2019). Skutki przebywania w takim otoczeniu bywają długotrwałe – dowody empiryczne wykazują, że u niemowląt i małych dzieci, będących świadkami lub ofiarami traumatycznych zdarzeń, m.in. przemocy małżeńskiej, diagnozuje się zjawisko zespołu stresu pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), które nie mija samoistnie i wymaga specjalistycznej interwencji (Zeanah i Zeanah, 2019). Co ważne, stan emocjonalny i psychiczny opiekunów ma bezpośrednie przełożenie na funkcjonowanie niemowląt. Wysoki poziom lęku matki, występowanie zaburzeń psychicznych (takich jak depresja) oraz zmaganie się ze stresującymi wydarzeniami życiowymi to istotne czynniki ryzyka zaburzające optymalny rozwój najmłodszych (Sameroff, 1998). Środowiskowe warunki socjalne, takie jak ubóstwo czy niski status społeczno-ekonomiczny, również odgrywają kluczową rolę w rozwoju poznawczym i społeczno-emocjonalnym dzieci (Sameroff, 1998).

Badania pokazują jednak, że to nie pojedynczy czynnik determinuje problemy rozwojowe, lecz skumulowanie się wielu negatywnych zjawisk (Sameroff, 1998). Dzieci i rodziny mogą sprostać powyższym wyzwaniom tylko wtedy, gdy mają dostęp do odpowiedniej pomocy – zarówno na szczeblu podstawowym, jak i specjalistycznym (Zeanah i Zeanah, 2019). Brak wsparcia społecznego to jeden z kluczowych predyktorów pogorszenia się funkcjonowania dziecka (Sameroff, 1998).

3. Zdrowie psychiczne niemowląt a ochrona dziecka pokrzywdzonego przestępstwem

3.1 Niemowlęta jako grupa szczególnie narażona – dlaczego perspektywa IMH jest potrzebna w obszarze krzywdzenia dzieci?

Dane dotyczące występowania różnych form przemocy i zaniedbań wobec niemowląt i małych dzieci są nieliczne. W Polsce brakuje ponadto systematycznych danych pozwalających odrębnie analizować doświadczenia krzywdzenia najmłodszych. Przykładowo, jak twierdzą Barth i współpracownicy (2013), liczba badań dotyczących rozpowszechnienia wykorzystania seksualnego w tej grupie wiekowej jest bardzo ograniczona. Skala przemocy wobec niemowląt również pozostaje słabo poznana (Keeney i in., 2026), ponieważ wiele takich przypadków nie jest zgłaszanych ani ujawnianych policji. Z tego właśnie powodu może być też niedoszacowana w ankietach i wywiadach (Cleaver i Rose, 2022, za: Cleaver, 2025). Według Keeney i współpracowników (2026) około jedno na dwadzieścia niemowląt w typowej próbie na całym świecie doświadcza przemocy fizycznej ze strony opiekunów w ciągu dwóch pierwszych lat życia, choć autorzy podkreślają różnorodność szacunków. Duże ogólnokrajowe badania, przeprowadzone przy użyciu metod nieanonimowych, wykazują, że wskaźnik przemocy fizycznej wynosi poniżej 1–2% (Finkelhor i Jones, 2006; Gilbert i in., 2012; Gilbert i in., 2009, za: Keeney i in., 2026). Z kolei anonimowe ankiety samooceny opiekunów ujawniają ukryte przypadki, co daje wskaźnik rozpowszechnienia na poziomie od 3% do 9% (z wyłączeniem form „łagodnych") i do prawie 30% (wliczając formy „łagodniejsze", takie jak klepnięcie w nadgarstek) (Fujiwara i in., 2016; Regalado i in., 2004; Theodore i in., 2005, za: Keeney i in., 2026). Dostępne źródła wskazują, że najwyższe wskaźniki maltretowania dotyczą dzieci w pierwszych latach życia, co podkreśla szczególną podatność niemowląt na doświadczanie krzywdy (Austin i in., 2020). Z danych pochodzących ze Stanów Zjednoczonych wynika, że najmłodsze dzieci dominują również wśród ofiar śmiertelnych znęcania się, co uwidacznia zwiększone ryzyko wystąpienia skutków przemocy w tej grupie oraz potrzebę rozwojowo wrażliwego systemu ochrony (U.S. Department of Health and Human Services, 2025). Mimo niedoszacowania statystyki te wskazują na poważny problem zdrowia publicznego, ponieważ dotyczą okresu w rozwoju kluczowego dla budowania trwałych fundamentów fizycznych, poznawczych i emocjonalnych. Zwracają także uwagę na potrzebę integracji perspektywy IMH w systemie pomocy i prewencji nadużyć wobec dzieci.

Zaniżenia w skali krzywdzenia niemowląt wynikają również z ograniczeń komunikacyjnych i poznawczych właściwych temu etapowi rozwoju – małe dziecko, nawet jeśli posługuje się językiem werbalnym, zazwyczaj nie ma wystarczającego zasobu słownictwa, by opowiedzieć, co się stało, poprosić o pomoc, a także nie rozumie powagi czy szkodliwości czynu. Wskutek tego nie mogą być wszczęte odpowiednie procedury prawne czy pomocowe. Trudności te potęguje ograniczona skuteczność części narzędzi służących do wczesnego wykrywania przemocy wobec dzieci. Systematyczny przegląd Bailhache i współpracowników (2013) wykazał, że dostępne rozwiązania diagnostyczne często charakteryzują się niewystarczającą trafnością lub pozwalają rozpoznawać nadużycia dopiero wtedy, gdy pojawiają się już bardziej wyraźne obrażenia. Fakt, że niemowlę nie jest w stanie zgłosić nikomu swojej krzywdy, a przeznaczone do jej ujawniania narzędzia nie zawsze są wystarczające do wczesnego wyodrębnia osób doświadczających nadużyć, ilustruje trudności w identyfikowaniu potrzeb najmłodszych. Warto także podkreślić, że niemowlęta są szczególnie narażone na urazy fizyczne i zaniedbanie, ponieważ nie potrafią uniknąć niebezpieczeństwa ani się bronić i pozostają w całkowitej zależności od swoich opiekunów (Cleaver, 2025). Dlatego w przypadku najmłodszych tak ważni są wrażliwi i czujni dorośli, którzy będą w stanie dostrzec niepokojące sygnały i zapewnić odpowiednie wsparcie.

Z perspektywy prawnej niemowlęta mogą doświadczać zarówno czynów skierowanych bezpośrednio przeciwko zdrowiu i życiu, jak i poważnych naruszeń obowiązków opiekuńczych, obejmujących m.in. uszkodzenie ciała, znęcanie się, porzucenie, wykorzystanie seksualne czy rażące zaniedbanie (Śmiałek, 2020; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, 1997). Z punktu widzenia psychologii istotne jest nie tylko to, czy dane doświadczenie zostanie formalnie zakwalifikowane jako przestępstwo, lecz przede wszystkim, w jaki sposób oddziałuje ono na rozwój, regulację i relacje dziecka. Objawy, które towarzyszą nieprawidłowościom w zdrowiu psychicznym tej grupy wiekowej, mogą manifestować się w wielu sferach, obejmując obszar motoryczny, kognitywny, językowy, socjalny oraz emocjonalny (Victorian Government, 2026). Trudności w identyfikacji krzywdzonych niemowląt wynikają również z wysoce niespecyficznego charakteru objawów – nie są one charakterystyczne dla określonego rodzaju przemocy lub zaniedbania, dlatego ich interpretacja wymaga osadzenia w kontekście relacji dziecko – opiekun, funkcjonowania opiekuna i szerszej sytuacji rodzinnej.

3.2. Sygnały alarmowe i konsekwencje w obszarze zdrowia psychicznego – obszary diagnozy

Z perspektywy rozwojowej przemoc i zaniedbanie nie stanowią jedynie epizodów krzywdy, lecz oddziałują na sam przebieg rozwoju, wpływając na regulację stresu, organizację przywiązania, rozwój poznawczy i społeczno-emocjonalny oraz trajektorie zdrowia psychicznego. Konsekwencje te nie mają charakteru jednorodnego ani liniowego; ich obraz zależy m.in. od czasu ekspozycji, nasilenia zagrożenia, dostępności ochronnej relacji z opiekunem oraz kumulacji innych czynników ryzyka (Mueller i Tronick, 2019; National Research Council & Institute of Medicine, 2014). Choć liczba badań odnoszących się wprost do IMH jako kategorii konceptualnej pozostaje ograniczona, istnieją dane empiryczne sugerujące, że przemoc, zaniedbanie i inne trudne doświadczenia mogą być powiązane z neurobiologią stresu, rozwojem poznawczym i językowym, relacjami, emocjami, zachowaniami oraz wzorcem przywiązania u najmłodszych dzieci (Mueller i Tronick, 2019; Schechter i in., 2019). Z tego względu można je traktować jako istotne dla rozumienia skutków tych doświadczeń w perspektywie zdrowia psychicznego niemowląt.

U ludzi szlaki neuronalne odpowiedzialne za pamięć rozwijają się stopniowo, dlatego niemowlęta nie mają takiej samej zdolności do świadomego przypominania sobie konkretnych wydarzeń jak starsze dzieci czy dorośli. Nie oznacza to jednak, że są odporne na skutki trudnych doświadczeń. Obwody neuronalne zaangażowane w regulację stresu cechują się dużą neuroplastycznością i we wczesnym dzieciństwie pozostają szczególnie podatne na wpływ doświadczeń (De Bellis, 2005). Sugeruje się, że doświadczenia mogą współkształtować rozwój tych obwodów, próg ich aktywacji oraz zdolność dziecka do odzyskiwania równowagi po pobudzeniu psychicznym i fizjologicznym związanym ze stresem. Kiedy niemowlę doświadcza stresu, uruchamiana jest fizjologiczna odpowiedź stresowa, obejmująca m.in. wydzielanie kortyzolu. W relacji rodzic – dziecko opiekun pełni ważną funkcję regulującą, pomagając dziecku radzić sobie z dyskomfortem, lękiem czy cierpieniem, co może wpływać na nasilenie i czas trwania reakcji stresowej. Jeśli jednak bardzo małe dziecko nie doświadcza przy nim poczucia bezpieczeństwa – np. w sytuacji przemocy, znęcania się lub zaniedbania – jego system reagowania na stres może pozostawać nadmiernie aktywny nawet przy braku bezpośredniego zagrożenia. Długotrwała ekspozycja na podwyższony poziom napięcia i przewlekle aktywowaną odpowiedź stresową może niekorzystnie oddziaływać na rozwój niemowlęcia (National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC], 2005, za: Wotherspoon i in., 2009).

Warto podkreślić, że nawet tak zwane pozornie bardziej „łagodne" zachowania (przykładowo klapsy) nie pozostają bez konsekwencji, szczególnie w przypadku niemowląt, a szkody, jakie przemoc domowa może wyrządzić dziecku, zaczynają się jeszcze przed narodzinami (Cleaver, 2025). Chodzi tu przede wszystkim o niekorzystny wpływ przewlekłego stresu i przemocy doświadczanej przez matkę na rozwój mózgu płodu, co może mieć znaczenie dla późniejszego funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i językowego dziecka. Płód rozwija się bowiem w środowisku biologicznie powiązanym z kondycją psychiczną i fizjologiczną matki, a w sytuacji długotrwałego stresu mechanizmy ochronne mogą okazać się niewystarczające. W konsekwencji ekspozycja na nasilony stres prenatalny może wiązać się ze zmianami w kształtowaniu struktur mózgowych zaangażowanych w rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy, takich jak jądro ogoniaste (Hiscox i in., 2023; Stoye i in., 2020). W tym kontekście warto dodać, że badania z kohorty MIND (Mother-Infant Neurobiological Development Study), współtworzone przez zespół Lyons-Ruth (2023), sugerują, iż doświadczenia maltretowania w dzieciństwie po stronie matki mogą być powiązane zarówno ze zmianami w objętości istoty szarej i ciała migdałowatego u niemowląt, jak i z odmiennymi wzorcami regulacji kortyzolu w diadzie matka – dziecko. Obserwacje te mogą wspierać hipotezę dotyczącą międzypokoleniowej transmisji ryzyka w obszarze regulacji stresu i rozwoju neurobiologicznego (Khoury i in., 2021; Lyons-Ruth i in., 2023). Istotny jest również wymiar relacyjny. Badania pokazują, że kobiety doświadczające przemocy w okresie ciąży mogą wykazywać słabszą więź z dzieckiem (Pires de Almeida i in., 2012, za: Cleaver, 2025), a ekspozycja na przemoc w tym czasie może dodatkowo zwiększać ryzyko opóźnień w rozwoju mowy i trudności neurologicznych u niemowląt i małych dzieci (Udo i in., 2016). Wyniki te wspierają tezę, że ryzyko przemocy i traumy może być przekazywane międzypokoleniowo zarówno przez mechanizmy relacyjne, jak i biologiczne.

Wykrycie istotnych sygnałów ryzyka w obszarze zdrowia psychicznego u krzywdzonych najmłodszych, którzy jeszcze nie opanowali mowy werbalnej, może być znacznie utrudnione. Poniżej omówiono sześć obszarów, w których mogą ujawniać się skutki przemocy, zaniedbania i przewlekłego stresu u niemowląt i małych dzieci: konsekwencje neurobiologiczne, poznawczo-językowe, emocjonalno-behawioralne, relacyjne, ograniczenie eksploracji oraz objawy traumy i psychopatologii. Nie są to wskaźniki swoiste dla krzywdzenia, dlatego każdorazowo wymagają różnicowania z problemami somatycznymi, neurorozwojowymi i środowiskowymi (Wotherspoon i Gough, 2008).

3.2.1. Neurobiologiczne konsekwencje przemocy i zaniedbania

Niemowlęta są szczególnie podatne na skutki przewlekłego stresu, ponieważ pierwsze lata ich życia stanowią okres wyjątkowo intensywnego rozwoju mózgu. Funkcjonowanie w warunkach chronicznego napięcia może prowadzić do zmian w wydzielaniu i metabolizowaniu kortyzolu i niekorzystnie wpływać na rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy dziecka, w tym na procesy związane z regulacją zachowania i podejmowaniem decyzji (Bick i Nelson, 2016; Hodel, 2018). W długofalowej perspektywie zmiany te mają istotne znaczenie dla regulacji emocji, uwagi, zachowania i funkcjonowania społecznego dziecka. Stwierdzono również, że doświadczanie przemocy domowej może wiązać się ze zmianami w strukturach mózgu odpowiedzialnych za czujność, co stanowi czynnik sprzyjający przewlekłemu pobudzeniu, zmniejszonej reaktywności czy tendencji do wycofywania się (SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative, 2014).

3.2.2. Konsekwencje poznawcze i językowe

Z perspektywy rozwoju poznawczego istotne znaczenie ma zdolność rodzica do dostrzegania i adekwatnego wspierania sygnałów zainteresowania płynących od dziecka (Goodman, 2019). Trudności w tym obszarze oraz brak odpowiedniego wspierania niemowlęcia w jego naturalnej potrzebie eksploracji środowiska wiążą się z ryzykiem mniej korzystnego rozwoju poznawczego. Z kolei wrogie postawy rodzicielskie uznawane są za istotny czynnik ryzyka problemów eksternalizacyjnych u dziecka, takich jak impulsywność czy zachowania agresywne, co może obciążać jego dalszą trajektorię rozwojową i utrudniać późniejszą adaptację społeczną (Goodman, 2019). Narażenie na doświadczenie zagrożenia i zaniedbania we wczesnych latach życia negatywnie wpływa na zdolności poznawcze i językowe dzieci (Anderberg i Moroni, 2020; Koenen i in., 2003, za: Cleaver, 2025). Może to wiązać się ze zdrowiem psychicznym i doświadczeniami samej matki – stanami depresyjnymi, wyczerpaniem i niską samooceną, które mogą znacząco utrudniać angażowanie się w rodzicielstwo. Bez odpowiedniej stymulacji niemowlęta mogą wykazywać znaczne opóźnienia w rozwoju mowy i ogólnym rozumieniu, a co za tym idzie – mieć potem trudności w rozpoczęciu nauki w przedszkolu lub szkole (Cleaver, 2025). Narażenie na traumę interpersonalną (przemoc fizyczną, seksualną, emocjonalną lub zaniedbanie, bycie świadkiem przemocy ze strony partnera rodzica) w okresie od urodzenia do piątego roku życia wiąże się z obniżeniem wyników badań poznawczych w wieku 24, 64 i 96 miesięcy (Enlow i in., 2012). Znęcanie się i narażenie

na przemoc psychiczną jest powiązane z opóźnieniem rozwoju językowego w zakresie słownictwa, produkcji struktur składniowych, a także zbioru terminów używanych przez jednostkę do opisywania emocji, potrzeb, procesów poznawczych (np. „myślę", „wiem") oraz stanów fizjologicznych (np. „głodny", „zmęczony") u siebie i innych (Beeghly i Cicchetti, 1994; Eigsti i Cicchetti, 2004, za: Schechter i in., 2019; Udo i in., 2016). Istnieją również badania wskazujące, że w wyniku zaniedbania dzieci wykazywały trudności rozwojowe (Royal College of Paediatrics and Child Health [RCPCH], 2022), co w perspektywie długofalowej może skutkować opóźnieniami poznawczymi i akademickimi (Wotherspoon i Gough, 2008).

3.2.3. Konsekwencje emocjonalne, behawioralne i relacyjne

Badania pokazują, że zakłócenia rozwoju mogą obejmować także obszary mózgu odpowiedzialnego za regulację emocji i zachowania społeczne (Naeem i in., 2022), co może wiązać się z trudnościami w rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych dziecka. W przypadku małych dzieci zadaniem opiekuna jest pełnienie funkcji zewnętrznego regulatora trudnych emocji i doznań, jednak narażenie na przemoc może zakłócać współregulację. Ponieważ najmłodsi doświadczają świata „z wnętrza" relacji przywiązaniowej, ich poczucie bezpieczeństwa jest nierozerwalnie związane z opiekunem. Zauważono również, że rodzic, który doświadczył przemocy, może stać się emocjonalnie niedostępny i nie reagować na sygnały swojego dziecka (Humphreys, 2007; McGee, 2000, za: Buchanan i in., 2013). Takie emocjonalne wycofanie niekorzystnie oddziałuje na proces budowania więzi i przywiązania, co wiąże się z ryzykiem lęku separacyjnego. Doświadczenia zaniedbania i przemocy mogą podważyć fundamentalne poczucie zaufania niemowlęcia do świata. Z powodu ograniczonej zdolności werbalizacji złożonych emocji, z którymi niemowlętom trudno sobie poradzić, zdarza się, że reagują one płaczem, oporem wobec pocieszenia, zachowaniami agresywnymi lub obniżonym nastrojem (Cleaver, 2025). Z kolei doświadczanie przemocy emocjonalnej zwiększa ryzyko prezentowania objawów związanych z depresją i dysregulacją emocjonalną (Carpenter i Trull, 2013; Christ i in., 2019).

Niemowlęta i małe dzieci, które boją się swoich opiekunów lub nie wykształciły w sobie oczekiwania na kojącą reakcję w odpowiedzi na sygnały stresu, często mają problemy z samoregulacją. Trudności te mogą początkowo objawiać się problemami z karmieniem (u starszych niemowląt przybierającymi postać gromadzenia jedzenia, zapychania policzków lub odmowy jedzenia), problemami trawiennymi, nieutulonym płaczem lub nadmierną złością niezwiązanymi z kolką lub chorobą,

skrajną biernością lub apatią, uporczywymi zachowaniami samouspokajającymi lub samostymulacyjnymi, takimi jak uderzanie głową, nadmierne kołysanie czy kompulsywne żucie niezwiązane z ząbkowaniem, a także epizodami zastygnięcia, dezorientacji lub wycofania i/lub dysocjacją (wyraźnymi okresami dezorientacji lub zastygania w bezruchu) (Maughan i Cicchetti, 2002, za: Wotherspoon i in., 2009; Wotherspoon i Gough, 2008). Do sygnałów ryzyka należą również m.in. tak zwany wrażliwy temperament, brak wyłonienia się rozwojowo prawidłowych rytmów zasypiania, snu (w tym nieregularność oraz nadmierna ilość snu w stosunku do wieku) czy wymioty lub kolki niewyjaśnione stanem somatycznym (Olsen i in., 2019; Wotherspoon i in., 2009).

Przemoc domowa obciąża system opiekuńczy również pośrednio poprzez wpływ na dostępność emocjonalną i psychiczną opiekuna niekrzywdzącego. Opiekun doświadczający przemocy może funkcjonować w stanie przewlekłego napięcia, lęku i wyczerpania, co utrudnia responsywne reagowanie na sygnały niemowlęcia oraz wspieranie jego regulacji emocjonalnej i fizjologicznej. W tym sensie skutki przemocy wobec opiekuna mogą przenosić się na dziecko poprzez jakość codziennych interakcji, karmienia, usypiania, pocieszania i ochrony. Dodatkowo wiadomo, że kobiety, które doświadczają przemocy, są trzy razy bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych, które objawiają się apatią, trudnościami w koncentracji, utratą poczucia własnej wartości i zdolności podejmowania decyzji, depresją, lękiem, fobiami, samookaleczeniami, somatyzacjami i zaburzeniami dysocjacyjnymi (Mahase, 2019, za: Cleaver, 2025; Roberts i in., 1998; Vichealth, 2004, za: Buchanan i in., 2013). Jednym z najważniejszych mechanizmów transmisji skutków przemocy na dziecko jest trauma opiekuna, która może obniżać jego dostępność emocjonalną, responsywność i zdolność do współregulacji (Schachter i in., 2019).

U niemowląt w wieku 0–20 miesięcy zaniedbanie wiąże się z unikaniem, brakiem poczucia bezpieczeństwa, zachowaniami pasywnymi lub wycofaniem (Royal College of Paediatrics and Child Health [RCPCH], 2022). Małe dzieci narażone na przemoc mogą stać się lękliwe i nadmiernie czujne, doświadczając zagrożenia i niepewności jako stałych elementów swojego życia. W ich przypadku lęk przed obcymi i lęk separacyjny, które osiągają szczyt około drugiego roku życia, oraz lęk przed porzuceniem mogą się nie osłabiać w ciągu życia. Stosowanie przez sprawcę przemocy czy przymusu może poważnie ograniczyć relacje towarzyskie, uniemożliwiając dziecku kontakt z rodziną lub przyjaciółmi, a przez to utrudnić mu rozwój umiejętności społecznych. Może to skutkować trudnościami z nauką zabawy i nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami (Cleaver, 2025), a także nauczyć je rozwiązywania konfliktów przez naśladowanie przemocowych zachowań swoich rodziców (DeVoe

i Smith, 2002, za: Cleaver, 2025). Nadużycia w dzieciństwie mogą też wiązać się z trudnościami interpersonalnymi oraz osłabieniem dostępnego wsparcia społecznego (Pfaltz i in., 2022; Sperry i Widom, 2013). W grupie wiekowej 20–30 miesięcy dzieci, które doświadczyły zaniedbania, wykazywały mniej pozytywnych interakcji społecznych i więcej internalizacyjnych zachowań – były bardziej bierne i spędzały więcej czasu w samotności (Royal College of Paediatrics and Child Health [RCPCH], 2022). Wiadomo też, że narażeni na przemoc najmłodsi mieli znacznie większe problemy z przystosowaniem się, szczególnie w odniesieniu do atypowych zachowań (np. wydawanie dziwnych dźwięków, powtarzalne ruchy) (McDonald i in., 2007, za: Howell i in., 2016). Długoterminowo dzieci zaniedbywane emocjonalnie w okresie niemowlęcym mogą charakteryzować się wycofaniem społecznym i ograniczonymi interakcjami z rówieśnikami (Wotherspoon i Gough, 2008). Jako sygnały alarmowe trwałego wycofania społecznego niemowląt Guedeney i Fermanian (2001) podają m.in. obszar mimiki dziecka, w którym uwagę mogą zwrócić ubogość czy brak spontaniczności w ekspresji. Zredukowany kontakt wzrokowy lub jego unikanie, niska aktywność motoryczna dziecka (również w odpowiedzi na pojawiające się bodźce), uboga wokalizacja lub jej brak (zarówno w aspekcie pozytywnym, jak i negatywnym, np. brak płaczu), spowolnienie lub brak reakcji na bodźce również mogą sygnalizować występowanie nieprawidłowości w tym obszarze. W kontekście podejrzenia przemocy znaczenie mogą mieć także silny lęk przed kontaktem fizycznym oraz brak spontanicznej komunikacji (Victorian Government, 2026). Duża pasywność, nietypowa bierność, brak kontaktu wzrokowego, apatia i brak zainteresowania (tzw. grzeczne dzieci) wskazywane są z kolei jako możliwe oznaki zaniedbania emocjonalnego (Wotherspoon i Gough, 2008).

3.2.4. Zakłócenia w relacji opiekun – dziecko

W przeciwieństwie do starszych dzieci i dorosłych najmłodsi doświadczają świata w kontekście pierwotnej relacji przywiązania. Ich poczucie bezpieczeństwa oraz oczekiwanie, że zostanie ono zapewnione, są zatem z natury związane z opiekunem. Aby zrozumieć wpływ przemocy na niemowlęta, konieczne jest uwzględnienie celów i mechanizmów relacji przywiązania, a także sposobów, w jakie trudne doświadczenia oddziałują na więzi (Schechter i in., 2019). Z perspektywy IMH istotne są takie aspekty relacji opiekuna z dzieckiem, jak sposób utrzymywania kontaktu fizycznego – w tym trzymanie dziecka na rękach, kontakt twarzą w twarz i wzrokowy – bliskość fizyczna w diadzie, emocje towarzyszące opiekunowi oraz jego ogólne nastawienie do dziecka (Phillips i Best, 2007).

Szczególnie istotna z perspektywy przywiązania jest sytuacja, w której opiekun staje się zarazem źródłem bezpieczeństwa i lęku. Niemowlę postrzega go wówczas jako „przerażającego" lub „przerażonego". Taki paradoks komunikacyjny jest uznawany za jeden z kluczowych mechanizmów sprzyjających dezorganizacji przywiązania (Hesse i Main, 2006; Lyons-Ruth i in., 1999). Dziecko jest w takim kontekście pozbawione spójnego punktu odniesienia, ponieważ doświadcza nierozwiązywalnego konfliktu między potrzebą zbliżenia się a koniecznością unikania źródła lęku (Marvin i in., 2002). Warto także zaznaczyć, że przymusowa separacja – np. w wyniku hospitalizacji opiekuna doświadczającego przemocy – może zaburzyć pierwotną relację przywiązania między rodzicem a dzieckiem (Robertson i Bowlby, 1952, za: Buchanan i in., 2013).

Sygnałami alarmowymi w obszarze zachowań opiekuna mogą być m.in. ignorowanie potrzeb dziecka, wyraźna intruzywność lub wycofanie, przypisywanie niemowlęciu wrogich intencji, gniew kierowany ku niemu, trudności związane z karmieniem i snem oraz brak adekwatnej interpretacji płaczu i innych sygnałów regulacyjnych (Clinton i in., 2016; Phillips i Best, 2007). W przypadku zaniedbania emocjonalnego rodzice mogą przejawiać wobec dziecka negatywne, zniekształcone lub nieadekwatne wyobrażenia, mieć trudności z przyjęciem jego perspektywy oraz z rozpoznawaniem i właściwym odczytywaniem sygnałów wysyłanych przez niemowlę. Do czynników zwiększających ryzyko zaniedbania emocjonalnego zalicza się m.in. depresję opiekuna, niepełnosprawność intelektualną, nadużywanie substancji psychoaktywnych, deficyty podstawowych umiejętności opiekuńczych oraz nierozwiązane doświadczenia traumy lub straty (Weatherston, 2000; Wotherspoon i Gough, 2008). Czynniki te nie powinny być traktowane deterministycznie, lecz jako przesłanki do pogłębionej oceny i wsparcia.

Dostępne dane wskazują również na związek między płaczem dziecka a ryzykiem przemocy fizycznej. Badanie Reijnevelda i współpracowników (2004) wykazało, że niemal 6% rodziców niemowląt w wieku sześciu miesięcy przyznało się do co najmniej jednego aktu przemocy fizycznej wobec dziecka w reakcji na jego płacz. Nowsze badania sugerują ponadto, że przedłużający się płacz może wiązać się z niższą jakością opieki i silniejszym negatywnym afektem u opiekunów o podwyższonym ryzyku stosowania przemocy fizycznej wobec dzieci (Crouch i in., 2022). Doniesienia te można interpretować jako wskazujące, że uporczywy płacz bywa dla części opiekunów silnym bodźcem przeciążającym, który wywołuje frustrację, bezradność i trudności w samoregulacji, a w konsekwencji może zwiększać ryzyko reakcji przemocowej.

3.2.5. Ograniczenie eksploracji

Dorastanie w chaotycznej i nieprzewidywalnej atmosferze wiąże się ze zmniejszeniem zainteresowania małego dziecka odkrywaniem otoczenia. Kiedy niemowlę nie jest pewne reakcji rodziców i boi się wywołać u nich gwałtowny wybuch emocji, może hamować swoją naturalną ciekawość (Cleaver, 2025). Wskutek tego zmniejszona eksploracja środowiska utrudnia rozwój umiejętności poznawczych związanych z gotowością szkolną (Moss i in., 1993, za: Mueller i Tronick, 2019).

3.2.6. Objawy traumy i psychopatologia

Choć przez długi czas zakładano, że bardzo małe dzieci nie rozwijają pełnoobjawowych reakcji pourazowych, współczesna literatura wskazuje, że mogą one przejawiać objawy odpowiadające PTSD, mimo że ich ekspresja ma swoją specyfiką rozwojową. Objawy te mogą obejmować m.in. zaburzenia snu, nadmierną czujność, lęk separacyjny, regres rozwojowy, wycofanie, dysregulację pobudzenia lub zachowania odtwarzające doświadczenie zagrożenia w formach adekwatnych do wieku dziecka (Scheeringa, 2011; Simonelli, 2013). W badaniach zwrócono uwagę na występowanie lęków nocnych, agresji, izolacji emocjonalnej czy nawet na dysocjację (Jenney i Sura-Liddell, 2007, za: Buchanan i in., 2013). Opisy niemowląt narażonych na przemoc obejmują także problemy z odżywianiem i zaburzenia nastroju (Layzer i in., 1986, za: Mueller i Tronick, 2019), gorszy ogólny stan zdrowia, większą drażliwość oraz częstsze krzyki i płacz (Alessi i Hearn, 2007, za: Mueller i Tronick, 2019), zwiększone pobudzenie i strach (Scheeringa i Zeanah, 1995; Zeanah i Gleason, 2010, 2015, za: Mueller i Tronick, 2019), nasilenie problemów fizycznych lub medycznych, takich jak częste przeziębienia, choroby czy dolegliwości ze strony układu pokarmowego (Cook i in., 2003, za: Wotherspoon i in., 2009). Wskazuje się też na zaburzenia rozwoju, np. czasową utratę już nabytych umiejętności, jak korzystanie z toalety, a nawet mówienie (Mueller i Tronick, 2019). Występują także problemy z zachowaniem, takie jak: buntowanie się, bicie, gryzienie, kopanie innych dzieci i dorosłych, nadmierna aktywność, trudności z odraczaniem reakcji i ze spełnianiem poleceń (Manly i in., 2001). Długofalowym skutkiem zaniedbań emocjonalnych w okresie niemowlęcym mogą być internalizacja problemów, depresja czy zaburzenia lękowe (Wotherspoon i Gough, 2008).

Warto jednak podkreślić, że dostępna literatura dokumentująca wpływ przemocy ze strony partnera rodzica na najmłodszych jest stosunkowo skromna w porównaniu z danymi dotyczącymi starszych dzieci (Howell i in., 2016). Wskazuje to

na konieczność prowadzenia projektów badawczych w tym zakresie. Szczególną lukę stanowi też niedostatek wiedzy dotyczącej wykorzystania seksualnego niemowląt i bardzo małych dzieci. Jak już wspomniano, dostępne doniesienia wskazują, że już samo ujawnienie takiego doświadczenia może uruchamiać głęboki kryzys u niekrzywdzących opiekunów, obejmujący szok, dezorientację i funkcjonowanie w „trybie przetrwania", co dodatkowo wpływa na zdolność rodziny do zapewnienia dziecku bezpiecznego i regulującego środowiska po odkryciu przemocy. W praktyce oznacza to, że pomoc najmłodszym wymaga równoległego wsparcia opiekuna i odbudowy warunków relacyjnego bezpieczeństwa (van Duin i in., 2022).

Wyniki przywołanych badań wskazują łącznie, że przemoc, zaniedbanie i inne formy wczesnego zagrożenia nie stanowią wyłącznie pojedynczych epizodów krzywdzenia, lecz oddziałują na samą organizację rozwoju niemowlęcia. Ich skutki ujawniają się w neurobiologii stresu, regulacji emocji, jakości relacji, wzorcach przywiązania, rozwoju poznawczym i językowym oraz w obrazie wczesnych objawów pourazowych. Z perspektywy IMH oznacza to konieczność rozumienia krzywdzenia najmłodszych dzieci jako zjawiska głęboko relacyjnego, rozwojowego i systemowo wymagającego wczesnej odpowiedzi.

3.3. Ograniczenia ścieżek pomocy dzieciom pokrzywdzonym

Analiza literatury i praktyki klinicznej wskazuje na co najmniej trzy powtarzające się ograniczenia. Po pierwsze, w praktyce często dominuje perspektywa somatyczna, skoncentrowana na obrażeniach ciała, stanie zdrowia fizycznego i rozwoju psychomotorycznego, podczas gdy objawy emocjonalne i relacyjne bywają traktowane jako wtórne lub mniej uchwytne. Po drugie, działania ochronne są często organizowane przede wszystkim wokół perspektywy prawnej, która koncentruje się na kwalifikacji czynu, sprawstwie i procedurze, a w mniejszym stopniu – na rozwojowych potrzebach dziecka. Po trzecie, wsparcie ma często charakter fragmentaryczny i rozproszony: dziecko, opiekun i ich relacja trafiają do różnych sektorów wsparcia, bez uwspólnionej wizji pomocy, wspólnego języka opisu trudności, a tym samym bez spójnej ścieżki interwencji. Z perspektywy IMH oznacza to, że niemowlę pokrzywdzone przestępstwem wymaga nie tylko ochrony prawnej i medycznej, lecz także rozwojowo wrażliwego, relacyjnie zorientowanego rozpoznania oraz pomocy obejmującej dziecko, opiekuna i ich wzajemną więź.

4. Rozwiązania systemowe i modele wsparcia w innych krajach

4.1. Elementy wspólne dojrzalszych systemów IMH

4.1.1. Instytucjonalizacja IMH w innych krajach

Współcześnie w krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się dynamiczny wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym niemowląt (IMH), przy czym zamiast pojedynczych, odseparowanych działań wdraża się zintegrowane formy wsparcia łączące różne obszary. W skład nowoczesnych systemów opieki (*systems of care*) wchodzą sektory zdrowia, pomocy społecznej oraz edukacji wczesnodziecięcej. W tym ujęciu IMH stanowi podejście interdyscyplinarne, integrujące wiedzę naukową i praktykę kliniczną, co pozwala na holistyczne reagowanie na potrzeby małych dzieci i ich rodzin (Fitzgerald i in., 2011) w ramach szerszych strategii polityki wsparcia społecznego (Horen i in., 2024; Reinsperger i in., 2025).

Jednym z elementów mających szczególne znaczenie dla skutecznej interwencji jest współpraca w zespołach interdyscyplinarnych, obejmujących specjalistów różnych profesji, tj. psychologii, pediatrii, psychiatrii, pracy socjalnej czy terapii rozwojowej. Sprzyja to bardziej kompleksowej ocenie potrzeb dziecka i rodziny oraz planowaniu adekwatnych interwencji (Lingras i in., 2022; Reinsperger i in., 2025).

Istotne jest również przedefiniowanie tradycyjnego rozumienia kompetencji zawodowych i wzbogacenie ich o wymiar interpersonalny. W takim podejściu kluczowy jest rozwój kompetencji relacyjnych i refleksyjnych poprzez wdrażanie standardów kompetencyjnych i systemów szkolenia specjalistów. Podkreśla się, że są one równie istotne jak wiedza kliniczna (Dealy i in., 2021; Reinsperger i in., 2025). Taki model można zaobserwować w wielu krajach – m.in. w państwach skandynawskich, Australii czy Stanach Zjednoczonych. W tych regionach wdrożono formalne ścieżki certyfikacji specjalistów, które obejmują kształcenie podyplomowe i programy szkoleniowe dla przedstawicieli różnych grup pomocowych pracujących z małymi dziećmi (Martin i in., 2022). Pozwala to nie tylko na integrację wiedzy IMH z praktyką w instytucjach, ale także na rozwijanie refleksyjności zawodowej, kształtowanie zdolności do rozumienia relacji dziecko – opiekun oraz wykorzystanie superwizji jako kluczowego elementu wsparcia profesjonalnego (Dealy i in., 2021).

Ważna jest także organizacja usług IMH, która umożliwia dopasowanie interwencji do potrzeb rodziny. Różne formy wsparcia mogą być oferowane w zależności od poziomu ryzyka – od promocji zdrowia psychicznego (np. wsparcie rodzicielstwa), przez profilaktykę (grupy ryzyka), interwencję (zaburzenia relacyjne),

aż po specjalistyczne leczenie (Fitzgerald i in., 2011). Centralne znaczenie przypisuje się relacji opiekun – dziecko, która stanowi fundament oddziaływań klinicznych i środowiskowych (Wotherspoon i in., 2009).

Znaczącą alternatywą dla rozbudowy kosztownych usług klinicznych są modele konsultacyjne (*IMH consultation*). Interwencje te, powszechnie stosowane w Stanach Zjednoczonych (IECMHC) i wdrażane w Wielkiej Brytanii, polegają na regularnej współpracy specjalistów zdrowia psychicznego z personelem pracującym z małymi dziećmi (np. nauczycielami, opiekunami w żłobkach). Ich celem jest systemowe wspieranie dzieci poprzez oddziaływania pośrednie, takie jak: doskonalenie kwalifikacji dorosłych w zakresie wspierania rozwoju społeczno-emocjonalnego dzieci i uwrażliwianie ich na dynamikę relacji w środowisku wychowawczym (Horen i in., 2024; Lambarth i Green, 2019).

IMH bywa też ściśle związane z systemami wczesnej interwencji (Early Childhood Intervention, ECI), np. w Niemczech czy Holandii. Horen i współpracownicy (2024) podkreślają znaczenie wczesnego diagnozowania trudności oraz szybkiej interwencji jako fundamentów skutecznej pomocy, natomiast Lakatos i współpracownicy (2024) szczególnie akcentują rolę ciągłości opieki w przypadku dzieci o złożonych potrzebach rozwojowych i zdrowotnych. Programy te obejmują nie tylko najmłodszych z grupy ryzyka, ale również ich rodziny. Działania realizowane są głównie w środowisku naturalnym dziecka (tj. domu, żłobku, placówkach opiekuńczych), łącząc elementy zdrowia psychicznego z usługami rozwojowymi, i są ukierunkowane na wzmacnianie relacji (Horen i in., 2024; Lakatos i in., 2024).

Choć poszczególne kraje różnią się organizacją usług, wspólnym mianownikiem rozwiniętych rozwiązań jest uznanie, że zdrowie psychiczne niemowląt wymaga jednocześnie widzialności systemowej, relacyjnego rozumienia i możliwości wczesnego reagowania.

4.1.2. Obszary dobrych praktyk

Zestawienie doświadczeń międzynarodowych pozwala na wyodrębnienie obszarów kluczowych dla efektywnego wdrożenia dobrych praktyk w IMH, opartych na wielowymiarowości i konieczności ścisłej współpracy między sektorami (Reinsperger i in., 2025).

W systemie ochrony zdrowia fundamentalne znaczenie ma integracja opieki pediatrycznej ze wsparciem psychologicznym – m.in. poprzez screening rozwoju społeczno-emocjonalnego we wczesnych latach życia czy zapewnienie obecności psychologów w strukturach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Umożliwia to

wczesną identyfikację trudności, co pozwala na szybsze podjęcie adekwatnych działań (Horen i in., 2024).

Równolegle w sektorze zdrowia psychicznego rozwijane są kompleksowe formy oddziaływań, takie jak terapia relacji opiekun – dziecko czy programy okołoporodowe, ze szczególnym uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka, w tym rodzin z doświadczeniem przemocy domowej, które mogą istotnie oddziaływać na rozwój i dobrostan niemowlęcia (Seager-Smith, 2024). Badania wskazują na kluczowe znaczenie ciągłości opieki, obejmującej okres od etapu perinatalnego do wczesnego dzieciństwa (Lakatos i in., 2024).

Z kolei struktury pomocy społecznej i edukacji wspierają system poprzez koordynację działań międzyinstytucjonalnych. Do ich zadań należą realizacja programów wizyt domowych z komponentem konsultacji IMH (Lambarth i Green, 2019), rozwój kompetencji zawodowych kadry oraz wdrażanie działań profilaktycznych ukierunkowanych na prewencję zaniedbań emocjonalnych i trudności w relacji dziecko – opiekun (The Benevolent Society, 2015; The National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC], 2013).

Istotne znaczenie ma także wsparcie środowisk zastępczych, co sprzyja lepszemu dopasowaniu interwencji do zróżnicowanych potrzeb rodzin. W obszarze edukacji rozwijane są również podejścia konsultacyjne i programy systemowe, których celem jest wzmacnianie kompetencji społeczno-emocjonalnych dzieci i opiekunów oraz poprawa jakości relacji w środowisku edukacyjnym (Martin i in., 2022).

4.2. Przykłady rozwiązań systemowych z innych krajów

4.2.1. Anglia: model uniwersalnego pierwszego kontaktu

W Anglii opieka nad małym dzieckiem jest osadzona w uniwersalnym modelu pierwszego kontaktu. Healthy Child Programme stanowi narodową ramę wspierania zdrowia i dobrostanu najmłodszych, a jego realizacja w pierwszych latach życia opiera się m.in. na pracy tzw. *health visitors*, czyli wyspecjalizowanych pielęgniarek środowiskowych. W ramach tego modelu dla każdej rodziny przewidziano co najmniej pięć obowiązkowych wizyt służących monitorowaniu zdrowia i rozwoju dziecka: w okresie prenatalnym, po jego urodzeniu, a następnie w wieku 6–8 tygodni, 1 roku oraz 2–2,5 roku (UK Department of Health and Social Care, 2026). Dokumenty rządowe podkreślają też, że pierwsze trzy z tych kontaktów powinny odbywać się w formie bezpośrednich wizyt w domu. Model ten może służyć wczesnemu rozpoznawaniu

trudności relacyjnych, regulacyjnych i rodzinnych w naturalnym środowisku życia dziecka (UK Department of Health and Social Care, 2026).

4.2.2. USA: model kompetencyjno-systemowy

W Stanach Zjednoczonych rozwój obszaru IECMH w dużej mierze opiera się na tworzeniu wspólnych ram kompetencji i organizacji wsparcia. Ważną rolę odgrywają tu tzw. *Competency Guidelines*, opracowane przez Alliance for the Advancement of Infant Mental Health, które porządkują zakres wiedzy i umiejętności potrzebnych w pracy z małym dzieckiem i jego rodziną, a także specjalny system obejmujący wymagania dotyczące wykształcenia, doświadczenia, szkoleń oraz tzw. refleksyjnej superwizji (*reflective supervision/consultation*) (Alliance for the Advancement of Infant Mental Health, 2017). Drugim istotnym elementem jest wdrażanie klasyfikacji DC:0–5 do praktyki klinicznej jako rozwojowo adekwatnego języka diagnozy i konceptualizacji trudności najmłodszych (Cohen i Andujar, 2021).

4.2.3. Australia/NPW: model wyspecjalizowanej opieki perinatalno-niemowlęcej

W Nowej Południowej Walii rozwijany jest model bardziej wyspecjalizowanej opieki perinatalno-niemowlęcej. Perinatal and Infant Mental Health Services (PIMHS) stanowią tam istotny element systemu opieki w zakresie zdrowia psychicznego, a ich funkcjonowanie wpisuje się w szerszy model zdrowienia skoncentrowanego na rodzinie (*family-focused recovery*) (New South Wales Ministry of Health, 2020, 2025). Akcentuje on jednocześnie zdrowie psychiczne rodzica, zdolność do opieki oraz relację dziecko – opiekun.

4.2.4. Dania: model populacyjno-przesiewowy w systemie wizyt domowych

Duński model wnosi szczególnie ważny komponent populacyjno-przesiewowy. Badania zespołu Skovgaard wykazały, że problemy zdrowia psychicznego pojawiają się już bardzo wcześnie i mogą być identyfikowane w populacji ogólnej małych dzieci (Skovgaard, 2010; Skovgaard i in., 2007). Równolegle rozwinięto Copenhagen Infant Mental Health Questionnaire/Screening (CIMHQ/CIMHS) jako narzędzie możliwe do wykorzystania przez pielęgniarki środowiskowe podczas wizyt domowych, a badania potwierdziły jego trafność w warunkach powszechnej opieki (Ammitzbøll, Thygesen i in., 2018, Ammitzbøll, Skovgaard i in., 2019).

4.3. Użyteczność modeli zagranicznych dla Polski

W krajach, w których obszar IMH jest lepiej rozwinięty, istotną rolę odgrywają zarówno koncepcja zdrowia relacyjnego (*relational health*), jak i klasyfikacja DC:0–5. Oba te ujęcia akcentują, że system opieki nad małym dzieckiem nie powinien ograniczać się do reagowania na już ujawnione zaburzenia, lecz także wzmacniać warunki sprzyjające zdrowemu rozwojowi w kontekście bliskiej relacji z opiekunem. Stosowanie wspólnego języka klinicznego i diagnostycznego mogłoby ułatwić komunikację między specjalistami, a zarazem sprzyjać większej standaryzacji opieki. Jak pokazują doświadczenia części stanów USA, rozwiązanie to może zwiększać dostępność usług oraz usprawniać organizację wsparcia (Cohen i Andujar, 2021).

Analiza rozwiązań stosowanych w innych krajach wskazuje na ograniczoną możliwość ich bezpośredniej adaptacji do warunków polskich ze względu na różnice systemowe, organizacyjne i finansowe. Z uwagi na elastyczność i możliwość szybkiego wdrożenia największy potencjał mają modele konsultacji relacyjnych, interdyscyplinarne programy szkoleniowe (np. w ramach kształcenia podyplomowego) czy integracja IMH z funkcjonującym w Polsce systemem Wczesnego Wspomagania Rozwoju (WWR). Z kolei systemy certyfikacji kompetencji IMH oraz zintegrowane modele opieki wymagają bardziej zaawansowanego dostosowania do warunków polskich ze względu na konieczność wprowadzenia zmian legislacyjnych i organizacyjnych. Najtrudniejsze do wdrożenia pozostają jednak rozwiązania zakładające pełną integrację sektorów oraz wielowymiarowe interwencje środowiskowe, w tym kompleksowe programy wizyt domowych.

Pomocny w porządkowaniu działań może być także model piramidalny (ZERO TO THREE, 2017), wyróżniający trzy poziomy: uniwersalny, selektywny i specjalistyczny. Na poziomie uniwersalnym zakłada on promocję dobrostanu relacyjnego oraz wzmacnianie kompetencji specjalistów pierwszego kontaktu, na poziomie selektywnym – wsparcie rodzin z grupy wysokiego ryzyka, natomiast na poziomie specjalistycznym – interwencje diadyczne, leczenie oraz pomoc w sytuacji przemocy lub traumy. Taka logika wydaje się spójna z podejściem *relational health* i może stanowić użyteczną ramę porządkowania działań również w polskich warunkach.

W związku z powyższym słuszne wydaje się przyjęcie założenia o stopniowym rozwijaniu systemu IMH poprzez wzmacnianie istniejących zasobów, podnoszenie kompetencji kadr oraz pilotażowe wdrażanie rozwiązań konsultacyjnych i interdyscyplinarnych (Dealy i in., 2021; Horen i in., 2024; Lingras i in., 2022; Reinsperger i in., 2025). Bardziej zasadne wydaje się przy tym nie tyle proste kopiowanie zagranicznych modeli instytucjonalnych, ile adaptowanie ich najważniejszych elementów,

takich jak np. proste procedury przesiewowej oceny zdrowia psychicznego najmłodszych, możliwe do stosowania w POZ, metody obserwacji relacji i regulacji oraz wyspecjalizowane formy wsparcia dla diady dziecko – opiekun (Horen i in., 2024; Reinsperger i in., 2025).

5. IMH w Polsce jako obszar o niskiej widzialności instytucjonalnej: luka systemowa i możliwe kierunki rozwoju

W Polsce brakuje danych populacyjnych dotyczących zdrowia psychicznego niemowląt. Niedobór badań można traktować nie tylko jako lukę poznawczą, lecz także jako przejaw pewnej marginalizacji tego obszaru w praktyce badawczej, klinicznej i dydaktycznej. Słabe zakorzenienie IMH w badaniach i kształceniu akademickim tworzy mechanizm błędnego koła: utrudnia rozwój wiedzy i kompetencji oraz ogranicza rozwój świadczeń, a brak świadczeń i praktyki klinicznej wtórnie zmniejsza możliwości gromadzenia danych. Jednym z powodów tego stanu rzeczy może być również to, że w okresie niemowlęcym trudności rzadko przybierają postać jednoznacznych objawów klinicznych, a częściej ujawniają się w subtelnych zakłóceniach regulacji, kontaktu i relacji, które dopiero z czasem stają się bardziej czytelne dla systemu.

Ponieważ IMH pozostaje obszarem wspólnym m.in. dla pediatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii, pedagogiki oraz wczesnej interwencji, odpowiedzialność za rozpoznawanie potrzeb i organizowanie wsparcia pozostaje rozproszona między różnymi profesjami i instytucjami (Humphreys i in., 2024). Warto podkreślić, że IMH nie stanie się widoczne, jeśli pozostanie jedynie „dodatkiem" do poszczególnych profesji; istnieje bowiem potrzeba wypracowania wspólnych standardów współpracy. Co więcej, wydaje się, że w myśleniu o najmłodszych nadal dominuje wśród specjalistów perspektywa somatyczna lub neurorozwojowa, a także przewaga myślenia o jednostce zamiast o relacji. Niemowlę jest zwykle widziane jako pacjent pediatryczny albo podmiot monitorowania rozwoju, rzadziej zaś – jako uczestnik relacji wymagającej pogłębionego rozumienia klinicznego. W obszarze zakłóceń regulacji dostrzega się pojedyncze trudności, jednak nadal brakuje narzędzi i ugruntowanej wiedzy, które pozwalałyby myśleć o bardziej wyraźnych profilach trudności. Niepokojące w polskim kontekście jest również to, że brakuje czytelnej ścieżki pomocy dla diady rodzic – dziecko, co wiąże się bezpośrednio z niewielką liczbą świadczeń, z których mogłyby korzystać rodziny. Nawet gdy ryzyko zostaje rozpoznane, pomoc bywa reaktywna, rozproszona i niespójna. Problem nie sprowadza się jedynie do braku pojedynczych świadczeń. Równie istotny jest brak wspólnego języka, jasno

opisanych kompetencji, ścieżek rozpoznawania trudności, modeli współpracy oraz usług ukierunkowanych na relację dziecko – opiekun.

Niezwykle istotny wydaje się również systematyczny rozwój kompetencji zawodowych specjalistów pracujących z niemowlętami i ich rodzinami. Obecnie można odnieść wrażenie, że praktyka opiera się częściej na indywidualnej intuicji specjalistów niż na jasno opisanych ramach kompetencyjnych. Współczesne badania podkreślają także znaczenie tzw. superwizji refleksyjnej w pracy z najmłodszymi dziećmi i ich opiekunami (Huffhines i in., 2023).

Słaba obecność IMH nie jest wyłącznie problemem badawczym i klinicznym, lecz ma także konsekwencje dla praktyki ochrony dziecka przed przemocą i zaniedbaniem. Utrudnia ona rozpoznawanie tych form pokrzywdzenia, które u najmłodszych dzieci ujawniają się przede wszystkim w obszarze relacji, regulacji i wzorców funkcjonowania, a nie w postaci jednoznacznej narracji o doznanej krzywdzie (Mueller i Tronick, 2019; Scheeringa, 2011).

W tym kontekście ważnym krokiem wydają się także krajowe inicjatywy badawcze. Przykładem może być Projekt Bobas, którego celem jest adaptacja narzędzi pomiaru zdrowia psychicznego niemowląt do warunków polskich, identyfikacja grup ryzyka oraz analiza związków między zdrowiem psychicznym dziecka i rodzica (Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, b.d.). Takie projekty mogą być ważnym początkiem budowania w Polsce narzędzi przesiewowych i własnych danych dotyczących zdrowia psychicznego najmłodszych. Szczególnie obiecujące wydają się przy tym rozwiązania, które po odpowiednim przeszkoleniu mogłyby zostać osadzone w rutynowej praktyce kontaktu z niemowlęciem, bez konieczności tworzenia odrębnej, wysoko specjalistycznej procedury badania.

6. Wnioski

Zdrowie psychiczne niemowląt to jeden z podstawowych wymiarów wczesnego rozwoju dziecka, stanowiący podstawę kształtowania się wzorców relacyjnych oraz odpowiedzi organizmu na stres i zagrożenie. Obszar ten nie powinien być traktowany jako wąska specjalizacja ani marginalny przedmiot refleksji klinicznej, lecz jako istotny wymiar ochrony dziecka. Szczególne znaczenie IMH ujawnia się w sytuacjach, w których podstawowe relacje opiekuńcze, zamiast pełnić funkcję ochronną i regulacyjną, stają się źródłem lęku, przeciążenia lub zagrożenia.

W przypadku niemowląt i małych dzieci przemoc nie stanowi wyłącznie pojedynczego zdarzenia urazowego, lecz jest doświadczeniem oddziałującym na samą organizację rozwoju, zwłaszcza w obszarze regulacji stresu, przywiązania i poczucia

bezpieczeństwa. Współczesna psychopatologia rozwojowa wyraźnie pokazuje, że relacje opiekuńcze stanowią centralny kontekst rozwoju dziecka, a we wczesnych latach życia mają szczególne znaczenie dla kształtowania trajektorii ryzyka i odporności (Humphreys i in., 2024). Oznacza to, że diagnoza i interwencja w obszarze IMH powinny koncentrować się nie tylko na samym niemowlęciu, lecz także na jakości relacji dziecko – opiekun, procesach współregulacji oraz funkcjonowaniu rodziny.

Przywołane w artykule dane wskazują również, że przemoc, zaniedbanie i inne formy wczesnego przeciążenia stresem mogą prowadzić do poważnych konsekwencji dla rozwoju emocjonalnego, społecznego, poznawczego i neurobiologicznego dziecka. Szczególnie istotne jest to, że u niemowląt doświadczenie krzywdy rzadko ujawnia się w formie jednoznacznych komunikatów, a częściej poprzez zakłócenia regulacji, kontaktu i relacji. Z tego względu perspektywa IMH powinna być traktowana jako ważny element systemu ochrony dziecka, zwłaszcza w odniesieniu do najmłodszych dzieci pokrzywdzonych przemocą lub zaniedbaniem. W niemowlęctwie podstawowym kontekstem przeżywania zagrożenia pozostaje relacja przywiązaniowa, dlatego przemoc szczególnie silnie oddziałuje wtedy, gdy źródło ochrony staje się jednocześnie źródłem lęku.

Przemoc wobec niemowląt powinna być zatem rozumiana nie tylko jako problem prawny lub medyczny, lecz również jako zjawisko głęboko relacyjne i rozwojowe, wymagające wczesnej interwencji uwzględniającej wymiar więzi. Na gruncie polskim oznacza to potrzebę stopniowego wzmacniania tego obszaru zarówno w badaniach, jak i w praktyce. Szczególnie istotne wydają się takie działania, jak rozwój narzędzi przesiewowych i diagnostycznych, kształcenie specjalistów pierwszego kontaktu, tworzenie wspólnego języka opisu trudności oraz rozwijanie relacyjnie ukierunkowanych form pomocy dla diady dziecko – opiekun.

E-mail głównej autorki: **anna.brandt-salmeri@us.edu.pl**

Bibliografia

Adamson, L.B., Frick, J.E. (2003). The still face: A history of a shared experimental paradigm. *Infancy*, *4*(4), 451–473. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0404_01

Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, *41*(1), 49–67. https://doi.org/10.2307/1127388

Alliance for the Advancement of Infant Mental Health. (2017). *Competency guidelines. Endorsement for culturally sensitive, relationship-focused practice promoting Infant and Early Childhood Mental Health*. https://www.infancyonward.org/wp-content/uploads/2021/03/IMH-ECMH-Competency-Guidelines.pdf

Ammitzbøll, J., Skovgaard, A.M., Holstein, B.E., Andersen, A., Kreiner, S., Nielsen, T. (2019). Construct validity of a service-setting based measure to identify mental health problems in infancy. *PLoS ONE*, *14*(3), e0214112. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214112

Ammitzbøll, J., Thygesen, L.C., Holstein, B.E., Andersen, A., Skovgaard, A.M. (2018). Predictive validity of a service-setting-based measure to identify infancy mental health problems: a population-based cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 711–723. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1069-9

Austin, A.E., Lesak, A.M., Shanahan, M.E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current Epidemiology Reports*, *7*(4), 334–342. https://doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3

Bailhache, M., Leroy, V., Pillet, P., Salmi, L.R. (2013). Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*, *13*(1), 202. https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-202

Banella, F.E., Tronick, E. (2019). Mutual regulation and unique forms of implicit relational knowing. W: G. Apter, E. Devouche, M. Gratier (red.), *Early Interaction and Developmental Psychopathology. Volume I: Infancy* (s. 35–53). Springer Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04769-6_3

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*, *58*(3), 469–483. https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1

Bick, J., Nelson, C.A. (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, *41*(1), 177–196. https://doi.org/10.1038/npp.2015.252

Bolten, M.I. (2012). Infant psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(1), 69–74. https://doi.org/10.1007/S00787-012-0364-8

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *39*, 350–373.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Tom 1. Attachment*. Basic Books.

Brauner, C.B., Stephens, C.B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: Challenges and recommendations. *Public Health Reports*, *121*(3), 303–310. https://doi.org/10.1177/003335490612100314

Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Matthews, S.G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L.C.H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J.F., Bhutta, Z.A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, *389*(10064), 91–102. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3

Buchanan, F., Power, C., Verity, F. (2013). Domestic violence and the place of fear in mother/baby relationships: „What was I afraid of? Of making it worse". *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(9), 1817–1838. https://doi.org/10.1177/0886260512469108

Carpenter, R.W., Trull, T.J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, *15*(1), 335. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2

Center on the Developing Child. (b.d.). *Serve and Return*. Pobrane 2 maja 2026 z: https://developingchild.harvard.edu/key-concept/serve-and-return/

Christ, C., de Waal, M.M., Dekker, J.J., van Kuijk, I., van Schaik, D.J., Kikkert, M.J., Goudriaan, A.E., Beekman, A.T.F., Messman-Moore, T.L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS ONE*, *14*(2), e0211882. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882

Cleaver, H. (2025). Domestic abuse and the impact on young children: A UK perspective. *Children and Youth Services Review*, *172*, 108236. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2025.108236

Clinton, J., Feller, A.F.,Williams, R.C. (2016). The importance of infant mental health. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *21*, 239–241. https://doi.org/10.1093/pch/21.5.239

Cohen, J., Andujar, P. (2021). Integrating DC:0–5 into state policy and systems: 5 years of progress. *ZERO TO THREE Journal*, *42*(2), 40–48.

Crouch, J.L., Bridgett, D.J., Milner, J.S., Cote, K., Lelakowska, G., Davila, A., McKay, E., Savoree, S. (2022). Prolonged infant crying: caregiving quality and child physical

abuse risk. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(3–4), 3298–3320. https://doi.org/10.1177/08862605221106137

Cummings, E.M., Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 31–63. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00003

De Bellis, M.D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, *10*(2), 150–172. https://doi.org/10.1177/1077559505275116

Dealy, J., Robinson, J., Eaves, T., Madeira, H. (2021). Sparking collaboration and instilling core competencies through training a statewide workforce in infant mental health: Report from the field. *Infant Mental Health Journal*, *42*(3), 413–422. https://doi.org/10.1002/imhj.21921

DeMaster, D., Bick, J., Johnson, U., Montroy, J.J., Landry, S., Duncan, A.F. (2019). Nurturing the preterm infant brain: Leveraging neuroplasticity to improve neurobehavioral outcomes. *Pediatric Research*, *85*(2), 166–175. https://doi.org/10.1038/s41390-018-0203-9

Enlow, M.B., Egeland, B., Blood, E.A., Wright, R.O., Wright, R.J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: A longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(11), 1005–1010. https://doi.org/10.1136/jech-2011-200727

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company.

Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: The coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, *24*(1), 1–23. https://doi.org/10.1002/imhj.10041

Fitzgerald, H.E., Weatherston, D.J., Sparrow, J. (2011). Infant mental health: An interdisciplinary framework for early social and emotional development. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *41*(7), 178–182. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2011.02.001

Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood: Assessments of development*. International Universities Press.

Goodman, J.H. (2019). Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, *33*(3), 217–224. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.010

Guedeney, A., Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *Infant Mental Health Journal*, *22*(5), 559–575. https://doi.org/10.1002/imhj.1018

Harrison, A., Tronick, E. (2022). Intersubjectivity: Conceptual considerations in meaning-making with a clinical illustration. *Frontiers in Psychology*, *12*, 715873. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.715873

Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *133*(3), 269–276. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023

Hiscox, L.V., Fairchild, G., Donald, K.A., Groenewold, N.A., Koen, N., Roos, A., Narr, K.L., Lawrence, M., Hoffman, N., Wedderburn, C.J., Barnett, W., Zar, H.J., Stein, D.J., Halligan, S.L. (2023). Antenatal maternal intimate partner violence exposure is associated with sex-specific alterations in brain structure among young infants: Evidence from a South African birth cohort. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *60*, 101210. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101210

Hodel, A.S. (2018). Rapid infant prefrontal cortex development and sensitivity to early environmental experience. *Developmental Review*, *48*, 113–144. https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.02.003

Hostinar, C.E., Sullivan, R.M., Gunnar, M.R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 256–282. https://doi.org/10.1037/a0032671

Howell, K.H., Barnes, S.E., Miller, L.E., Graham-Bermann, S.A. (2016). Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *Journal of Injury and Violence Research*, *8*(1), 43–57. https://doi.org/10.5249/jivr.v8i1.663

Huffhines, L., Herman, R., Silver, R.B., Low, C.M., Newland, R., Parade, S.H. (2023). Reflective supervision and consultation and its impact within early childhood-serving programs: A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, *44*(6), 803–836. https://doi.org/10.1002/imhj.22079

Humphreys, K.L., Garon-Bissonnette, J., Hill, K.E., Bailes, L.G., Barnett, W., Hare, M.M. (2024). Caregiving relationships are a cornerstone of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *36*(5), 2218–2231. https://doi.org/10.1017/S0954579424000300

Institute of Medicine, & National Research Council. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/18331

Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. (b.d.). *Zdrowie psychiczne niemowląt: adaptacja narzędzi pomiaru, identyfikacja grup ryzyka oraz zależności ze*

stanem psychicznym rodzica. Pobrane 9 maja 2026 z: https://us.edu.pl/instytut/ip/zdrowie-psychiczne-niemowlat-adaptacja-narzedzi-pomiaru-identyfikacja-grup-ryzyka-oraz-zaleznosci-ze-stanem-psychicznym-rodzica/

Keeney, C.L., Fairbrother, N., Kitchin, V., Stagg, B., Fawcett, E.J., Vaziri, A., Xu, C., Lahey, C.A., Fawcett, J.M. (2026). Prevalence of physical abuse by caregivers toward infants aged 0–24 months: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, *93*, 103812. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2026.103812

Khoury, J.E., Beeney, J., Shiff, I., Bosquet Enlow, M., Lyons-Ruth, K. (2021). Maternal experiences of childhood maltreatment moderate patterns of mother-infant cortisol regulation under stress. *Developmental Psychobiology*, *63*(6), 1309–1321. https://doi.org/10.1002/dev.22109

Kokkinaki, T., Delafield-Butt, J., Nagy, E., Trevarthen, C. (2023). Intersubjectivity: Recent advances in theory, research, and practice. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1220161. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1220161

Lakatos, P.P., Rodas, N.V., Matic, T., Williams, M.E., Samora, L.L., Carson, M.C. (2024). Providing continuity in infant mental health services for medically fragile infants and their families. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *31*(1), 5–18. https://doi.org/10.1007/s10880-023-09957-1

Lambarth, C.H., Green, B.L. (2019). Exploring a model for infant and early childhood mental health consultation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, *40*(6), 874–888. https://doi.org/10.1002/imhj.21818

Lazzouni, L., Lepore, F. (2014). Compensatory plasticity: Time matters. *Frontiers in Human Neuroscience*, *8*, 340. https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00340

Lingras, K.A., Schlesinger, A., Danner, C., Berge, J.M., Borman-Shoap, E., Friedrich, C., Benbenek, M., Barnes, A.J., Cullen, K.R., Balder, H., Alquist, G., Steingraeber, C.J. (2022). *A mental health crisis and a workforce solution: Bringing together interdisciplinary teams to improve infant and early childhood mental health education and treatment in primary care*. WAIMH Perspectives in Infant Mental Health. https://osf.io/preprints/psyarxiv/wavdj/download

Lobo, F.M., Lunkenheimer, E. (2020). Understanding the parent-child coregulation patterns shaping child self-regulation. *Developmental Psychology*, *56*(6), 1121–1134. https://doi.org/10.1037/dev0000926

Luby, J.L., Tillman, R., Barch, D.M. (2019). Association of timing of adverse childhood experiences and caregiver support with regionally specific brain development in adolescents. *JAMA Network Open*, *2*(9), e1911426. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11426

Lyons-Ruth, K., Ahtam, B., Sisitsky, M., Ou, Y., Gagoski, B., Bosquet Enlow, M., Teicher, M.H., Grant, P.E., Khoury, J.E. (2023). Maternal childhood abuse versus neglect associated with infant brain volumes in the first 2 years of life. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *51*, 1133–1145. https://doi.org/10.1007/s10802-023-01041-4

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *64*(3), 67–96. https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034

Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., Paul, C., Keren, M., Berg, A., Foley, M., Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the Task Force of the World Association for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, *38*(6), 695–705. https://doi.org/10.1002/imhj.21674

Manly, J.T., Kim, J.E., Rogosch, F.A., Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 759–782. https://doi.org/10.1017/S0954579401004023

Martin, S., O'Hara, L., Curtin, M., Dennehy, J., Let's Grow Together Infant Mental Health and Well-being Team. (2022). Infant mental health training for early years practitioners. *Childhood Education*, *98*(3), 34–41. https://doi.org/10.1080/00094056.2022.2083389

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, *4*(1), 107–124. https://doi.org/10.1080/14616730252982491

Mueller, I., Tronick, E. (2019). Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *13*, 156. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00156

Naeem, N., Zanca, R.M., Weinstein, S., Urquieta, A., Sosa, A., Yu, B., Sullivan, R.M. (2022). The neurobiology of infant attachment-trauma and disruption of parent–infant interactions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *16*, 882464. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.882464

Negayama, K., Delafield-Butt, J., Norimatsu, H. (2023). Parent-infant co-regulation: Ethological, ecological, and cultural approaches. *Infant Behavior and Development*, *72*, 101846. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101846

Nelson, C.A., III, Zeanah, C.H., Fox, N.A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity, 2019*, 1676285. https://doi.org/10.1155/2019/1676285

New South Wales Ministry of Health. (2020). *NSW Family Focused Recovery Framework 2020–2025*. https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/nsw-family-focused-recovery-framework-2020-2025.pdf

New South Wales Ministry of Health. (2025). *Perinatal and Infant Mental Health Services (PIMHS)*. https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/services/parents/Pages/perinatal-infant-mental-health-services.aspx

Olsen, A.L., Ammitzbøll, J., Olsen, E.M., Skovgaard, A.M. (2019). Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Archives of Disease in Childhood*, *104*(11), 1034–1041. https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316851

Pakmanesh, F., Hamidia, A., Faramarzi, M., Shirafkan, H., Mehrabani, S. (2021). The relationship between maternal mental health and the development of infants under one year of age. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, *23*(1), 29–37. https://doi.org/10.22088/jbums.23.1.29

Perry, B.D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. W: D. Schetky i E.P. Benedek (red.), *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (s. 221–238). American Psychiatric Press.

Pfaltz, M.C., Halligan, S.L., Haim-Nachum, S., Sopp, M.R., Åhs, F., Bachem, R., Bartoli, E., Belete, H., Belete, T., Berzengi, A., Dukes, D., Essadek, A., Iqbal, N., Jobson, L., Langevin, R., Levy-Gigi, E., Lüönd, A.M., Martin-Soelch, C., Michael, T., … Seedat, S. (2022). Social functioning in individuals affected by childhood maltreatment: Establishing a research agenda to inform interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *91*(4), 238–251. https://doi.org/10.1159/000523667

Phillips, S., Best, M.L. (2007). Early recognition of infant mental health concerns. *British Columbia Medical Journal*, *49*(3), 121–125.

Reijneveld, S.A., van der Wal, M.F., Brugman, E., Hira Sing, R.A., Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, *364*(9442), 1340–1342. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17191-2

Reinsperger, I., Paul, J.L., Zechmeister-Koss, I. (2025). International best-practice models for perinatal and infant mental health care: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1536145. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1536145

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2022). *Child protection evidence: Systematic review on early years neglect*. https://childprotection.rcpch.ac.uk/wp-content/uploads/sites/6/2022/03/Child-Protection-Evidence-Early-Years-Neglect-2022.pdf

SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf

Sameroff, A.J. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, *102*(5), 1287–1292. https://doi.org/10.1542/peds.102.SE1.1287

Schechter, D.S., Willheim, E., Suardi, F., Serpa, S.R. (2019). The effects of violent experiences on infants and young children. W: C.H. Zeanah (red.), *Handbook of Infant Mental Health. Fourth edition* (s. 197–213). Guilford Press.

Scheeringa, M.S. (2011). PTSD in children younger than the age of 13. *Depression and Anxiety*, *28*(9), 737–746. https://doi.org/10.1002/da.20736

Seager-Smith, L. (2024). *For baby's sake: Understanding the impact of domestic abuse on infants*. https://www.researchinpractice.org.uk/children/news-views/2024/november/for-baby-s-sake-understanding-the-impact-of-domestic-abuse-on-infants/

Shonkoff, J.P., Garner, A.S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics,

Siegel, B.S., Dobbins, M.I., Earls, M.F., Garner, A.S., McGuinn, L., Pascoe, J. Wood, D.L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*(1), e232–e246. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663

Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: Classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*, 21357. https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21357

Simpson, T.E., Condon, E., Price, R.M., Finch, B.K., Sadler, L.S., Ordway, M.R. (2016). Demystifying infant mental health: What the primary care provider needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, *30*(1), 38–48. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.011

Skovgaard, A.M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. *Danish Medical Bulletin*, *57*(10), B4193.

Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., Copenhagen Child Cohort 2000 Study Team, Olsen, E.M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(1), 62–70. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x

Stoye, D.Q., Blesa, M., Sullivan, G., Galdi, P., Lamb, G.J., Black, G.S., Quigley, A.J., Thrippleton, M.J., Bastin, M.E., Reynolds, R.M., Boardman, J.P. (2020). Maternal

cortisol is associated with neonatal amygdala microstructure and connectivity in a sexually dimorphic manner. *eLife*, *9*, e60729. https://doi.org/10.7554/eLife.60729

Sperry, D.M., Widom, C.S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, *37*(6), 415–425. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006

Śmiałek, M. (2020). Status małoletniej ofiary przestępstwa. Wybrane zagadnienia. *Kwartalnik Policyjny*, (3), 28–36.

Terrace, H.S., Bigelow, A.E., Beebe, B. (2022). Intersubjectivity and the emergence of words. *Frontiers in Psychology*, *13*, 693139. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.693139

The Benevolent Society. (2015). *Resilience practice framework: Guide 8 – Infants at risk of abuse and neglect*. https://www.benevolent.org.au/ArticleDocuments/404/Resiliencepracticeframework_infantsatriskofabuseandneglect.pdf.aspx

The National Society for the Prevention of Cruelty to Children. (2013). CORE-INFO: Emotional neglect and emotional abuse in pre-school children. https://www.inglehurstinfants.org.uk/_site/data/files/migrated/information--contacts/nspcc-leaflet-emotional-neglect-and-abuse-of-pre-school-children..pdf

Tronick, E., Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(2), 147–156. https://doi.org/10.1080/10673220902899714

Udo, I.E., Sharps, P., Bronner, Y., Hossain, M.B. (2016). Maternal intimate partner violence: Relationships with language and neurological development of infants and toddlers. *Maternal and Child Health Journal*, *20*(7), 1424–1431. https://doi.org/10.1007/s10995-016-1940-1

UK Department of Health and Social Care. (2026). *Part 2: Health visiting (ages 0 to 5)*. https://www.gov.uk/government/publications/delivery-of-the-healthy-child-programme/part-2-health-visiting-ages-0-to-5

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r., poz. 17 ze zm.). https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970880553

van Duin, E.M., Verlinden, E., Tsang, V.M., Verhoeff, A.P., Brilleslijper-Kater, S.N., Voskes, Y., Widdershoven, G.A.M., Lindauer, R.J.L. (2022). A sexual abuse case series of infants and toddlers by a professional caregiver: A qualitative analysis of parents' experiences during the initial crisis period post-discovery. *Child Abuse & Neglect*, *125*, 105460. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105460

Verde-Cagiao, M., Nieto, C., Campos, R. (2022). Mother-infant co-regulation from 0 to 2 years: The role of copy behaviors. A systematic review. *Infant Behavior and Development*, *68*, 101749. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101749

Victorian Government. (2026). *Identify signs of child abuse in early childhood*. https://www.vic.gov.au/identify-signs-child-abuse-early-childhood

von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., Grube, M. (2015). Mental disorders in early childhood. *Deutsches Ärzteblatt International*, *112*(21–22), 375–386. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0375

Weatherston, D.J. (2000). The infant mental health specialist. *Zero to Three*, *21*(2), 3–10.

Weinberg, M.K., Beeghly, M., Olson, K.L., Tronick, E.Z. (2008). A still-face paradigm for young children: 2½ year olds' reactions to maternal unavailability during the still-face. *Journal of Developmental Processes*, *3*(1), 4–21.

Weinberg, M.K., Tronick, E.Z., Cohn, J.F., Olson, K.L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, *35*(1), 175–188. https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.175

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E., Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 53(6), 695–705. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x

Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, *41*, 585–595.

Wotherspoon, E., Gough, P. (2008). Assessing emotional neglect in infants. *Centre of Excellence for Children's Well-Being (CECW) Information Sheet E*, *59*. University of Toronto, Faculty of Social Work.

Wotherspoon, E., Hawkins, E., Gough, P. (2009). Emotional trauma in infancy. *Centre of Excellence for Children's Well-Being (CECW) Information Sheet E*, *75*. University of Toronto, Faculty of Social Work.

Yu, C., Smith, L.B. (2012). Embodied attention and word learning by toddlers. *Cognition*, *125*(2), 244–262. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.06.016

Zeanah, C.H., Jr., Zeanah, P.D. (2019). Infant mental health: The clinical science of early experience. W: C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health* (wyd. 4, s. 5–24). The Guilford Press.

Zeanah, P.D., Stafford, B., Zeanah, C.H. (2005). *Clinical interventions in infant mental health: A selective review*. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy.

ZERO TO THREE. (2001). *Definition of infant mental health*. National Center for Clinical Infant Programs.

ZERO TO THREE. (2016). *DC:0–5 Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. National Center for Clinical Infant Programs.

ZERO TO THREE. (2017). *The basics of infant and early childhood mental health: A briefing paper*. National Center for Clinical Infant Programs.

Infant Mental Health in the Child Protection System: A Relational Perspective on Violence, Neglect, and Early Trauma

In Poland, infant mental health (IMH) remains underrecognized in research and in the practice of healthcare, social services, education, and child protection. Although infancy is a foundational period for the development of emotion regulation, relational patterns, and social competences, the needs of the youngest children are still too rarely approached in a comprehensive way that takes into account the relational context of development. In particular, there is a lack of sufficiently developed solutions for identifying IMH-related difficulties, supporting the child-caregiver dyad, and incorporating this perspective into preventive and supportive interventions. Meta-analytic findings further suggest that physical abuse of infants in the first two years of life may occur more often than official statistics indicate.

This article presents infant mental health as an important yet still insufficiently recognized area of child development support and child protection. It discusses selected ways of conceptualizing IMH, with particular emphasis on the relational perspective, in which development and difficulty are understood not only at the level of the infant, but also within the child-caregiver relationship and the broader environmental context. The article also highlights the relevance of this perspective for recognizing the needs of infants and young children exposed to violence, neglect, and other forms of harm.

The paper is review-based and postulatory in character. Alongside key theoretical approaches, it presents selected solutions developed in other countries, including workforce training, specialized services, and the integration of IMH into family support practice. A stronger presence of IMH in professional education, service organization, and support practice may contribute both to the prevention of child maltreatment and to the design of more adequate forms of support for the youngest children and their caregivers.

Keywords:
infant mental health; child-caregiver relationship; child abuse; early intervention

Cytowanie:
Brandt-Salmeri, A., Wątor, K., Morawiec, N., Zajączkowska, B., Ayverdi, M., Krasowska, W. (2026). Zdrowie psychiczne niemowląt w systemie ochrony dziecka: perspektywa relacyjna wobec przemocy, zaniedbania i wczesnej traumy. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 150–189.

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

Trauma relacyjna u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna. Znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego

Agnieszka Kubacka-Pawlak, Alicja Śledź, Liliana Gajek

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Artykuł koncentruje się na zjawisku traumy relacyjnej u dzieci doświadczających przemocy i krzywdzenia ze strony bliskich osób, dla których relacja powinna stanowić źródło bezpieczeństwa, a staje się przestrzenią zagrożenia. Tekst ma charakter przeglądowo-analityczny i opiera się na współczesnych ujęciach teoretycznych oraz aktualnych badaniach dotyczących wpływu doświadczeń przemocy relacyjnej na rozwój psychiczny dziecka, organizację przywiązania, regulację emocji, obraz siebie oraz zdolność do tworzenia bezpiecznych więzi.

W artykule omówiono szczególne wyzwania terapeutyczne związane z pracą z dzieckiem skrzywdzonym przez osobę znaczącą, w tym trudności w budowaniu przymierza terapeutycznego, współwystępowanie lojalności wobec sprawcy, trudności w ujawnianiu doświadczeń przemocy, objawy pourazowe oraz znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego. Szczególną uwagę poświęcono specyfice rozumienia i leczenia traumy relacyjnej w dzieciństwie oraz implikacjom dla praktyki klinicznej i pomocowej. Celem artykułu jest uporządkowanie wiedzy na temat psychologicznych konsekwencji przemocy relacyjnej wobec dzieci oraz wskazanie kierunków pracy terapeutycznej adekwatnej do potrzeb dziecka.

Słowa kluczowe:
trauma relacyjna; przemoc wobec dziecka; przywiązanie; relacja terapeutyczna; psychoterapia dzieci

 https://doi.org/10.63237/SMKX9120

Wprowadzenie

Rozwój psychiczny, emocjonalny i społeczny człowieka w pierwszych latach jego życia jest nierozerwalnie związany z jakością środowiska opiekuńczego, w którym dorasta. W ujęciu współczesnej psychologii rozwojowej oraz neurobiologii relacja z głównym opiekunem stanowi fundamentalne źródło bezpieczeństwa, pełniąc funkcję zewnętrznego regulatora niedojrzałego układu nerwowego dziecka. Właśnie wewnątrz tej bezpiecznej więzi tworzy się pierwotna matryca poznawcza i emocjonalna, na której bazuje późniejszy obraz samego siebie i otaczającego świata. W sprzyjających warunkach opiekun chroni przed stresem, uczy samoregulacji i stanowi bezpieczną bazę do eksploracji otoczenia. Zdarza się jednak, że ten porządek ulega drastycznemu odwróceniu. Sytuacja, w której osoba mająca stanowić bezpieczne schronienie staje się jednocześnie źródłem krzywdzenia, zaniedbania i chronicznego lęku, inicjuje negatywne zmiany w funkcjonowaniu małoletniego. Zjawisko to, definiowane jako trauma relacyjna, stanowi główny przedmiot rozważań niniejszego artykułu.

Prezentowany tekst ma charakter przeglądowo-analityczny. Jego głównym celem jest analiza psychologicznych konsekwencji traumy relacyjnej u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna oraz omówienie specyfiki procesu terapeutycznego, w którym to właśnie bezpieczna relacja staje się kluczowym doświadczeniem korektywnym. Realizacja tak sformułowanego celu wymaga pochylenia się nad kilkoma aspektami. Należą do nich przede wszystkim omówienie wpływu traumy relacyjnej dziecka na rozwój emocjonalny i organizację przywiązania, a następnie analiza samej dynamiki spotkania z dzieckiem w gabinecie. W tekście przedstawiono także znaczenie takich mechanizmów, jak opór, *acting out* czy zachowania agresywne, oraz rolę terapeuty i środowiska opiekuńczego w procesie regulacji emocjonalnej dziecka.

Wokół tak zarysowanych celów osadzony został główny problem badawczy niniejszej pracy, sprowadzający się do pytania: jak przebiega proces terapeutyczny dziecka doświadczającego traumy relacyjnej oraz jakie znaczenie ma przymierze terapeutyczne w regulacji jego emocji i budowaniu bezpieczniejszych wzorców więzi? Poszukując odpowiedzi, w kolejnych etapach podjęto próbę wyjaśnienia, w jaki sposób trauma relacyjna uderza w funkcjonowanie emocjonalne dziecka oraz z jakimi trudnościami wiąże się budowanie z nim zaufania. Ważnym elementem rozważań będzie również to, jak można rozumieć manifestacje trudnych zachowań oraz jakie znaczenie w pracy z traumą relacyjną mają techniki eksternalizacyjne, symbolizacja czy praca z częściami. Odpowiedzi na te pytania pozwolą sformułować spójne implikacje kliniczne, użyteczne dla specjalistów pracujących z dziećmi po doświadczeniu przemocy.

Definicja zjawiska traumy relacyjnej

W literaturze przedmiotu szeroko analizowanym zjawiskiem jest „trauma z dzieciństwa", określana także jako „trauma dziecięca" (ang. *childhood trauma*). Zgodnie z propozycją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1999 roku pojęcie to definiuje się jako wszelkie formy złego traktowania fizycznego i/lub emocjonalnego, wykorzystywania seksualnego, zaniedbania lub innego rodzaju wykorzystywania. Działania te skutkują rzeczywistą lub potencjalną szkodą dla zdrowia, przetrwania, rozwoju lub godności dziecka, a doświadczane są – co istotne – w relacji opartej na zależności: władzy lub zaufania (Draczyńska, 2024).

Badacze zajmujący się zjawiskiem traumy wprowadzają istotne rozróżnienie na urazy związane z pojedynczym wydarzeniem oraz te, które wynikają z powtarzających się wczesnodziecięcych doświadczeń urazowych. Te drugie określane są w literaturze (Draczyńska, 2024) mianem „traumy rozwojowej" (ang. *developmental trauma*). W sytuacji, gdy źródłem urazu są doświadczenia powstające w relacji z osobą znaczącą, stosuje się również pojęcie „traumy relacyjnej" (ang. *relational trauma*). W celu doprecyzowania tego zjawiska stosuje się pojęcie Traumy przez wielkie „T" w odniesieniu do jednorazowych przeciążających zdarzeń (prowadzących do zespołu stresu pourazowego – (ang. *post-traumatic stress disorder*, PTSD). Doświadczanie traumy relacyjnej natomiast definiuje się jako traumę przez małe „t". Rozumie się przez to negatywne doświadczenia, które obiektywnie mogą wydawać się mniej dojmujące, lecz ze względu na swoją powtarzalność potrafią wywoływać niezwykle poważne skutki. Zjawisko to dokładnie opisuje klasyfikacja wprowadzona przez Lenore Terr (za: Herman, 2003) oraz Krystala (za: Gulla, 2012), którzy wyróżniają traumę typu I oraz traumę typu II. Trauma typu I jest urazem prostym i dotyczy pojedynczych, ekstremalnych wydarzeń wywołanych przez czynniki zewnętrzne (np. wypadki, katastrofy czy pozostawienie dziecka bez opieki). Trauma typu II ma charakter złożony, chroniczny i kompleksowy. Wynika ze skumulowanego wpływu chronicznie działających bodźców urazowych w bliskiej relacji. Może to być zaniedbywanie, maltretowanie, nadmierne kontrolowanie dziecka czy niestabilne, chłodne postępowanie rodzica lub opiekuna (Draczyńska, 2024; Gulla, 2012). W traumie typu II źródłem krzywdy są inni ludzie, dlatego uraz ten nazywany jest często traumą interpersonalną lub traumą przywiązania (Gulla, 2012; Bartnikowska i Dufner, 2020).

Rozwijając wątek traumy przywiązania, warto podkreślić, że jej dewastujące skutki wynikają z uderzenia w fundamentalną, biologiczną potrzebę bliskości. Zgodnie z klasycznymi założeniami Bowlby'ego (2007) dorosły powinien stanowić dla dziecka „bezpieczną bazę", z której może ono bez lęku eksplorować świat. Gdy baza ta

staje się przestrzenią zagrożenia, mamy do czynienia z sytuacją swoistego „uwięzienia". Jak zauważa Judith Herman (2003), uwięzienie w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym nie tylko generuje objawy przewlekłego stresu, ale przede wszystkim trwale zniekształca rozwijającą się tożsamość małoletniego oraz jego zdolność do budowania zaufania w jakichkolwiek późniejszych relacjach.

Mniejsze dzieci (szczególnie do drugiego roku życia) są na ten rodzaj traumy wysoce podatne, ponieważ ich układ nerwowy jest biologicznie nastawiony na budowanie relacji z opiekunem. W tym okresie intensywnie rozwija się prawa półkula mózgu. Odpowiedzialna jest ona za reakcje przywiązaniowe czy radzenie sobie ze stresem (Schore, 2001, za: Bartnikowska i Dufner, 2020). Krystal (za: Gulla, 2012) zauważa także, że wczesnodziecięca trauma ulega amnezji – dziecko nie potrafi jej zwerbalizować, podczas gdy jej niszczący wpływ na rozwój jest ogromny. W efekcie zła, bliska relacja prowadzi do zjawiska tzw. traumy kumulacyjnej, w której seria niekorzystnych czynników, potencjalnie obojętnych w pojedynczym wystąpieniu, poprzez to nagromadzenie staje się dla dziecka głęboko traumatyzująca (Schore, 2001, za: Bartnikowska i Dufner, 2020).

Skala zjawiska i kontekst społeczny traumy relacyjnej w Polsce

Trudno dokładnie oszacować, jak wiele polskich dzieci doświadcza traumy relacyjnej. Badacze wskazują jednak, że jest ona ściśle powiązana z wychowywaniem się małoletnich w rodzinach obciążonych problemem uzależnień, zaburzeń psychicznych czy przemocy domowej. Ponadto zjawisko wczesnodziecięcych urazów jest wpisane w doświadczenia wszystkich dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej oraz dzieci adoptowanych (Romanik i Słowik, 2024). Analiza ogólnopolskich statystyk pozwala zobrazować, jak dużej grupy małoletnich dotyczy ten problem.

Wymieniając okoliczności sprzyjające powstawaniu traumy relacyjnej, należy zwrócić uwagę na narażenie na substancje toksyczne. Działanie czynników traumatyzujących może bowiem rozpoczynać się już w życiu płodowym. Zgodnie z szacunkami w Polsce rocznie na 300 tysięcy urodzeń, przychodzi na świat około tysiąca dzieci obciążonych płodowym zespołem alkoholowym (FAS) (Słowik i Romanik, 2024).

Kolejną bardzo istotną grupę stanowią małoletni, zarejestrowani jako dotknięci przemocą w swoich domach rodzinnych. Z danych Policji wynika, że w 2022 roku liczba dzieci odnotowanych w ramach procedury „Niebieskie Karty" wynosiła 10 982 (Policja, 2022). Zjawisko to widocznie narasta – statystyki za rok 2023 wskazują na znaczny wzrost, obejmując procedurą 17 039 małoletnich dotkniętych przemocą domową (Policja, 2024).

Istotnym czynnikiem jest również oddzielenie od rodziny biologicznej, co z natury wiąże się z głębokimi urazami relacyjnymi. W 2022 roku w polskim systemie pieczy zastępczej przebywało 15 267 dzieci w wieku do szóstego roku życia, a liczba orzeczonych w tym czasie przysposobień wyniosła 2763 (Sejm RP, 2023).

Zarówno ekspozycja na zaniedbanie, przemoc, jak i utrata bezpiecznego środowiska opiekuńczego stanowią bezpośrednie źródło doświadczenia traumy relacyjnej. Jak zauważa Schore (2001, za: Romanik i Słowik, 2024), tego typu przeżycia wywołują ogromne spustoszenie w psychice najmłodszych. W sposób nieunikniony wpływają na ich dalszy rozwój i funkcjonowanie.

Neurobiologiczne uwarunkowania urazu relacyjnego

Zrozumienie mechanizmów traumy relacyjnej u dzieci wymaga odwołania się do wiedzy z zakresu neurobiologii rozwoju. W pierwszych latach życia układ nerwowy człowieka charakteryzuje się intensywnym wzrostem oraz plastycznością, przez co jest wysoce podatny na wpływy środowiska. Jak wskazują Romanik i Słowik (2024), trauma relacyjna „w sposób szczególny odciska piętno na rozwoju dziecka. Wpływa wówczas na jego mózg: może zaburzyć proces dojrzewania neuronów, wywołać zmiany w strukturze kory mózgowej, w wielkości hipokampu, ciała migdałowatego, ciała modzelowatego" (s. 67).

Uraz doświadczany na wczesnym etapie życia niesie nieporównywalnie większe skutki niż trauma w życiu dorosłym. Wynika to z faktu, że – jak zauważają autorki – „do 6. r.ż. dziecko jest całkowicie zależne od opiekuna, a doświadczając traumy właśnie od opiekuna, nie potrafi w konstruktywny sposób ani zadbać o własne bezpieczeństwo, ani samo siebie uspokoić – jego zdolność samoregulacji dopiero się rozwija" (Romanik i Słowik, 2024, s. 66).

Przewlekły stres uderza w fizjologię dojrzewającego układu nerwowego. Sikorska (2014) podkreśla, że „brak bezpiecznego przywiązania oraz konfrontacja z masywnymi stresorami może wpływać hamująco na rozwój mózgu" (s. 61). Autorka szczegółowo wyjaśnia ten proces, wskazując, że „ponieważ rozwój mózgu stymulowany jest poprzez bodźce środowiska, które aktywują z kolei przekaźnictwo synaptyczne w układzie nerwowym – pozostawanie mózgu przez długi czas na poziomie niskiej aktywacji (ze względu na przeżywany przez dziecko stres) prowadzi do długotrwałych zmian w procesach mózgowej przemiany materii" (s. 62).

W tym kontekście absolutnie kluczowa staje się rola osoby dorosłej, ponieważ zgodnie z koncepcją Schore'a „główny opiekun działa jako zewnętrzny regulator psychobiologiczny rozwoju mózgu niemowlęcia" (za: Słowik i Romanik, 2024, s. 3).

Brak takiego oparcia ma drastyczne konsekwencje: „Jeśli w otoczeniu dziecka nie ma bezpiecznego dorosłego, który w pewnym stopniu rekompensowałby niewydolność czy przemoc ze strony opiekuna głównego, trauma staje się dla dziecka wyjątkowo dotkliwa, osłabia lub zakłóca jego więź z rodzicem, przez co zagraża też prawidłowemu rozwojowi psychicznemu" (Słowik i Romanik, 2024, s. 3).

Niezwykle obrazowym dowodem na neurobiologiczne konsekwencje braku bezpiecznej więzi są badania Perry'ego i Pollarda (1997) nad dziećmi poddanymi globalnej deprywacji. Wyniki ich analiz wykazują, że trauma fizycznie przekształca mózg: „Analiza obrazów mózgów wykonanych metodą neuroobrazowania (CT, MRI) wykazała, że dzieci poddane takiej deprywacji miały znacząco mniejszy obwód czaszki oraz wyraźne zmiany w strukturze mózgu, takie jak powiększenie komór mózgowych czy zanik kory mózgowej". Co więcej, „w grupie dzieci z globalnym zaniedbaniem, aż 65% skanów mózgu wykazywało nieprawidłowości" (Perry i Pollard, 1997). Autorki (Romanik i Słowik, 2024) zaznaczają, że eksperci „zgodnie wskazują na negatywny wpływ traumy relacyjnej na rozwój dziecka, szczególnie we wczesnym okresie jego życia" (s. 76).

Uraz relacyjny bardzo często nie może zostać przez małoletniego wypowiedziany słowami. Gulla (2012), przywołując podziały Krystala, zaznacza, że trauma typu II (trauma relacyjna) „ulega amnezji wczesnodziecięcej i nie może być zwerbalizowana, jednak jej wpływ na rozwój dziecka jest ogromny" (s. 674). Niemożność poznawczego ujęcia krzywdy powoduje uruchomienie mechanizmu opisywanego w teorii Maxa Schura jako etap „resomatyzacji (ponownego reagowania somatycznego, gdy próg trudności przekroczy poziom możliwości adaptacyjnych człowieka)" (Gulla, 2012, s. 674).

Tak głębokie zmiany w układzie nerwowym bezpośrednio przekładają się na codzienne funkcjonowanie i objawy kliniczne u dzieci. Słowik i Romanik (2024) szczegółowo wymieniają objawy prezentowane przez dzieci do szóstego roku życia, zaliczając do nich m.in.: „nadmierną czujność", „ponowne doświadczanie traumy", „pobudzenie – przejawiające się w drażliwości, w ekstremalnych napadach złości, w napadach paniki, agresji i autoagresji", a także „unikanie – przejawiające się w zachowaniach dysocjacyjnych" oraz „utratę nabytych umiejętności rozwojowych" (s. 56). Jak ostrzegają autorki opracowania, dziecko w tym wieku nie poradzi sobie samo z ciężarem krzywdy, a „bez odpowiedniego wsparcia jest narażone na trajektorię objawów, która może okazać się przewlekła i wyniszczająca" (s. 57).

Kliniczne aspekty pracy z dzieckiem po doświadczeniu traumy relacyjnej

Wprowadzenie kliniczne

Doświadczenia pracy z dziećmi przebywającymi w pieczy zastępczej pozwalają uchwycić specyfikę funkcjonowania dzieci z historią traumy relacyjnej jeszcze przed rozpoczęciem formalnego procesu terapeutycznego. Już w pierwszych kontaktach widoczna bywa charakterystyczna polaryzacja zachowań: część dzieci intensywnie poszukuje bliskości, skracając dystans fizyczny i emocjonalny wobec nieznanych dorosłych, inne natomiast wyraźnie unikają kontaktu, pozostają wycofane, czujne lub nieufne.

Tego rodzaju zróżnicowanie reakcji można rozumieć jako przejaw zaburzonej organizacji przywiązania, w której relacja z dorosłym nie stanowi przewidywalnego źródła bezpieczeństwa, lecz doświadczenie niepewności, ambiwalencji i potencjalnego zagrożenia (Schwartz, 2020). Jednocześnie u wielu dzieci obserwowalna jest głęboka potrzeba bycia zauważonym, wybranym i objętym relacją – potrzeba, która u osób pracujących z dziećmi wychowującymi się poza rodziną biologiczną często wywołuje doświadczenie „niczyjości" dziecka, jego braku trwałej przynależności do konkretnej osoby, miejsca i historii.

Warunki instytucjonalnej opieki – takie jak duża liczba dzieci, zmienność opiekunów, ograniczona prywatność oraz konieczność funkcjonowania w grupie – dodatkowo utrudniają rozwój stabilnych więzi. Nawet wtedy, gdy podstawowe potrzeby fizyczne dziecka są zabezpieczone, deficyty w obszarze więzi, regulacji emocjonalnej i poczucia stałości pozostają głębokie. Brak możliwości oparcia się na stałej, regulującej obecności dorosłego wpływa na kształtowanie się sposobów radzenia sobie z napięciem, lękiem, złością i poczuciem opuszczenia. W późniejszym okresie wzorce te ujawniają się w relacjach interpersonalnych, w tym także w relacji terapeutycznej.

Wieloletnia praca z dziećmi wychowującymi się poza rodziną biologiczną pozwala zauważyć, że w ich funkcjonowaniu często współistnieją dwa przeciwstawne dążenia: silna potrzeba przywiązania oraz równie silny lęk przed bliskością. Dziecko pragnie relacji, a jednocześnie broni się przed nią, ponieważ wcześniejsze doświadczenia uczyły je, że więź może oznaczać ból, odrzucenie, chaos lub utratę (Keck i Kupecky, 2013). To napięcie staje się jednym z głównych wyzwań w pracy terapeutycznej.

Winieta kliniczna

Poniższa winieta ma charakter ilustracyjny i została opracowana na podstawie powtarzających się zjawisk obserwowanych w pracy terapeutycznej z dziećmi doświadczającymi traumy relacyjnej.

Dziesięcioletnia dziewczynka została zgłoszona na konsultację psychoterapeutyczną przez rodziców zastępczych z powodu nasilonych trudności w regulacji emocji oraz zachowań agresywnych wobec opiekunów i innych dzieci w rodzinie. W wywiadzie wskazywano na częste wybuchy złości, skłonność do zachowań opozycyjnych, trudności szkolne, unikanie wysiłku edukacyjnego oraz tendencję do mijania się z prawdą.

Dziewczynka od około pięciu lat przebywała poza rodziną biologiczną. Początkowo trafiła do pogotowia opiekuńczego, następnie do placówki opiekuńczo-wychowawczej, a od roku mieszkała w rodzinie zastępczej. Relacja z matką biologiczną miała charakter nieregularny i nieprzewidywalny. Matka, będąca osobą poważnie uzależnioną od alkoholu, sporadycznie kontaktowała się z dzieckiem, składała obietnice spotkań, których następnie nie realizowała. Ojciec biologiczny zerwał kontakt z córką, jednocześnie podejmując opiekę nad jej bratem. Dla dziewczynki mogło to stanowić szczególnie bolesne doświadczenie porzucenia i bycia „mniej wybraną", „mniej ważną" niż rodzeństwo.

W pierwszych latach życia dziecko było narażone na liczne doświadczenia traumatyczne. Wychowywało się w środowisku niestabilnym, obciążonym uzależnieniem matki, chaosem relacyjnym oraz przemocą. Dziewczynka doświadczała ekspozycji na przemoc fizyczną i psychiczną, a także była świadkiem przemocy seksualnej wobec matki oraz aktów seksualnych. Tego rodzaju doświadczenia oznaczały nie tylko naruszenie poczucia bezpieczeństwa, lecz także przedwczesne wystawienie dziecka na treści, których nie mogło ono rozwojowo zrozumieć, zintegrować ani symbolicznie opracować.

Kolejne przeniesienia między formami pieczy zastępczej, pobyty w placówkach oraz liczne hospitalizacje psychiatryczne związane z nasilonymi reakcjami emocjonalnymi dodatkowo utrwalały doświadczenie niestabilności. Zachowania dziewczynki, określane przez dorosłych jako „ataki histerii", stawały się często powodem kolejnych interwencji, przeniesień lub specjalistycznych konsultacji. W konsekwencji dziecko mogło doświadczać powtarzającego się wzorca: gdy ujawniało cierpienie poprzez zachowanie, relacja z dorosłymi stawała się zagrożona.

Rodzice zastępczy opisywali dziewczynkę jako dziecko „trudne", reagujące silną agresją oraz autoagresją na próby stawiania granic. W momentach pobudzenia

emocjonalnego kierowała w stronę opiekunów zachowania o charakterze atakującym: wyzywała, kopała, odrzucała kontakt lub uderzała głową w ścianę. Jednocześnie podejmowała intensywne próby utrzymania relacji z matką biologiczną, często opierające się na fantazjach o rychłym powrocie do domu rodzinnego.

Z perspektywy klinicznej nie były to jedynie „kłamstwa" czy „manipulacje", lecz próby ochrony więzi i zachowania psychicznej ciągłości. Dziewczynka tworzyła narrację, w której matka pozostawała dostępna, kochająca i gotowa do odzyskania dziecka. Fantazja ta chroniła ją przed bólem uznania realnej niedostępności matki, a zarazem przed doświadczeniem głębokiej straty.

Psychologiczne znaczenie doświadczeń traumatycznych

Analiza funkcjonowania dziewczynki wymaga uwzględnienia wpływu wczesnych doświadczeń na rozwój psychiczny, obraz siebie, regulację emocji i organizację przywiązania. W traumie relacyjnej źródłem zagrożenia jest często ta sama osoba, która dla dziecka powinna być źródłem bezpieczeństwa. Dziecko pozostaje więc w nierozwiązywalnym konflikcie: potrzebuje opiekuna, a jednocześnie doświadcza od niego chaosu, przemocy, zaniedbania lub niedostępności (Schwartz, 2020).

W takim układzie nie może wykształcić się spójna strategia regulacji emocjonalnej. Dziecko nie uczy się, że napięcie można uspokoić w relacji z dorosłym. Przeciwnie – relacja z dorosłym sama staje się źródłem napięcia. W konsekwencji emocje są przeżywane jako gwałtowne, zalewające i trudne do pomieszczenia. Złość, lęk, wstyd, rozpacz i potrzeba bliskości nie tworzą spójnej narracji wewnętrznej, lecz często pojawiają się w działaniu: poprzez agresję, ucieczkę, odmowę kontaktu, prowokację, idealizację lub dewaluację (Gerhardt, 2016).

U dziewczynki widoczne były trudności w regulacji emocji i wysoka reaktywność, rozszczepienie obrazu siebie i innych, utrwalone poczucie wstydu i niskiej wartości, trudności w mentalizacji i rozumieniu stanów wewnętrznych, tendencja do tworzenia narracji chroniących więź kosztem kontaktu z rzeczywistością oraz silna lojalność wobec krzywdzącego lub niedostępnego opiekuna. Zachowania określane przez otoczenie jako „trudne" – agresja, mijanie się z prawdą, wycofanie, prowokacje czy odmowa współpracy – można więc rozumieć jako strategie przetrwania. Ich celem nie było niszczenie relacji, lecz podejmowana przez dziecko próba ochrony siebie przed przeciążeniem emocjonalnym, wstydem, bezradnością oraz utratą więzi.

Praca z opiekunami jako pierwszy etap interwencji

Proces terapeutyczny rozpoczęto od kilku spotkań z rodzicami zastępczymi. Ich sytuacja emocjonalna była znacząco obciążona. Znajdowali się na granicy rezygnacji z dalszej opieki nad dzieckiem. W ich narracji widoczna była wyraźna ambiwalencja: z jednej strony duże zaangażowanie, troska i gotowość do poszukiwania pomocy, z drugiej – narastająca złość, poczucie odrzucenia, krzywdy, winy i bezradności.

Doświadczenie relacji z dziewczynką uruchamiało w nich intensywne stany emocjonalne, które trudno było im regulować. Reagowali naprzemiennie próbami nadmiernej kontroli, sztywnym stawianiem zasad oraz wycofaniem. Taka zmienność, choć zrozumiała z perspektywy ich przeciążenia, mogła dodatkowo destabilizować relację z dzieckiem. Pomimo wcześniejszej psychoedukacji dotyczącej traumy wczesnodziecięcej bezpośredni kontakt z dzieckiem jako obiektem przywiązania traumatycznego przekraczał ich aktualne zasoby.

W tym etapie pracy istotne było stworzenie przestrzeni do wyrażenia i uporządkowania doświadczeń emocjonalnych opiekunów. Potrzebowali oni nie tylko wiedzy, lecz także regulacji. Interwencje koncentrowały się na zobaczeniu ich wysiłku, przywracaniu poczucia sprawczości, wzmacnianiu zasobów oraz ponownym osadzeniu zachowań dziecka w kontekście traumy relacyjnej.

W pracy z opiekunami terapeutka odwoływała się do koncepcji przywiązania zdezorganizowanego oraz wprowadzała elementy wspierające regulację relacyjną, takie jak zabawa, odzwierciedlanie, dostrojenie i współregulacja, potwierdzenie prawdziwości subiektywnych przeżyć, panowanie nad emocjami, pielęgnowanie relacji (Taylor, 2017, s. 121–125). Ważne było, aby mogli zrozumieć, że agresja, odrzucenie czy prowokacje nie są w prosty sposób kierowane „przeciwko nim", choć pojawiają się właśnie w relacji z nimi. Stanowią raczej odtworzenie wcześniejszych wzorców przywiązania, w których bliskość była niebezpieczna, a zależność od dorosłego wiązała się z ryzykiem zranienia (Levine, 2017, s. 110–123).

Równolegle konieczne było pokierowanie procesem diagnostycznym w kierunku możliwego ADHD oraz konsekwencji wieloletnich zaniedbań somatycznych. Obraz kliniczny dziecka nie mógł być redukowany wyłącznie do traumy. Wymagał szerokiego spojrzenia uwzględniającego zarówno historię relacyjną, jak i funkcjonowanie neuropsychologiczne oraz stan zdrowia. Na tym etapie terapeutka pełniła funkcję regulującą wobec dorosłych, którzy chwilowo tracili dostęp do własnych kompetencji opiekuńczych. Było to istotne, ponieważ dziecko mogło korzystać z terapii tylko wtedy, gdy system opiekuńczy wokół niego stawał się bardziej stabilny, przewidywalny i zdolny do pomieszczania trudnych emocji.

Początek pracy terapeutycznej z dzieckiem

Pierwszy kontakt z dziewczynką charakteryzował się dużą ambiwalencją. Z jednej strony dziecko wykazywało intensywne zainteresowanie osobą terapeutki, dopytując o szczegóły dotyczące jej życia, pracy i obecności. Z drugiej – prezentowało znaczną ruchliwość, trudność w utrzymaniu uwagi oraz pozostawaniu w jednej aktywności. Poruszało się po gabinecie, sprawdzało przestrzeń, badało granice i dostępność osoby dorosłej.

W narracji dziewczynki pojawiały się treści niezgodne z rzeczywistością, dotyczące zarówno relacji z matką biologiczną, jak i funkcjonowania szkolnego. Mówiła, że mieszka z „ciocią i wujkiem", ale matka często ją odwiedza, choć nie znajdowało to odzwierciedlenia w faktach. Snuła fantazje, że matka „się postara" i niedługo będzie mogła do niej wrócić. Również sytuację szkolną przedstawiała jako dobrą, mimo że powtarzała klasę, miała poważne trudności edukacyjne i problemy w relacjach rówieśniczych. Bywała odrzucana przez grupę, m.in. z powodu przypisywanej jej skłonności do kłamania.

Na tym etapie widoczna była trudność w odróżnianiu doświadczeń realnych od życzeniowych oraz silna potrzeba utrzymania spójności wewnętrznej poprzez tworzenie narracji chroniącej obraz relacji z matką. Można to rozumieć jako próbę podtrzymania więzi z obiektem przywiązania nawet kosztem zniekształcania rzeczywistości. Dla dziecka uznanie, że matka jest niedostępna, niesłowna i uwikłana w uzależnienie, mogło być psychicznie zbyt bolesne. Fantazja pełniła więc funkcję ochronną (Heller i LaPierre, 2018, s. 173).

Pierwszy kontakt wzbudzał w terapeutce silne współczucie, ale jednocześnie od początku było jasne, że zbudowanie stabilnego przymierza terapeutycznego będzie procesem długim, pełnym zakrętów i zawirowań (Wallin, 2011, s. 278–292). Istotne było także założenie, że terapia dziecka nie może toczyć się w izolacji od opiekunów. Rodzice zastępczy musieli stać się częścią procesu, ponieważ to oni na co dzień mieli tworzyć przewidywalne, spójne reakcje oraz pomagać w pomieszczaniu emocji, których dziewczynka nie była jeszcze w stanie regulować samodzielnie.

Wczesna faza relacji terapeutycznej

W pierwszych miesiącach pracy terapeutycznej relacja rozwijała się stopniowo. Początkowo rozmowy dotyczyły spraw bieżących i mniej zagrażających. Z czasem dziewczynka zaczęła mówić więcej o tym, że „nie lubi ludzi", że chce wrócić do matki, że rodzice zastępczy jej nie rozumieją. Treści dotyczące przywiązania, opuszczenia

i złości nie pojawiały się jeszcze wprost jako spójna opowieść, lecz raczej poprzez fragmenty wypowiedzi, zachowania i sposób bycia w relacji.

Dziewczynka naprzemiennie zbliżała się i wycofywała. Podejmowała próby fizycznego skracania dystansu, pytając np., czy może usiąść terapeutce na kolanach, by w innych momentach odmawiać kontaktu, nie chcieć się przywitać lub mówić, że nie ma ochoty uczestniczyć w spotkaniu. Pojawiały się zachowania testujące granice: branie do ręki przedmiotów należących do terapeutki, np. kalendarza, sprawdzanie reakcji dorosłego, odmowa rozmowy, a także obwinianie rodziców zastępczych o faworyzowanie innych dzieci i brak miłości wobec niej.

W relacji widoczna była próba sprawdzenia, na ile dorosły jest przewidywalny, dostępny i odporny na odrzucenie. W jej zachowaniu można było odczytać niewypowiedziane pytania: „Czy nadal będziesz, jeśli cię odrzucę?", „Czy zezłościsz się, gdy przekroczę granicę?", „Czy odeślesz mnie, jeśli pokażę złość?", „Czy można chcieć bliskości i jednocześnie nie zostać upokorzonym?".

Z perspektywy klinicznej zachowania te można rozumieć jako przejaw dezorganizacji przywiązania oraz próbę regulacji wewnętrznego konfliktu między potrzebą bliskości a lękiem przed nią.

Dynamika relacji terapeutycznej i opór w procesie

W toku dalszej pracy zaczęły pojawiać się sesje, podczas których dziewczynka odmawiała rozmowy. Twierdziła, że jest zmęczona, że nie chciała przychodzić, że została zmuszona przez „ciocię i wujka", że wolałaby oglądać YouTube'a i że spotkania „i tak nic nie zmieniają". Pojawiła się dewaluacja terapeutki – podobna do tej, która wcześniej kierowana była wobec rodziców zastępczych.

Z perspektywy procesu terapeutycznego stanowiło to istotny moment. Dewaluacja terapeutki i podważanie sensu terapii mogły świadczyć o tym, że relacja zaczyna nabierać znaczenia (Briere i Scott, 2010, s. 178). Wraz z internalizacją specjalistki jako ważnego obiektu aktywizował się lęk przed bliskością. Dla dziecka, którego wcześniejsze więzi wiązały się z bólem, utratą, chaosem i rozczarowaniem, znaczenie drugiej osoby mogło być samo w sobie zagrażające.

Opór nie był więc traktowany jako przeszkoda, lecz jako komunikat. Informował o poziomie napięcia, lęku i potrzebie ochrony. Pozwalał też rozumieć, w jakim tempie dziecko jest gotowe zbliżać się do trudnych doświadczeń. W tym sensie odmowa rozmowy, złość czy dewaluacja nie oznaczały braku postępu, lecz stawały się częścią procesu ujawniania się wzorca relacyjnego.

Zastosowanie technik eksternalizujących i pracy z częściami

W sytuacjach zwiększonego napięcia emocjonalnego wprowadzano techniki umożliwiające pośredni kontakt z przeżyciami dziecka. Bezpośrednia rozmowa o emocjach bywała zbyt konfrontacyjna, a rozmowa odnosząca się wprost do realnego kontekstu doświadczeń – często niemożliwa do udźwignięcia. Dlatego wykorzystywano rysunek, figurki, metaforę, elementy zabawy oraz pracę z częściami.

Figurki reprezentowały różne aspekty doświadczenia dziewczynki: emocje, ważne osoby z jej życia oraz części jej wewnętrznego świata. Pojawiały się wśród nich matka biologiczna, ojciec, babcia ze strony matki, brat wychowywany przez ojca, z którym dziewczynka nie miała kontaktu, a z czasem także rodzice zastępczy oraz terapeuta. Dziewczynka mogła dowolnie ustawiać figurki, oddalać je, wyłączać z układu, przywracać, zmieniać ich pozycję. Miała wpływ na to, kto w danym momencie może być obecny, kto jest zbyt trudny, kto budzi złość, tęsknotę lub lęk.

Tego rodzaju praca umożliwiała bezpieczne zbliżanie się do treści przeciążających. Eksternalizacja pozwalała dziecku zobaczyć swój świat wewnętrzny z pewnego dystansu, bez konieczności natychmiastowego mówienia „to ja", „to moja złość", „to moja tęsknota", „to mój wstyd". Podobną funkcję pełniły rysunki oraz inne formy ekspresji symbolicznej.

W procesie korzystano również z rozumienia objawów w perspektywie pracy z częściami, zbliżonej do założeń Internal Family Systems (IFS) (Spiegel, 2019, s. 50–68). Model Internal Family Systems (IFS) zakłada ujmowanie psychiki jako systemu różnych części pełniących określone, często ochronne funkcje. Praca terapeutyczna służy ich rozpoznawaniu, rozumieniu i integrowaniu, bez patologizowania ich obecności. Zachowania dziecka były rozumiane jako przejawy działania części chroniących, których funkcją jest zabezpieczenie głęboko zranionego, rdzennego Ja przed kontaktem z bólem, bezradnością i opuszczeniem. Takie ujęcie pozwalało zmniejszać patologizowanie objawów. Agresja, odmowa kontaktu, idealizacja matki czy fantazjowanie o powrocie do niej nie były traktowane jako „złe zachowania", lecz jako sposoby ochrony przed psychicznym rozpadem.

Istotnym elementem procesu było również przywracanie dziecku poczucia sprawczości (Rothschild, 2021, s. 19). Możliwość decydowania o ustawieniu figurek, wyborze aktywności czy stopniu zbliżania się do trudnych treści stanowiła ważny czynnik regulacyjny, szczególnie w kontekście wcześniejszych doświadczeń utraty kontroli, przemocy i bycia zależnym od nieprzewidywalnych dorosłych.

Moment kryzysu w relacji terapeutycznej

Jednym z kluczowych momentów procesu był epizod silnej reakcji emocjonalnej wobec terapeutki. Gdy dziewczynka chciała usiąść terapeutce na kolanach, specjalistka spokojnie uznała znaczenie tego gestu, mówiąc, że cieszy się z zaufania, ale łatwiej będzie rozmawiać, jeśli obie osoby będą siedzieć naprzeciwko siebie. Granica została postawiona łagodnie, bez zawstydzania i odrzucenia, jednak dla dziecka stała się silnym bodźcem emocjonalnym.

Dziewczynka zareagowała gwałtownym wybuchem złości. Rozrzuciła figurki, powiedziała, że terapeutka jest zła i głupia, zapowiedziała, że więcej nie przyjdzie, a następnie zaczęła płakać. Był to moment bardzo poruszający klinicznie. Agresja, wcześniej kierowana głównie w stronę matki zastępczej, pojawiła się teraz w relacji terapeutycznej. Jednocześnie zaczęła ustępować miejsca smutkowi, bezradności i odsłoniętej potrzebie bliskości.

Zdarzenie to można rozumieć jako aktywizację kluczowego konfliktu relacyjnego: pragnienia więzi i lęku przed odrzuceniem. Postawienie granicy, mimo że adekwatne i ochronne, mogło zostać przez dziecko przeżyte jako powtórzenie doświadczenia odtrącenia. Różnica polegała jednak na tym, że tym razem dorosły nie wycofał się, nie ukarał, nie odrzucił i nie odpowiedział złością. Pozostał w kontakcie, pomieścił emocje dziecka i pozwolił, aby pod agresją pojawił się smutek.

Można to interpretować jako przejście od działania do kontaktu z doświadczeniem emocjonalnym. *Acting out* zaczął ustępować miejsca przeżywaniu, a złość – choć nadal intensywna – stała się drogą do bardziej pierwotnych uczuć: żalu, tęsknoty i potrzeby więzi (Juul, 2013).

Doświadczenie terapeutki i znaczenie regulacji

Prowadzenie terapii wiązało się z intensywnym zaangażowaniem emocjonalnym terapeutki. Szczególnie trudne były momenty silnej ambiwalencji – zarówno po stronie dziecka, jak i terapeuty. Pojawiały się naprzemienne impulsy opiekuńcze, pragnienie ochrony, przytulenia i „uratowania" dziecka, a zarazem – myśli o wycofaniu się z relacji, zakończeniu terapii lub przekierowaniu dziewczynki i jej rodziny do innego specjalisty.

Te reakcje można rozumieć w kategoriach przeciwprzeniesienia. Terapeutka stawała się odbiorcą emocji, których dziecko nie mogło pomieścić: tęsknoty, złości, bezradności, lęku przed odrzuceniem i przekonania, że relacja ostatecznie się nie uda. Wewnętrzna ambiwalencja terapeutki mogła odzwierciedlać wewnętrzny świat

dziecka oraz doświadczenia jego ważnych obiektów: pragnienie bliskości i jednoczesne odrzucenie jej jako zbyt bolesnej.

Świadomość tych procesów oraz korzystanie z superwizji miały kluczowe znaczenie dla utrzymania zdolności terapeutki do pozostawania w relacji (Taylor, 2017, s. 67–69). Superwizja umożliwiała rozpoznawanie własnych reakcji, odróżnianie ich od impulsów działania oraz przywracanie refleksji tam, gdzie pojawiało się przeciążenie (Ambroziak, 2018, s. 74–78).

Równie ważne okazało się utrzymywanie funkcji kontenerującej – zdolności do przyjmowania, nazywania i regulowania intensywnych stanów emocjonalnych dziecka bez reagowania w sposób impulsywny, odwetowy lub wycofujący. W tym sensie terapeutka pełniła funkcję zewnętrznego regulatora, umożliwiającego stopniowe rozwijanie zdolności samoregulacyjnych u dziecka.

Zmiany w przebiegu terapii

W miarę postępu procesu terapeutycznego obserwowano stopniową zmianę w funkcjonowaniu dziewczynki. Praca z figurkami i częściami stawała się mniej potrzebna. Dziecko zaczynało chętniej korzystać z bezpośredniej komunikacji, a emocje, wcześniej obecne głównie w działaniu, coraz częściej mogły być wypowiadane.

Pojawiła się zdolność do bardziej realistycznego opisywania relacji z matką biologiczną. Dziewczynka zaczęła mówić, że matka obiecała spotkanie i nie przyszła. Pojawiła się świadoma złość kierowana do matki, związana z jej niesłownością, uzależnieniem i niedostępnością. W kontakcie telefonicznym dziecko było w stanie wykrzyczeć matce, że pije, że nie dotrzymuje obietnic i że nie chce kolejnych pustych deklaracji. Obok złości pojawiał się również smutek.

Była to istotna zmiana psychiczna. Dziewczynka nie musiała już wyłącznie chronić obrazu matki poprzez idealizację i fantazję. Mogła zacząć przeżywać bardziej złożone uczucia: złość, żal, tęsknotę, rozczarowanie i miłość jednocześnie. Oznaczało to większą zdolność do kontaktu z rzeczywistością relacyjną oraz mniejszą konieczność obronnego zniekształcania obrazu matki.

Zmiany dotyczyły również funkcjonowania systemu rodzinnego. Rodzice zastępczy, uzyskując większe zrozumienie zachowań dziecka, stawali się spokojniejsi. Zaczęli stosować mniej sztywnych zasad na rzecz rozmowy, wspólnego ustalania zasad życia domowego i bardziej elastycznego reagowania. Ich większa zdolność do rozumienia dziecka sprzyjała tworzeniu bardziej przewidywalnego środowiska, w którym dziewczynka mogła stopniowo ćwiczyć inne sposoby komunikowania potrzeb.

Zakończenie procesu terapeutycznego i jego znaczenie

Proces terapeutyczny został zakończony na etapie istotnych zmian w funkcjonowaniu dziewczynki. Nie oznaczało to całkowitego rozwiązania problemu traumy relacyjnej, ale wskazywało na osiągnięcie ważnego celu rozwojowego i terapeutycznego: umożliwienie dziecku lepszego funkcjonowania w rodzinie zastępczej oraz budowania bezpieczniejszych relacji z opiekunami.

Do najważniejszych obszarów zmiany należało: uznanie przez dziewczynkę swojej sytuacji życiowej, poprawa relacji z rodzicami zastępczymi, większa otwartość w bezpośredniej komunikacji oraz ograniczenie regulacji poprzez *acting out*. Dziewczynka w większym stopniu mogła mówić, zamiast działać. Mogła wyrażać złość, lęk, wstyd, potrzebę bliskości i więzi, a także ambiwalencję wobec ważnych osób. Istotnym obszarem pracy było również budowanie poczucia własnej wartości, osłabionego przez doświadczenia odrzucenia, przeniesień, porzucenia i niestabilnych więzi.

Szczególne znaczenie miało przejście od regulacji poprzez działanie do regulacji poprzez relację i refleksję. Dziecko, które wcześniej komunikowało cierpienie głównie poprzez agresję, prowokacje, fantazje i odmowę kontaktu, zaczynało coraz częściej korzystać ze słów, symboli i relacji jako sposobów porządkowania doświadczenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że terapia nie „rozwiązuje" traumy relacyjnej w sposób ostateczny. Wczesne doświadczenia traumatyczne stanowią trwały element organizacji psychicznej i mogą uaktywniać się w kolejnych etapach życia, szczególnie w sytuacjach bliskości, zależności, separacji, budowania związków, rodzicielstwa czy konfrontacji z utratą. Trauma relacyjna może stać się bagażem niesionym przez wiele lat, nawet jeśli nie determinuje całego życia osoby.

Z perspektywy klinicznej zasadne jest rozumienie procesu terapeutycznego jako potencjalnie długofalowego, przebiegającego etapami i powracającego w momentach zwiększonego obciążenia rozwojowego. Terapia może być potrzebna przez wiele lat życia, niekiedy „dawkowana" przez samego pacjenta w odcinkach, w takim rytmie, w jakim jest on w stanie asymilować kolejne warstwy doświadczenia.

Znaczenie podejścia terapeutycznego

Istotnym czynnikiem wspierającym proces był paradygmat pracy oparty na podejściu ericksonowskim, które zakłada, że każda osoba dokonuje w danym momencie najlepszego możliwego dla siebie wyboru, biorąc pod uwagę dostępne zasoby,

historię i aktualny poziom bezpieczeństwa. Wszystkie komunikaty klienta powinny być respektowane, ponieważ nawet opór, milczenie, prowokacja czy odmowa kontaktu niosą informację o jego stanie wewnętrznym. W tym ujęciu rolą terapeuty nie jest odbieranie wyboru, lecz jego poszerzanie. Praca nie koncentruje się wyłącznie na deficytach, ale na zasobach (Klajs, 2017, s. 340–363), sprawczości i możliwościach dziecka. Opór nie jest przeszkodą w terapii, lecz wskazówką dla terapeuty – informacją o tym, że dane tempo, forma kontaktu lub poziom bliskości są dla dziecka w danym momencie zbyt trudne.

Podejście ericksonowskie sprzyja elastyczności i kreatywności w doborze interwencji, co ma szczególne znaczenie w pracy z dziećmi doświadczającymi traumy relacyjnej. W praktyce oznaczało to wykorzystywanie różnorodnych technik: rysunku, pracy z figurkami, częściami, metaforą, bajką terapeutyczną i elementami zabawy. Techniki te pozwalały omijać bezpośredni opór, a jednocześnie stopniowo zbliżać się do trudnych doświadczeń w sposób bezpieczny dla dziecka. Wszystko to działo się w bezpiecznej przestrzeni relacyjnej.

Opisany proces pokazuje, że w pracy z dzieckiem po traumie relacyjnej kluczowe znaczenie ma nie tylko dobór technik, ale przede wszystkim relacja. Technika staje się pomocna wtedy, gdy służy regulacji, wzmacnia sprawczość dziecka i pozwala mu doświadczać relacji jako bardziej przewidywalnej, nienaruszającej i zdolnej do pomieszczenia jego emocji. W tym sensie relacja terapeutyczna może stać się doświadczeniem korektywnym nie dlatego, że usuwa przeszłość, lecz dlatego, że umożliwia dziecku przeżycie innej odpowiedzi dorosłego na jego złość, lęk, wstyd i potrzebę bliskości. Kohlenberg i Tsai (1998, s. 305) przytaczają słowa jednej z osób po doświadczeniu traumy: „Jeśli złe relacje mnie spaczyły, to – logicznie rzecz biorąc – do osiągnięcia poprawy potrzebne są mi dobre relacje".

Opisany proces terapeutyczny ilustruje kluczowe zjawiska opisywane w literaturze dotyczącej traumy relacyjnej i stanowi punkt wyjścia do dalszej refleksji nad implikacjami dla praktyki klinicznej.

Implikacje dla praktyki klinicznej

Praca terapeutyczna z dzieckiem doświadczającym przemocy ze strony opiekuna należy do szczególnie wymagających obszarów praktyki klinicznej. Zakłada nie tylko wiedzę dotyczącą traumy, przywiązania i rozwoju psychicznego dziecka, lecz także dojrzałość emocjonalną oraz zdolność rozumienia złożonych procesów intrapsychicznych i interpersonalnych.

Szczególne znaczenie ma pogłębiona refleksja nad własnymi reakcjami emocjonalnymi terapeuty. W pracy z dzieckiem skrzywdzonym przez osobę znaczącą zjawiska przeciwprzeniesieniowe bywają intensywne i obejmują szerokie spektrum emocji: współczucie, złość, bezradność, pragnienie ochrony, a niekiedy także zmęczenie czy chęć wycofania się z relacji. Ich rozpoznawanie i opracowywanie – zwłaszcza w superwizji – stanowi ważny warunek utrzymania bezpiecznej i stabilnej ramy terapeutycznej.

Niezbędna jest gotowość terapeuty do stania się stabilnym dorosłym: dostępnym, przewidywalnym, uważnym, a jednocześnie respektującym granice dziecka i własne granice relacji terapeutycznej. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ dzieci krzywdzone często mają doświadczenie relacji naruszających, chaotycznych lub pozbawionych ochrony. Relacja terapeutyczna powinna więc oferować odmienne, korektywne doświadczenie: bycia widzianym, przyjmowanym i akceptowanym przy jednoczesnym zachowaniu szacunku dla odrębności, sprawczości i tempa dziecka.

W tym sensie terapeuta może na pewien czas pełnić funkcję emocjonalnie zastępczego dorosłego: osoby, która pomaga dziecku regulować emocje, porządkować doświadczenie i stopniowo budować bardziej bezpieczne sposoby pozostawania w relacji. Nie oznacza to zastępowania realnych opiekunów, lecz stworzenie takiej relacji, w której dziecko może doświadczyć obecności dorosłego niezagrażającej, nienaruszającej i zdolnej do pomieszczenia jego cierpienia.

Analiza przedstawionej winiety klinicznej oraz współczesnych koncepcji traumy relacyjnej pozwala sformułować następujące implikacje dla praktyki terapeutycznej:

1. **Budowanie relacji terapeutycznej jako podstawowego narzędzia leczenia**
   W pracy z dzieckiem po traumie relacyjnej kluczowe znaczenie ma stworzenie bezpiecznej, przewidywalnej i stabilnej relacji terapeutycznej. To właśnie relacja, a nie sama technika stanowi główny czynnik korektywny i umożliwia stopniową odbudowę zaufania do dorosłego.
2. **Rozumienie objawów jako strategii przetrwania**
   Zachowania takie jak agresja, prowokacja, wycofanie, konfabulowanie, odmowa współpracy czy *acting out* powinny być rozumiane nie jako „złośliwość" dziecka, lecz jako strategie regulacyjne chroniące przed przeciążeniem emocjonalnym, wstydem, lękiem i doświadczeniem odrzucenia.
3. **Praca w tempie możliwym do udźwignięcia przez dziecko**
   Dzieci z doświadczeniem przemocy relacyjnej często funkcjonują w chronicznym pobudzeniu lub dysocjacji. Nadmierna konfrontacja z traumatycznym materiałem może prowadzić do retraumatyzacji. Konieczne jest respektowanie tempa dziecka oraz jego gotowości do kontaktu z trudnymi doświadczeniami.

4. **Znaczenie współregulacji emocjonalnej**
   Dziecko po traumie relacyjnej bardzo często nie ma rozwiniętej zdolności samoregulacji. Zadaniem terapeuty staje się czasowe pełnienie funkcji zewnętrznego regulatora emocji poprzez spokojną obecność, dostrojenie, przewidywalność oraz zdolność pomieszczania intensywnych stanów emocjonalnych dziecka.
5. **Uważność na ambiwalencję w relacji terapeutycznej**
   Dziecko może jednocześnie silnie poszukiwać bliskości i gwałtownie ją odrzucać. Testowanie granic, dewaluacja terapeuty czy wycofanie nie powinny być interpretowane jako brak motywacji do terapii, lecz jako przejaw zdezorganizowanego przywiązania i lęku przed zależnością.
6. **Znaczenie stabilnych granic terapeutycznych**
   Jasne, spokojne i niekarzące granice stanowią ważny element doświadczenia korektywnego. Dziecko potrzebuje relacji, w której granica nie oznacza przemocy, odrzucenia ani zerwania więzi.
7. **Włączanie opiekunów zastępczych w proces terapeutyczny dziecka**
   Terapia dziecka po doświadczeniu przemocy relacyjnej nie może przebiegać w oderwaniu od środowiska opiekuńczego. Rodzice zastępczy i opiekunowie często doświadczają silnego przeciążenia emocjonalnego, bezradności oraz wtórnej frustracji wynikającej z trudnych zachowań dziecka. Dlatego istotnym elementem procesu terapeutycznego pozostają psychoedukacja, wsparcie emocjonalne oraz wzmacnianie kompetencji opiekunów w zakresie rozumienia zachowań dziecka przez pryzmat doświadczeń traumatycznych. Budowanie bezpiecznego, przewidywalnego i regulującego środowiska poza gabinetem terapeutycznym zmniejsza ryzyko kolejnych relacyjnych zranień, odrzuceń i destabilizacji więzi.
8. **Wykorzystywanie technik pośrednich i symbolicznych**
   Dzieci po doświadczeniu przemocy często nie są gotowe do bezpośredniej narracji o traumie. Pomocne okazują się techniki eksternalizacyjne: rysunek, metafora, zabawa, figurki, bajka terapeutyczna czy praca z częściami, umożliwiające bezpieczne symbolizowanie doświadczeń.
9. **Ostrożność diagnostyczna i szerokie spojrzenie kliniczne**
   Objawy traumy relacyjnej mogą współwystępować z ADHD, zaburzeniami neurorozwojowymi, zaburzeniami somatycznymi lub konsekwencjami zaniedbań biologicznych. Konieczne jest unikanie redukowania całego obrazu klinicznego wyłącznie do traumy.
10. **Znaczenie superwizji i troski o terapeutę**
    Praca z dziećmi po doświadczeniu przemocy relacyjnej wiąże się z silnymi reakcjami przeciwprzeniesieniowymi. Regularna superwizja oraz dbałość o własne

zasoby psychiczne terapeuty są warunkiem utrzymania stabilnej i bezpiecznej relacji terapeutycznej.

11. **Rozumienie terapii jako procesu długofalowego**
    Trauma relacyjna wpływa na organizację osobowości, obraz siebie i wzorce więzi. Proces zdrowienia często przebiega etapami i może wymagać powracania do terapii na różnych etapach rozwoju dziecka i jego życia relacyjnego.
12. **Współpraca interdyscyplinarna**
    Choć przedstawiona winieta koncentruje się przede wszystkim na relacji terapeutycznej oraz pracy z opiekunami zastępczymi, jej analiza wskazuje również na potrzebę szerszej współpracy interdyscyplinarnej, zwłaszcza w sytuacjach współwystępowania trudności szkolnych, podejrzenia ADHD, zaniedbań somatycznych oraz konieczności stabilizowania środowiska opiekuńczego dziecka.
13. **Tworzenie doświadczeń korektywnych zamiast koncentracji wyłącznie na objawach**
    Celem terapii nie jest jedynie redukcja objawów, lecz umożliwienie dziecku doświadczenia relacji, w której może być widziane, słyszane i akceptowane bez konieczności stosowania destrukcyjnych strategii przetrwania.
14. **Wzmacnianie sprawczości dziecka**
    Dzieci po doświadczeniu przemocy często mają historię utraty kontroli nad własnym życiem i ciałem. Umożliwianie im dokonywania wyborów, wpływania na przebieg terapii i współdecydowania o formie pracy wspiera odbudowę poczucia bezpieczeństwa i podmiotowości.

Dyskusja

Przedstawiona winieta kliniczna stanowi ilustrację procesów psychologicznych i relacyjnych zachodzących u dziecka doświadczającego krzywdzenia ze strony znaczącego dorosłego. Opisany materiał kliniczny ukazuje zarówno wewnętrzne mechanizmy funkcjonowania dziecka po traumie relacyjnej, jak i dynamikę relacji pomiędzy dzieckiem a opiekunami zastępczymi oraz pomiędzy dzieckiem a terapeutą. Winieta pozwala zobrazować sposób, w jaki doświadczenia przemocy, zaniedbania i niestabilności więzi organizują emocje, zachowania oraz wzorce budowania relacji.

Dyskusja pełni funkcję podsumowania niniejszych rozważań i odnosi się do stopnia realizacji celów przedstawionych we wstępie artykułu oraz do pytań dotyczących specyfiki procesu terapeutycznego dziecka po doświadczeniu traumy relacyjnej i znaczenia relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego.

Analiza przypadku dziesięcioletniej dziewczynki wychowującej się w pieczy zastępczej ilustruje teoretyczne założenia dotyczące traumy relacyjnej, definiowanej jako ciągłe, powtarzające się doświadczanie przemocy, zaniedbania oraz nieprzewidywalności ze strony głównego opiekuna. Przypadek ten pozwala dostrzec, w jaki sposób trauma relacyjna trwale wpływa na organizację psychiki, zachowanie oraz zdolność dziecka do samoregulacji.

W kontekście tym winieta w sposób szczególny uwidacznia tzw. paradoks relacyjny. Dziecko z doświadczeniem wczesnego krzywdzenia znajduje się w tragicznym rozdarciu: z jednej strony odczuwa głęboką, biologiczną potrzebę bliskości i bezpiecznego przywiązania, z drugiej zaś – relacja z dorosłym kojarzy mu się z największym możliwym zagrożeniem, bólem i odrzuceniem. Z klinicznego punktu widzenia agresja wobec innych, skłonność do zachowań opozycyjnych, prowokacyjnych, konfabulujących, wybuchy złości czy unikanie wysiłku edukacyjnego nie stanowią przejawu świadomej manipulacji czy złośliwości. W rzeczywistości są to wypracowane strategie przetrwania, których nadrzędnym celem nie jest niszczenie relacji, lecz ochrona przed poczuciem bezradności, przeciążeniem emocjonalnym, zmierzeniem się z odrzucaniem, wstydem i stratą. Kluczowym jest traktowanie tych objawów jako ochrony głęboko zranionego, rdzennego JA. Takie podejście wyklucza patologizowanie zachowań dziecka, pozwalając na szukaniu głębszego sensu jego reakcji.

Taka zmiana optyki uwydatnia wartość odpowiednio dobranych narzędzi interwencji, w tym podejścia ericksonowskiego oraz pracy z częściami osobowości (w oparciu o założenia zbliżone do modelu IFS). Zastosowanie paradygmatu ericksonowskiego, w którym zakłada się, że pacjent dokonuje najlepszego możliwego wyboru, bazując na dostępnych zasobach, pozwala na traktowanie oporu nie jako przeszkody, lecz jako istotnej informacji. Sięgnięcie po metody eksternalizacyjne – takie jak praca z metaforą, wykorzystanie figurek czy elementów zabawy – skutecznie redukuje napięcie. Dzięki temu dziecko zyskuje bezpieczny dystans i może stopniowo dotykać trudnych przeżyć, minimalizujące ryzyko wtórnej retraumatyzacji.

Zrozumienie skuteczności tych interwencji wymaga jednak odpowiedzi na pytanie o mechanizmy zmiany i fundamentalną rolę relacji terapeutycznej. Jak zwraca uwagę K. Ambroziak (2018), żadne techniki gabinetowe nie zadziałają optymalnie bez zbudowania odpowiedniej bazy w postaci relacji terapeutycznej, a sam proces pomocy dzieciom krzywdzonym silnie zależy od jakości tej więzi. To kontakt z terapeutą stanowi dla dziecka niezbędne, korektywne doświadczenie emocjonalne, w którym dorosły reaguje na złość i lęk pacjenta w sposób bezpieczny, nieodrzucający i nienaruszający jego granic. Relacja ta pozwala na stopniowe odbudowanie utraconego zaufania i jest nadrzędnym czynnikiem leczącym. Prawdziwy mechanizm

zmiany opiera się na ewolucji strategii regulacyjnych pacjenta w obrębie tej relacji: przejściu od regulowania trudnych emocji poprzez destrukcyjne zachowanie (agresja, *acting out*) do zdolności wyrażania ich za pomocą słów i autorefleksji.

Praktyczne wykorzystanie tych form pomocy często napotyka jednak na systemowe przeszkody. Omówione w pierwszej części artykułu neuroplastyczność mózgu oraz naturalna potrzeba tworzenia bezpiecznych więzi drastycznie mijają się z realiami opieki instytucjonalnej. Kiedy układ nerwowy pozbawiony jest stałego wsparcia w postaci dorosłego, tkwi on w chronicznym napięciu, co tylko nasila objawy pourazowe. Wobec tego fundamentalną rolę odgrywają rodzice zastępczy, którzy przyjmują na siebie ciężar bycia nową figurą przywiązania. Efektywność psychoterapii dziecka zależy bezpośrednio od stabilności jego środowiska domowego. Ponieważ konfrontacja z prowokacjami podopiecznego skrajnie wyczerpuje opiekunów, początkowy etap interwencji musi bezwzględnie koncentrować się na ich wsparciu i odbudowaniu sprawczości wychowawczej.

Konieczność zapewnienia emocjonalnego oparcia odnosi się również do samych specjalistów. Proces terapeutyczny w przypadku traumy relacyjnej wiąże się z występowaniem silnych reakcji przeciwprzeniesieniowych – od potrzeby „ocalenia" pacjenta po poczucie wypalenia. Rozumienie tych zjawisk sprawia, że regularna superwizja staje się kierunkiem koniecznym. Należy przy tym zachować ostrożność i realizm w ocenie perspektyw leczenia. Psychoterapia nie eliminuje urazów permanentnie; wczesne doświadczenia relacyjnej zdrady mogą pozostawiać trwały ślad w układzie nerwowym, przez co terapia ma często charakter wielofazowy.

Należy również podkreślić ograniczenia płynące z analizy przedstawionego materiału, a także wyraźnie zaznaczyć, że zaprezentowana w artykule winieta kliniczna nie jest szerokim badaniem empirycznym, lecz ma charakter wyłącznie ilustracyjny. Służy ona zobrazowaniu mechanizmów teoretycznych w praktyce, jednak na jej podstawie nie można dokonywać ogólnych generalizacji klinicznych czy statystycznych. Każde dziecko doświadczające traumy funkcjonuje inaczej, a każdy proces terapeutyczny pozostaje ściśle zindywidualizowany i unikalny.

Podsumowanie

Zarówno rozważania teoretyczne, jak i doświadczenia kliniczne zebrane w niniejszym artykule dowodzą, że realizacja celów terapeutycznych w leczeniu wczesnodziecięcej traumy relacyjnej jest niemożliwa bez zbudowania bazy w postaci bezpiecznej relacji. To właśnie relacja z terapeutą jest kluczowym mechanizmem zmiany. Choć nie wymazuje ona przeszłości, uczy układ nerwowy dziecka funkcjonowania poza

schematem zagrożenia, umożliwiając transformację destrukcyjnych strategii przetrwania w dojrzałą zdolność regulowania emocji w kontakcie z drugim człowiekiem.

Należy jednak zaznaczyć, że proces ten nie może toczyć się wyłącznie w zaciszu gabinetu terapeutycznego. Profesjonalną interwencją musi zostać objęty cały system opiekuńczy pacjenta. Rodzice zastępczy i opiekunowie są głównymi kreatorami przewidywalnej codzienności, w związku z czym objęcie ich priorytetowym wsparciem staje się najważniejszym etapem leczenia skrzywdzonego dziecka. Ponadto sieć relacji wokół pacjenta powinna obejmować także uważne środowisko edukacyjne. Jak zauważa U. Bartnikowska (2024), szkoła i przedszkole stanowią dla wychowującego się w pieczy zastępczej dziecka z wczesnodziecięcą traumą relacyjną miejsce szczególnie trudnych wyzwań interpersonalnych, wymagające od otoczenia zindywidualizowanego wsparcia. Zintegrowanie działań terapeutycznych, domowych i szkolnych tworzy kompleksową, bezpieczną bazę, która docelowo pozwala zranionemu dziecku na realny powrót do stabilnego i pełnego rozwoju.

E-mail głównej autorki: **akubacka@aps.edu.pl**

Bibliografia

Ambroziak, K. (2018). Rola relacji terapeutycznej w pomocy dzieciom krzywdzonym. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *17*(4), 51–81.

Bartnikowska, U. (2024). Szkoła i przedszkole jako miejsce wyzwań interpersonalnych dla dziecka z rodziny adopcyjnej lub zastępczej – perspektywa rodziców. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, *19*(2), 51–63.

Bartnikowska, U., Dufner, H. (2020). Specjalne potrzeby dziecka z traumą rozwojową w świetle badań neurobiologicznych. W Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Problematyczność inkluzji społecznej i edukacyjnej osób z niepełnosprawnościami i o szczególnych potrzebach* (s. 307–318). Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Briere, J., Scott, C. (2010). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Instytut Psychologii Zdrowia.

Draczyńska, D. (2024). Trauma relacyjna. *Psychiatria Polska*, *58*(3), 530.

Gerhardt, S. (2016). *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu* (wyd. 2). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gulla, B. (2012). Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, *93*(4), 673–678.

Heller, L., LaPierre, A. (2018). *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz samego siebie i zdolność tworzenia związków*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia.

Herman, J.L. (2003). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Juul, J. (2013). *Agresja – nowe tabu? Dlaczego jest potrzebna nam i naszym dzieciom?* Wydawnictwo MiND.

Keck, G.C., Kupecky, R.M. (2013). *Wychowanie zranionego dziecka. Pomoc rodzinom adopcyjnym w zdrowieniu i rozwoju*. MRaciniewski Services.

Klajs, K. (2017). *Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Zysk i S-ka.

Kohlenberg, R.J., Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. W V.M. Follette, J.I. Ruzek (red.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (s. 305–320). Guilford Press.

Levine, P. A. (2017). *Głos wnętrza. Jak ciało uwalnia się od traumy i odzyskuje zdrowie*. Wydawnictwo Czarna Owca.

Perry, B.D., Pollard, R. (1997). *Altered brain development following global neglect in early childhood*. Society for Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting,

New Orleans. https://www.researchgate.net/publication/260387981_Altered_Brain_Development_following_Global_Neglect_in_Early_Childhood

Policja. (2022). *Statystyki – procedura „Niebieskie Karty" za rok 2022*. Komenda Główna Policji.

Policja. (2024). *Statystyki – procedura „Niebieskie Karty" za rok 2023*. Komenda Główna Policji.

Romanik, E., Słowik, M. (2024). Rozwój psychoruchowy dziecka do lat 6 z doświadczeniem traumy relacyjnej – raport z diagnozy KORP. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, *631*(6), 66–80.

Rothschild, B. (2021). *Ciało pamięta. Tom 2. Rewolucja w terapii traumy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Schwartz, A. (2020). *Złożony zespół stresu pourazowego. Jak odzyskać integralność psychiczną i kontrolę nad emocjami. Zeszyt ćwiczeń* (J. Okuniewski, tłum.; E. Zdankiewicz-Ścigała, red. nauk.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Sejm RP. (2023). *Informacja Rady Ministrów o realizacji w 2022 roku ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*. Druk sejmowy. Kancelaria Sejmu.

Sikorska, I. (2014). Dziecięca trauma – psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia*, *29*(3–4), 61–62.

Słowik, M., Romanik, E. (2024). Gdy słowa nie wystarczą… – wytyczne do opieki nad dziećmi w wieku 0–6 lat po traumie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *23*(1), 3–57.

Spiegel, L. (2019). *Wszystkie części mile widziane. System Wewnętrznej Rodziny (IFS) w praktyce z dziećmi i dorosłymi*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Taylor, C. (2017). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Wallin, D.J. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Relational Trauma in a Child Experiencing Abuse by a Caregiver: The Role of the Therapeutic Relationship as a Corrective Experience

The article focuses on the phenomenon of relational trauma in children who experience violence and abuse from close individuals – where a relationship that should constitute a source of safety becomes instead a space of threat. The present analytical review is based on contemporary theoretical frameworks and current research regarding the impact of relational violence on a child's psychological development, attachment organization, emotion regulation, self-image and the capacity to form secure bonds.

Furthermore, the paper discusses specific therapeutic challenges associated with working with a child abused by a significant figure. These include difficulties in establishing a therapeutic alliance, the coexistence of loyalty toward the predator, challenges in disclosing experiences of abuse, post-traumatic symptoms, and the critical role of the therapeutic relationship as a corrective experience. Attention is devoted to the specific nature of understanding and treating relational trauma in childhood, alongside its implications for clinical practice and helping professions. The aim of this article is to systemize existing knowledge regarding the psychological consequences of relational violence against children and outline directions for therapeutic interventions tailored to the child's needs.

Keywords:
relational trauma; child abuse; attachment; therapeutic relationship; child psychotherapy

Cytowanie:
Kubacka-Pawlak, A., Śledź, A., Gajek, L. (2026). Trauma relacyjna u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna. Znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 190–215.

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

Zdrowie psychiczne małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez opiekunów: przegląd systematyczny

Andrea Daniel-Calveras[a], Nuria Baldaquí[b], Inmaculada Baeza[a,c,d,e,1]

a Universitat de Barcelona, Barcelona, Hiszpania
b Katedra Psychiatrii i Psychologii, Hospital Clínic de Barcelona, SGR-881 Barcelona, Hiszpania
c Oddział Psychiatrii i Psychologii Dzieci i Młodzieży, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Hiszpania
d Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), ISCIII, Hiszpania
e Institut d'Investigacions Biomédiques August Pi Sunyer (CERCA-IDIBAPS), Barcelona, Hiszpania

Kontekst: *Prawie połowa uchodźców i osób ubiegających się o azyl w Europie ma mniej niż 18 lat, a wielu z nich to dzieci i młodzież, którzy przybyli tutaj bez opiekunów.*
Cel: *Celem niniejszego przeglądu systematycznego jest zarówno podsumowanie wyników badań dotyczących częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród małoletnich uchodźców przybywających do krajów europejskich bez opiekunów (grupa URM – unaccompanied refugee minors) od czasu ostatniego dostępnego przeglądu systematycznego (październik 2017), jak i opisanie czynników ryzyka związanych z tym zjawiskiem.*
Metody: *Przeprowadzono systematyczny przegląd baz danych w poszukiwaniu artykułów opublikowanych w okresie od 1 października 2017 do 1 maja 2022 roku.*
Wyniki: *Przedstawiono wyniki 23 badań przeprowadzonych w 9 krajach, które objęły 80 651 dzieci i młodzieży z grupy URM. W znacznej części badań najczęściej podawanym krajem pochodzenia był Afganistan, a ponad 75% badanych stanowili chłopcy. W większości badań (N = 13; 56,5%) oceniano częstość występowania zespołu stresu*

1 Autorka korespondencyjna z Oddziału Psychiatrii i Psychologii Dzieci i Młodzieży, InstitutClínic of Neurosciences, Hospital Clínic Universitari, Barcelona, Villarroel, 170, Barcelona 08036, Hiszpania.

 https://doi.org/10.63237/TYJM5822

pourazowego (PTSD). Wśród dzieci i młodzieży z grupy URM stwierdzono wysokie, lecz znacznie zróżnicowane między badaniami rozpowszechnienie poszczególnych zaburzeń zdrowia psychicznego: od 4,6% do 43% w przypadku PTSD, od 2,9% do 61,6% w przypadku depresji, od 32,6% do 38,2% w przypadku lęku oraz od 4% do 14,3% w przypadku problemów behawioralnych. W dwóch badaniach dotyczących prób samobójczych i zgonów również zaobserwowano wyższy wskaźnik w grupie URM w porównaniu z populacją przyjmującą w tym samym wieku. Badania dotyczące czynników ryzyka w odniesieniu do zdrowia psychicznego sugerują, że poziom wsparcia społecznego w kraju przyjmującym, środowisko wychowawcze oraz inne czynniki są powiązane z psychopatologią. Ponadto metaanaliza czterech badań dotyczących PTSD wśród osób z grupy URM oraz grupy małoletnich uchodźców pozostających pod opieką (grupa ARM) wykazała niższy wskaźnik występowania zaburzeń w grupie ARM: -1,14 (95% CI: -1,56–0,72).

***Wnioski:** Zespół stresu pourazowego (PTSD), depresja i lęk to najczęściej występujące problemy wśród populacji URM w Europie. Konieczna jest wczesna interwencja w krajach przyjmujących, aby osiągnąć poprawę wyników tej wrażliwej grupy społecznej w zakresie zdrowia psychicznego i uniknąć ewentualnego zaniedbania.*

Słowa kluczowe:
trauma relacyjna; przemoc wobec dziecka; przywiązanie; relacja terapeutyczna; psychoterapia dzieci

1. Wprowadzenie

Według Agencji ONZ ds. Uchodźców (UNHCR, 2021) pod koniec 2020 roku na całym świecie 74,4 mln osób zostało przymusowo wysiedlonych w wyniku prześladowań, konfliktów, przemocy lub naruszeń praw człowieka. Wśród nich było 26,4 mln uchodźców, z czego według szacunków 40% stanowiły dzieci. W tym samym roku w Europie przebywało 2 657 199 uchodźców (0,4% całkowitej populacji Europy, 0,6% w przypadku samych krajów członkowskich Unii Europejskiej), w tym 141 000 osób poniżej 18. roku życia ubiegających się o azyl. Prawie 10% tej ostatniej grupy (13 600) stanowili małoletni, którzy przybyli do Europy bez opiekunów (European Commission, 2021).

W latach 2010–2020 średnio 15,4% osób ubiegających się po raz pierwszy o azyl w Europie stanowiły osoby małoletnie bez opieki, a odsetek ten osiągnął poziom 25,5% w 2015 roku w związku z tzw. kryzysem migracyjnym. W tym okresie

większość małoletnich bez opieki pochodziła z Afganistanu (38%), Syrii (13,9%) i Erytrei (5,9%). Według Komisji Europejskiej Słowenia (70,6%), Włochy (48,5%), Bułgaria (37%) i Szwecja (33,4%) to kraje, w których odnotowano najwięcej osób ubiegających się o azyl (Eurostat, 2022).

Do głównych powodów, dla których uchodźcy opuszczają kraj ojczysty, zaliczają się: sytuacja społeczno-polityczna (prześladowania ze względu na pochodzenie etniczne, religię, rasę, poglądy polityczne lub kulturę, wojna, konflikty zbrojne i łamanie praw człowieka), warunki demograficzne i ekonomiczne (warunki pracy, bezrobocie i ogólna kondycja gospodarki danego kraju) oraz czynniki środowiskowe, w tym klęski żywiołowe (powodzie, huragany i trzęsienia ziemi) (News European Parliament, 2020). Jednak sytuacja życiowa obywateli państw trzecich w europejskich krajach przyjmujących nie jest łatwa – są oni bardziej narażeni na ubóstwo i wykluczenie społeczne w porównaniu z obywatelami danego kraju (odpowiednio 45,3% vs 19,6%), przerwanie nauki (28,2% vs 8,6%) oraz bezrobocie (17% vs 6,6%). Ponadto uzyskanie obywatelstwa w kraju przyjmującym nie jest łatwe, a ogólna liczba takich decyzji spadła w ostatnich latach (EMN, 2021).

Co się tyczy polityki migracyjnej, należy wziąć pod uwagę fakt, że różni się ona w poszczególnych krajach europejskich. Na przykład kraje skandynawskie, po dużym napływie osób ubiegających się o azyl w 2015 roku, dokonały przeglądu własnej polityki migracyjnej. Szwecja i Norwegia zaczęły wydawać zezwolenia na pobyt tymczasowy, natomiast w Danii postanowiono nie przyjmować uchodźców do roku 2019, kiedy to ponownie zaczęto zezwalać na pobyt tymczasowy. Po upływie tego czasu zezwolenie na pobyt przedłużano, jeśli nadal trwała sytuacja zagrożenia. W okresie ubiegania się o azyl uchodźcom oferuje się kursy pozwalające poznać język i kulturę danego kraju (Hagelund, 2020; Danish Ministry of Integration and Immigration, b.d.; Migrationsverket, b.d.; UNHCR, 2021). W Niemczech osoby ubiegające się o azyl są kierowane do ośrodków recepcyjnych. Jeśli wniosek o azyl zostanie przyjęty, przyznawane jest trzyletnie zezwolenie na pobyt, które można przedłużyć po wykazaniu środków finansowych i znajomości języka niemieckiego (UNHCR, 2021). W Holandii uchodźcy są kierowani do ośrodków, a w ciągu sześciu – dziewięciu miesięcy otrzymują odpowiedź na złożony wniosek; jeśli zostanie on zaakceptowany, przyznawane jest pięcioletnie zezwolenie na pobyt (Government of the Netherlands, b.d.).

Wśród osób ubiegających się o azyl oraz uchodźców najbardziej wrażliwą grupę stanowią dzieci i młodzież. Do grupy URM zalicza się osoby w wieku poniżej 18. roku życia, które zostały przymusowo wysiedlone, oddzielone od swoich rodzin i podróżują samotnie bez opieki osoby dorosłej (UNHCR, b.d.). Takie osoby małoletnie

znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji i są narażone na wysokie ryzyko wykluczenia społecznego. Ponadto doświadczenia tych osób w ośrodkach recepcyjnych w kraju przyjmującym mogą wiązać się z przemocą fizyczną, emocjonalną lub instytucjonalną bądź z zaniedbaniem (Zijlstra, Menninga, van Os & Kalverboer, 2020). Ważne jest, aby pracownicy służb ds. przesiedleń otrzymali przeszkolenie w zakresie zapobiegania takim doświadczeniom lub ich minimalizowania (Im & Swanm, 2020). W tym kontekście w Europie opracowano nowe wytyczne strategiczne dotyczące migracji i azylu, obejmujące Strategię UE w zakresie praw dziecka (2021–2024), która stanowi ramy działań UE na rzecz lepszego promowania i ochrony praw dzieci, w tym dzieci w sytuacji migracyjnej (Komisja Europejska, 2020).

Wiadomo, że bycie małoletnim uchodźcą ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego (Lázaro, 2020; Vervliet, Lammertyn, Broekaert & Derluyn, 2014). We wcześniejszym przeglądzie systematycznym (Kien et al., 2019) oceniono częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród młodzieży z grupy URM w krajach europejskich. Przegląd obejmujący 47 badań, w których wzięło udział 24 786 osób poniżej 18. roku życia będących uchodźcami lub ubiegających się o azyl, wykazał, że wśród małoletnich uchodźców częstość występowania PTSD wynosi od 19,0 do 52,7% (mediana: 35,5%), depresji – od 10,3 do 32,8% (mediana: 20,7%), zaburzeń lękowych – od 8,7 do 31,6% (mediana: 15,0%), a problemów emocjonalnych i behawioralnych – od 19,8% do 35,0% (mediana: 25,2%). Następnie opublikowano kolejny przegląd dotyczący zdrowia psychicznego osób z grupy URM, który obejmował nowsze artykuły, choć nie skupiał się on wyłącznie na Europie (Bamford, Fletcher & Leavey, 2021). Autorzy ci potwierdzili wysoki poziom PTSD i objawów zespołu stresu pourazowego (PTSS), depresji, lęku oraz problemów behawioralnych wśród osób z grupy URM. Biorąc pod uwagę, że według Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie zaburzeń psychicznych doświadcza od 10 do 20% dzieci i młodzieży, małoletni uchodźcy wykazują wyższy poziom cierpienia psychicznego (WHO, 2020).

Ponadto pewne czynniki są powiązane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym wśród małoletnich pozostających bez opieki. Niektóre badania wykazały, że brak opieki, doświadczenie przemocy i traumy sprzed migracji oraz płeć żeńska stanowią główne czynniki ryzyka w odniesieniu do pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego wśród takich osób (Fazel, Reed, Panter-Brick & Stein, 2012). W przeglądzie systematycznym badań dotyczących uchodźców na całym świecie ustalono również, że większa liczba stresujących zdarzeń życiowych oraz zakwaterowanie zapewniające niewielkie wsparcie są powiązane z gorszym stanem zdrowia psychicznego (Höhne, van der Meer, Kamp-Becker

& Christiansen, 2020). Ponadto, oprócz wyżej wymienionych czynników ryzyka, w innym przeglądzie systematycznym stwierdzono, że starszy wiek (wśród małoletnich) również wiąże się z gorszymi wynikami w zakresie zdrowia psychicznego (Bamford et al., 2021).

Głównym celem niniejszego badania jest przeprowadzenie przeglądu systematycznego artykułów zawierających dane na temat częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży z grupy URM w Europie od momentu opublikowania ostatniego przeglądu systematycznego na ten temat przez Kien et al., 2019. Od tego czasu znacznie wzrosła liczba osób małoletnich, które przybyły do Europy bez opiekunów, a nowe badania w tej dziedzinie dostarczyły dodatkowych informacji na temat tej wrażliwej grupy społecznej. Drugim celem jest opisanie czynników ryzyka zgłoszonych w badaniach uwzględnionych w niniejszym przeglądzie systematycznym.

2. Metody

Opracowano protokół przeglądu systematycznego zgodnie z wytycznymi „Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis" (PRISMA) (Shamseer et al., 2015). Został on zarejestrowany w międzynarodowym rejestrze przeglądów systematycznych PROSPERO pod numerem CRD42020182161 i jest dostępny pod adresem https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?RecordID=182161. Przy opracowywaniu niniejszego przeglądu systematycznego kierowano się wytycznymi PRISMA.

2.1. Kryteria włączenia

Przy wyborze artykułów zastosowano następujące kryteria: (1) artykuły oryginalne; (2) napisane w języku angielskim lub hiszpańskim; (3) opublikowane między 1 października 2017 a 1 maja 2022; (4) badania przeprowadzone w krajach europejskich; (5) badania dotyczące częstości występowania zaburzeń psychicznego lub problemów w zakresie zdrowia u dzieci i młodzieży z grupy URM, które w momencie przybycia do kraju przyjmującego miały mniej niż 18 lat.

2.2. Strategia wyszukiwania literatury i systematyzacja danych

Przeprowadzono systematyczne wyszukiwanie literatury w bazach danych Web of Science, PubMed, Scopus, Dialnet i MEDES, stosując następujące terminy:

((asylum seek OR (refugee) AND (unaccompanied) AND ((mental health) OR (mental disorder) OR (psychopathology)) AND ((minor) OR (children) OR (adolescent) OR (child)) AND Europe*. Wyszukiwanie literatury było dwuetapowe. Najpierw dwie badaczki (ADC i IB) przeprowadziły wyszukiwanie elektroniczne. Następnie ADC, NB i IB ręcznie przejrzały bibliografię wybranych artykułów w poszukiwaniu innych publikacji na podstawie cytowań zawartych w wybranych artykułach. Zarówno ADC, jak i IB wyodrębniły informacje z artykułów uwzględnionych w przeglądzie.

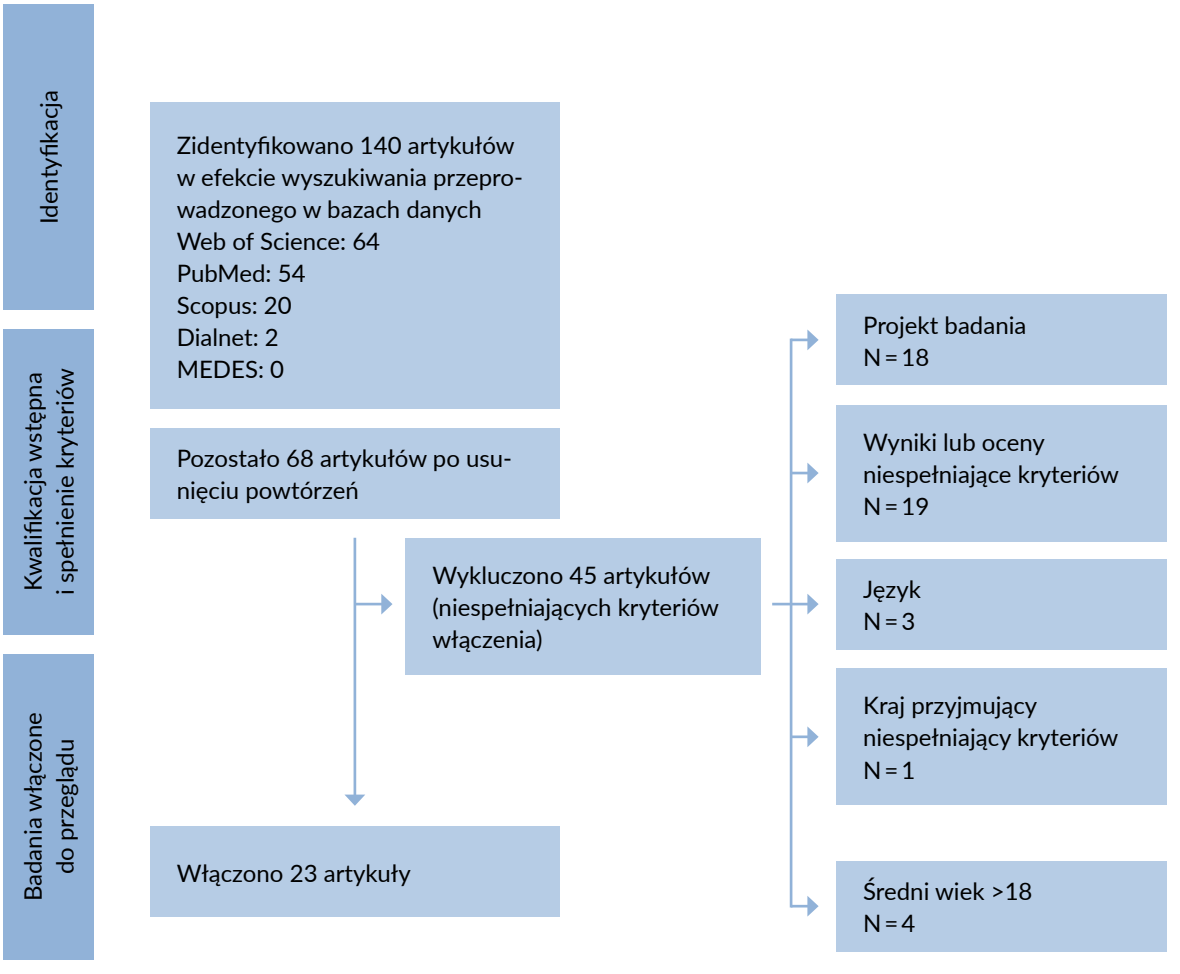
2.3. Ocena jakościowa

Przegląd poddano ocenie jakościowej z wykorzystaniem skali Newcastle-Ottawa dla badań kohortowych (Wells et al., 2013) po uwzględnieniu korekty o jeden element zgodnie z Pozzi et al. (2020) (materiał uzupełniający, tabela 1).

2.4. Analiza statystyczna

Przeprowadzono metaanalizę badań, które spełniały następujące kryteria: co najmniej trzy badania (Baglioni et al., 2016) oceniające częstość występowania tego samego zaburzenia w próbie osób z grupy URM, gdzie uwzględniono inną grupę porównawczą, a zgłoszone wyniki zawierały liczbę osób z tym zaburzeniem. W rezultacie przeprowadzono jedynie metaanalizy badań dotyczących PTSD wśród osób z grupy URM w porównaniu z małoletnimi uchodźcami pozostającymi pod opieką (ARM). Do obliczenia efektów łącznych i ich odchylenia standardowego (SD) zastosowano model efektów losowych, uwzględniając zmienność między badaniami. Test Q Cochrana został wykorzystany do oceny heterogeniczności statystycznej między badaniami. Ryzyko błędu systematycznego określono, korzystając z wykresów lejkowych, a do analizy asymetrii tych wykresów zastosowano testy Eggera. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu R statistics w wersji 3.6.3 (http://www.r-project.org) z wykorzystaniem biblioteki *metafor* w wersji V.24–0. Za statystycznie istotną uznano wartość $p < 0{,}05$.

Schemat 1. Schemat blokowy procesu doboru badań



3. Wyniki

3.1. Opis uwzględnionych badań

Spośród 140 znalezionych publikacji 23 artykuły opisujące 21 niezależnych badań spełniły kryteria kwalifikacyjne i zostały poddane dogłębnej analizie. Na rysunku 1 przedstawiono schemat blokowy analizowanych artykułów oraz przyczyny ich wykluczenia.

Analizowane artykuły opisują oryginalne badania kohortowe i przekrojowe przeprowadzone w Niemczech (N = 7; Laukamp, Prüfer-Krämer, Fischer & Krämer,

2019; Müller, Büter, Rosner & Unterhitzenberger, 2019; Müller et al., 2019; Sierau, Schneider, Nesterko and Glaesmer, 2019; Hanewald et al., 2020; Höhne et al., 2021; Pfeiffer i in), Szwecji (N = 5; Hjern & Kling, 2019; Sarkadi, Bjärtå, Leiler & Salari, 2019; Björkenstam; Mittendorfer-Rutz, Hagström & Hollander, 2020; Solberg et al., 2020), Danii (N = 2; Norredam, Nellums, Nielsen, Byberg & Petersen, 2018; Amiri et al., 2021). Holandii (N = 2; van Os, Zijlstra, Knorth, Post & Kalverboer, 2018; Zijlstra et al., 2019), Norwegii (N = 2; Jensen, Skar, Andersson & Birkeland, 2019; Oppedal, Ramberg & Røysamb, 2020), Wielkiej Brytanii (N = 2; Ehntholt et al., 2018; Armitage et al., 2022), Francji (N = 1; Bergevin et al., 2021), Grecji (N = 1; Giannopoulou, Mourloukou, Efstathiou, Douzenis & Ferentinos, 2022) oraz Szwajcarii (N = 1; Genton, Wang, Bodenmann & Ambresin, 2019).

W tabeli 1 podsumowano charakterystykę populacji, metody oceny oraz wyniki uwzględnionych badań, które zawierały dane dotyczące 80 651 dzieci i młodzieży z grupy URM. W badaniach tych uczestniczyło więcej chłopców niż dziewcząt (średnio odpowiednio 75% vs 25%). Średni wiek uczestników w momencie oceny wahał się od 9,6 (SD = 3,8) do 21,6 (2,0) lat, chociaż wszyscy przybyli do kraju przyjmującego przed ukończeniem 18. roku życia. Krajami pochodzenia uczestników były najczęściej Afganistan, Erytrea, Irak, Syria i Somalia. Zastosowano zróżnicowane metody diagnozowania zaburzeń zdrowia psychicznego. Tylko w jednym badaniu był to ustrukturyzowany wywiad kliniczny (Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders – SCID-IV) (Ehntholt et al., 2018); trzy opierały się na ocenie klinicznej bez ustrukturyzowanego wywiadu (Genton et al., 2019; Hjern & Kling, 2019; Laukamp et al., 2019), cztery bazowały na informacjach pochodzących z rejestrów populacyjnych (Amiri et al., 2021; Björkenstam et al., 2020; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Norredam et al., 2018), a piętnaście wykorzystywało kwestionariusze wypełniane samodzielnie, takie jak kwestionariusz przesiewowy do oceny traumy u dzieci i młodzieży (CATS) czy kwestionariusz przesiewowy do badania zdrowia uchodźców (RHS) itp. (Armitage et al., 2022; Bergevin et al., 2021; Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Höhne et al., 2021; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann et al., 2019; Oppedal et al., 2020; Pfeiffer et al., 2022; Sarkadi et al., 2019; Sierau i in., 2019; Solberg, Vaez, Johnson-Singh & Saboonchi, 2020; van Os et al., 2018; Zijlstra et al., 2019).

Tabela 1. Opis artykułów uwzględnionych w przeglądzie

Miejsce/kraj badania	Projekt badania	Rok	Średni wiek (lata) (SD)	Wielkość próby N	Płeć N (%)	Kraj pochodzenia N (%)	Rok oceny	Ocena	Wynik dotyczący zdrowia psychicznego	Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych
Amiri et al. (Dania), Duński Instytut Badań nad Zapobieganiem Samobójstwom	Retrospektywne badanie kohortowe	2021	Brak danych	7020	Głównie mężczyźni (odsetka nie podano)	Syria, Afganistan, Iran i Erytrea (odsetka nie podano)	2015–2019	Dane z krajowych rejestrów administracyjnych	Próby samobójcze i zgony w wyniku samobójstwa	
Armitage et al. (Wielka Brytania), Instytut Zdrowia Dziecka Great Ormond Street przy UCL	Badanie przekrojowe, retrospektywne	2022	Mediana: 16,2	101 z grupy URM	M: 85 (84) K: 16 (16)	Erytrea (28) Sudan (16) Etiopia (13) Wietnam (9) Inne (32)	2016–2019	Dostępne dane kliniczne i inna dokumentacja, SDQ	Objawy zaburzeń zdrowia psychicznego, PTSD, celowe samookaleczenia i próby samobójcze	
Bergevin et al. (Francja), Szpital Roberta Debré, Paryż	Retrospektywne badanie obserwacyjne	2021	Mediana: 15	107 z grupy URM	M: 95 (88) K: 12 (11)	Afryka Subsaharyjska 67 (62,6) Afryka Północna 14 (13,1) Pozostałe 26 (24,3)	2017–2018	Dane kliniczne, CRIES-13	PTSD	
Björkenstam et al. (Szwecja), Uniwersytet w Uppsali	Podłużne badanie kohortowe	2020	21,6 (2,0)	710 170 Szwedów 3034 osoby z grupy URM, 30 467 z grupy ARM	M: 1100 (36) F: 1934 (64)	Irak 990 (33) Somalia, Erytrea i Etiopia 655 (22) Afganistan 291 (10) Inne 1098 (36)	2009–2016	Rejestry ludności	MDD, PTSD, lęk	O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką; czas trwania pozwolenia na pobyt w Szwecji (kraju przyjmującym), poziom wykształcenia
Ehntholt et al. (Wielka Brytania), Szpital St Pancras	Badanie przekrojowe	2018	19,1 (1,1)	35 dzieci z grupy URM	M: 21 (60) D: 14 (40)	Afganistan 11 (31,4) DRK 3 (8,6) Iran 3 (8,6) Uganda 3 (8,6)	2017	SCID-IV, RATS, SLE, DEC-UK	PTSD, MDD	R: Narażenie na traumę, stresujące zdarzenia życiowe i doświadczenie związane z zatrzymaniem
Genton, Wang, Bodenmann & Ambresinet (Szwajcaria), Uniwersytet w Lozannie	Badanie retrospektywne kohorty z roczną obserwacją	2019	16,4 (1,2)	109 z grupy URM	M: 95 (87,2) K: 14 (12,8)	Erytrea 43 (39,4) Afganistan 35 (32,1) Somalia 11 (10,1) Syria 6 (5,5) Inne 14 (12,8)	2015–2016	Ocena kliniczna	Zaburzenia czynnościowe, depresja, PTSS, zaburzenia snu	
Giannopoulou et al. (Grecja), Szpital Uniwersytecki Attikon	Badanie przekrojowe	2022	16,2 (1,2)	90 z grupy URM	M: 76 (84,4) K: 14 (15,6)	Syria 46 (47,8) Afganistan 13 (14,4) Pakistan 9 (10%) Inne 22 (27,8)	2018	WTQ, DSRS, CRIES-13, CPTCI	PTSS, depresja	R: Ubieganie się o azyl, liczba doświadczeń traumatycznych/ stresujących, płeć męska, niski poziom wsparcia społecznego
Hanewald et al. (Niemcy), Uniwersytet Justusa Liebiga w Gießen	Badanie przekrojowe	2020	17,7 (1,01)	523 z grupy URM	M: 390 (74,6) K: 133 (25,4)	Afganistan 208 (39,8) Erytrea 157 (30,0) Syria 85 (16,3) Somalia 73 (14,0)	2015–2017	RHS-15	PTSD, depresja i lęk.	R: Kraj/obszar pochodzenia (Afganistan, Somalia), starszy wiek w momencie migracji oraz płeć męska
Hjern & Kling (Szwecja), Instytut Karolinska na Uniwersytecie w Sztokholmie	Badanie przekrojowe	2019	10,3 13,4	265 z grupy URM, 344 z grupy ARM	M: 186 (54,1)/230 (87) F: 158 (45,9)/35 (13)	Afganistan 162 (61,1) Syria 40 (15,1) Inne 63 (23,8)	2015	Pytania otwarte	PTSS, problemy ze snem	O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką

Miejsce/kraj badania	Projekt badania	Rok	Średni wiek (lata) (SD)	Wielkość próby N	Płeć N (%)	Kraj pochodzenia N (%)	Rok oceny	Ocena	Wynik dotyczący zdrowia psychicznego	Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych
Höhne et al. (Niemcy), Charité-Universitätsmedizin Berlin	Badanie przekrojowe	2021	Wszyscy uczestnicy, z wyjątkiem 8 osób, mieli mniej niż 18 lat w momencie przybycia do kraju przyjmującego. Średni wiek w momencie oceny: URM: 18,2 (1,5) ARM: 18,1 (1,8)	172 z grupy URM, 52 z grupy ARM	M: 191 (85,3) F: 33 (14,7)	Afganistan 78 (35) Syria 76 (34) Inne 70 (31)	2018–2019	PHQ-9/PHQ-A, RHS-15, MEHIRA-SQ	Depresja, cierpienie psychiczne	R: Liczba stresujących zdarzeń życiowych, płeć żeńska, strach przed deportacją O: Cotygodniowy kontakt z członkiem rodziny, uczęszczanie do szkoły oraz znajomość języka niemieckiego (języka kraju przyjmującego)
Jensen, Skar, Andersson i Birkelan (Norwegia), Uniwersytet w Oslo	Prospektywne badanie kohortowe	2019	13,8 (1,4)	98 z grupy URM	M: 79 (81) K: 19 (19)	Afganistan 22 (22,4) Inne 76 (77,6)	2012–2017	HSCL-37A, CPSS, CSSI-8, SLE, DSSYR, FSSQ.	PTSD, depresja, lęk, objawy eksternalizacyjne, somatyzacja	R: Narażenie na traumę, codzienne stresy, starszy wiek w momencie migracji O: Wsparcie społeczne
Laukamp, Prüfer-Krämer, Fischer i Krämeet (Niemcy), Uniwersytet w Bielefeldzie	Badanie przekrojowe	2019	16 (1,89)	346 z grupy URM	M: 270 (78) K: 76 (22)	Syria (19,8) Irak (17,2) Afganistan (11,7) Inne (51,3)	2011–2017	Dane zgłoszone przez samych pacjentów	PTSD, depresja, inne problemy psychiczne i behawioralne, inne problemy zdrowotne	
Mittendorfer-Rutz, Hagström i Hollander (Szwecja), Instytut Karolinska	Retrospektywne badanie kohortowe	2020	Zakres: 10–21 (średniej nie podano)	23.425	Nie podano	Nie podano dla całej próby	2017	Dane pochodzące z agencji krajowych i organizacji pozarządowych	Zgony w wyniku samobójstwa	R: Płeć męska, traumatyczne zdarzenia, niskie wykształcenie lub jego brak, długotrwały proces azylowy
Müller, Büter, Rosner i Unterhitzenberger (Niemcy), Katolicki Uniwersytet w Eichstätt-Ingolstadt	Badanie przekrojowe	2019	16,28 (1,69)	68 z grupy URM 30 z grupy ARM	M: 88 (89,8) F: 10 (10,2)	Afganistan 54 (55,1) Syria 14 (14,3) Erytrea 11 (11,2) Inne 19 (19,4)	2017	CATS (CATS-TL, CATS-SS), HSCL-37A (HSCL-Tot, HSCL-Dep, HSCL-Anx, HSCL-Int, HSCL-Ext), ERSS.	PTSD, depresja, lęk, objawy o charakterze internalizacyjnym i eksternalizacyjnym	R: Liczba traumatycznych zdarzeń, niski poziom znajomości języka niemieckiego (języka kraju przyjmującego) O: Zasoby codziennego użytku, wsparcie społeczne; status uchodźcy pozostającego pod opieką
Müller et al. (Niemcy), Katolicki Uniwersytet w Eichstätt-Ingolstadt	Prospektywne badanie kohortowe	2019	17,32 (1,93)	47 z grupy URM 25 z grupy ARM	M: 65 (90,3) F: 7 (9,7)	Afganistan: 36 (59) Erytrea: 9 (12,5) Syria: 8 (11,1) Irak: 7 (9,7)	2017–2018	CATS (CATS-TL, CATS-SS), HSCL-37A (HSCL-Tot, HSCL-Dep, HSCL-Anx, HSCL-Int, HSCL-Ext), ERSS.	PTSD, depresja, lęk, objawy behawioralne o charakterze internalizacyjnym i eksternalizacyjnym	R: Liczba traumatycznych doświadczeń; status wniosku o azyl O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
Norredam et al. (Dania), Uniwersytet w Kopenhadze	Prospektywne badanie kohortowe	2018	6,9/14,9	1252 z grupy URM 11 446 z grupy ARM	M: 6050 (52,9)/919 (73,4) K: 5396 (47,1)/333 (26,6)	Bośnia i Hercegowina: 4873 (38,4) Somalia: 1551 (12,2) Irak: 1539 (12,1) Palestyna: 1173 (9,2) Afganistan: 302 (2,4) Inne: 3260 (25,7)	1993–2012	Rejestr ludności	Zaburzenia psychotyczne, afektywne i nerwicowe	R: Obywatelstwo (Afganistan i Irak) O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką

Miejsce/kraj badania	Projekt badania	Rok	Średni wiek (lata) (SD)	Wielkość próby N	Płeć N (%)	Kraj pochodzenia N (%)	Rok oceny	Ocena	Wynik dotyczący zdrowia psychicznego	Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych
Oppedal, Ramberg i Røysamb (Norwegia), Norweski Instytut Zdrowia Publicznego	Badanie przekrojowe	2020	18,6 (2,6)	895 z grupy URM	M: 737 (82,4) K: 158 (17,6)	Afganistan 456 (51) Somalia 107 (12) Irak 63 (7) Inne 269 (30)	Brak danych	CES-D Trzy pytania dotyczące natrętnych objawów PTS	Depresja	O: Dłuższy pobyt i silniejsza tożsamość kulturowa
Pfeiffer et al. (Niemcy), Uniwersytet w Ulm Badanie przeprowadzone w Belgii, Grecji i we Włoszech	Badanie podłużne	2022	16,8 (2,4)	187 z grupy URM	M: 147 (78,4) K: 40 (21,6)	Afryka Zachodnia 53 (29) Azja Południowa (Afganistan i Pakistan) 53 (29) Inne 81 (42)	2017–2020	RATS, SLE, DSSYR	PTSS	R: Płeć (kobieta) na początku badania
Sarkadi, Bjärtå, Leiler i Salar (Szwecja), Uniwersytet w Uppsali	Badanie przekrojowe	2019	16,6 (1,1)	19 z grupy URM, 12 z grupy ARM	M: 22 (75,9) F: 7 (24,1)	Afganistan: 18 (62,1) Syria: 7 (24,1) Inne: 4 (13,8)	2017	RHS-13, CRIES-8	PTSD, depresja, lęk i objawy traumy	O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
Sierau, Schneider, Nesterko i Glaesmer (Niemcy), Uniwersytet w Lipsku	Badanie przekrojowe	2018	17,3 (1,2)	105 z grupy URM	M: 105 (100)	Afganistan: 62 (59,0) Syria: 36 (34,3) Inne: 7 (6,7)	2017	MSSI, LEC-5, PCL-5, PHQ-9, GAD-7, SSS-8, SDQ.	Objawy PTSD, depresji i lęku	O: Wsparcie społeczne
Solberg et al. (Szwecja), Wyższa Szkoła Szwedzkiego Czerwonego Krzyża	Badanie przekrojowe	2020	17,1	304 z grupy URM, 805 z grupy ARM	M: 600 (53,1) F: 529 (46,9)	Syria 574 (50,8) Afganistan 404 (35,8) Irak 151 (13,4)	2018	CRIES-8	PTSD	R: Obywatelstwo (Afganistan) O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
van Os et al. (Holandia), Uniwersytet w Groningen	Badanie przekrojowe	2018	9,6 (3,8)/16,7 (0,8)	16 z grupy URM, 11 z grupy ARM	M: 3 (27)/14 (88) F: 8 (72)/2 (13)	Afganistan: 12 (44,4) Irak: 6 (22,2) Inne: 9 (33,3)	2016–2017	BIC-Q wraz z SDQ, SLE i RATS		R: Stresujące zdarzenia życiowe i uraz O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
Zijlstra et al. (Holandia), Uniwersytet w Groningen	Badanie przekrojowe	2018	16,3 (1,13)	98 z grupy URM	M: 69 (70,4) K: 29 (29,6)	Afganistan 24 (24,5) Somalia 12 (12,2) Erytrea 9 (9,2) Inne 53 (54,1)	2012–2016	SDQ, BIC-Q	Problemy emocjonalne, behawioralne i związane z nadpobudliwością	R: Starszy wiek w momencie przybycia do kraju przyjmującego O: Środowisko wychowawcze dobrej jakości; status pobytu i czas trwania pobytu w Holandii (kraju przyjmującym)

SD: odchylenie standardowe, n: liczba osób w próbie, u: bez opieki, a: pod opieką, M: mężczyzna, F: kobieta.

Próba: grupa ARM: małoletni uchodźcy z opiekunem, URM: małoletni uchodźcy bez opieki.

Narzędzia diagnostyczne: BIC-Q: Kwestionariusz do oceny najlepszego zabezpieczenia interesów dziecka (Best Interests of the Child-Questionnaire); CATS: Kwestionariusz przesiewowy do oceny traumy u dzieci i młodzieży (Child and Adolescent Trauma Screen); CATS-SS: Skala nasilenia objawów CATS; CATS-TL: Zestawienie zdarzeń potencjalnie traumatycznych CATS; CES-D: Skala nasilenia objawów depresji (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale); CIDI: Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (Composite International Diagnostic Interview); CPSS: Skala Nasilenia Objawów PTSD u Dzieci (Child PTSD Symptom Scale); CPTCI: Inwentarz Pozatraumatycznych Procesów Poznawczych u Dzieci (Child Post-Traumatic Cognitions Inventory); CRIES: Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń u Dzieci (Children's Revised Impact of Event Scale); CSSI-8: Skrócona wersja Inwentarza Objawów Somatycznych u Dzieci (Children's Somatic Symptoms Inventory-8); DEC-UK: Lista Kontrolna Doświadczeń Związanych z Zatrzymaniem – wersja brytyjska (Detention Experiences Checklist); DSRS: Skala Samooceny Depresji (Depression Self-Rating Scale); DSSYR: Skala Nasilenia Codziennych Czynników Stresogennych dla Młodych Uchodźców (Daily Stressors Scale for Young Refugees); ERSS: Skala Zasobów Życia Codziennego i Nasilenia Czynników Stresogennych (Everyday Resources and Stressors Scale); FSSQ: Kwestionariusz Funkcjonalnego Wsparcia Społecznego (Functional Social Support Questionnaire); GAD-7: Skala objawów zespołu lęku uogólnionego (Generalized Anxiety Disorder Scale); HSCL-25: Lista kontrolna nasilenia objawów Hopkinsa (Hopkins Symptom Checklist-25); HSCL-37A: Lista kontrolna nasilenia objawów Hopkinsa dla nastolatków (Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents); HSCL-Tot: wynik całkowity na skali HSCL-37A (HSCL-37A

total score); HSCL-Dep: Ocena nasilenia objawów depresji na skali HSCL-37A (HSCL-37A depression scale); HSCL-Anx: Ocena nasilenia objawów lęku na skali HSCL-37A (HSCL-37A anxiety scale); HSCL-Int: Ocena nasilenia objawów internalizacji na skali HSCL-37A (HSCL-37A internalizing cluster); HSCL-Ext: Ocena nasilenia objawów eksternalizacji na skali HSCL-37A (HSCL-37A externalizing cluster); HTQ: Kwestionariusz do oceny ekspozycji na zdarzenia traumatyczne (Harvard Trauma Questionnaire); LEC-5: Kwestionariusz do oceny ekspozycji na potencjalne zdarzenia traumatyczne w klasyfikacji DSM-5 (Life Event Checklist for DSM-5 for SLE); MEHIRA-SQ: Kwestionariusz przesiewowy do oceny zdrowia psychicznego dla uchodźców i osób ubiegających się o azyl (MEHIRA Screening Questionnaire); MSSI: Kwestionariusz do oceny wsparcia społecznego (Multi- Sector Social Support Inventory); PCL-5: Lista kontrolna do oceny nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder Checklist); PHQ-9: Kwestionariusz zdrowia pacjenta – 9-punktowy moduł do oceny nasilenia objawów depresji (Patient Health Questionnaire 9-item module for symptoms of depression); RATS: Kwestionariusz pomiaru reakcji nastolatków na stres pourazowy (Reactions of Adolescent to Traumatic Stress); RHS-13: Kwestionariusz przesiewowy do badania zdrowia uchodźców (Refugee Health Screener-13); RHS-15: Kwestionariusz przesiewowy do badania zdrowia uchodźców (Refugee Health Screener); SCID-IV: Ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń z osi DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV); SDQ: Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności dotyczący problemów behawioralnych/mocnych stron i trudności dziecka (Strength and Difficulties Questionnaire for behavioral problems/child's strengths and problems); SLE: Stresujące zdarzenia życiowe (Stressful Life Events); SSS-8: Skala Nasilenia Objawów Somatycznych(Somatic Symptoms Scale); WTQ: Kwestionariusz do oceny ekspozycji na traumatyczne zdarzenia wojenne (War Trauma Questionnaire).

Wyniki: PTSD: zespół stresu pourazowego; PTSS: objawy stresu pourazowego; SLE: stresujące zdarzenia życiowe; MDD – ciężkie zaburzenie depresyjne.

Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych: R: czynniki ryzyka; O: czynniki ochronne.

3.2. Częstość występowania problemów i zaburzeń zdrowia psychicznego

We wszystkich uwzględnionych badaniach odnotowano wysoką częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży z grupy URM. Wyniki tych badań sklasyfikowano zgodnie z następującymi pięcioma kategoriami psychopatologicznymi przyjętymi przez Kien et al. (2019): PTSD, depresja, zaburzenia lękowe, myśli i zachowania samobójcze oraz problemy emocjonalne i behawioralne, do których jednocześnie dodano kategorię „inne".

3.2.1. Zespół stresu pourazowego

Znaleziono trzynaście badań (56,5%) oceniających częstość występowania tego zaburzenia lub jego objawów wśród małoletnich bez opieki: sześć z nich miało charakter przekrojowy (Armitage et al., 2022; Ehntholt et al., 2018; Giannopoulou et al., 2022; Hjern i Kling, 2019; Laukamp et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019; Solberg, Vaez et al., 2020 oraz van Os et al., 2018), trzy stanowiły prospektywne badania podłużne (Björkenstam et al., 2020; Jensen et al., 2019; Pfeiffer et al., 2022), a jedno było badaniem retrospektywnym obejmującym roczną obserwację (Genton et al., 2019).

W badaniach przekrojowych częstość występowania PTSD wahała się od 4,6 (Laukamp et al., 2019) do 81% (Giannopoulou et al., 2022).

W badaniu obejmującym roczną obserwację, przeprowadzonym przez Genton et al. (2019), które dotyczyło problemów ze zdrowiem psychicznym u 109 osób małoletnich z grupy URM ubiegających się o azyl, stwierdzono objawy PTSD u 13,8% badanych. Natomiast w długoterminowym badaniu oceniającym stan zdrowia psychicznego u 95 osób małoletnich z grupy URM ubiegających się o azyl, przeprowadzonym bezpośrednio po ich przybyciu do Norwegii oraz w ciągu kolejnych 5 lat, odnotowano częstość występowania objawów zespołu stresu pourazowego (PTSS) na poziomie 63,2% po upływie 6 miesięcy, 56,6% po upływie 2 lat oraz 41,9% po upływie 5 lat od przybycia. Ponadto w badaniu podłużnym, obejmującym trzy punkty oceny (punkt początkowy, miesiąc ósmy i miesiąc dwudziesty pierwszy) i przeprowadzonym w trzech różnych krajach (Belgia, Grecja i Włochy), odnotowano niewielki, ale istotny spadek PTSS w miarę upływu czasu (Pfeiffer et al., 2022).

Wykorzystując krajowe rejestry ludności, porównano wyniki dotyczące zdrowia psychicznego populacji 710 170 osób urodzonych w Szwecji z grupą 33 501 małoletnich uchodźców. Stwierdzono, że osoby z grupy URM są narażone na ośmiokrotnie większe ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego (PTSD) (skorygowany współczynnik ryzyka aHR: 8,40; 95% CI 6,16–11,47) w porównaniu z osobami urodzonymi w Szwecji (Björkenstam et al., 2020).

3.2.2. Depresja

W 10 artykułach (43,5%) przedstawiono nowe dane dotyczące częstości występowania depresji wśród osób z grupy URM (Björkenstam et al., 2020; Ehntholt et al., 2018; Genton et al., 2019; Giannopoulou et al., 2022; Höhne et al., 2021; Jensen et al., 2019; Laukamp et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Oppedal et al., 2020 oraz Sierau et al., 2019).

W badaniach przekrojowych stwierdzono częstość występowania zaburzeń depresyjnych wśród osób z grupy URM na poziomie od 2,9 do 9% (Ehntholt et al., 2018; Laukamp et al., 2019), podczas gdy odpowiednio 40 i 81,4% z nich uzyskało wyniki powyżej klinicznej granicy depresji mierzonej w różnych skalach (Giannopoulou et al., 2022; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; Oppedal et al., 2020; Sierau et al., 2019) (tabela 1).

W badaniu obejmującym roczną obserwację zdiagnozowano depresję u 17,4% osób z grupy URM (Genton et al., 2019). Badanie obejmujące pięcioletnią obserwację, przeprowadzone w Norwegii, wykazało częstość występowania depresji na poziomie 21,3% po upływie 6 miesięcy, 25,6% po upływie 2 lat oraz 15,2% po upływie 5 lat od przybycia (Jensen et al., 2019). Jednak Björkenstam et al., 2020, stwierdzili,

że po upływie wielu lat od przybycia ryzyko leczenia poważnych zaburzeń depresyjnych u osób z grupy URM było niższe niż u młodzieży urodzonej w Szwecji.

Ponadto w badaniu przeprowadzonym na podstawie danych z Duńskiego Centralnego Rejestru Psychiatrycznego stwierdzono iloraz współczynników zapadalności (IRR), skorygowany o wiek w momencie przybycia oraz płeć, na poziomie 1,33 (0,89–2,01) dla wszelkich zaburzeń afektywnych (F30–39, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, ICD-10) (Norredam et al., 2018).

3.2.3. Zaburzenia lękowe

W pięciu artykułach (21,7%) opublikowano nowe dane dotyczące częstości występowania zaburzeń/objawów lękowych wśród małoletnich migrantów bez opieki (Björkenstam et al., 2020; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Norredam et al., 2018; Sierau et al., 2019).

W jednym z badań przekrojowych odnotowano, że 38,2% z tych osób uzyskało wynik powyżej klinicznej wartości granicznej dla zaburzeń lękowych (Müller, Büter et al., 2019), podczas gdy w innym badaniu stwierdzono, że 23,8% osiągnęło wartość graniczną dla zaburzeń lękowych uogólnionych (Sierau et al., 2019). W długoterminowym badaniu analizującym stan zdrowia psychicznego osób z grupy URM w momencie ich przybycia do Norwegii oraz w ciągu kolejnych 5 lat wykazano częstość występowania objawów lękowych na poziomie 32,6% po upływie 6 miesięcy, 31,2% po upływie 2 lat i 24,4% po upływie 5 lat od przybycia (Jensen et al., 2019). Analizując zaburzenia lękowe jako całość (diagnozy F40–F49 według ICD-10, które obejmują PTSD), w badaniu wykorzystującym dane z Duńskiego Centralnego Rejestru Psychiatrycznego uzyskano wartość IRR po korekcie dla badanej próby na poziomie 1,67 (1,32–2,13) (Norredam et al., 2018). Porównując młodzież z grupy URM z młodzieżą urodzoną w Szwecji, stwierdzono, że po upływie wielu lat od przybycia ryzyko leczenia zaburzeń lękowych wśród młodzieży z grupy URM jest niższe (Björkenstam et al., 2020).

3.2.4. Myśli i zachowania samobójcze

Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono w trzech badaniach (Amiri et al., 2021; Armitage et al., 2022; Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Na podstawie danych zbiorczych z duńskich krajowych rejestrów administracyjnych z lat 2015–2019 ustalono, że wśród osób z grupy URM (poniżej 18. roku życia) odnotowano 1164,7 prób samobójczych na 100 000 osób w porównaniu z 82,9 na 100 000 osób wśród ich

rówieśników w populacji ogólnej (Amiri et al., 2021). Dane dotyczące osób z grupy URM, które korzystały z usług trzech placówek służby zdrowia w Wielkiej Brytanii, wykazały, że 8% z tych osób zgłaszało samookaleczenia lub próby samobójcze (Armitage et al., 2022).

Analizując zgony samobójcze wśród osób z grupy URM (w wieku 14–18 lat) w Szwecji, Mittendorfer-Rutz et al. (2020) odnotowali wskaźnik wynoszący 40,7 na 100 000 osób w porównaniu z 7,6 w populacji ogólnej, co stanowi pięciokrotną różnicę. Wynik ten jest sprzeczny z ustaleniami Amiri et al. (2021), którzy nie odnotowali żadnych zgonów samobójczych wśród osób z grupy URM.

3.2.5. Problemy emocjonalne i behawioralne

W jednym z badań (Sierau et al., 2019) stwierdzono, że problemy behawioralne oceniane za pomocą Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) występowały częściej wśród osób z grupy URM (14,3%) w porównaniu z populacją ogólną (4,6%). Natomiast w badaniu holenderskim, w którym wykorzystano ten sam kwestionariusz, u zaledwie 4% badanych odnotowano problemy z zachowaniem i nadpobudliwością (Zijlstra et al., 2019). W badaniu tym opisano również problemy emocjonalne u 29% osób z grupy URM (Zijlstra et al., 2019). W jednym z nowszych badań również wykorzystano kwestionariusz SDQ, ale nie wyjaśniono konkretnie uzyskanych za jego pomocą wyników (Armitage et al., 2022).

W innym badaniu stwierdzono objawy eksternalizacyjne powyżej wartości granicznej u 10,3% osób z grupy URM przy użyciu podskali z kwestionariusza Hopkins Symptom Checklist-37 dla nastolatków (HSCL-37A) (Müller, Büter et al., 2019).

3.2.6. Inne

W badaniu opartym na Duńskim Centralnym Rejestrze Psychiatrycznym stwierdzono, że skorygowany iloraz współczynników zapadalności (IRR) dla zaburzeń psychotycznych (F20–29) wynosi 1,29 (0,89–1,86) (Norredam et al., 2018).

W dwóch badaniach wykorzystano narzędzie RHS-15 do przesiewowego wykrywania objawów depresji, lęku i zespołu stresu pourazowego bez rozróżniania poszczególnych objawów i stwierdzono, że 43,6 (Hanewald et al., 2020) oraz 61,6% (Höhne et al., 2021) uczestników uzyskało wynik pozytywny, co wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo występowania co najmniej jednego zaburzenia. W badaniu przeprowadzonym przy użyciu skróconej wersji tego samego narzędzia (RHS-13)

stwierdzono, że 72% uchodźców w Szwecji uzyskało wynik pozytywny, podczas gdy 55% wykazywało poważne objawy cierpienia emocjonalnego (Sarkadi et al., 2019).

3.3. Czynniki prognostyczne zdrowia psychicznego i czynniki powiązane

3.3.1. Narażenie na traumę

W pięciu badaniach (21,7%) oceniano rolę traumy jako czynnika prognostycznego problemów ze zdrowiem psychicznym (Ehntholt et al., 2018; Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Pfeiffer et al., 2022). W większości badań liczba traumatycznych doświadczeń była powiązana z wynikami dotyczącymi zdrowia psychicznego: PTSS (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019), lękiem i depresją (Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019). Natomiast w jednym badaniu stwierdzono, że obciążenie traumatyczne sprzed migracji oraz codzienne czynniki stresogenne w momencie rozpoczęcia badania nie miały istotnego wpływu na wskaźniki PTSS ani w momencie rozpoczęcia badania, ani w ujęciu podłużnym (po upływie ośmiu i dwudziestu jeden miesięcy) (Pfeiffer et al., 2022).

W jednym z badań oceniono liczbę traumatycznych zdarzeń, jakich doświadczyły osoby małoletnie bez opieki oraz osoby małoletnie pozostające pod opieką. Stwierdzono, że wszyscy uczestnicy doświadczyli co najmniej jednego traumatycznego zdarzenia oraz że średnio zgłaszali 8,8 (SD = 3,0) różnych doświadczeń traumatycznych (Müller, Büter et al., 2019). Najczęściej wskazywano na związaną z migracją „niebezpieczną podróż lub transport" (96,6% małoletnich). Do kolejnych najczęściej wymienianych zdarzeń należało bycie świadkiem, jak ktoś w społeczności został uderzony w twarz, uderzony pięścią lub pobity (78,6% uczestników), zaatakowany, dźgnięty nożem, ostrzelany, ciężko ranny lub zabity (76,5%), a także doświadczenie braku jedzenia lub wody przez kilka dni (76,5%). W porównaniu między grupami małoletni bez opieki (URM) zgłaszali znacznie więcej traumatycznych doświadczeń niż małoletni pozostający pod opieką (ARM), nawet po uwzględnieniu wieku. W niniejszym badaniu stwierdzono, że całkowita liczba traumatycznych doświadczeń jest najsilniejszym czynnikiem prognostycznym rozwoju PTSS, depresji i lęku (Müller, Büter et al., 2019).

Inne stresujące zdarzenia życiowe zgłaszane przez osoby z grupy URM (Ehntholt et al., 2018) obejmowały: niechcianą rozłąkę z rodziną (87%), przemoc fizyczną (87%) oraz przekonanie o znalezieniu się w wielkim niebezpieczeństwie (84%). Giannopoulou et al. (2022) stwierdzili, że najczęstszą traumą doświadczoną przed

migracją było rozstanie z rodzicami (80%), a także doświadczenie porwania, rabunku lub oszustwa podczas podróży do Grecji (pierwszego kraju w Europie). Podobne wyniki uzyskano w długoterminowym badaniu przeprowadzonym w Norwegii (Jensen et al., 2019). Przed przybyciem do Norwegii badani doświadczyli średnio 5,7 stresujących zdarzeń życiowych, z których najczęstszymi były: śmierć bliskiej osoby (66%), bycie świadkiem przemocy (66%) oraz wojna (66%). W trakcie dalszej obserwacji dzieci i młodzież zgłaszały średnio 2,7 nowych traumatycznych zdarzeń po przybyciu do Norwegii. Wśród nich 55% było świadkami przemocy, 51% doświadczyło śmierci lub choroby bliskiej osoby, a 33% było świadkami przemocy w miejscu zamieszkania.

3.3.2. Małoletni bez opieki i małoletni pozostający pod opieką

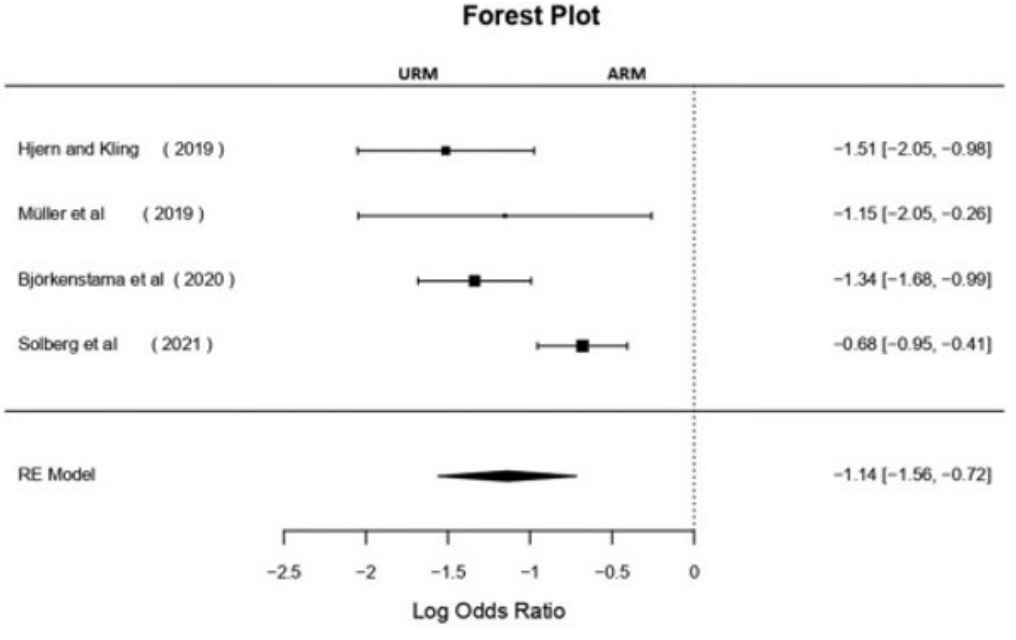
W tabeli 1 wymieniono dziewięć (39,1%) artykułów, w których porównano małoletnich bez opieki z małoletnimi pozostającymi pod opieką (Björkenstam et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann et al., 2019; Norredam et al., 2018; Sarkadi et al., 2019; Solberg, Nissen et al., 2020; van Os et al., 2018).

Stwierdzono, że małoletni bez opieki są narażeni na znacznie większe ryzyko doświadczenia wyższego poziomu stresu psychicznego (Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019), problemów ze snem (Hjern i Kling, 2019), depresji (Höhne et al., 2021) oraz PTSD (Solberg, Nissen, et al., 2020) w porównaniu z małoletnimi znajdującymi się pod opieką, chociaż według jednego z badań różnica ta może nie występować po uwzględnieniu całkowitej liczby traumatycznych zdarzeń, wieku i długości pobytu (Müller, Büter et al., 2019). Podobne dane uzyskano w ramach duńskiego ogólnokrajowego badania kohortowego opartego na rejestrach, w którym odnotowano, że 11,3% małoletnich bez opieki, w porównaniu z 7% małoletnich pozostających pod opieką, otrzymało diagnozę psychiatryczną. W trakcie osobnej analizy zaburzeń w badaniu tym stwierdzono, że wśród osób bez opieki odnotowano istotnie wyższy odsetek zaburzeń neurotycznych niż wśród osób znajdujących się pod opieką, nawet po uwzględnieniu wieku i płci (IRR: 1,67; 95% CI 1,32–2,13), a różnicy tej nie stwierdzono w przypadku żadnej innej kategorii diagnostycznej (Norredam et al., 2018). Korzystając ze skali RHS do badania przesiewowego nasilenia objawów PTSD, depresji i lęku, Sarkadi et al. (2019) stwierdzili, że osoby z grupy URM uzyskały znacznie wyższy wynik (M = 32,06, SD = 12,89) w porównaniu z osobami z grupy ARM (M = 7,50, SD = 8,22). Jednak w badaniu obejmującym roczną obserwację porównawczą wyników dotyczących zdrowia psychicznego u 47 osób

z grupy URM i 25 z grupy ARM nie stwierdzono istotnych różnic między tymi dwiema grupami (Müller, Gossmann et al., 2019).

W jednym badaniu przekrojowym oceniono różnice w liczbie stresujących zdarzeń życiowych, których doświadczyli małoletni. Autorzy stwierdzili, że osoby z grupy URM doświadczyły średnio 7,1 (SD = 2,0) stresujących zdarzeń życiowych, podczas gdy średnia wśród osób z grupy ARM wyniosła 4,1 (SD = 1,4) (van Os et al., 2018).

Wykres 1. Wykres przedstawiający częstość występowania zespołu stresu pourazowego (PTSD) wśród małoletnich uchodźców bez opieki (URM) i małoletnich uchodźców pozostających pod opieką (ARM)



Przeprowadzono metaanalizę obejmującą dane z czterech badań spełniających kryteria pomiaru częstości występowania PTSD (Björkenstam et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Müller, Büter et al., 2019 oraz Solberg, Nissen et al., 2020), w których porównano grupy URM i ARM. Wyniki metaanalizy wskazują, że istniała istotna ogólna różnica między grupami: -1,14 (95% CI: -1,56–0,72), przy czym częstość występowania PTSD była niższa w grupie ARM (wykres 1). Dla metaanalizy sporządzono wykres lejkowy, który nie wykazał żadnych oznak asymetrii. Przeprowadzono test Eggera, który nie wykazał istotnej asymetrii (uzupełnienie schemat 1).

3.3.3. Płeć

W pięciu badaniach (21,7%) oceniających różnice w problemach ze zdrowiem psychicznym w zależności od płci uczestników uzyskano wyniki przeciwstawne (Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Laukamp et al., 2019; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Pfeiffer et al., 2022).

W badaniu kohortowym obejmującym 399 mężczyzn i 124 kobiety z grupy URM stwierdzono, że mężczyźni odczuwali większe obciążenie spowodowane objawami i uzyskiwali więcej pozytywnych wyników w badaniach przesiewowych (mediana RHS = 10; pozytywny wynik w skali RHS-15 = 58,9%) w porównaniu z kobietami (mediana = 5,5; pozytywny wynik w skali RHS-15 = 48,4%) (Hanewald et al., 2020). Wyniki te stoją w bezpośredniej sprzeczności z badaniem przekrojowym, które objęło 270 mężczyzn i 76 kobiet i nie wykazało istotnych różnic w częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego między grupami (Laukamp et al., 2019). Ponadto w wieloośrodkowym badaniu podłużnym przeprowadzonym w trzech krajach europejskich kobiety zgłaszały wyższy poziom PTSS niż mężczyźni na początku badania, ale płeć nie miała wpływu na przebieg PTSS w czasie (Pfeiffer et al., 2022).

W innych artykułach analizowano potencjalną rolę płci jako czynnika prognostycznego nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym. Stwierdzono związek płci męskiej zarówno ze wskaźnikiem PTSS (Giannopoulou et al., 2022), jak i zgonem w wyniku samobójstwa (Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Natomiast w badaniu Höhne et al., 2021 płeć żeńska była czynnikiem prognostycznym większego cierpienia psychicznego wśród osób z grupy URM.

3.3.4. Wiek w momencie migracji

W trzech badaniach (13%) analizowano wpływ wieku badanych w momencie migracji (Jensen et al., 2019; Hanewald et al., 2020; Zijlstra et al., 2019). W badaniu kohortowym stwierdzono istotny związek między wiekiem a stopniem zaburzeń psychicznych, wskazujący na większe obciążenie spowodowane zaburzeniami zdrowia psychicznego wśród starszych osób z grupy URM (Jensen et al., 2019). Ponadto w badaniu przekrojowym stwierdzono, że starszy wiek w momencie przybycia do kraju przyjmującego pomaga przewidzieć problemy emocjonalne (Zijlstra et al., 2019). Co więcej, badanie z pięcioletnią obserwacją wykazało, że starszy wiek w momencie migracji wiązał się z mniejszymi zmianami w objawach depresji i PTSD w miarę upływu czasu (Hanewald et al., 2020).

3.3.5. Wsparcie społeczne i rodzaj zakwaterowania

W kilku badaniach (N = 5; 21,7%) oceniano wpływ wsparcia społecznego w kraju przyjmującym na ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród małoletnich bez opieki (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019 oraz Zijlstra et al., 2019).

Niski poziom wsparcia społecznego i wysoki poziom codziennych kłopotów wiążą się ze zwiększonym poziomem lęku, depresji, zachowań eksternalizacyjnych oraz PTSD (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019). W szczególności 60% osób z grupy URM, obserwowanych przez pięć lat, twierdziło, że otrzymało mniej wsparcia społecznego niż by sobie tego życzyło. Ponadto zgłaszali oni, że „często" lub „bardzo często" borykają się z następującymi codziennymi problemami: zbyt mała ilość pieniędzy (27%), poczucie braku bezpieczeństwa (22%), niepewność co do przyszłości (20%) oraz trudności w uzyskaniu dokumentów od organów administracji (17%) (Jensen et al., 2019). Oceniając sytuację dzieci i młodzieży z grupy URM, umieszczanych w różnych typach placówek (rodziny zastępcze, małe grupy zamieszkujące razem, małe jednostki mieszkalne i kampusy) w Holandii, stwierdzono, że dzieci przebywające na kampusach i w małych grupach zamieszkujących razem doświadczały znacznie więcej problemów emocjonalnych niż te przebywające w rodzinach zastępczych. Ponadto w przypadku dzieci z grupy URM, mieszkających w dużych ośrodkach recepcyjnych, jakość środowiska wychowawczego była najniższa, częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym – największa, a dostęp do opieki psychiatrycznej – najgorszy (Zijlstra et al., 2019).

3.3.6. Status wniosku o udzielenie azylu

Status wniosku o udzielenie azylu sprawdzono w czterech (17,4%) z analizowanych badań (Giannopoulou et al., 2022; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Müller, Büter et al., 2019; Sarkadi et al., 2019). Badanie obserwacyjne wykazało, że uczestnicy, których wnioski były nadal rozpatrywane lub zostały odrzucone w trakcie obserwacji, wykazywali znacznie więcej objawów niż uczestnicy, których wnioski o azyl przyjęto w okresie między ocenami. Najsilniejszy związek stwierdzono w odniesieniu do objawów zaburzeń internalizacyjnych, a następnie depresji, lęku i PTSD (Müller, Gossmann et al., 2019). Podobnie w badaniu przekrojowym stwierdzono, że częstość występowania silnych objawów (w tym depresji, lęku i PTSD) była dwukrotnie wyższa wśród osób wciąż oczekujących na decyzję w sprawie wniosku o azyl

w porównaniu z osobami, które otrzymały zezwolenie na pobyt (Sarkadi et al., 2019). W Grecji – jednym z krajów europejskich stanowiących bramę do UE dla osób ubiegających się o azyl – stwierdzono w badaniu, że staranie się o azyl w ramach procedury łączenia rodzin wiązało się z wyższym poziomem objawów depresji, PTSS oraz przekonań negatywnych (Giannopoulou et al., 2022).

Jeśli chodzi o zgony samobójcze, wszystkie takie przypadki odnotowane w roku 2017 w badaniu szwedzkim dotyczyły osób, które złożyły wniosek o azyl dwa lata wcześniej (Mittendorfer-Rutz et al., 2020).

Ponadto strach przed deportacją odpowiadał za 3% wariancji w modelu regresji służącym do przewidywania trudności psychicznych wśród osób z grupy URM (Höhne et al., 2021).

3.3.7. Nauka w szkole i poziom znajomości języka kraju przyjmującego

W dwóch badaniach analizowano wpływ edukacji szkolnej i poziomu wykształcenia na problemy ze zdrowiem psychicznym osób z grupy URM (Björkenstam et al., 2020; Höhne et al., 2021). W obu przypadkach frekwencja szkolna i nauka w kraju przyjmującym stanowiły czynniki chroniące przed problemami ze zdrowiem psychicznym (Björkenstam et al., 2020; Höhne et al., 2021), a ryzyko wystąpienia powszechnych zaburzeń psychicznych malało wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia (Björkenstam et al., 2020).

Ponadto dostępne informacje wskazują na to, że wśród osób z grupy URM, które popełniły samobójstwo w Szwecji w 2017 roku, 67% z nich miało niskie wykształcenie lub nie miało go wcale (Mittendorfer-Rutz et al., 2020).

Jeśli chodzi o znajomość języka kraju przyjmującego (niemieckiego), jej niski poziom wiązał się z wyższym poziomem stresu psychicznego wśród osób z grupy URM (Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019).

3.3.8. Inne

Hanewald et al. (2020) stwierdzili różne wzorce objawów zaburzeń psychicznych w zależności od konkretnej grupy językowej badanych, przy czym osoby posługujące się językiem somalijskim i farsi (z Afganistanu) zgłaszały więcej objawów niż osoby posługujące się językiem arabskim (głównie z Syrii, Iraku, Algierii i Maroka) oraz tigrinia (z Erytrei).

Porównując osoby z grupy URM pod kątem kraju pochodzenia, stwierdzono, że u małoletnich z Afganistanu częstość występowania PTSD była wyższa niż

u małoletnich z Syrii (Solberg, Nissen et al., 2020). Jednak w innym badaniu ustalono, że kraj pochodzenia osób z grupy URM nie pozwalał przewidzieć występowania zaburzeń psychicznych (Höhne et al., 2021).

4. Dyskusja

W 23 badaniach uwzględnionych w niniejszym przeglądzie stwierdzono wysoką częstość występowania PTSD, depresji i lęku w grupie dzieci i młodzieży uchodźczej, którzy przybyli do Europy bez opiekunów. Odnotowano w nich częstość występowania PTSD na poziomie od 4,6 do 43%, depresji – od 2,9 do 61,6%, zaburzeń/objawów lękowych – od 23,8 do 38,2%, a problemów behawioralnych – od 4 do 14,3%. Ponadto w dwóch badaniach wskazano na wyższą częstość występowania prób samobójczych i zgonów wśród dzieci i młodzieży uchodźczej bez opieki w porównaniu z ogólną populacją krajów przyjmujących.

Wyniki te są zbliżone do ustaleń poprzedniego przeglądu systematycznego dotyczącego problemów ze zdrowiem psychicznym osób należących do grupy URM w Europie: 35,5% w przypadku PTSD (95% CI 19,0–52,7%), 20,7% w przypadku depresji (95% CI 10,3–32,8%) oraz 15% w przypadku zaburzeń lękowych (95% CI 8,7–31,6%), przy medianie częstości występowania myśli i zachowań samobójczych wynoszącej 5% (Kien et al., 2019). Inne przeglądy skupiające się na osobach z grupy URM na całym świecie również podkreśliły wysoką częstość występowania PTSD, PTSS, depresji, lęku i problemów behawioralnych wśród tej grupy (Bamford et al., 2021; von Werthern, Grigorakis & Vizard, 2019). Dane dotyczące innych zaburzeń/problemów były mniej jednoznaczne, jednak wydaje się jasne, że w porównaniu z ogólną populacją w wieku poniżej 18. roku życia dzieci i młodzież z grupy URM są narażone na większe ryzyko wystąpienia PTSD, depresji i lęku. Ogólnie rzecz biorąc, częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży z grupy URM jest znacznie wyższa niż częstość występowania takich zaburzeń wśród wszystkich dzieci i młodzieży na całym świecie, która według doniesień wynosi 2,6% dla dowolnego zaburzenia depresyjnego (95% CI 1,7–3,9%), 6,5% dla wszelkich zaburzeń lękowych (95% CI 4,7–9,1%) oraz 5,7% dla wszelkich zaburzeń zachowania (95% CI 4,0–8,1%) (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015).

Badania uwzględnione w niniejszym przeglądzie systematycznym charakteryzują się dużą zmiennością pod względem jakości zastosowanych skal oceny, przy czym około 21% z nich uzyskało ocenę w dolnym przedziale (<3). W poszczególnych badaniach odnotowano istotnie różne wyniki dotyczące częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego, co może wynikać z kilku czynników. Na przykład

przeprowadzano badania różnego rodzaju (tj. przekrojowe w porównaniu z podłużnymi), a także wykorzystano różne metody diagnozowania problemów ze zdrowiem psychicznym (tj. kryteria diagnostyczne w porównaniu ze skalami objawów). Ponadto niektóre badania nie uwzględniały wszystkich kategorii diagnostycznych, a inne zrealizowano na niewielkiej próbie. Wszystkie te kwestie należy wziąć pod uwagę podczas analizy wyników zarówno niniejszego przeglądu, jak i wcześniejszych badań poświęconych tej tematyce (Bamford et al., 2021; Kien et al., 2019; von Werthern et al., 2019).

Analizując wszystkie badania uwzględnione w niniejszym przeglądzie, stwierdzono, że krajem pochodzenia uchodźców był najczęściej, choć nie zawsze, Afganistan. Na przykład w duńskim badaniu opartym na rejestrze większość małoletnich przybywających bez opiekunów pochodziła z Bośni i Hercegowiny. Różnica ta mogła jednak wynikać ze specyficznego okresu objętego badaniem (1993–2010), który pokrywał się z okresami skrajnej niestabilności politycznej i wojny w tamtym regionie (Norredam et al., 2018). Konflikty polityczne na całym świecie, niezależnie od odległości od Europy, zazwyczaj prowadzą do imigracji małoletnich na ten kontynent, a Afganistan od ponad 20 lat pozostaje krajem niestabilnym (Council on Foreign Relations, 2021). Według Eurostatu, urzędu statystycznego Unii Europejskiej, w 2019 roku Afganistan był głównym krajem pochodzenia pod względem obywatelstwa osób uznanych za małoletnich bez opieki, którzy ubiegali się o azyl w państwach członkowskich UE (Eurostat, 2020). Obywatele Afganistanu stanowili 30% całkowitej liczby zarejestrowanych osób małoletnich bez opieki.

Ważną kwestią przy analizowaniu tych statystyk jest fakt, że znaczny odsetek małoletnich bez opieki, którzy złożyli wnioski o azyl, następnie je wycofał. Sugeruje się, że może to być wskaźnik handlu dziećmi (Euractiv.com, 2015). Powiązane jest to z faktem, że od czasu upadku Związku Radzieckiego obserwuje się znaczny przepływ osób przez granice w Azji Środkowej, co może obejmować przemyt migrantów (Sengupta et al., 2018). Obawy te pokrywają się z innym znanym zagrożeniem, na jakie narażone są osoby małoletnie przybywające bez opiekunów z Afganistanu, a mianowicie handlem ludźmi w celach seksualnych (Departament Stanu Stanów Zjednoczonych, 2018).

Przeanalizowane badania wskazują, że w Europie jest więcej chłopców niż dziewcząt wśród małoletnich uchodźców bez opieki (>75% badanych grup), co jest zgodne z wynikami wcześniejszych przeglądów (Kien et al., 2019; von Werthern et al., 2019). Spośród wszystkich małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez opiekunów, którzy w 2019 r. złożyli wnioski o azyl, 84,9% stanowili chłopcy (Eurostat, 2020).

Jak już zostało to wcześniej opisane, doświadczenia dzieci i młodzieży z grupy URM sprzed migracji (np. wojny lub konflikty polityczne, ubóstwo itp.), w trakcie procesu migracji (przemyt, handel ludźmi itp.) oraz po migracji do kraju przyjmującego (brak wsparcia rodzinnego lub społecznego, niepewność podczas prawnego procesu ubiegania się o azyl, zmiany kulturowe, bariera językowa itp.) mogą sprawiać, że są one szczególnie narażone na zaburzenia zdrowia psychicznego (Bamford et al., 2021; Höhne et al., 2020; Kien et al., 2019). Aby uniknąć potencjalnego wykorzystywania, zaniedbywania lub znęcania się nad tą grupą małoletnich, należy podjąć działania mające na celu ochronę tych osób na wszystkich etapach procesu migracyjnego. Organizacje i instytucje międzynarodowe, a także kraje przyjmujące, muszą podjąć konkretne działania, aby zadbać o ich dobrostan.

4.1. Czynniki prognostyczne i towarzyszące dla zdrowia psychicznego

Jeśli chodzi o czynniki ryzyka i prognostyczne dla tej populacji, w 15 z uwzględnionych badań (Björkenstam et al., 2020; Ehntholt et al., 2018; Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Höhne et al., 2021; Jensen et al., 2019; Laukamp et al., 2019; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann et al., 2019; Norredam et al., 2018; Oppedal et al., 2020; Pfeiffer et al., 2022; Sarkadi et al., 2019; Sierau et al., 2019; Zijlstra et al., 2019) wykazano, że płeć, wiek, wsparcie społeczne, narażenie na traumę, rodzaj zakwaterowania, procedura ubiegania się o azyl, edukacja oraz umiejętności językowe w kraju przyjmującym stanowiły czynniki najczęściej powiązane ze stanem zdrowia psychicznego.

4.1.1. Narażenie na traumę

Narażenie na traumę zgłaszane przez dzieci i młodzież z grupy URM zwiększa ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019) nie tylko w dzieciństwie i okresie dojrzewania, ale także w wieku dorosłym. Co jednak ważniejsze, znaczna część tych małoletnich zgłasza doświadczenie traumy w kraju przyjmującym, w tym przemocy w ośrodkach recepcyjnych, co dodatkowo negatywnie wpływa na ich dobrostan psychiczny (Jensen et al., 2019; Zijlstra et al., 2020). Pfeiffer et al. (2022) wskazali, że doświadczenie traumy sprzed migracji wpływa na PTSS jedynie podczas oceny początkowej, ale nie podczas wizyt kontrolnych w okresie do 21 miesięcy. Oprócz doświadczenia traumy sprzed migracji i w jej trakcie również czynniki stresogenne

po migracji, związane z osiedleniem się w nowym kraju lub niepewnym statusem wizowym, mogą być czynnikami prognostycznymi dla zdrowia psychicznego, jak szczegółowo opisano powyżej.

Wiadomo, że liczba trudnych doświadczeń z dzieciństwa, w tym traumy, których doświadczają osoby z grupy URM, może zwiększać ryzyko psychozy (Varese et al., 2012). Mając to na uwadze, zaskakujące jest, że tylko jedno badanie ujęte w niniejszym przeglądzie systematycznym zawierało dane dotyczące zaburzeń psychotycznych (Norredam et al., 2018).

4.1.2. Migracja bez opieki

Stwierdzono, że brak osoby towarzyszącej stanowi silny czynnik prognostyczny wyższego poziomu stresu psychicznego wśród wszystkich uchodźców małoletnich (Stotz, Elbert, Müller & Schauer, 2015). Wyniki badań uwzględnionych w naszym przeglądzie dostarczają dalszych dowodów na poparcie tej tezy (Björkenstam et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann i in., 2019; Norredam et al., 2018; Sarkadi et al., 2019; Solberg, Vaez et al., 2020; van Os et al., 2018). Ponadto wyniki metaanalizy potwierdzają, że w grupie URM częstość występowania PTSD była wyższa niż w grupie ARM. Jednym z możliwych wyjaśnień tego zjawiska jest fakt, że osoby z grupy URM częściej doświadczają większej liczby traumatycznych zdarzeń w porównaniu z osobami z grupy ARM (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2007; Hodes, Jagdev, Chandra i Cunniff, 2008; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; van Os et al., 2018). Ponadto osoby z grupy URM są zazwyczaj starsze niż osoby z grupy ARM (Hjern i Kling, 2019; Müller, Büter et al., 2019; Norredam et al., 2018; van Os et al., 2018), co również może pomóc w wyjaśnieniu wyższej częstości występowania zaburzeń psychicznych wśród osób z grupy URM. Obecność rodziny może odgrywać ważną rolę w procesie migracji, a spójność rodzinna została uznana w niedawnym przeglądzie systematycznym za czynnik ochronny związany z mniejszą częstością występowania zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży uchodźczej (Scharpf, Kaltenbach, Nickerson & Hecker, 2021). Podsumowując, istnieje szereg czynników, które mogą zwiększać częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego w grupie małoletnich bez opieki.

4.1.3. Płeć

Zgodnie z przeglądem systematycznym (Mohwinkel, Nowak, Kasper & Razum, 2018) kobiety należące do grupy URM są bardziej narażone na wystąpienie objawów stresu pourazowego (PTSS) i częściej wykazują poważne objawy PTSS niż mężczyźni z tej samej grupy. Kobiety z grupy URM wykazywały również wyższy odsetek objawów depresji, choć nie stwierdzono istotnych różnic między płciami w zakresie częstości występowania zaburzeń depresyjnych (Mohwinkel et al., 2018). Jednak w niniejszym przeglądzie tylko pięć badań uwzględniało płeć w analizie częstości występowania zaburzeń w próbach, a sprzeczne wyniki nie pozwalały na wyciągnięcie żadnych wniosków. Niektórzy autorzy wskazywali, że mężczyzn charakteryzował wyższy poziom stresu psychicznego, PTSS oraz większa liczba zgonów samobójczych (Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Mittendorfer-Rutz et al., 2020), podczas gdy inni autorzy zauważali wyższy poziom stresu psychicznego i wyjściowego poziomu PTSS u kobiet (Höhne et al., 2021; Pfeiffer et al., 2022). W jednym badaniu nie stwierdzono różnic w częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego, głównie PTSD i depresji, między płciami (Laukamp et al., 2019). Należy podkreślić, że większość osób z grupy URM to chłopcy (von Werthern et al., 2019). Na przykład w 2015 roku oszacowano, że chłopcy stanowili aż 90% takich imigrantów (Euractiv, 2015), a tak ogromna dysproporcja liczebna może ograniczać zdolność badaczy do identyfikacji potencjalnych różnic między płciami.

W populacji ogólnej różnice w częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego między małoletnimi płci męskiej i żeńskiej różnią się w zależności od wieku badanych. Nie stwierdzono istotnych różnic u dzieci w wieku przedszkolnym (Egger & Angold, 2006), ale odnotowuje się wyższą częstość występowania problemów wśród młodych chłopców w wieku szkolnym (Gutman, Joshi, Parsonage & Schoon, 2015). Później, w okresie dojrzewania, częstość występowania staje się większa u dziewcząt i różnica ta utrzymuje się w okresie wczesnej dorosłości. Jeśli chodzi o konkretne zaburzenia, zaburzenia depresyjne i lękowe występują częściej u dziewcząt już od wczesnego wieku, a różnica ta z czasem się pogłębia. Ponadto dziewczęta częściej spełniają kryteria rozpoznania PTSD (Alisic et al., 2014; Tolin & Foa, 2006). Zaburzenia zachowania występują częściej u chłopców w każdym wieku, choć wśród dziewcząt to schorzenie może być niedostatecznie zdiagnozowane. Badacze sugerują, że różnice te mogą wynikać z różnic biologicznych (Choleris, Galea, Sohrabji & Frick, 2018) oraz czynników społecznych związanych z płcią (Andermann, 2010).

4.1.4. Wiek

Wpływ wieku w momencie migracji na ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych wśród osób należących do grupy URM został oceniony w ramach wcześniejszego przeglądu systematycznego, w którym stwierdzono, że starsze osoby z tej grupy są bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych (O'Higgins, Ott & Shea, 2018). Jest to zgodne ze zidentyfikowanymi przez nas wynikami badań, wskazującymi na większe obciążenie zaburzeniami zdrowia psychicznego (Hanewald et al., 2020) oraz problemami emocjonalnymi (Zijlstra et al., 2019), a także na mniejsze zmiany w objawach depresji i PTSD w miarę upływu czasu (Jensen et al., 2019) wśród starszych osób z grupy URM w porównaniu z młodszymi. Fakt, że starsze osoby małoletnie z grupy URM borykały się z większą liczbą problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, można częściowo wyjaśnić tym, że młodsi uchodźcy otrzymują i korzystają z większego wsparcia i uwagi ze strony specjalistów w kraju przyjmującym niż starsi. Ponadto strach przed potencjalną deportacją z kraju przyjmującego do kraju pochodzenia po ukończeniu 18. roku życia (Hanewald et al., 2020) mógł wpływać na zdrowie psychiczne starszej młodzieży z grupy URM. Jednak te same różnice w częstości występowania między różnymi grupami wiekowymi obserwuje się również w populacji ogólnej w wieku poniżej 18. roku życia. Takie zaburzenia, jak depresja, lęk i zespół stresu pourazowego, występują częściej w okresie dojrzewania niż w dzieciństwie (Polanczyk et al., 2015). Wzrost częstości występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie dojrzewania może wynikać ze zmieniających się czynników społecznych na tym etapie życia oraz czynników biologicznych związanych z rozwojem neurologicznym i dojrzałością. W okresie dojrzewania rozwijają się układ limbiczny i kora przedczołowa, a wcześniejsze dojrzewanie układu limbicznego może być przyczyną niestabilności emocjonalnej i zaburzeń nastroju u niektórych osób (Ahmed, Bittencourt-Hewitt & Sebastian, 2015).

Kolejnym czynnikiem, który należy wziąć pod uwagę przy analizowaniu wieku osób z grupy URM w momencie migracji, jest możliwa rozbieżność między wiekiem podanym przez samych zainteresowanych a wiekiem ustalonym przez władze niektórych krajów przyjmujących na podstawie pomiarów biologicznych, takich jak badanie stomatologiczne. W badaniu przeprowadzonym w Norwegii 56% osób, które zadeklarowały, że są małoletnimi, w rzeczywistości nimi nie było według wskaźników biologicznych (Jakobsen, Meyer DeMott, Wentzel-Larsen & Heir, 2017).

4.1.5. Wsparcie społeczne i rodzaj zakwaterowania

W populacji ogólnej wsparcie społeczne odgrywa ważną rolę w utrzymaniu dobrego samopoczucia psychicznego. Pomaga jednostkom radzić sobie z narażeniem na stres i skutecznie zmniejsza jego potencjalny wpływ na zdrowie psychiczne (Cohen & Janicki-deverts, 2009; Uchino, 2006), ograniczając w ten sposób częstość występowania objawów stresu pourazowego (PTSS) i depresji. Dowody wskazują, że lepszą korelację z wynikami w zakresie zdrowia psychicznego wykazuje postrzegane wsparcie społeczne niż to faktycznie otrzymane (Lakey & Orehek, 2011). Wśród przeanalizowanych danych większość badań wskazywała, że osoby z grupy URM były narażone na wysokie ryzyko doświadczania niskiego poziomu wsparcia społecznego i zwiększonego poziomu codziennych kłopotów, co było powiązane z większą częstością występowania lęku, depresji, zachowań eksternalizacyjnych oraz zespołu stresu pourazowego (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019). Podjęcie wysiłków na rzecz zwiększenia wsparcia społecznego, jakie otrzymują te osoby, mogłoby pozytywnie wpływać na ich zdrowie psychiczne. Sierau et al. (2019) stwierdzili, że osoby z grupy URM największe wsparcie społeczne otrzymywały od swoich rodzin, a w dalszej kolejności – od rówieśników i dorosłych mentorów. Dla osób z grupy URM przybywających do Europy samotnie kontakt z rodziną w kraju pochodzenia miał bardzo duże znaczenie subiektywne (Höhne et al., 2021), co wpływało na otrzymywanie wsparcia społecznego z innych sieci. W związku z tym w badaniu podkreślono, że pozbawione kontaktu z rodziną osoby z grupy URM otrzymują mniej wsparcia od rówieśników i mentorów w porównaniu z osobami z tej samej grupy przebywającymi z rodziną (Sierau et al., 2019).

Jedną ze zmiennych powiązanych z poziomem wsparcia społecznego dostępnego dla takich osób w kraju przyjmującym jest rodzaj oferowanego im zakwaterowania. Opieka zastępcza oraz formy zakwaterowania uwzględniające uwarunkowania kulturowe wiążą się z najwyższym poziomem wsparcia społecznego i lepszymi wynikami w zakresie zdrowia psychicznego (O'Higgins et al., 2018). W niniejszym przeglądzie stwierdzono, że jakość środowiska wychowawczego była najwyższa w rodzinach zastępczych, a następnie w małych jednostkach mieszkalnych, małych grupach zamieszkujących razem i ośrodkach zamkniętych, przy czym poziom ten korelował odwrotnie z częstością występowania problemów psychiatrycznych (Zijlstra et al., 2019).

4.1.6. Status wniosku o udzielenie azylu

Oczekiwanie na decyzję po złożeniu wniosku o udzielenie azylu może być trudną sytuacją, która niesie ze sobą negatywne skutki. U osób wciąż oczekujących na decyzję w sprawie wniosku o azyl wykazano wyższą częstość występowania zespołu stresu pourazowego, depresji i objawów lękowych w porównaniu z osobami, które otrzymały już zezwolenie na pobyt (Müller, Büter et al., 2019; Sarkadi et al., 2019). Ponadto stwierdzono, że u osób dorosłych proces azylowy, który może wiązać się z koniecznością szczegółowego opowiadania o traumatycznych doświadczeniach z przeszłości podczas rozmów kwalifikacyjnych, może nasilać objawy PTSD (Knaevelsrud, 2015).

Niepewny status prawny osoby ubiegającej się o azyl ma istotne konsekwencje, które mogą utrudniać jej integrację w społecznościach przyjmujących (Procter, Kenny, Eaton & Grech, 2018). Greckie badanie wykazało, że ubieganie się o azyl w Europie wiązało się z większym nasileniem PTSS i negatywnymi procesami poznawczymi (Giannopoulou et al., 2022). Niepokojące jest to, że stwierdzono również, iż długotrwały proces ubiegania się o azyl (trwający co najmniej dwa lata) był częścią historii osobistej każdej osoby należącej do grupy URM, która popełniła samobójstwo w Szwecji w roku 2017 (Mittendorfer-Rutz et al., 2020).

4.1.7. Nauka w szkole i poziom znajomości języka kraju przyjmującego

Poziom znajomości języka używanego w kraju przyjmującym był powiązany z dobrostanem psychicznym dzieci pierwszego pokolenia imigrantów (Cavicchiolo et al., 2020). W przypadku osób z grupy URM w Niemczech niższy poziom znajomości języka niemieckiego wiązał się z wyższym poziomem stresu psychicznego (Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019). Podobnie poziom wykształcenia tych małoletnich – zarówno w momencie przybycia do kraju przyjmującego, jak i później – może znacząco wpływać na ich doświadczenia. Wcześniejsze badania przeprowadzone w Holandii i Norwegii nie wykazały związku między poziomem wykształcenia w momencie przybycia a zmianami w zakresie zdrowia psychicznego po (odpowiednio) jednym i dwóch latach obserwacji (Bean et al., 2007; Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014). Jednak niektóre badania uwzględnione w niniejszym przeglądzie wskazują, że lepsza frekwencja szkolna i wyższe osiągnięcia edukacyjne wiążą się z niższym poziomem problemów ze zdrowiem psychicznym (Björkenstam et al., 2020; Höhne et al., 2021). Natomiast badanie dotyczące osób dorosłych, które przybyły do Szwecji jako osoby małoletnie bez opieki lub

z opiekunami, wykazało, że osoby, które osiągnęły wyższy poziom wykształcenia, częściej korzystały z usług opieki psychiatrycznej, w przeciwieństwie do tego, co zaobserwowano wśród rdzennej ludności szwedzkiej (Manhica, Almquist, Rostila & Hjern, 2017).

W jednym z badań wyższy poziom wykształcenia wiązał się z mniejszą liczbą zgonów w wyniku samobójstwa wśród dorosłych (Phillips & Hempstead, 2017), czego nie potwierdziło inne badanie (Pompili et al., 2013). W grupie URM mężczyźni z niewielkim lub zerowym wykształceniem stanowili grupę o najwyższym wskaźniku zgonów w wyniku samobójstwa (Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Warto zauważyć efekt cykliczny: zdrowe dzieci osiągają lepsze wyniki w nauce, co z kolei wiąże się z lepszym stanem zdrowia w późniejszym życiu (Langford et al., 2015). Niektóre osoby z grupy URM są dalekie od zdrowia w momencie przybycia do Europy, co może mieć istotny wpływ na ich edukację i stan zdrowia w dłuższej perspektywie.

4.1.8. Inne potencjalne czynniki ochronne lub czynniki ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym

W populacji osób z grupy URM warto zbadać również inne parametry.

Rola wiary, religii i duchowości może w rzeczywistości stanowić jeden z najważniejszych czynników sprzyjających dobrostanowi psychicznemu wśród uchodźców i osób ubiegających się o azyl przebywających w krajach przyjmujących na etapie przejściowym (Posselt et al., 2019). Jednak pozycja „znaczenie religii" w jednym z kwestionariuszy nie pozwalała w sposób istotny przewidzieć poziomu stresu psychicznego u osób należących do grupy URM (Höhne et al., 2021). Pomocne mogłoby być bardziej szczegółowe badanie konkretnych powiązań między duchowymi aspektami doświadczeń tych osób a ich zdrowiem psychicznym.

Należy również zbadać dyskryminację etniczną i rasową jako potencjalny czynnik ryzyka w odniesieniu do zaburzeń zdrowia psychicznego wśród osób z grupy URM. W przypadku osób dorosłych dyskryminacja rasowa była powiązana z zespołem stresu pourazowego wśród osób ubiegających się o azyl w Australii (Silove, Field, Manicavasagar & Steel, 1997). W badaniu dotyczącym dzieci i młodzieży uchodźczej, objętej opieką w ramach systemu zdrowia psychicznego w Grecji, stwierdzono u nich więcej diagnoz związanych ze zdrowiem fizycznym (Z) w porównaniu z populacją grecką, w której odnotowano większą liczbę diagnoz psychiatrycznych (F). Sugeruje to, że uchodźcy mogą mieć inne potrzeby lub większe trudności w dostępie do publicznej opieki zdrowotnej w porównaniu z osobami urodzonymi w danym kraju (Triantafyllou et al., 2018) – być może z powodu różnic etnicznych oraz braku

tłumaczy w placówkach służby zdrowia. Istnieją europejskie strategie mające na celu zwiększenie wrażliwości kulturowej i przełamanie barier językowych uniemożliwiających imigrantom dostęp do systemu opieki zdrowotnej, i należy je wdrażać na szerszą skalę (Gil-Salmerón, Katsas, Riza, Karnaki & Linos, 2021).

4.1.9. Wczesna interwencja w krajach przyjmujących

Objawy psychiatryczne występujące u uchodźców są często związane z traumatycznymi zdarzeniami na różnych etapach migracji, w tym z czynnikami stresogennymi pojawiającymi się na wczesnym etapie pomigracyjnym (Kien et al., 2019). Nieleczone objawy mogą prowadzić do stanu przewlekłego, który będzie miał negatywny wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie tych osób (Solberg, Nissen et al., 2020). Wczesna interwencja skoncentrowana na ocenie stanu zdrowia psychicznego uchodźców byłaby pomocna w wykryciu problemów psychicznych i ułatwieniu dostępu do odpowiedniego leczenia, zapobiegając w ten sposób rozwojowi choroby przewlekłej. Sugeruje się, aby badania przesiewowe pod kątem stresu psychicznego przeprowadzać co najmniej dwukrotnie w pierwszych miesiącach po przybyciu tych osób do kraju przyjmującego ze względu na możliwość wystąpienia opóźnionej reakcji na stres, który początkowo może pozostać niewykryty (Hollifield et al., 2021).

W niektórych badaniach opisano konkretne interwencje, które mogłyby pomóc wrażliwym grupom uchodźców. Na przykład w jednym z artykułów opisano opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia mobilną interwencję w zakresie zdrowia psychicznego, którą zastosowano w celu ułatwienia dorosłym uchodźcom z Syrii dostępu do systemów opieki zdrowotnej krajów przyjmujących (Burchert et al., 2019). W Niemczech, w odniesieniu do osób z grupy URM, które spędziły w tym kraju co najmniej sześć miesięcy, w ramach randomizowanego badania kontrolowanego oceniono program interwencji grupowej ukierunkowanej na traumę „Mein Weg" w porównaniu ze standardową opieką. Wyniki wykazały poprawę w odniesieniu do objawów zespołu stresu pourazowego i depresji po interwencji, która utrzymywała się następnie przez okres do trzech miesięcy w grupie interwencyjnej (Pfeiffer, Sachser, Tutus, Fegert & Plener, 2019).

4.1.10. Możliwe różnice między przeglądem systematycznym badań dotyczących osób z grupy URM w państwach europejskim i w innych krajach

Oprócz przeglądu autorstwa Kien et al. (2019), który skupiał się wyłącznie na badaniach europejskich, inne przeglądy dotyczące zdrowia psychicznego osób z grupy

URM obejmowały badania z całego świata (Bamford et al., 2021), łącznie z jednym przeprowadzonym w Etiopii (von Werthern et al., 2019), jednym – na Filipinach oraz jednym – w USA. Należy zauważyć, że między Europą a krajami na innych kontynentach, takimi jak USA, istnieją obecnie znaczne różnice w zakresie procedury azylowej dla osób z grupy URM (Council on Foreign Relations, 2022; Agencja Unii Europejskiej ds. Azylu, 2022), w zależności od kraju pochodzenia (głównie Afganistan, Syria i Irak w przypadku imigrantów w Europie w porównaniu z krajami Ameryki Środkowej w odniesieniu do imigrantów w USA) (Council on Foreign Relations, 2022; Eurostat, 2022) oraz powodów wyjazdu (czynniki społeczno-polityczne w porównaniu z przyczynami ekonomicznymi) (Parlament Europejski, 2020).

Niektóre z europejskich badań ujętych w niniejszym przeglądzie systematycznym (11 z 23, 47,8%) zostały już uwzględnione w poprzednim przeglądzie systematycznym autorstwa Bamford et al. (2021). Niemniej celem niniejszego badania było skupienie się wyłącznie na Europie z zamiarem zminimalizowania potencjalnego wpływu różnic regionalnych przy ocenie częstości występowania problemów ze zdrowiem psychicznym w grupie URM.

4.1.11. Ograniczenia

Niniejszy przegląd ma kilka ograniczeń. Po pierwsze, różnice kulturowe i bariera językowa mogą stanowić istotne przeszkody utrudniające rzetelną ocenę kliniczną badanej populacji. Po drugie, istnieje znaczna heterogeniczność pod względem krajów pochodzenia uchodźców, obejmujących m.in.: Afganistan, Syrię, Erytreę, Somalię, Irak, Iran oraz Bośnię i Hercegowinę. Po trzecie, warto podkreślić, że tylko kilka krajów europejskich zrealizowało badania dotyczące osób z grupy URM, podczas gdy inne – takie jak Włochy i Hiszpania, gdzie jest znaczna liczba takich migrantów (UNICEF, UNHCR & IOM, b.d.) – nie przeprowadziły ani nie opublikowały żadnych analiz w okresie objętym niniejszym przeglądem systematycznym. Osoby należące do grupy URM, które przybywają do tych krajów, mogą charakteryzować się odmiennym profilem zdrowia psychicznego, ponieważ zazwyczaj pochodzą z różnych krajów i emigrują do Europy z różnych powodów: większość z nich przybywa z Maroka oraz krajów subsaharyjskich z powodów ekonomicznych (Bravo & Santos-González, 2017). Mając to na uwadze, możliwość uogólnienia wyników niniejszego przeglądu systematycznego na inne grupy ludności należącej do grupy URM w Europie jest wątpliwa. Niemniej w ramach niniejszego przeglądu zebrano nowe informacje, które pozwalają uzyskać pełniejszy obraz wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym, przed jakimi stoi obecnie ta szczególnie wrażliwa grupa społeczna.

4.1.12. Wnioski i perspektywy

Podsumowując, dzieci i młodzież z grupy URM, objęte najnowszymi badaniami dotyczącymi zdrowia psychicznego, były bardziej narażone na występowanie określonych zaburzeń w porównaniu z dziećmi i młodzieżą niepochodzącymi ze środowisk imigranckich. Główne diagnozy w tej populacji obejmowały zespół stresu pourazowego, lęk i depresję, przy czym liczba prób samobójczych i zgonów była wyższa niż w populacji przyjmującej. Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka i czynników prognostycznych dotyczących wyników w zakresie zdrowia psychicznego tej grupy. Kraje przyjmujące muszą uwzględnić problemy związane ze zdrowiem psychicznym takich osób, z których wiele można złagodzić poprzez opracowanie interwencji psychologicznych mających na celu zapewnienie wyższego poziomu wsparcia społecznego i zmniejszenie poziomu codziennych trudności.

Dodatkowo należy zauważyć, że pandemia COVID-19 mogła mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży (Marqués de Miranda, da Silva, Sena Oliveira i Simoes-e-Silva, 2020; Solerdelcoll, Arango & Sugranyes, 2021), a efekt ten będzie prawdopodobnie jeszcze bardziej dotkliwy w grupach szczególnie narażonych, takich jak URM. Warto, aby mieli to na uwadze zarówno lekarze, jak i osoby podejmujące decyzje dotyczące polityki publicznej mającej wpływ na tę populację.

Finansowanie: IB otrzymała wsparcie od Instytutu Zdrowia im. Karola III przy hiszpańskim Ministerstwie Zdrowia (ISCIII, PI18/0242, INT19/00021), „Cofinanciado por la Unión Europea".
Dostępność danych: Dane zostaną udostępnione na żądanie.
Podziękowania: Podziękowanie kierowane są do ISCIII za grant INT19/00021 przyznany IB, panu R. Borrasowi za doradztwo statystyczne oraz panu A.D. Pierce'owi za pomoc redakcyjną w zakresie języka angielskiego. Dziękujemy również dr E. Höhne za uprzejme wyjaśnienie naszych wątpliwości dotyczących jego badania.

Artykuł ukazał się pierwotnie jako: Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *133*, 105865. Przedruk za zgodą wydawcy.

Tłumaczenie: Dagmara Wolska

E-mail autorki korespondencyjnej: **ibaeza@clinic.cat** (I. Baeza)

Bibliografia

Ahmed, S.P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C.L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *15*, 11–25.

Alisic, E., Zalta, A.K., van Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 335–340.

Amiri, D.K., Madsen, T., Norredam, M., Brande, S.E., Mittendorfer-Rutz, E., Nordentoft, M., & Erlansen, A. (2021). Suicide and suicide attempts among asylum-seekers in Denmark. *Archives of Suicide Research*, *26*(3), 1438–1448. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2011809

Andermann, L. (2010). Culture and the social construction of gender: Mapping the intersection with mental health. *International Review of Psychiatry*, *22*(5), 501–512.

Armitage, A.J., Cohen, J., Heys, M., Hardelid, P., Ward, A., & Eisen, S. (2022). Description and evaluation of a pathway for unaccompanied asylum-seeking children. *Archives of Disease in Childhood*, *107*(5), 456–460.

Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C.F., & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin*, *142*(9), 969–990.

Bamford, J., Fletcher, M., & Leavey, G. (2021). Mental health outcomes of unaccompanied refugee minors: A rapid review of recent research. *Public Health*, *198*, 314–321. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34196826/

Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(4), 288–297.

Bergevin, A., Husain, M., Cruz, M., Blanc, C.L., Dieme, A., Girardin, M.L., Toujouse, C., Tkhayat, R.B., Slabab, S., Corseri, O., Maglorius, M., Vercamer, C., Eskander, E., Desselas, E., Lachaume, N., Garraffo, A., Sorge, F., Roux, E.L., Gaschignard, J., … Faye, A. (2021). Medical check-up of newly arrived unaccompanied minors: A dedicated pediatric consultation service in a hospital. *Archives of Pediatrics*, *28*(8), 689–695.

Björkenstam, E., Helgesson, M., Norredam, M., Sijbrandij, M., de Montgomery, C.J., & Mittendorfer-Rutz, E. (2020). Common mental disorders among young refugees in Sweden: The role of education and duration of residency. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 116–123. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.038

Bravo, A., & Santos-González, I. (2017). Asylum-seeking children in Spain: Needs and intervention models. *Psychosocial Intervention*, *26*(1), 55–62.

Burchert, S., Alknemem, M.S., Bird, M., Carswell, K., Cuijpers, P., Hansen, P., Heim, E., Harper Shehadeh, M., Sijbrandij, M., Van't Hof, E., & Knaevelsrud, C. (2019). User-centered app adaptation of a low-intensity E-mental health intervention for Syrian refugees. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, Article 663.

Cavicchiolo, E., Manganelli, S., Girelli, L., Chirico, A., Lucidi, F., & Alivernini, F. (2020). Immigrant children's proficiency in the host country language is more important than individual, family and peer characteristics in predicting their psychological well-being. *Journal of Immigration and Minority Health*, *22*(6), 1225–1231.

Choleris, E., Galea, L.A.M., Sohrabji, F., & Frick, K.M. (2018). Sex differences in the brain: Implications for behavioral and biomedical research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *85*, 126–145.

Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science*, *4*(4), 375–378.

Council on Foreign Relations. (2021). *War in Afghanistan*. https://www.cfr.org/global-conflict-tracker/conflict/war-afghanistan

Council on Foreign Relations. (2022). *U.S. detention of child migrants*. https://www.cfr.org/backgrounder/us-detention-child-migrants

Egger, H.L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3–4), 313–337.

Ehntholt, K.A., Trickey, D., Harris Hendriks, J., Chambers, H., Scott, M., & Yule, W. (2018). Mental health of unaccompanied asylum-seeking adolescents previously held in British detention centres. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *23*(2), 238–257.

Euractiv. (2015, November 11). *Afghan boys behind huge increase in unaccompanied minor migrants to EU*. https://www.euractiv.com/section/justice-home-affairs/news/afghan-boys-behind-huge-increase-in-unaccompanied-minor-migrants-to-eu/

European Commission. (2020). *EU strategy on the rights of the child (2021–24)*. https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12454-EU-strategy-on-the-rights-of-the-child-2021-24-_ca

European Commission. (2021). *Migration and asylum*. https://ec.europa.eu/info/topics/migration-and-asylum_en

European Migration Network. (2021). *Annual report on migration and asylum 2020*. European Commission. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en

European Parliament. (2020). *Exploring migration causes: Why people migrate*. https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/world/20200624STO81906/exploring-migration-causes-why-people-migrate

European Union Agency for Asylum. (2022). *Asylum report 2020: Section 4 data*. https://euaa.europa.eu/asylum-report-2020/section-4-data-common-european-asylum-system

Eurostat. (2020). *Asylum applicants in the EU*. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10774034/3-28042020-AP-EN.pdf/03c694ba-9a9b-1a50-c9f4-29db665221a8

Eurostat. (2022). *Children in migration – asylum applicants*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Children_in_migration_-_asylum_applicants#Unaccompanied_minors

Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet*, *379*(9812), 266–282.

Genton, P.C., Wang, J., Bodenmann, P., & Ambresin, A.E. (2019). Clinical profile and care pathways among unaccompanied minor asylum seekers in Vaud, Switzerland. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *33*(5). https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0140

Giannopoulou, I., Mourloukou, L., Efstathiou, V., Douzenis, A., & Ferentinos, P. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Greece living "in limbo". *Psychiatriki*. https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.074

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to healthcare for migrant patients in Europe: Healthcare discrimination and translation services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(15), Article 7901. https://doi.org/10.3390/ijerph18157901

Government of the Netherlands. (n.d.). *Asylum procedure*. https://www.government.nl/topics/asylum-policy/asylum-procedure

Gutman, L., Joshi, H., Parsonage, M., & Schoon, I. (2015). *Children of the new century: Mental health findings from the Millennium Cohort Study*. Centre for Mental Health. https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/children-new-century

Hagelund, A. (2020). After the refugee crisis: Public discourse and policy change in Denmark, Norway and Sweden. *Comparative Migration Studies*, *8*, Article 9. https://doi.org/10.1186/s40878-019-0169-8

Hanewald, B., Knipper, M., Fleck, W., Pons-Kühnemann, J., Hahn, E., Ta, T.M.T., Brosig, B., Gallhofer, B., Mulert, C., & Stingl, M. (2020). Different patterns of

mental health problems in unaccompanied refugee minors (URM): A sequential mixed method study. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, Article 1.

Hjern, A., & Kling, S. (2019). Health care needs in school-age refugee children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21), Article 4255.

Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(7), 723–732.

Höhne, E., Banaschewski, T., Bajbouj, M., Böge, K., Sukale, T., & Kamp-Becker, I. (2021). Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01926-z

Höhne, E., van der Meer, A.S., Kamp-Becker, I., & Christiansen, H. (2020). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01678-2

Hollifield, M., Toolson, E.C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T., & Holland, A. (2021). Distress and resilience in resettled refugees of war: Implications for screening. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3), Article 1238.

Im, H., & Swan, L.E.T. (2020). Capacity building for refugee mental health in resettlement: Implementation and evaluation of cross-cultural trauma-informed care training. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *22*(5), 923–934.

Jakobsen, M., Meyer DeMott, M.A., Wentzel-Larsen, T., & Heir, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: A longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, *7*(6), Article e015157.

Jensen, T.K., Skar, A.M.S., Andersson, E.S., & Birkeland, M.S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: Pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(12), 1671–1682.

Jensen, T.K., Skårdalsmo, E.M., & Fjermestad, K.W. (2014). Development of mental health problems - A follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *8*, Article 29.

Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krcza, E., Jank, R., Klerings, I., Szelag, M., Kerschner, B., Brattström, P., & Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(10), 1295–1310.

Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, *118*(3), 482–495.

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., & Campbell, R. (2015). The World Health Organization's health promoting schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *15*, Article 130.

Laukamp, A., Prüfer-Krämer, L., Fischer, F., & Krämer, A. (2019). Health of Syrian unaccompanied asylum seeking adolescents (UASA) at first medical examination in Germany in comparison to UASA from other world regions. *BMC International Health and Human Rights*, *19*, Article 1.

Lázaro, L. (2020). Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables [Mental health, psychopathology and vulnerable populations]. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *37*(3), 3–5.

Manhica, H., Almquist, Y., Rostila, M., & Hjern, A. (2017). The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: A national cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *26*(5), 526–534. https://doi.org/10.1017/S2045796016000445

Marques de Miranda, B., da Silva, A.B., Sena Oliveira, A.C., & Simões-e-Silva, A.C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, *51*, Article 101845.

Migrationsverket. (n.d.). *Applying for asylum*. https://www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/Applying-for-asylum/Asylum-regulations.html

Ministry of Immigration and Integration Denmark. (2019). *International migration Denmark: SOPEMI report 2019*. https://integrationsbarometer.dk/tal-og-analyser/filer-tal-og-analyser/arkiv/SOPEMI2019.pdf

Mittendorfer-Rutz, E., Hagström, A., & Hollander, A.C. (2020). High suicide rates among unaccompanied minors/youth seeking asylum in Sweden. *Crisis*, *41*(4), 314–317.

Mohwinkel, L.M., Nowak, A.C., Kasper, A., & Razum, O. (2018). Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *BMJ Open*, *8*(7), Article e022389.

Müller, L.R.F., Büter, K.P., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *13*, Article 8.

Müller, L.R.F., Gossmann, K., Hartmann, F., Büter, K.P., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019). 1-Year follow-up of the mental health and stress factors in asylum-seeking children and adolescents resettled in Germany. *BMC Public Health*, *19*, Article 1388.

Norredam, M., Nellums, L., Nielsen, R.S., Byberg, S., & Petersen, J.H. (2018). Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: A nation-wide register-based cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(4), 439–446.

O'Higgins, A., Ott, E.M., & Shea, M.W. (2018). What is the impact of placement type on educational and health outcomes of unaccompanied refugee minors? A systematic review of the evidence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *21*(3), 354–365.

Oppedal, B., Ramberg, V., & Røysamb, E. (2020). The asylum-process, bicultural identity and depression among unaccompanied young refugees. *Journal of Adolescence*, *85*, 59–69.

Pfeiffer, E., Behrendt, M., Adeyinka, S., Devlieger, I., Rota, M., Uzureau, O., Verhaeghe, F., Lietaert, I., & Derluyn, I. (2022). Traumatic events, daily stressors and posttraumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: A longitudinal cross-country study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *16*, Article 26.

Pfeiffer, E., Sachser, C., Tutus, D., Fegert, J.M., & Plener, P.L. (2019). Trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: "Mein Weg"-predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *13*, Article 18.

Phillips, J.A., & Hempstead, K. (2017). Differences in U.S. suicide rates by educational attainment, 2000–2014. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(4), e123–e130.

Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 345–365.

Pompili, M., Vichi, M., Qin, P., Innamorati, M., De Leo, D., & Girardi, P. (2013). Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1–3), 437–440.

Posselt, M., Eaton, H., Ferguson, M., Keegan, D., & Procter, N. (2019). Enablers of psychological well-being for refugees and asylum seekers living in transitional countries: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, *27*(4), 808–823. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30417476/

Pozzi, M., Ferrentino, R.I., Scrinzi, G., Scavone, C., Clementi, E., Radice, S., & Molteni, M. (2020). Weight and body mass index increase in children and adolescents exposed to antipsychotic drugs in non-interventional settings: A meta-analysis and meta-regression. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(10), 1329–1341. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32617775/

Procter, N.G., Kenny, M.A., Eaton, H., & Grech, C. (2018). Lethal hopelessness: Understanding and responding to asylum seeker distress and mental deterioration. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(1), 448–454.

Sarkadi, A., Bjärtå, A., Leiler, A., & Salari, R. (2019). Is the Refugee Health Screener a useful tool when screening 14-to 18-year-old refugee adolescents for emotional distress? *Journal of Refugee Studies*, *32*(1), i141–i150.

Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *83*, Article 101930.

Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), Article 26286.

Sengupta, A. (2016). Central Asia. In A. Triandafyllidou (Ed.), *Migrant smuggling data and research: A global review of the emerging evidence base* (Vol. 2, pp. 45–63). International Organization for Migration.

Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*, *350*, Article g7647. https://doi.org/10.1136/bmj.g7647

Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 769–780.

Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, *170*(4), 351–357.

Solberg, Ø., Nissen, A., Vaez, M., Cauley, P., Eriksson, A.K., & Saboonchi, F. (2020). Children at risk: A nation-wide, cross-sectional study examining post-traumatic stress symptoms in refugee minors from Syria, Iraq and Afghanistan resettled in Sweden between 2014 and 2018. *Conflict and Health*, *14*, Article 67.

Solberg, Ø., Vaez, M., Johnson-Singh, C.M., & Saboonchi, F. (2020). Asylum-seekers' psychosocial situation: A diathesis for post-migratory stress and mental health disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, *130*, Article 109914. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109914

Solerdelcoll, M., Arango, C., & Sugranyes, G. (2021). Calling for the integration of children's mental health and protection into COVID-19 responses. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *14*(2), 113–116.

Stotz, S.J., Elbert, T., Müller, V., & Schauer, M. (2015). The relationship between trauma, shame, and guilt: Findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), Article 25863.

Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 959–992.

Triantafyllou, K., Othiti, I., Xylouris, G., Moulla, V., Ntre, V., Kovani, P., Gertsou, I., & Anagnostopoulos, D. (2018). Mental health and psychosocial factors in young refugees, immigrants and Greeks: A retrospective study. *Psychiatriki*, *29*(3), 231–239. https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.231

Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(4), 377–387. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16758315/

UNHCR. (2020). *UNHCR resettlement handbook*. https://www.unhcr.org/protection/resettlement/46f7c0ee2/unhcr-resettlement-handbook-complete-publication.html

UNHCR. (2021). *Global trends: Forced displacement in 2020*. https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020

UNICEF. (2020). *Latest statistics and graphics on refugee and migrant children*. https://www.unicef.org/eca/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children

UNICEF, UNHCR, & IOM. (2020). *Factsheet on refugee and migrant children Jan–June 2020*. https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/2021-03/UNHCR-UNICEF-IOM%20Factsheet%20on%20refugee%20and%20migrant%20children%20Jan-June%202020.pdf

United States Department of State. (2018, June 28). *Trafficking in persons report - Afghanistan*. Refworld. https://www.refworld.org/docid/5b3e0bc5a.html

van Os, C., Zijlstra, A.E., Knorth, E.J., Post, W.J., & Kalverboer, M.E. (2018). Recently arrived refugee children: The quality and outcomes of best interests of the child assessments. *International Journal of Law and Psychiatry*, *59*, 20–30.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 661–671.

Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(5), 337–346.

von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse & Neglect*, *98*, Article 104146.

Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2013). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Ottawa Hospital Research Institute. https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

World Health Organization. (2020). *Maternal and child mental health*. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

Zijlstra, A.E., Menninga, M.C., van Os, E.C.C., & Kalverboer, M.E. (2020). They ask for protection: An exploratory study into experiences with violence among unaccompanied refugee children in Dutch reception facilities. *Child Abuse & Neglect*, *103*, Article 104442.

Zijlstra, E., Menninga, M.C., Van Os, E.C.C., Rip, J.A., Knorth, E.J., & Kalverboer, M.E. (2019). 'There is no mother to take care of you': Views of unaccompanied children on healthcare, their mental health and rearing environment. *Residential Treatment for Children & Youth*, *36*(2), 118–136.

Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review

Background: *Nearly half of the refugee and asylum seeking population in Europe is under the age of 18, and many of these individuals are unaccompanied children and adolescents. Objective: The aim of this systematic review is both to summarize findings regarding the prevalence of mental health disorders among unaccompanied refugee minors (URM) in European countries since the last available systematic review (October 2017), and to describe associated risk factors.*

Methods: *Five databases were systematically searched for articles published between October 1, 2017 and May 1, 2022.*

Results: *The findings from 23 studies conducted in 9 countries which examined 80,651 child and adolescent URM are explained. Afghanistan was the most common country of origin in the majority of studies and >75% of the subjects were boys. Most of the studies (N = 13, 56.5%) assessed posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence. We found a high prevalence of mental health disorders among URM children and adolescents, which varied considerably between studies, ranging from 4.6% to 43% for (PTSD), 2.9% to 61.6% for depression, 32.6% to 38.2% for anxiety and 4 to 14.3% for behavioral problems. Two studies looking at suicide attempts and deaths, also observed higher rates in URM compared to the host population of the same age. The studies looking at mental health risk factors suggest that levels of social support in the host country, rearing environment, and other factors are associated with psychopathology. Moreover, a meta-analysis of four studies regarding PTSD in URM and accompanied refugee minors (ARM) showed a lower prevalence among ARM: -1.14 (95% CI:-1.56—0.72).*

Conclusions: *PTSD, depression and anxiety are the most prevalent problems among the URM population in Europe. Early intervention in host countries is needed in order to improve mental health outcomes for this vulnerable population and avoid possible neglect.*

Keywords:
relational trauma; child abuse; attachment; therapeutic relationship; child psychotherapy

Cytowanie:
Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., Baez, I. (2026). Zdrowie psychiczne małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez opiekunów: przegląd systematyczny. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 216–259.

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