

## Profilaktyka krzywdzenia i zaniedbywania dzieci poprzez edukację rodzicielską: wyniki i możliwości

W toku przeprowadzonych badań udało się wyodrębnić cztery często współwystępujące czynniki ryzyka dotyczące rodziców i potencjalnie prowadzące do krzywdzenia dziecka. Są to: uzależnienia od substancji odurzających, choroby psychiczne, przemoc domowa i trudne zachowania dziecka. Według Richarda Bartha nie do końca wiadomo, w jakim stopniu programy profilaktyki krzywdzenia — aby zwiększyć efektywność edukacji rodzicielskiej — powinny skupiać się bezpośrednio na wymienionych czynnikach ryzyka, a w jakim powinny się skoncentrować wyłącznie na rozwijaniu konkretnych umiejętności wychowawczych.

W początkowej części tekstu autor wyjaśnia, w jaki sposób każdy z czterech wymienionych problemów rodzicielskich może wpływać na krzywdzenie dziecka. Następnie omawia liczne przykłady interwencji edukacyjnych skierowanych do rodziców i mających na celu przeciwdziałanie krzywdzeniu. Autor zwraca uwagę, że wiele z tych interwencji nie zostało poddanych gruntownej ocenie. Te, które taką ewaluację przeszły, okazały się mieć niewielki wpływ na krzywdzenie dzieci czy sprzyjające mu czynniki ryzyka. Choć zdaniem wielu edukacja rodzicielska nie przyniesie zamierzonego rezultatu, o ile równocześnie nie zostaną rozwiązane szersze problemy rodziny, istnieją doniesienia sugerujące, że wspieranie rodziców w lepszym sprawowaniu opieki nad dzieckiem może mieć korzystny wpływ na ich potrzeby psychiczne czy zwiększanie ich szans na zerwanie z nałogiem. Zdaniem autora konieczne jest większe wsparcie publiczne dla projektów badawczych porównujących skuteczność programów skupiających się na umiejętnościach wychowawczych i tych stawiających sobie za cel walkę ze współistniejącymi czynnikami ryzyka.

Autor podkreśla, że jesteśmy obecnie świadkami transformacji, jakiej podlegają służby zajmujące się opieką nad dzieckiem oraz metody szkolenia rodziców oparte na dowodach. Metody oparte na wiedzy — po etapie rozwojowym, ograniczonym do lokalnych, skrupulatnie kontrolowanych badań — wkraczają teraz w fazę wdrożenia na poziomie krajowym, przy większym zaangażowaniu systemu opieki społecznej. Kolejnym krokiem są badania efektywności.

Odnosząc się do znaczenia i skuteczności wieloaspektowych kampanii w kontekście systemowych rozwiązań dotyczących zdrowia publicznego, autor omawia wielopłaszczyznową kampanię skierowaną do rodziców i — według kilku szeroko zakrojonych badań — dającą obiecujące wyniki. Celem kampanii Triple P — Positive Parenting Program (Trzy P — Program Pozytywnego Rodzicielstwa) jest wspieranie rodziców w zmaganiach z różnorodnymi problemami zdrowotnymi dziecka i trudnościami wychowawczymi. Kampania uwzględnia pięć poziomów interwencji, każdy z poziomów wykorzystuje inny sposób docierania do odbiorcy i inną intensywność pomocy. Autor sugeruje, że oparte na dowodach naukowych podejście wykorzystane w ramach programu Trzy P mogłoby stanowić ogólne ramy odniesienia pozwalające ukierunkować przyszły rozwój programów dla rodziców.

Lepsze rodzicielstwo to najważniejszy cel działań zmierzających ku profilaktyce krzywdzenia dzieci. Rodzice dopuszczają się krzywdzenia z wielu wzajemnie się przenikających powodów. W ciągu ubiegłych trzydziestu lat badaczom zajmującym się tą dziedziną udało się wyodrębnić cztery najpowszechniej współwystępujące problemy rodziców, potencjalnie prowadzące do krzywdzenia. Są to: uzależnienia, choroba psychiczna rodzica, przemoc domowa i problemowe zachowania dziecka. Dogłębne zrozumienie i właściwe reagowanie na te problemy to nieodzowne elementy każdego programu edukacji rodzicielskiej, skutecznie przeciwdziałającego krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci. Przed twórcami takich programów stoi zazwyczaj zasadnicza decyzja: czy (i w jakim stopniu) program powinien bezpośrednio odnosić się do tych powiąza-

nych obszarów problemowych, czy raczej wysiłki zmierzające ku lepszemu rodzicielstwu powinny przede wszystkim lub wyłącznie skupiać się na doskonaleniu umiejętności wychowawczych, których poprawa mogłaby ostatecznie ograniczyć negatywne skutki oddziaływania innych problemów po stronie rodzica.

Piątym czynnikiem ryzyka sprzyjającym krzywdzeniu dziecka jest ubóstwo. Wszystkie badania prowadzone na poziomie ogólnokrajowym (*w USA* — przypis tłumacza) i dotyczące częstości zjawiska krzywdzenia i zaniedbywania dzieci wskazują, że rodziny ubogie nieproporcjonalnie często są przedmiotem zainteresowania służb zajmujących się opieką nad dziećmi. Celem edukacji rodzicielskiej nie jest jednak przeciwdziałanie ubóstwu i ten konkretny czynnik ryzyka nie będzie szerzej omawiany w ramach niniejszej pracy.

## 1. Jakie zachowania rodzica mogą prowadzić do krzywdzenia i zaniedbywania dziecka?

Analiza częstości występowania wspomnianych czynników ryzyka wśród rodziców krzywdzących i zaniedbujących dzieci stanowi przyczynek do dyskusji

o elementach edukacji rodzicielskiej, które mogłyby zminimalizować negatywne skutki współwystępowania takich czynników ryzyka.

### Uzależnienia

Uzależnienie rodzica lub opiekuna od substancji odurzających odgrywa istotną rolę w bardzo wielu przypadkach krzywdzenia zgłaszanych do służb ochrony dzieci.<sup>1</sup> Badania analizujące częstość uzależnień wśród opiekunów krzywdzących podają odsetki w zakresie od 19%<sup>2</sup> do 79%, ale pojawiają się też bardziej wygórowane wartości.<sup>3</sup> Pośród szacunków dotyczących częstości nadużywania środków odurzających w grupie opiekunów nadzorowanych przez opiekę społeczną często pojawiają się wartości od 40% do 80%.<sup>4</sup> Badanie epidemiologiczne opublikowane w 1994 roku

w *American Journal of Public Health* potwierdziło, że 40% rodziców fizycznie krzywdzących swoje dzieci i 56% rodziców zaniedbujących swoje dzieci spełniało w pewnym okresie życia kryteria choroby alkoholowej lub narkomanii.<sup>5</sup>

Uzależnienie od substancji odurzających najsilniej odbija się na zjawisku zaniedbywania. We wspomnianym powyżej badaniu z 1994 roku, respondenci z problemem alkoholowym lub narkotykowym 4,2 razy częściej niż osoby wolne od nałogu dopuszczali się zaniedbań w stosunku do dzieci. W innym badaniu przeprowadzonym w latach 90.,

pracowników służb ochrony dzieci poproszono o wyodrębnienie z grona swoich podopiecznych osób dorosłych z podejrzanym lub potwierdzonym problemem alkoholowym lub narkotykowym.<sup>6</sup> W 29% przeanalizowanych przypadków przynajmniej jeden członek rodziny nadużywał alkoholu; w 18% — przynajmniej jeden dorosły zażywał narkotyki. Wartości te pozostają w zgodzie z ustaleniami nowszego badania NSCAW (National Survey of Child and Adolescent Well-Being), w ramach którego 20% dzieci objętych dochodzeniem ze względu na krzywdzenie lub zaniedbywanie miało matkę deklarującą problem z alkoholem lub narkotykami albo podejrzewaną o takie problemy przez pracownika opieki społecznej. Liczba ta wzrasta do 42% w przypadku dzieci umieszczanych w opiece zastępczej.<sup>7</sup> Powyższe badania jednoznacznie dowodzą istnienia wprost proporcjonalnej zależności pomiędzy uzależnieniem opiekuna a krzywdzeniem dziecka, zarówno w przypadku dzieci objętych opieką pozarodzinną, jak i w populacji ogólnej. Dla grupy dzieci, które z powodu ciężkiego krzywdzenia zostały umieszczone w opiece zastępczej, częstość uzależnień opiekuna była nawet trzykrotnie wyższa.<sup>8</sup> Uzależnienia wśród rodziców ofiar krzywdzenia w ogólnej populacji rodzin objętych opieką społeczną nie są więc tak częste jak mogłoby się wydawać, tym niemniej pozostają istotnym czynnikiem przyczyniającym się do krzywdzenia.

Mechanizm, który sprawia, że obecność uzależnień wiąże się z krzywdzeniem dziecka nie jest równie jednoznaczny (poza bezpośrednim związkiem ujawnianym w wyniku obowiązkowego zgłaszania przypadków narodzin dzieci z potwierdzoną ekspozycją na narkotyki w życiu płodowym). Step-

hen Magura i Alexandre Laudet argumentują, że wewnątrzmaciczna ekspozycja na kokainę lub inne narkotyki może prowadzić do niedoborów poznawczych, które z kolei utrudniają późniejszą opiekę nad dzieckiem, zwiększając tym samym jego podatność na krzywdzenie.<sup>9</sup> Borykający się uzależnieniem rodzice mają też trudności z opanowaniem umiejętności opiekuńczych i niewystarczająco reagują na potrzeby niemowlęcia.<sup>10</sup> Dla uzależnionego opiekuna priorytetem często jest nałóg, a nie troska o dziecko, co prowadzi do zaniedbywania jego podstawowych potrzeb, takich jak jedzenie, ubranie, higiena czy opieka medyczna. Badanie NSCAW wykazało, że uzależnienia od substancji odurzających są częściej związane z „zaniedbaniami, niezaspokajaniem podstawowych potrzeb” niż z „zaniedbaniami, brakiem nadzoru” czy innymi formami krzywdzenia.<sup>11</sup> W rodzinach, gdzie obecne są środki odurzające czy alkohol większe jest też prawdopodobieństwo przemocy.<sup>12</sup> Wzajemne zależności pomiędzy obecnością uzależnienia a krzywdzeniem dzieci na tle dynamiki sytuacji rodzinnej i na różnych etapach rozwoju dziecka stają się stopniowo coraz bardziej przejrzyste. Dana Smith i jej współpracownicy wykazali, że alkoholizm lub narkomania matek w okresie ciąży oraz alkoholizm lub narkomania ojców w okresie pourodzeniowym są najsilniej skorelowane z krzywdzeniem dziecka.<sup>13</sup> Matki najczęściej dopuszczają się krzywdzenia w stosunku do niemowląt lub bardzo małych dzieci; ojcowie z problemem alkoholowym czy narkotykowym częściej krzywdzą dzieci starsze. Poczynione obserwacje mogą być pomocne w opracowywaniu programów edukacji rodzicielskiej przeciwdziałających krzywdzeniu dzieci.

## Choroba psychiczna rodzica

Stosunkowo mało napisano dotychczas o wpływie poważnych i nawracających za-

burzeń umysłowych rodzica na zjawisko krzywdzenia dzieci, choć w toku wielu ba-

dań wykazano na przykład, że istotna część chorych psychicznie matek nie mieszka ze swoimi dziećmi.<sup>14</sup> Dyskusja dotycząca oddziaływania zaburzeń umysłowych matki na krzywdzenie dziecka skupia się na ogół na ubóstwie i bezdomności chorych psychicznie matek oraz na problemowych zachowaniach ich dzieci — wszystkie te kwestie są bowiem mocno skorelowane z zaangażowaniem opieki społecznej.<sup>15</sup> Jennifer Culhane i jej współpracownicy przeprowadzili pięcioletnią obserwację kohorty położnic, które kiedykolwiek w okresie życia były bezdomne. Wyniki obserwacji wskazują na podwyższoną częstość zaangażowania służb opieki nad dziećmi i prawie siedmiokrotnie wyższą niż przeciętna częstość umieszczania dzieci w opiece zastępczej.<sup>16</sup> Bardziej bezpośrednio doniesienia świadczące o związku pomiędzy problemami psychicznymi matki a krzywdzeniem dzieci w populacji ogólnej są jednak uderzająco nieliczne. W szczególności biorąc pod uwagę fakt, że według badania NSCAW 23% matek korzystających ze wsparcia służb opieki społecznej zadeklarowało obecność depresji dużej w okresie ostatnich 12 miesięcy<sup>17</sup>.

Zależność pomiędzy depresją matki a jakością rodzicielstwa to temat lepiej zbadany, co pozwala wyciągać pewne wnioski w odniesieniu do kształtowania przyszłych programów edukacji rodzicielskiej przeciwdziałających krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci. Penny Jameson wraz z zespołem wykazuje, że matki cierpiące na depresję mają trudności z podtrzymaniem interakcji z dzieckiem. Dowodzi też, że małe dzieci równie często jak ich depresyjne matki przejawiają zachowania negatywne (takiej zależności brak w przypadku matek niedepresyjnych).<sup>18</sup> Idąc w tym samym kierunku, Casey Hoffman, Keith Crnic i Jason Baker sugerują, że depresja matki zaburza jej umiejętności ro-

dzicielskie i wpływa na kształtowanie się regulacji emocjonalnej oraz zachowań problemowych po stronie dziecka — tym samym jeszcze bardziej utrudniając rodzicielstwo.<sup>19</sup> Sang Kahng i inni przeanalizowali zależność pomiędzy zmianami w ciężkości objawów psychiatrycznych a zmianami w opiece rodzicielskiej. Ich zdaniem, wraz ze zmniejszaniem się nasilenia objawów choroby psychicznej obniża się poziom stresu rodzicielskiego u matki, a wzrasta poziom troski i opiekuńczości. Czynniki kontekstowe — i te korzystne (więcej działań edukacyjnych i wsparcia społecznego), i te negatywne (uzależnienia, codzienny stres) — wpływają zarówno na nasilenie objawów, jak i sprawność rodzicielską.<sup>20</sup> Uwzględnienie tych czynników kontekstowych pozwala rozluźnić nieco zależność pomiędzy objawami psychiatrycznymi a niedoskonałym rodzicielstwem. Nicole Shay i John Knutson potwierdzają, że depresja matki stanowi czynnik ryzyka sprzyjający krzywdzeniu i zaniedbywaniu dziecka, choć ich zdaniem skłonność matek do fizycznego krzywdzenia ma związek nie tyle z samą depresją, co z towarzyszącą jej drażliwością.<sup>21</sup>

Z upływem lat zgromadzono znaczną ilość danych potwierdzających, że wraz z poprawą umiejętności rodzicielskich objawy depresyjne u matki często ustępują.<sup>22</sup> Długoterminowe analizy depresji matczynej i zachowań problemowych dziecka wykazują, że ukończenie szkolenia dla rodziców skutecznie poprawia jakość opieki rodzicielskiej i ogranicza problemy z zachowaniem. Co istotne — matki, które przez rok pracują nad swoimi umiejętnościami wychowawczymi, w tym samym okresie doświadczają obniżonego nasilenia depresji. Ustępowanie objawów depresyjnych przyczynia się natomiast do polepszenia opieki rodzicielskiej i zachowania dziecka w kolejnych osiemnastu miesiącach.

Rodzice krzywdzący fizycznie postrzegają „uzewnętrzniane” przez dziecko zachowania trudne (tzn. przestępcze lub agresywne) bardziej negatywnie niż niezależni oceniający.

## Przemoc domowa

Wiele rodzin korzystających ze wsparcia służb opieki społecznej boryka się dodatkowo z problemem przemocy domowej. Według badania NSCAW, deklarowany odsetek przemocy wobec matki ze strony jej partnera życiowego to 44,8% w całym okresie wspólnego życia i 29% w ostatnim roku.<sup>23</sup> Depresja duża opiekuna była też silnie skorelowana z przemocą wobec kobiet. W toku dwóch analiz opartych na wynikach badania NSCAW, Cecilia Casanueva i jej współpracownicy wykazali, że mniej więcej jedna trzecia rodziców o niskich umiejętnościach wychowawczych doświadczyła przemocy domowej.<sup>24</sup> Przemoc taka była też skorelowana z surowszym rodzicielstwem: dzieci powyżej osiemnastego miesiąca życia były

częściej karane klapssem, jeśli ich rodzice byli narażeni na przemoc domową.<sup>25</sup> Z drugiej strony, w grupie rodziców, którzy w przeszłości doznali takiej przemocy, ale poradzi-li sobie z tym problemem, odsetki złych lub przemocowych wzorców wychowawczych nie są podwyższone.<sup>26</sup> Umiejętności rodzicielskie kobiet w danym momencie doświadczających przemocy interpersonalnej ze strony partnera życiowego są istotnie gorsze niż te wykazywane przez kobiety krzywdzone w przeszłości. Pozwala to wnioskować, że kontekst przemocowy kreuje problemy rodzicielskie i problemy z zachowaniem dziecka, zmiana tej sytuacji może więc mieć większy wpływ na dobrostan dziecka niż szkolenie rodzica.

## Problemy zachowania dziecka

Wiele badań sugeruje, że dzieci objęte interwencjami służb opieki społecznej często wykazują problemy z zachowaniem. W latach 70. działalność służb opiekuńczych była nawet kierowana do dwóch odrębnych populacji dzieci — tych bez zachowań trudnych, potrzebujących ochrony przed krzywdzącymi rodzicami, i tych wykazujących zachowania problemowe, których rodzice nierzadko potrzebowali wsparcia terapeutycznego.<sup>27</sup> Choć na mocy przyjętej w 1980 r. ustawy o wsparciu adopcyjnym i opiece nad dziećmi (*Adoption Assistance and Child Welfare Act*) oraz późniejszych aktów prawnych dotyczących dobrostanu dziecka, warunkiem finansowania opieki społecznej nad dzieckiem ze źródeł federalnych jest niemożność zapewnienia opieki rodzicielskiej lub krzywdzenie, wiele dzieci zostaje objętych opieką ze względu na zachowania trudne (dzieci takie są często reklasyfikowane jako krzywdzone, zaniedbywane lub porzucone, aby spełnić wymogi finansowania).<sup>28</sup>

Niezależnie od przyczyny zainteresowania służb opiekuńczych dzieckiem — czy jest to problem z zachowaniem czy niedobory rodzicielskie — odsetek dzieci objętych opieką, wykazujących zachowania problemowe jest istotny. Wyniki badania NSCAW wskazują, że — według deklaracji rodziców wypełniających kwestionariusz dotyczący zachowania (*Child Behavior Checklist*) — 42% dzieci w wieku od 3. do 14. roku życia uzyskuje w tej skali wyniki wystarczająco wysokie, aby uzasadnić kliniczne leczenie zachowań problemowych.<sup>29</sup> Częstość zgłaszanych przez rodziców problemów z zachowaniem może być jednak zawyżona w stosunku do sytuacji rzeczywistej. Anna Lau i jej współpracownicy wskazują, że rodzice krzywdzący fizycznie postrzegają „uzewnętrzniane” przez dziecko zachowania trudne (tzn. przestępcze lub agresywne) znacznie bardziej negatywnie niż niezależni oceniający. Takiej różnicy nie ma w przypadku rodziców niekrzywdzących.<sup>30</sup> Ten wzorzec postępowania

pozostaje w zgodzie z charakterystycznym dla krzywdzenia fizycznego określeniem dziecka przez rodzica jako „złe, niegrzeczne”. Badanie przeprowadzone przez Michaela Hurlburta i jego współpracowników sugeruje wręcz, że: „Tendencja do przesadnego reagowania na złe zachowanie dziecka i nadmiernego podkreślania zachowań problemowych może być kluczowym charakterologicznym czynnikiem ryzyka predysponującym do krzywdzenia fizycznego.”<sup>31</sup>

## 2. Czy programy dla rodziców prowadzone w ramach profilaktyki krzywdzenia dzieci skupiały się dotychczas na najważniejszych związanych z rodzicami czynnikach ryzyka?

Wiele interwencji kierowanych jest do rodziców uznawanych za krzywdzących. Mniej liczne są programy skupiające się jednoznacznie na profilaktyce krzywdzenia, choć prewencja niezaprzeczalnie jest celem drugorzędowym wielu programów wczesnej interwencji, takich jak np. *Nurse-Family Partnership*. Prawie wszystkie programy edukacji rodzicielskiej mają kształtować w rodzicach realistyczne oczekiwania wobec dzieci, uczyć empatycznego i troskliwego podejścia do dziecka oraz wykorzystywania pozytywnej dyscypliny w miejsce kar cielesnych. Niektóre, bardziej wielopłaszczyznowe inicjatywy odnoszą się dodatkowo do zagrożeń

Według Barbary Burns i jej zespołu, tylko niewielka część dzieci z zachowaniami problemowymi jest objęta terapią, a — wedle wszelkiego prawdopodobieństwa — jeszcze mniejsza grupa ma dostęp do usług opartych na dowodach naukowych.<sup>32</sup> Co za tym idzie, ponieważ rodzice są przeświadczeni, że zachowanie ich dziecka jest nieodpowiednie, a dostęp do profesjonalistów oferujących pomoc opartą na dowodach jest ograniczony, ryzyko krzywdzenia jest podwyższone.

związanych z omówionymi powyżej społecznymi i behawioralnymi problemami rodziców. Programy wskazywane poniżej zostały wyróżnione ze względu na zastosowane w nich nowatorskie podejście do tematu. Należy jednak zwrócić uwagę, że — jak podsumowują Joanne Klevens i Daniel Whittaker — duża część programów profilaktyki krzywdzenia dzieci odnoszących się do szerokiej gamy czynników ryzyka nie została poddana szczegółowej ewaluacji. Te natomiast, które taką ocenę przeszły okazały się mieć niewielki wpływ na zjawisko krzywdzenia dzieci czy sprzyjające mu czynniki ryzyka.<sup>33</sup>

### Uzależnienia

Programy leczenia uzależnień przeznaczone dla osób dorosłych rzadko uwzględniają umiejętności rodzicielskie. Istnieje kilka inicjatyw skierowanych do rodziców biorących udział w leczeniu metadonowym realizowanym na zasadzie ambulatoryjnej. Znacznie częściej i bardziej kosztowną opcją wykorzystywaną i w USA, i w innych krajach jest jednak leczenie kobiet i dzieci będących pod opieką placówek pobytowych.

Poniżej omówiono kilka programów leczenia uzależnień, które oferują kobietom szansę nauczenia się, jak być lepszymi matkami. Tylko nieliczne z tych programów przeszły jednak szczegółową ewaluację.

Eksperymentalny program *Focus on Families* (FOF) kładzie nacisk na zapobieganie powrotowi do nałogu wśród matek leczonych metadonem. W ramach FOF realizowano 33 sesje poświęcone umiejętnościom

rodzicielskim, zapewniano też wsparcie w środowisku domowym w formie zarządzania przypadkiem kontynuowanego przez około 9 miesięcy.<sup>34</sup> W porównaniu z matkami w grupie kontrolnej, matki objęte programem — w szczególności te, które były wystarczająco zmotywowane, aby z własnej inicjatywy wziąć udział w przynajmniej szesnastu sesjach — skuteczniej nabywały umiejętności rodzicielskie. Eksperyment nie uwzględniał jednoznacznej ewaluacji w kontekście zapobiegania krzywdzeniu.

Zgodnie z prawem federalnym dzieci, w przypadku których wyniki badań potwierdzają prenatalną ekspozycję na środki odurzające, muszą być kierowane do służb opieki społecznej. Ta grupa dzieci stanowi więc przedmiot szczególnego zainteresowania instytucji zajmujących się prewencją krzywdzenia. Działający w Arkansas ośrodek CARES (*Center for Addictions Research, Education and Services*) zapewnia kompleksowe, realizowane na zasadzie pobytowej, usługi związane z leczeniem i profilaktyką uzależnień, przeznaczone dla niezamożnych kobiet ciężarnych oraz matek i ich

dzieci. Placówka świadczy zróżnicowane usługi na rzecz kobiet i dzieci znajdujących się pod jej opieką. Podstawowym przedmiotem jej działalności są jednak zajęcia doszkalające, uczące umiejętności rodzicielskich. W ramach zajęć matki omawiają rozwój dziecka, dyskutują o właściwych rolach rodzicielskich i zjawisku odwrócenia ról (do którego dochodzi, gdy rodzic nie spełnia przypisanej mu roli w związku z uzależnieniem). Dowiadują się, jakich zachowań dziecka można się spodziewać i jak stosować pozytywną dyscyplinę.<sup>35</sup> Nicola Conners i jej współpracownicy zaobserwowali, że kobiety będące pod opieką CARES radzą sobie lepiej nie tylko pod względem zatrudnienia i zdrowia psychicznego, ale też rzadziej wykazują zachowania ryzykowne i rzadziej wracają do nałogu.<sup>36</sup> Im dłuższy udział w programie, tym większa poprawa. Rodzice uczą się bardziej realistycznych oczekiwań w stosunku do dziecka i rozumieją zjawisko odwrócenia ról. Mimo tego nadal postrzegają kary cielesne jako niezbędne narzędzie wychowawcze. Badacze nie oceniali wpływu programu na późniejsze krzywdzenie dzieci.

Matki, które rozwijają swoje umiejętności rodzicielskie istotnie rzadziej wykazują objawy depresyjne. A wyjście z depresji w sposób istotny poprawia jakość opieki rodzicielskiej i zachowanie dziecka.

Koalicja ds. Uzależnień, Ciąży i Rodzicielstwa (CAPP, *Coalition on Addiction, Pregnancy and Parenting*) zajmuje się uzależnionymi kobietami i ich dziećmi zamieszkującymi w rejonie Bostonu. Mieszkańcami w pobytowym ośrodku terapeutycznym, kobiety mają obowiązek uczestniczyć w grupowych zajęciach dotyczących umiejętności rodzicielskich, zajęciach na temat rozwoju dziecka i grupie wsparcia dla matek. Zajęcia rodzicielskie opierają się na programie Stephana Bavoleka (*Nurtu-*

*ring Program for Parents of Children: Birth to Five Years Old*). Poruszają kwestie niewłaściwych oczekiwań w stosunku do dziecka, braku empatii, kar cielesnych czy odwrócenia ról. Wszystkie te elementy korelują z krzywdzeniem i zaniedbywaniem. Oceniając poczynione postępy, prawie wszystkie uczestniczki deklarowały poprawę umiejętności rodzicielskich, ale — jak we wcześniejszych przypadkach — program nie obejmował formalnej ewaluacji wpływu na krzywdzenie.

## Choroba psychiczna rodzica

Brak danych dotyczących zależności pomiędzy chorobą psychiczną rodzica a krzywdzeniem dziecka znajduje swoje odbicie w niewielkiej ilości badań dotyczących interwencji uwzględniających równocześnie kwestie zdrowia psychicznego i problemów rodzicielskich. Poza opracowaniem autorstwa Davida DeGarmo i jego współpracowników — gdzie wykazano, że edukacja rodzicielska może ograniczać występowanie depresji — nie udało mi się znaleźć nowych i poddanych stosownej recenzji naukowej prac opisujących interwencje skupiające się na zaburzeniach umysłowych rodzica w celu przeciwdziałania krzywdzeniu dziecka.<sup>37</sup>

Program *Thresholds Mothers' Project* (TMP) zainicjowany w 1976 r. to pierwsza amerykańska inicjatywa przeznaczona dla matek z zaburzeniami psychicznymi, oferująca też pomoc dzieciom, które mogą mieszkać wraz z matkami w budynkach socjalnych lub niezależnych mieszkaniach.<sup>38</sup> Założenia programu oparto na klasycznej zasadzie rehabilitacji psychospołecznej, uznawanej przez Agencję ds. Uzależnień i Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) za najlepszą praktykę w przypadku dorosłych z zaburzeniami psychicznymi. Opiekunowie pomagają matkom w zaspokajaniu podstawowych potrzeb bytowych, dbają o stabilność sytuacji mieszkaniowej i kontrolują objawy psychiatryczne. Wspierają matki w wyborze najlepszych programów edukacyjnych dla dzieci, w tym specjalistycznych terapeutycznych żłobków i opieki świetlicowej. W 2005 roku Patricia Hanrahan i jej współpracownicy przygotowali raport, w którym stwierdzili, że w chwili rozpoczę-

cia obserwacji z matkami mieszkało 43 dzieci; po roku 77% dzieci, których matki pozostały w programie, nadal z nimi mieszkało. Wszystkie objęte obserwacją dzieci uczęszczały do szkoły i odbywały okresowe wizyty oceniające ich sytuację. W badaniu zabrakło grupy porównawczej, która potwierdziłaby wpływ programu na profilaktykę krzywdzenia w rocznym okresie obserwacji i później.

Zaburzenia zdrowia psychicznego często towarzyszą uzależnieniom czy ekspozycji na traumatyczne doświadczenia, takie jak przemoc domowa. Nancy VanDeMark i jej współpracownicy opisują badanie zatytułowane *Children's Subset Study of the Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study* (częstkowe badanie dotyczące dzieci w ramach badania „Kobiety, schorzenia współwystępujące i przemoc”). Inicjatywa ta skierowana jest do matek, które borykają się z występującymi równocześnie problemami przemocy domowej, uzależnienia i choroby psychicznej.<sup>39</sup> Raport oparto na *quasi*-eksperymentalnej ewaluacji: porównano wyniki uzyskiwane u uczestniczek poddawanych lub niepoddawanych terapii, ale włączenie do grupy leczonej lub nielezionej nie było losowe. W badaniu wykazano, że matki deklarowały znaczną poprawę funkcjonowania emocjonalnego i behawioralnego dzieci (w wieku od 5. do 10. roku życia). Biorąc pod uwagę, że sposób postrzegania przez matkę zachowania dziecka może mieć wpływ na ewentualne krzywdzenie, obserwacja ta jest istotna i może się przekładać na profilaktykę krzywdzenia, choć w ramach ewaluacji nie wykonano bezpośredniej oceny efektu prewencyjnego.

## Przemoc domowa

Psychoterapia rodzic–dziecko, skupiająca się na wzmacnianiu więzi, okazuje się skutecznym sposobem walki z zachowaniami proble-

mowymi i objawami traumy u dzieci żyjących w otoczeniu przemocy domowej. Wykazano, że taki rodzaj postępowania terapeutycznego



łagodzi też objawy unikania w zespole stresu pourazowego u matek i pomaga im rozmawiać z dzieckiem o doświadczonej przemocy.<sup>40</sup>

## Zachowania problemowe dziecka

Coraz większa liczba szkoleń rodzicielskich opartych na wiedzy skierowana jest do rodziców dzieci zagrożonych zachowaniami trudnymi lub dzieci przejawiających pewne początkowe czy bardziej nasilone zachowania problemowe. Programy te nie są przeznaczone dla rodziców krzywdzących, mają raczej za zadanie wspierać rodziców nieradzących sobie z trudnymi zachowaniami dziecka. W ramach niektórych inicjatyw uwzględniano rodziny, w których dochodziło wcześniej do niewłaściwego traktowania dzieci lub istniało takie ryzyko; rzadko były to jednak przypadki będące przedmiotem doniesień o krzywdzeniu czy zaniedbywaniu.<sup>41</sup> Za jedną z najbardziej skutecznych interwencji, ograniczających częstość zachowań trudnych, uważa się program *Incredible Years* (IY).<sup>42</sup> Jamila Reid, Carolyn Webster-Stratton i Nazli Baydar poddali IY ocenie, losowo przypisując dzieci do udziału w programie IY lub do grupy kontrolnej objętej standardowym pakietem pomocowym Head Start.<sup>43</sup> Dzieci wykazujące poważne problemy z zachowaniem oraz dzieci matek o ewidentnie niewłaściwych metodach wychowawczych — a więc grupy najbardziej zagrożone krzywdzeniem — wyniosły największe korzyści z udziału w programie IY.

Choć brak badań skupiających się konkretnie na ryzyku krzywdzenia przez rodziców, których dzieci zachowują się agresywnie i którzy sami pochodzą z rodzin wykazujących zachowania przestępcze, silna zależność wydaje się być w takiej sytuacji dość prawdopodobna. Laurie Brotman i jej współpracownicy przeanalizowali wpływ programu IY na rodziny z dziećmi w wieku przedszkolnym, predysponowane do

Wpływ takiej strategii na ewentualne krzywdzenie i zaniedbywanie dziecka w przyszłości pozostaje jednak nieznanymi.

zachowań antyspołecznych (znaką takiej predyspozycji był na przykład członek rodziny o przeszłości przestępczej). Celem analizy było określenie, czy oceniana interwencja przyczyniła się do ograniczenia agresji u dziecka i czy nauczyła rodziców skutecznych metod rodzicielskich.<sup>44</sup> Program IY okazał się zmniejszać poziom agresji fizycznej u dzieci, rodzice rzadziej uciekali się do rodzicielstwa surowego, a częściej reagowali na potrzeby dziecka i zachęcali je do nauki. W ocenie rodziców, poziom agresji u dzieci pozostał jednak bez zmian — to niepokojąca obserwacja w kontekście skuteczności programu, jeśli chodzi o zapobieganie krzywdzeniu w tej grupie bardzo wysokiego ryzyka.

Terapia interakcji rodzic–dziecko (PCIT, *Parent–Child Interaction Therapy*), poprzez obserwację i bezpośrednią informację zwrotną przekazywaną rodzicowi w formie audio na zestaw słuchawkowy, pozwala rozwijać umiejętność interakcji z dzieckiem wykazującym zachowania trudne i destrukcyjne. Metoda ta uczy rodzica, jak skupiać na dziecku pozytywną uwagę i jak radzić sobie z zachowaniami problemowymi. W toku interwencji terapeuta instruuje rodzica i pomaga skutecznie wykorzystywać nowe umiejętności w otoczeniu klinicznym, aby potem przenieść je na grunt domowy.<sup>45</sup> W ramach najbardziej przekonującego badania oceniającego skuteczność PCIT w prewencji fizycznego krzywdzenia dzieci, Mark Chaffin i jego współpracownicy wykazali istotną poprawę umiejętności rodzicielskich oraz obniżenie częstości powtórnych doniesień i dochodzeń w sprawie krzywdzenia i zaniedbywania dzieci w Oklahomie.<sup>46</sup> Skuteczność progra-

mu była największa, gdy terapeuci mieli dostęp do stałego coachingu i superwizji, a rodzice zamiast uczestnictwa w licznych inter-

wencjach mogli skupić się na przyswojeniu umiejętności związanych z pozytywnym rodzicielstwem i pozytywną dyscypliną.

### Inne programy dla rodziców służące zapobieganiu krzywdzenia i zaniedbywania dzieci

Inne programy dla rodziców, skutecznie ograniczające częstość krzywdzenia, opierają się na terapii behawioralno–poznawczej, terapii interakcji rodzic–dziecko i terapii behawioralnej dziecka.<sup>47</sup> Niektóre programy wizyt domowych — historycznie wykorzystywane jako metoda wsparcia dla matek w trudnej sytuacji życiowej — okazują się skuteczne w przeciwdziałaniu krzywdzenia. Ponieważ jednak w ramach takich inicjatyw osoba raportująca musi odwiedzić środowisko domowe, przypadki krzywdzenia dzieci są w tej populacji zgłaszane częściej niż w grupie kontrolnej nieodwiedzanej przez pracowników socjalnych.<sup>48</sup> Z kolei interwencje wielopłaszczyznowe, łączące konkretne szkolenia związane z bezpieczeństwem (na przykład instruktaż dotyczący bezpiecznego snu dziecka) z ogólną edukacją

rodzicielską, wydają się skutecznie zmniejszać częstość niezamierzonych urazów wśród dzieci.<sup>49</sup> Choć takie przypadkowe urazy to nie to samo co krzywdzenie, praktyki zwiększające bezpieczeństwo dziecka mogą zmniejszyć ilość zaniedbań związanych z brakiem nadzoru. Przykładem innego obiecującego podejścia jest program *Family Connections*, zarówno w swej wersji 3–miesięcznej, jak i 9–miesięcznej. Inicjatywa zakłada pracę z rodzinami, które zostały skierowane do służb opieki nad dzieckiem, ale nie zostały jeszcze formalnie wprowadzone do systemu. Program uwzględnia problemy opiekunów (rodziców lub sprawujących opiekę dziadków), zapewnia szkolenia rodzicielskie w środowisku domowym i ułatwia koordynację pomocy z innymi służbami.<sup>50</sup>

### 3. Czy wielopłaszczyznowe kampanie obejmujące programy edukacji rodzicielskiej są skuteczne?

Od ponad trzydziestu lat w działaniach dotyczących zdrowia publicznego podkreśla się rolę wielopłaszczyznowych kampanii wykorzystujących zróżnicowane strategie: od obecności medialnej, przez pracę grupową, po indywidualne poradnictwo skupiające się na złożonych problemach zdrowotnych i behawioralnych.<sup>51</sup> Beti Thompson i jej współpracownicy (w ramach szerokiego przeglądu interwencji prowadzonych na poziomie społeczności lokalnej) konkludują, że kampanie tego rodzaju są interesującym rozwiązaniem umożliwiającym zmianę zachowań zdrowotnych. Podkreślają, że umiarkowany — ale ważny — wpływ wy-

wierany przez tego rodzaju kampanie na poziomie populacji może mieć duże znaczenie z punktu widzenia problemu zdrowotnego.<sup>52</sup> Niektóre interwencje w dziedzinie szkoleń rodzicielskich — na przykład *Family Connections* i inne opisane powyżej — odnoszą się dodatkowo do problemów współwystępujących; kampanie wielopłaszczyznowe wchodzić też w skład części nowszych strategii postępowania na tym polu.

Najbardziej rozpowszechnioną i najlepiej przeanalizowaną kampanią tego rodzaju jest Trzy P — Program Pozytywnego Rodzicielstwa (*Triple P — Positive Parenting Program*). Jest to wielopoziomowa interwencja oparta

na dowodach naukowych, której celem jest poprawa umiejętności rodzicielskich. Program powstał w Australii, jego twórcami są Matthew Sanders i jego współpracownicy. Od chwili jej opracowania, kampania ta była wykorzystywana w wielu krajach świata, w tym także w USA.<sup>53</sup> Trzy P obejmuje pięć poziomów interwencji, każdy oparty na tym samym języku i tych samych pojęciach, ale wykorzystujący inny sposób docierania do odbiorcy i inną intensywność pomocy. Poziom uniwersalny (poziom 1) to ogólna kampania medialna informująca rodziców o problemach związanych z rodzicielstwem i skłaniająca do zaangażowania w programy dla rodziców, takie jak Trzy P. Poziom selektywny (poziom 2) skupia się na wybranych tematach, takich jak uczenie korzystania z toalety czy usypianie. Rodzice mają możliwość bezpośredniego lub telefonicznego kontaktu z trenerem lub terapeutą, mogą też wziąć udział w tematycznym seminarium. Poziom podstawowej opieki medycznej (poziom 3) skierowany jest do rodziców, których niepokoi rozwój lub zachowanie ich dziecka. Rodzice mogą wziąć udział w czterech krótkich programach — każdy trwający około osiemdziesięciu minut — w ramach których uczą się, jak radzić sobie z zachowaniami dziecka. Niektórzy rodzice mogą w razie potrzeby skorzystać z bezpośredniego lub telefonicznego kontaktu z lekarzem podstawowej opieki medycznej. Standardowe Trzy P (poziom 4) to inicjatywa przeznaczona dla rodziców dzieci wykazujących poważniejsze problemy behawioralne (np. zaburzenia zachowania czy agresję), którzy chcą opanować skuteczne metody wychowawcze. Rodzice uczestniczą w 12 godzinnych sesjach, mają do wyboru sesje grupowe lub indywidualne. Mogą też telefonicznie zasięgać porady lekarza podstawowej opieki medycznej. Ostatni poziom Trzy P (poziom 5 zaawansowany) skierowany jest do rodziców dzieci wykazujących problemy z zachowaniem, którym towarzyszy dysfunkcyjność

rodziny. Rodzice biorą udział w 11 godzinnych sesjach indywidualnych, dobranych do ich konkretnych potrzeb. Specjaliści mogą w razie potrzeby realizować wizyty domowe monitorujące wykorzystanie przez rodziców nowo nabytych umiejętności.<sup>54</sup>

Ramy programu Trzy P — tak jak w przypadku innych wiodących amerykańskich programów edukacji rodzicielskiej — oparte są na teorii społecznego uczenia się. Program bazuje na pięciu zasadach, kluczowych z punktu widzenia pozytywnego rodzicielstwa: tworzenie bezpiecznego i zajmującego otoczenia, kreowanie sytuacji sprzyjających uczeniu się, korzystanie z asertywnej dyscypliny, formułowanie realistycznych oczekiwań, dbałość o siebie jako rodzica.<sup>55</sup> Ideologiczną podstawą programu Trzy P jest przesvědzenie, że rodzic powinien przestrzegać zasady „samoregulacji”, tzn. wierzyć, że potrafi zmienić na lepsze zachowanie dziecka poprzez własne działania i z pewnością siebie podejmować zmierzające do tego decyzje i rozwiązywać problemy.<sup>56</sup>

Program Trzy P — w nieco zmienionej formie — jest obecnie poddawany ocenie w ramach dużego badania prowadzonego w Karolinie Południowej. Choć podstawowe zasady pozostały bez zmian, niektóre poziomy poddano pewnej modyfikacji. Poziom selektywny na przykład oferowany jest w formie jednorazowego seminarium dla grupy. Wszystkie poziomy uwzględniają specjalistyczne sesje dla nastolatków. Postać grupowa Trzy P (*Group Triple P*) przypomina poziom 2, ale skupia się na bardziej swoistych problemach behawioralnych i emocjonalnych, przy czym zajęcia prowadzone są w mniejszych grupach. Poziom 4 — standardowy — obejmuje tu dodatkowo zajęcia grupowe (*Group Triple P*), grupy dot. nastolatków (*Group Teen Triple T*) i zajęcia zatytułowane *Stepping–Stones* przeznaczone dla rodziców dzieci upośledzonych rozwojowo. Zajęcia w ramach *Group Triple P* i *Group Teen Triple P* skierowane są do grup rodziców. Standar-

dowe zajęcia na tym poziomie, podobnie jak zajęcia *Stepping-Stones*, realizowane są indywidualnie w środowisku domowym lub w placówce. Na poziomie 5 zmodyfikowany program, oprócz zaawansowanego Trzy P przeznaczonego dla rodzin z licznymi współistniejącymi problemami, oferuje inicjatywę *Pathways* stworzoną z myślą o rodzicach zagrożonych krzywdzeniem. Obydwa programy na poziomie 5 realizowane są indywidualnie, w domu lub w placówce.<sup>57</sup>

Wyniki tej pierwszej amerykańskiej oceny programu Trzy P na tak dużą skalę są obiecujące. Po przeszkoleniu ponad 600 lekarzy pierwszego kontaktu i wdrożeniu uniwersalnych strategii medialnych, w połowie z 18 okręgów losowo włączonych do programu Trzy P w Karolinie Południowej, Ronald Prinz wnioskuje, że udostępnienie programu populacji obejmującej grupę 100 000 dzieci poniżej 8. roku życia zmniejszyło: o 340 liczbę przypadków krzywdzenia, o 240 liczbę dzieci usuniętych z rodzinnego domu, a o 60 liczbę urazów będących skutkiem krzywdzenia i wymagających interwencji

medycznej.<sup>58</sup> Aby ocenić możliwość ewentualnego szerszego zastosowania Systemu Interwencji Trzy P, w ramach amerykańskiej analizy przeprowadzono badanie ankietowe obejmujące 448 świadczeniodawców, którzy przez ponad dwa i pół roku doskonalili się w stosowaniu metod Trzy P.<sup>59</sup> Profesjonaliści biorący udział w projekcie deklarowali większą skuteczność w działaniach konsultacyjnych wykorzystujących podejście Trzy P. Uzyskanie dostępu do świadczeniodawców i określenie najważniejszego w konkretnym przypadku poziomu szkolenia wymagało miesięcy działań przygotowawczych prowadzonych przez personel Trzy P. W wyniku zrealizowanych szkoleń, amerykańscy świadczeniodawcy uczestniczący w programie Trzy P wykazywali istotną poprawę w kontekście pewności i sprawności prowadzenia opartych na wiedzy zajęć edukacyjnych i zajęć zwiększających świadomość rodzicielską. Po stosownym przeszkoleniu większość świadczeniodawców deklarowała wysoki poziom pewności i umiejętności prowadzenia konsultacji z rodzicami.<sup>60</sup>

#### 4. Co sprawia, że rodziny wysokiego ryzyka długofalowo angażują się w programy edukacji rodzicielskiej?

Choć istnieje wiele programów pomagających rodzicom unikać krzywdzenia dzieci, nie są to raczej inicjatywy obowiązkowe. Warunkiem ich skuteczności jest aktywne

zaangażowanie rodzica i chęć zmiany swojego postępowania. Wiele badań stawia sobie za cel wyodrębnienie sposobów motywowania rodziców do takiej zmiany.

##### Zaangażowanie

Matthew Nock i Alan Kazdin wykorzystali metodę PEI (*Participant Enhancement Intervention*) w stosunku do rodziców dzieci wykazujących zachowania opozycyjne, agresywne lub antyspołeczne. Każdy z rodziców wziął udział w 8 sesjach terapeutycznych opierających się na strategii PEI. Jej celem jest „zwiększanie motywacji ro-

dzica do uczestnictwa w terapii, podwyższanie obecności i poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych”.<sup>61</sup> W czasie pierwszej, piątej i siódmej sesji rodzice przez około 15 minut mówią o tym, co motywuje ich do zmiany i jakie napotykać trudności. Terapeuta i rodzic opracowują następnie wspólnie plan pokonania przeszkód i uzyskania

zmiany na lepsze. W ramach randomizowanego badania z grupą kontrolną wykazano, że rodzice poddawani interwencji PEI byli bardziej zmotywowani, brali udział w istotnie większej liczbie sesji i bardziej ściśle przestrzegali zaleceń terapeutycznych.

Taki obraz wyłania się zarówno z doniesień rodziców, jak i terapeutów. Ponieważ rodzice brali udział w większości sesji, uzasadnione jest stwierdzenie, że metoda PEI w sposób skuteczny przyczyniła się do wzrostu ich motywacji.

Program Trzy P obejmuje pięć poziomów interwencji, każdy oparty na tym samym języku i tych samych pojęciach, ale wykorzystujący inny sposób docierania do odbiorcy i inną intensywność pomocy.

## Modele ukierunkowanej samopomocy i wsparcia dla rodziców

Funkcjonujący w Minnesocie program *Early Childhood Family Education* od ponad trzydziestu lat wspiera mieszkańców tego stanu w przygotowaniach do rodzicielstwa. Podstawą działalności są pogadanki w lokalnych ośrodkach i szkołach podstawowych, dostępne są też materiały drukowane. W spotkaniach dotyczących edukacji rodzicielskiej — dostępnych w prawie każdym okręgu szkolnym w Minnesocie — każdego roku bierze udział ok. 300 000 rodziców dzieci w przedziale wiekowym 0–4 lat. Specjaliści docierają też z programem do rodzin odizolowanych. Rodzice biorący udział w spotkaniach często podkreślają, że choć przyłączyli się do programu dla dobra swoich dzieci, pozostają w nim dla dobra samych siebie.<sup>62</sup> W toku każdej sesji rodzice i dzieci wykonują pod nadzorem trenera ustalone zadania, jest to tzw. czas rodzic–dziecko. Choć program ten jest największą i najdłużej działającą inicjatywą wspierającą rodziców w USA, nigdy nie został poddany formalnej ewaluacji.

Rodzicom objętym nadzorem opieki społecznej, w przypadku których zarzuty związane z krzywdzeniem dziecka nie zostały jednak potwierdzone, pomagają grupy wsparcia.<sup>63</sup> Po odbyciu nakazanych przez sąd obowiązkowych zajęć edukacyjnych, rodzice mają możliwość przyłączenia się do grupy pomocowej obejmującej profesjonalistów i in-

nych rodziców teraz lub w przeszłości objętych nadzorem służb ochrony dziecka. Pojedyncze doniesienia wskazują, że rodzice korzystający z takiego wsparcia doświadczają korzystnych zmian w wielu różnych wymiarach. Mamy też coraz więcej danych o programie *Parents Anonymous*® (Anonimowi Rodzice). Jedną z grup w ramach tej inicjatywy poddano właśnie długofalowej ewaluacji, która wykazała istotne obniżenie ryzyka krzywdzenia dzieci.<sup>64</sup> *Circle of Parents*® (W Kręgu Rodziców) to kolejna dobrze znana interwencja oparta na grupie wsparcia. Program ten zaczyna już tworzyć własną bazę danych dowodowych (choć analizy przeprowadzone dotychczas nie plasują raczej tego programu w gronie „obietujących inicjatyw”).<sup>65</sup>

W 28 stanach funkcjonuje ponad 100 programów wizyt domowych oferujących wsparcie rodzicom stanowiącym grupę ryzyka krzywdzenia i zaniedbywania.<sup>66</sup> Działając pod nadzorem *National Exchange Club Foundation*, każda objęta programem placówka zapewnia nieodpłatne wizyty domowe rodzicom będącym przedmiotem zainteresowania opieki społecznej. Celem jest przerwanie kontinuum krzywdzenia. Rodzice kierowani są do udziału w programie przez służby ochrony dzieci. Jeśli zdecydują się wziąć w nim udział, zostaje im przydzielony manager przypadku, a często tak-

że tzw. pomocnik rodzica — wolontariusz realizujący wizyty domowe. Celem obydwu tych osób jest zbudowanie relacji i pełnienie roli pozytywnego mentora w życiu rodzica. W toku cotygodniowych wizyt pomocnik odnosi się do poszczególnych obszarów problemowych, porusza kwestie związane z umiejętnościami rodzicielskimi, informuje o dostępności różnych usług, w tym

mieszkańczych, zdrowotnych czy socjalnych, potrzebnych danej rodzinie. Program dowiódł swej skuteczności w ograniczeniu liczby ponownych doniesień do służb ochrony dziecka.<sup>67</sup> Tak jak większość inicjatyw edukacyjnych, których celem jest profilaktyka krzywdzenia i zaniedbywania dzieci, ten program także nie przeszedł stosownej ewaluacji.

## 5. Struktura programów edukacji rodzicielskiej

Każda z omówionych dotychczas interwencji obejmuje stosowny manual wyjaśniający, w jaki sposób szkolenie rodzica powinno być realizowane. Takie rozwiązanie sprawia, że ini-

cjatywy te mają przewagę nad podejmowanymi *ad hoc* działaniami niektórych agencji zajmujących się ochroną dzieci, które budują w ten sposób swoje programy edukacji rodzicielskiej.

### Cechy wspólne programów uznanych za skuteczne

John Piacenti zauważa, że wyodrębnianie i rozbudowa elementów wspólnych dla kilku skutecznych programów edukacji rodzicielskiej ma wiele zalet.<sup>68</sup> Do takich cech wspólnych należą według niego między innymi: możliwość wykorzystania w różnorodnych kontekstach klinicznych i różnych zastosowaniach, uwzględnienie wartości benchmarkowych służących do oceny jakości opieki, uproszczone szkolenia terapeutyczne skupiające się na najważniejszych technikach zamiast oddzielnych instrukcji terapeutycznych, możliwość opracowywania zindywidualizowanych interwencji modułowych lub sekwencyjnych dopasowanych do charakterystyki klienta, a nie do wizji autora programu terapeutycznego.

Zespół brytyjskich badaczy dokonał niedawno przeglądu programów edukacji rodzicielskiej, wyizolowując przy tym ich efektywne komponenty.<sup>69</sup> I tak na przykład: wczesna interwencja daje lepsze i bardziej trwałe wyniki u dziecka, choć z drugiej strony interwencja późna jest lepsza niż żadna i może pomóc rodzicowi w sytuacji stresowej.

O efektywności interwencji może też decydować stabilna podstawa teoretyczna i jasno określony model przewidywanego mechanizmu zmiany. Ważne jest też odpowiednie celowanie działań: skupienie interwencji na określonych populacjach czy osobach zagrożonych trudnościami rodzicielskimi. Istotnym elementem obiecującego programu dla rodziców jest też sformułowanie przejrzystej strategii rekrutowania, angażowania i zatrzymywania rodziców. Interwencje powinny obejmować różnorodne elementy, np. zróżnicowane ścieżki kierowania rodzin do programu i więcej niż jedną drogę docierania do odbiorcy. Wydaje się, że praca grupowa — w sytuacjach, gdy omawiane kwestie nadają się do dyskusowania w formacie „publicznym”, a rodzice mogą skorzystać na społecznym aspekcie interakcji z osobami w podobnej sytuacji — przewyższa pracę indywidualną, o ile problemy nie są zbyt poważne lub utrwalone, a rodzice są gotowi i chcą pracować w grupie. Zajęcia indywidualne powinny zazwyczaj uwzględniać element wizyty domowej jako części wielokomponentowej usługi gwa-

rantującej osobiste i dopasowane do potrzeb wsparcie. Sukces odnoszą programy skrupulatnie strukturalizowane i kontrolowane, co pozwala zachować spójność świadczonych usług. Skuteczne interwencje realizowane są przez właściwie przeszkolony personel, przy wsparciu odpowiedniego zarządzania. Inicjatywy długotrwałe, obejmujące sesje kontrolne i odświeżające będą najodpowiedniejszym rozwiązaniem w przypadku poważnych problemów lub grup podwyższonego ryzyka. Interwencje behawioralne skupiające się na konkretnych umiejętnościach rodzicielskich i praktycznych radach „do wypróbowania w domu” uznaje się za skuteczną metodę zmiany bardziej złożonych zachowań rodziców i dzieci. I w końcu: za przykład dobrej praktyki uznawane są interwencje, w ramach których pracujemy paralelnie (choć niekoniecznie równocześnie) z rodzicami, rodzinami i dziećmi.

W Stanach Zjednoczonych Ann Garland i jej współpracownicy przeanalizowali wszystkie oparte na dowodach naukowych programy terapeutyczne związane z destrukcyjnymi zachowaniami dziecka. Analiza ujawniła obecność elementów wspólnych, które zostały następnie omówione z panelem ekspertów.<sup>70</sup> Autorzy przeglądu wyodrębnili elementy skierowane do dzieci i elementy

skierowane do rodziców, odseparowali też treść terapeutyczną od techniki terapeuty. Co najważniejsze, dodatkowo uwzględnili elementy praktyczne, takie jak częstość czy intensywność terapii. Pięć podstawowych parametrów sojuszu terapeutycznego i terapii wspólnych dla skutecznych interwencji to: porozumienie i zgoda w wyznaczaniu celów, minimum 12 sesji, spotkania przynajmniej raz w tygodniu, budowanie relacji i efektywna więź z terapeutą, aktywne uczestnictwo dziecka i rodzica.

Michael Hurlburt i jego współpracownicy opracowali listę 8 najważniejszych składowych wspólnych dla 3 wiodących programów edukacji rodzicielskiej — *Incredible Years*, *PCIT*, *Parent Management Training* — które okazały się w przeszłości do pewnego stopnia skuteczne w populacjach zagrożonych krzywdzeniem dzieci.<sup>71</sup> Cechy wspólne trzech wymienionych inicjatyw to: każda z nich wzmacniała pozytywne aspekty interakcji rodzic–dziecko; każda ograniczała korzystanie przez rodzica z poleceń i nakazów; stosowała konkretne podejście behawioralne; obejmowała szczegółowe materiały pomagające rodzicowi doskonalić umiejętności wychowawcze; zakładała obecność pracy domowej; wymagała odgrywania ról i trwała przynajmniej 25 godzin.

teoria

## Informacja zwrotna dla rodziców w formie wideo

Inne potencjalnie istotne składowe interwencji nie zostały w pełni ocenione. Dla przykładu, badacze wykonali niedawno metaanalizę programów edukacji rodzicielskiej wykorzystujących materiały wideo obrazujące interakcję rodzic–dziecko.<sup>72</sup> Wykazano, że programy te

miały znaczny i pozytywny wpływ na zachowanie rodzica oraz umiarkowany, ale istotny wpływ na zachowanie dziecka — wpływ ten u dzieci kierowanych do programu ze względu na problemy z zachowaniem nie był mniejszy niż u dzieci kierowanych z innych przyczyn.

## Rodzice i dzieci razem

Wracając do wpływu metod wychowawczych na zachowania świadczące o niedosto-

sowaniu, a z drugiej strony — wzajemnego oddziaływania zachowania dziecka na działa-

nia rodzicielskie, obiecującym obszarem przyszłych badań mogłaby być analiza równoczesnych interwencji dla rodziców i dla dzieci. Dla przykładu: grupę szkoleniową dla rodziców, wykorzystującą metody oparte dowodach, można by porównać z zajęciami grupowymi dla dzieci skupiającymi się na umiejętnościach społecznych, przetwarzaniu informacji społecznych i rozwiązywaniu problemów interpersonalnych. Wykazano, że takie zaję-

cia grupowe przeznaczone dla dzieci w sposób istotny wpływają i na zachowania rodzicielskie, i na zachowania dzieci w otoczeniu szkolnym.<sup>73</sup> Dołączenie równoczesnych zajęć grupowych dla rodziców pozwoliłoby ocenić, czy interwencje te działają synergistycznie, jeśli realizowane są jednocześnie. Właściwe zagospodarowanie czasu dziecka może też dodatkowo zachęcać rodziców do wzięcia udziału w spotkaniu grupy szkoleniowej.

### Edukacja rodziców w wybranych dziedzinach

Aby szkolenia rodzicielskie skutecznie przeciwdziałały krzywdzeniu dzieci, zajęcia nie muszą być wszechstronne. Jak dowiedziono na przykładzie programu skoncentrowanego na profilaktyce urazów głowy, przekazanie dobitnego komunikatu i przekonywanie ro-

dziców, aby nie potrząsali dzieckiem, istotnie ograniczyło częstość krzywdzenia — mimo że interwencje nie towarzyszyły dodatkowe działania wymierzone przeciwko uzależnieniu i ubóstwu czy przekonujące do stosowania zasad pozytywnego rodzicielstwa.<sup>74</sup>

### Adaptacja do różnych grup rasowych, etnicznych i kulturowych

Interwencje oparte na dowodach naukowych wydają się być równie skuteczne niezależnie od kontekstu kulturowego, choć rozstrzygających ewaluacji na tym polu jest niewiele. Trzy analizy przeglądowe — odnoszące się do różnych obszarów tematycznych i wykorzystujące różne metody porównywania skuteczności — wykazały, że dzieci i rodziny reprezentujące mniejszości etniczne korzystają na udziale w analizowanych in-

terwencjach w takim samym lub większym stopniu niż inne grupy.<sup>75</sup> Z drugiej strony, biorąc pod uwagę, że o sukcesie programu decyduje trwale zaangażowanie uczestnika i wierność z jaką przekazywana jest treść programu, adaptacje kulturowe narzędzi — potencjalnie zwiększające prawdopodobieństwo optymalnego przekazu i odbioru programu przez profesjonalistów rodziców i dzieci — wydają się uzasadnione.<sup>76</sup>

### Nowe kierunki w edukacji rodzicielskiej i działalności służb opieki społecznej

Służby zajmujące się opieką nad dzieckiem i oparte na dowodach metody szkolenia rodziców znajdują się obecnie w stadium transformacji. Metody oparte na wiedzy — po etapie rozwojowym, ograniczonym do lokalnych, skrupulatnie kontrolowanych badań — wkraczają teraz w fazę wdrożenia na poziomie krajowym, przy większym zaangażowaniu systemu opieki społecznej. Służby opieki społecznej z kolei w coraz większym stopniu doceniają metody oparte na wiedzy. Prasa specjalistyczna poświęca temu tematowi specjalne wydania, Urząd ds. Dzieci i Rodziny (ACF, *Administration for Children and Families*) w 2004 r. przeznaczył duże środki finansowe na badania oceniające metody

żowaniu systemu opieki społecznej. Służby opieki społecznej z kolei w coraz większym stopniu doceniają metody oparte na wiedzy. Prasa specjalistyczna poświęca temu tematowi specjalne wydania, Urząd ds. Dzieci i Rodziny (ACF, *Administration for Children and Families*) w 2004 r. przeznaczył duże środki finansowe na badania oceniające metody



oparte na dowodach. W kilku amerykańskich stanach (np. Maryland, Waszyngton i Kalifornia) powstają inicjatywy stanowe dotyczące tego tematu, a w ubiegłym roku ACF uruchomił 5 regionalnych ośrodków gromadzących dane dotyczące wdrożeń

i odpowiedzialnych za propagowanie dobrych praktyk. Choć wysiłki te nie skupiają się na profilaktyce krzywdzenia dzieci jako takiej, powstaje infrastruktura umożliwiająca tworzenie programów profilaktycznych wykorzystujących model kampanii.

Stworzenie skutecznych i opartych na dowodach programów dla rodziców jest podstawą podejścia do dystrybucji usług w amerykańskim systemie opieki społecznej.

Kolejnym ważnym krokiem będzie wdrożenie badań efektywności. Istniejące programy są wystarczająco dojrzałe i dysponują odpowiednio szerokim doświadczeniem w pracy z podobnymi grupami rodzin wysokiego ryzyka, sprawującymi opiekę nad dziećmi w otoczeniu domowym<sup>77</sup> i w opiece zastępczej<sup>78</sup>. Taka sytuacja uzasadnia natychmiastową ewaluację. Agencje zaangażowane w opiekę nad dziećmi dowiodły już, że mogą być miejscem prowadzenia badań randomizowanych. Należałoby tu wykorzystać doświadczenia zgromadzone przy okazji wprowadzenia klauzuli IV-E do Ustawy o Ubezpieczeniach Społecznych: dzięki temu zapisowi fundusze przeznaczane normalnie na opiekę pozadomową, mogą być wydawane na efektywną kosztowo opiekę w środowisku domowym. Inne użyteczne

doświadczenia to niedawne badania finansowane przez ACF, CDC (Centrum Kontroli i Prewencji Chorób) czy Krajowy Instytut Zdrowia Psychicznego. Inicjatywy tego rodzaju pozwalają badaczom lepiej zrozumieć ograniczenia wdrożeniowe. Ułatwiają też wyodrębnienie rodzin, które mogłyby potencjalnie najbardziej na programach skorzystać.

Stworzenie skutecznych i opartych na dowodach programów dla rodziców jest podstawą podejścia do dystrybucji usług w amerykańskim systemie opieki społecznej. Inwestowanie środków federalnych i stanowych w badania oceniające interwencje poprawiające poziom opieki rodzicielskiej — co pozwala wyodrębnić działania skuteczne — upraszcza procesy decyzyjne na poziomie systemowym.

## 6. Czy programy dla rodziców powinny się skupiać na wielu różnych obszarach problemowych czy wyłącznie na umiejętnościach rodzicielskich?

Doniesienia świadczące o tym, że edukacja rodzicielska jest bezskuteczna, o ile nie towarzyszy jej rozwiązywanie współistniejących problemów rodziny, są nieliczne i słabo udokumentowane. Istnieje przynajmniej taka sama ilość danych wskazujących, że poprawa umiejętności wychowawczych rodzica ułatwia rozwiązywanie problemów ze zdrowiem psychicznym i sprzyja walce z uzależnieniami. Prace Davida DeGarmo,

Geralda Pattersona i Marion Forgatch jednoznacznie dowodzą, że udoskonalenie umiejętności rodzicielskich wpływa ograniczająco na problemy ze zdrowiem psychicznym.<sup>79</sup> Marjukka Pajulo i jej współpracownicy przekonują, że wzmocnienie pozytywnej więzi między matką a dzieckiem może zmniejszać siłę uzależnienia, w miarę jak pozytywne doznania związane z udanym rodzicielstwem przyczyniają się do powstawania nowych

szlaków nerwowych konkurujących z tymi odpowiedzialnymi za uzależnienie.<sup>80</sup>

Przeprowadzony przez CDC przegląd programów edukacji rodzicielskiej ujawnił, że rodzice, którzy mają szansę praktycznie przećwiczyć nowe umiejętności pod czujnym okiem profesjonalisty, skuteczniej się uczą. Analiza wykazała też, że nauka komunikowania dziecku swoich uczuć sprzyja lepszemu rodzicielstwu.<sup>81</sup> Według CDC, programy obejmujące zróżnicowane elementy — na przykład poruszające kwestie relacji pomiędzy rodzicami w kontekście szkolenia rodzicielskiego — nie są bardziej efektywne, a wręcz przeciwnie — mogą być mniej efektywne. Obserwacja taka pozostaje w zgodzie z ustaleniami Marka Chaffina, który pracując z rodzicami krzywdzącymi w Oklahomie zauważył, że poruszanie wielu problemów równocześnie było mniej skuteczne niż skupienie wyłącznie na umiejętnościach wychowawczych.<sup>82</sup> W innym badaniu dowiedziono, że szkolenie rodzica w formie terapii wielosystemowej (*Multi-Systemic Therapy*, MST) — łączącej edukację rodzica ze współpracą z istotnymi partnerami w społeczności — było równie skuteczne jak MST plus pełen pakiet usług socjalnych.<sup>83</sup> W podsumowaniu tego opracowania stwierdzono, że w przypadku młodych osób z poważnymi zaburzeniami emocjonalnymi celowane, oparte na

wiedzy interwencje mogą być bardziej skuteczne niż interwencje prowadzone wyłącznie na poziomie systemowym. Spostrzeżenia te potwierdzają, że źródła złej sytuacji rodzinnej, takie jak np. konflikt małżeński czy depresja, można zwalczać na dwa sposoby: skupiając się bezpośrednio na wsparciu partnera czy walce z depresją, realizując interwencje, których celem jest rozwiązanie problemów rodzicielskich lub poprawiając umiejętności wychowawcze.

Zamiast więc, na podstawie początkowej charakterystyki rodzica, podejmować interwencję dotyczącą zdrowia psychicznego zmierzającą do obniżenia nasilenia depresji, bardziej efektywnym kosztowo rozwiązaniem mogłoby być przeprowadzenie najpierw standardowego szkolenia rodzicielskiego. Nadzorujący profesjonalista mógłby wówczas monitorować postępy rodzica w ramach programu i obserwować inne rodzinne czynniki ryzyka, które mogą zakłócać terapię, takie jak trwały konflikt małżeński, depresja czy stres. Dopiero w momencie, gdy po pewnym czasie prowadzący program nie dostrzegają poprawy w zachowaniu dziecka ani sytuacji rodzica czy rodziny, należałoby dodać celowane interwencje, skupiające się na konkretnych czynnikach ryzyka wzbudzających niepokój w danym przypadku.

## 7. Opracowywanie ram organizacyjnych umożliwiających realizację programów szkoleń rodzicielskich przeciwdziałających krzywdzeniu dzieci

Idea uniwersalnych programów szkoleń rodzicielskich zapobiegających krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci od dawna wzbudza zainteresowanie środowiska naukowego, choć nie do końca cieszy się jego poparciem. Być może podchodzimy do sprawy ze złej strony. Zamiast szukać odpowiedzi na pytanie, czy szkolenia dla rodziców powinny być uniwersalnie oferowane i uniwersal-

nie dostępne, może należałoby zapytać, czy powinniśmy tworzyć uniwersalne podejście do edukacji rodzicielskiej. Obiecujące rezultaty programu Trzy P w Karolinie Południowej — oparte na dziesięcioleciach prac rozwojowych — przekonują, że należałoby rozważyć takie właśnie przekierowanie ograniczonych zasobów, przeznaczanych obecnie na szkolenia rodzicielskie w ramach

profilaktyki lub reagowania na zachowania problemowe dziecka czy krzywdzenie. Na dzień dzisiejszy dostęp do wysokiej jakości programów szkoleniowych dla rodziców jest ograniczony i tylko nieliczne organizacje potrafią samodzielnie takie interwencje opracowywać.<sup>84</sup> Wielopoziomowe podejście wykorzystane w ramach programu Trzy P uwzględnia natomiast podstawowe elementy kluczowe z punktu widzenia wdrażania materiałów opartych na dowodach bez przekłamań. Podstawy programu mają precyzyjnie określoną strukturę i są kontrolowane, co pozwala zachować spójność działań. Pracownicy posiadają odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia superwizji. Program wykorzystuje materiały medialne i marketingowe popularyzujące jego istnienie. Co więcej, koszt programu w przeliczeniu na jedno dziecko nie przekracza 50\$ (wartości z 2008 r.), wydatki nie są więc wygórowane.<sup>85</sup> Program Trzy P w Karolinie Południowej nie przebiegał oczywiście bez potknięć. Niektórzy świadczeniodawcy nie potrafili dodać do swojej oferty skutecznych programów wsparcia dla rodziców, ponieważ klóciły się one z ich własną misją. Nierzadko przeszkodą były kłopoty z refundacją takich usług. Świadczeniodawcy zainteresowani prowadzeniem wsparcia rodzicielskiego i mający takie możliwości musieli czasem ograniczać czas przeznaczony na tego rodzaju działania, ze względu na nadmierne obciążenie personelu. Aby możliwe było faktyczne i szerokie rozpowszechnienie programów szkoleniowych według modelu Trzy P, konieczna będzie pełna analiza systemowa, fiskalna i prawna, potwierdzająca wykonalność takiego rozwiązania.

Szeroko zakrojone badanie przeprowadzone w Australii i obejmujące rodziny z dziećmi w wieku od 4 do 7 lat uczestniczące w tamtejszym programie Trzy P wskazuje, że program ten mógłby mieć duży wpływ na zjawiska krzywdzenia i zaniedbywania dzieci także w Stanach Zjednoczonych.<sup>86</sup>

Po przeprowadzeniu wywiadów telefonicznych służących zebraniu danych, program Trzy P (rozbudowany do 7 poziomów zamiast standardowych 5) zaproponowano całym populacjom w kilku różnych australijskich społecznościach lokalnych. Analiza projektu wykazała, że rodzice uczestniczący w programie (niezależnie od wybranego poziomu) częściej stosowali właściwe metody wychowawcze niż rodzice objęci standardową opieką. Program Trzy P okazał się też skuteczną metodą walki z depresją rodziców. Wdrożenie programu jako „interwencji na poziomie zdrowia populacji” istotnie zmniejszyło liczbę dzieci z problemami behawioralnymi i emocjonalnymi oraz obniżyło poziom stresu rodzicielskiego związanego z wychowywaniem dzieci w wieku szkolnym.<sup>87</sup>

Czy program Trzy P — lub jego amerykańska pochodna — mógłby stać się uniwersalną propozycją dla wszystkich rodziców w całym kraju? Dotychczas brak badań potwierdzających taką hipotezę. Co więcej, można by przytoczyć wiele argumentów wskazujących, że rodzicielstwo — a tym samym szkolenia dla rodziców — wygląda nieco inaczej w zależności od miejsca i kontekstu kulturowego. Choć popieranie wdrożenia programu Trzy P na poziomie krajowym byłoby przedwczesne, podstawowe założenia tego programu mogłyby posłużyć jako ogólne ramy odniesienia ukierunkowujące przyszły rozwój programów dla rodziców. U podstawy tej piramidy programów znalazłyby się łatwo dostępne projekty medialne wprowadzające podstawowe pojęcia i język opisujący interakcję rodzic–dziecko oraz interwencje rodzicielskie. Uzupełnieniem obecności medialnej byłyby zajęcia grupowe dla rodziców borykających się z problemami o niewielkim natężeniu. Kolejnym krokiem byłby model konsultacji z rodzicami, a następnie bardziej konkretne programy prowadzone w środowisku domowym (dopasowane do wieku dzieci).

Profilaktyka krzywdzenia dzieci nie- rzadko wymaga rozwiązania innych proble- mów rodziny wpływających na jakość opie- ki rodzicielskiej. Dlatego strategia programu Trzy P wymagałaby uzupełnienia działaniami prowadzonymi w domach i kontynuowanymi przez dłuższy czas.<sup>88</sup> Praca w środowisku domowym może wymagać dopasowania do najczęściej występujących czynników ryzyka obciążających rodzinę, choć brak w tym kontekście przekonujących danych. Dyspo- nujemy natomiast znaczną ilością dowodów potwierdzających, że lepsze rodzicielstwo

może samo w sobie zniwelować oddziaływa- nie innych obciążeń i problemów. Taki stan rzeczy uzasadnia dalsze analizy jednolitych programów rodzicielskich. Niektóre dzieci mogą też wymagać interwencji klinicznych związanych z zaburzeniami afektywnymi czy kognitywnymi, które nie pozwalają im właściwie reagować na działania rodziców i szkolenia rodzicielskie. Takie interwencje kliniczne mogłyby zyskać na skuteczności, gdyby wykorzystywany przez nie język i ze- staw pojęć nie odbiegał od stosowanego na innych poziomach kampanii dla rodziców.

### Przyszłe działania

Przytłaczająca ilość danych naukowych, którymi obecnie dysponujemy potwierdza, że krzywdzenie dzieci wiąże się ze wzrostem wy- datkowania na służbę zdrowia.<sup>89</sup> Powszechnie akceptowana jest efektywność kosztowa inwestowania w dzieci młodsze.<sup>90</sup> Za wdrażaniem programów edukacji rodzicielskiej jako sposobu ograniczenia społecznych kosztów krzywdzenia i zaniedbywania dzieci prze- mawiają silne argumenty. Jedną z pierwszych zmian systemowych jakie należałoby wpro- wadzić jest zwiększenie wsparcia dla badań naukowych skupiających się na wyodrębnie- niu skutecznych programów szkoleniowych. Poza porównaniem efektywności różnych programów edukacji rodzicielskiej badania takie powinny oddzielnie rozpatrywać i po- równywać interwencje koncentrujące się wy- łącznie na doskonaleniu umiejętności wycho- wawczych i takie, które starają się też przeciw- działać powiązanim czynnikom ryzyka.

Służbom zajmującym się opieką nad dzie- ckiem należy zezwalać na modyfikację prak- tyk edukacji rodzicielskiej wraz z ewolucją usług świadczonych na rzecz dzieci. Do ta- kich zmian należy wręcz zachęcać, na wszyst- kich poziomach organizacyjnych. Większa część funduszy federalnych otrzymywanych przez służby socjalne pochłaniana jest przez

szkolenia pracowników, wynagrodzenia dla rodziców zastępczych, zarządzanie przypad- kami dzieci w opiece zastępczej i dopłaty ad- opcyjne (świadczenia objęte klauzulą IV–E Ustawy o Ubezpieczeniach Społecznych). Oznacza to, że zasoby służące opracowy- waniu i wdrażaniu wysokiej jakości eduka- cji rodzicielskiej są niezwykle ograniczone. Środki uznaniowe przyznawane na mocy Ustawy o Terapii i Przeciwdziałaniu Krzyw- dzeniu Dzieci oraz klauzuli IV–B Ustawy o Ubezpieczeniach Społecznych powinny być w większym stopniu przeznaczane na edukację rodzicielską. Jeśli nawet nie dojdzie do zmian lub wzrostu finansowania, należa- łyby poprawić nadzór nad programami szko- leń dla rodziców. Urząd ds. Dziecka i Rodzi- ny w swoich okresowych przeglądach stano- wych programów na rzecz dzieci mógłby się jednoznacznie ustosunkowywać do jakości oferowanej edukacji rodzicielskiej. Na służ- by opieki społecznej należałoby też nałożyć obowiązek raportowania — w ramach analiz federalnych — o ilości rodzin uczestniczą- cych w programach dla rodziców i okresie ich pozostawania w programie. Pomogłoby to opracować takie metody szkolenia, które w największym stopniu angażują rodziców i są dla nich najbardziej pomocne.<sup>91</sup>

Na poziomie lokalnym należałoby tymczasem rozpowszechniać wiedzę o opartych na dowodach programach edukacji rodzicielskiej. Miejskowe jednostki powinny móc oferować stosowne programy swoim klientom bez przekłamań czy zniekształceń. Lokalne służby opieki społecznej będą też musiały zdecydować, czy ograniczone fundusze lepiej przeznaczyć na droższe programy cieszące się znaną marką (np. *Incredible Years* czy *Terapia Interakcji Rodzic-Dziecko*), czy raczej skupić się na szkoleniach dotyczących wspólnych elementów będących bazą tych programów.

Aby możliwy był dalszy rozwój edukacji rodzicielskiej zapobiegającej krzywdzeniu dzieci musimy stale pracować nad nowymi skutecznymi interwencjami. W Wielkiej Brytanii na przykład funkcjonuje tzw. Fundusz Rodzicielski. W czasie swych 7 lat istnienia, fundusz ten inwestował około 15 milionów dolarów rocznie w opracowywanie, organizację i wdrażanie opartych na dowodach interwencji wspierających i edukujących rodziców na poziomie społeczności lokalnych. Działania podejmowane w Wielkiej Brytanii są częścią szerszej inicjatywy krajów rozwiniętych — w tym USA — mającej na celu: zwiększenie udziału interwencji opartych na wiedzy w grupie programów dla rodziców, dalsze wyspecjalizowanie edukacji rodzicielskiej i przeprowadzenie zmian systemowych, dzięki którym edukacja rodzicielska wykraczałby poza tradycyjne mechanizmy

społecznej opieki nad dzieckiem i programów wsparcia finansowego.<sup>92</sup>

Bez tego rodzaju wysiłków trudno liczyć na większe wsparcie publiczne. Warunkiem opracowania skutecznych programów jest uzyskanie finansowania na rozpowszechnienie najbardziej obiecujących praktyk. Po opracowaniu efektywnych programów wzrastają szanse na większe wsparcie ze środków federalnych, umożliwiające rozpowszechnienie edukacji rodzicielskiej. Aby zapewnić lepsze wsparcie rodzicom, rozwiązania systemowe muszą uwzględniać oparty na dowodach model umiejętności rodzicielskich powiązanych z pozytywnymi wynikami po stronie dziecka. Choć edukacja rodzicielska może być użyteczna dla rodzin dotkniętych różnymi problemami, trudna sytuacja rodzinna w sposób oczywisty nie sprzyja nauce. Zbierane przez lata dane wskazują, że zewnętrzne stresory zakłócają uczenie się i utrudniają praktyczne zastosowanie umiejętności nabytych w czasie szkoleń rodzicielskich. Rozwiązania, które ograniczą poziom codziennego stresu z jakim boryka się rodzina będą ważnym elementem skutecznej realizacji każdego programu.

Tłumaczenie: Anna Czajkowska-Błaziak

Przedruk z: *The Future of Children* 2009, vol. 19, nr 2, we współpracy Szkoły Spraw Społecznych i Międzynarodowych im. Woodrowa Wilsona przy Uniwersytecie Princeton oraz Instytutu Brookingsa.

*Researchers have identified four common co-occurring parental risk factors—substance abuse, mental illness, domestic violence, and child conduct problems—that lead to child maltreatment. The extent to which maltreatment prevention programs must directly address these risk factors to improve responsiveness to parenting programs or can directly focus on improving parenting skills, says Richard Barth, remains uncertain.*

*Barth begins by describing how each of the four parental issues is related to child maltreatment. He then examines a variety of parent education interventions aimed at preventing child abuse. He cautions that many of the interventions have not been carefully evaluated and those that have been have shown little effect on child maltreatment or its risk factors.*

*Although some argue that parent education cannot succeed unless family problems are also addressed, much evidence suggests that first helping parents to be more effective with their children can address mental health*

needs and improve the chances of substance abuse recovery. Barth recommends increased public support for research trials to compare the effectiveness of programs focused on parenting education and those aiming to reduce related risk factors.

Child welfare services and evidence-based parent training, says Barth, are in a period of transformation. Evidence-based methods are rapidly emerging from a development phase that has primarily involved local and highly controlled studies into more national implementation and greater engagement with the child welfare system. The next step is effectiveness trials.

Citing the importance and success of multifaceted campaigns in public health policy, Barth discusses a multifaceted parenting campaign that has demonstrated substantial promise in several large trials. The goal of the Triple P — Positive Parenting Program is to help parents deal with the full gamut of children's health and behavioral issues. The campaign includes five levels of intervention, each featuring a different means of delivery and intensity of service. More broadly, Barth suggests that the evidence-based Triple P approach offers a general framework that could be used to guide the future evolution of parenting programs.

## Przypisy bibliograficzne

1. J. Semidei, L.F. Radel, C. Nolan, *Substance Abuse and Child Welfare: Clear Linkages and Promising Responses*, *Child Welfare* 2001, vol. 80, s. 109–128.
2. R.L. Pierce, L.H. Pierce, *Analysis of Sexual Abuse Hotline Reports*, *Child Abuse and Neglect* 1985, vol. 9, s. 37–45.
3. B.A. Besinger i inni, *Caregiver Substance Abuse among Maltreated Children Placed in Out-of-Home Care*, *Child Welfare* 1999, vol. 78, s. 221–239.
4. N.K. Young, S.L. Gardner, K. Dennis, *Responding to Alcohol and Other Drug Problems in Child Welfare: Weaving Together Practice and Policy*, Waszyngton: CWLA Press 1998.
5. K. Kelleher i inni, *Alcohol and Drug Disorders among Physically Abusive and Neglectful Parents in a Community-Based Sample*, *American Journal of Public Health* 1994, vol. 84, s. 1586–1590.
6. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, Urząd ds. Dzieci i Rodziny, Krajowe Centrum ds. Krzywdzenia i Zaniedbywania Dzieci, *Study of Child Maltreatment in Alcohol Abusing Families*, Waszyngton: US Government Printing Office, 1993.
7. C. Gibbons, R. Barth, S.L. Martin, *Prevalence of Substance Abuse among In-Home Caregivers in a U.S Child Welfare Population: Caregivers vs. Child Welfare Worker Report*, *Child Abuse and Neglect* (w przygotowaniu).
8. Ibidem.
9. S. Magura, A.B. Laudet, *Parental Substance Abuse and Child Maltreatment: Review and Implications for Intervention*, *Children and Youth Services Review* 1996, vol. 3, s. 193–220.
10. C. Gibbons, R. Barth, S.L. Martin, *Prevalence of Substance Abuse among In-Home Caregivers in a U.S Child Welfare Population: Caregivers vs. Child Welfare Worker Report*, *Child Abuse and Neglect* (w przygotowaniu).
11. R.P. Barth, *Substance Abuse and Child Welfare Services: Research Updates and Needs*, odczyt dla: National Center on Substance Abuse and Child Welfare Researchers' Forum, Waszyngton, 10 grudnia, 2003 r.
12. R. Famularo, R. Kinscherff, T. Fenton, *Parental Substance Abuse and the Nature of Child Maltreatment*, *Child Abuse and Neglect* 1992, vol. 16, s. 475–483.
13. D.K. Smith i inni, *Child Maltreatment and Foster Care: Unpacking the Effects of Prenatal and Postnatal Parental Substance Use*, *Child Maltreatment* 2007, vol. 2, s. 150–160.

14. D. Jones i współ., *When Parents with Severe Mental Illness Lose Contact With Their Children: Are Psychiatric Symptoms or Substance Use to Blame?*, *Journal of Loss and Trauma* 2008, vol. 13, nr 4, s. 261–287.
15. M.E. Courtney, S.L. McMurtry, A. Zinn, *Housing Problems Experienced by Recipients of Child Welfare Services*, *Child Welfare* 2004, vol. 83, nr 5, s. 393–422.
16. J.F. Culhane i inni, *Prevalence of Child Welfare Services Involvement among Homeless and Low-Income Mothers: A Five-Year Birth Cohort Study*, *Journal of Sociology and Social Welfare* 2003, vol. 30, s. 79–95.
17. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, Urząd ds. Dzieci i Rodziny, *National Survey of Child and Adolescent Well-Being: Children Involved with the Child Welfare Services*, raport wstępny, Waszyngton 2003.
18. P.B. Jameson i inni, *Mother-Toddler Interaction Patterns Associated with Maternal Depression, Development of Psychopathology* 1997, vol. 9, nr 3, s. 537–550.
19. C. Hoffman, K.A. Crnic, J.K. Baker, *Maternal Depression and Parenting: Implications for Children's Emergent Emotion Regulation and Behavioral Functioning*, *Parenting: Science and Practice* 2006, vol. 6, nr 4, s. 271–295.
20. S. Kahng i inni, *Mothers with Serious Mental Illness: When Symptoms Decline Does Parenting Improve?*, *Journal of Family Psychology* 2008, vol. 22, nr 1, s. 162–166.
21. N.L. Shay, J. Knutson, *Maternal Depression and Trait Anger as Risk Factors for Escalated Physical Discipline*, *Child Maltreatment* 2008, vol. 13, nr 1, s. 39–49.
22. D.S. DeGarmo, G.R. Patterson, M.S. Forgatch, *How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane over Time?*, *Prevention Science* 2004, vol. 5, nr 2, s. 73–89.
23. A.L. Hazen i inni, *Intimate Partner Violence among Female Caregivers of Children Reported for Child Maltreatment*, *Child Abuse and Neglect* 2004, vol. 28, s. 301–319.
24. C. Casanueva i inni, *Quality of Maternal Parenting among Intimate-Partner Violence Victims Involved with Child Welfare System*, *Journal of Family Violence* 2008, vol. 23, nr 6, s. 413–427. Sprawność rodzicielską mierzono za pomocą HOME-SF (wersja skrócona Home-Inventory — popularnego narzędzia do standaryzowanej oceny środowiska domowego).
25. D.S. DeGarmo, G.R. Patterson, M.S. Forgatch, *How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane over Time?*, *Prevention Science* 2004, vol. 5, nr 2, s. 73–89.
26. Ibidem.
27. D. Fanshel, *Foster Care as a 2-Tiered System*, *Children and Youth Services Review* 1992, vol. 14, s. 49–60.
28. R. Barth, J. Wildfire, R. Green, *Placement into Foster Care and the Interplay of Urbanicity, Child Behavior Problems and Poverty*, *American Journal of Orthopsychiatry* 2006, vol. 76, nr 3, s. 358–366.
29. B. Burns i inni, *Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youth Involved with Child Welfare: A National Survey*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004, vol. 23, nr 8, s. 960–970.
30. A.S. Lau i inni, *Abusive Parents' Reports of Child Behavior Problems: Relationship to Observed Parent-Child Interactions*, *Child Abuse and Neglect* 2006, vol. 30, nr 6, s. 639–655.
31. M. Hurlburt i inni, *Parent Training in Child Welfare Services: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being*, w: *Child Protection: Using Research to Improve Policy and Practice*, red.: R. Haskins, F. Wulczyn, M. Webb, Waszyngton: Brookings Institution Press 2007, s. 81–106.

32. B. Burns i inni, *Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youth Involved with Child Welfare: A National Survey*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004, vol. 23, nr 8, s. 960–970; J.R. Weisz, K.M. Hawley, *Finding, Evaluating, Refining, and Applying Empirically Supported Treatments for Children and Adolescents*, Journal of Clinical Child Psychology 1998, vol. 27, s. 205–215.
33. J. Klevens, D.J. Whittaker, *Primary Prevention of Child Physical Abuse and Neglect: Gaps and Promising Directions*, Child Maltreatment 2007, vol. 12, nr 4, s. 364–377.
34. R. Gainey i inni, *Teaching Parenting Skills in a Methadone Treatment Setting*, Social Work Research 2007, vol. 31, nr 3, s. 185–190.
35. N.A. Connors i inni, *Substance Abuse Treatment for Mothers. Treatment Outcomes and the Impact of Length to Stay*, Journal of Substance Abuse Treatment 2006, vol. 31, s. 447–456.
36. Ibidem.
37. D.S. DeGarmo, G.R. Patterson, M.S. Forgatch, *How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane over Time?*, Prevention Science 2004, vol. 5, nr 2, s. 73–89.
38. P. Hanrahan i inni, *The Mothers' Project for Homeless Mothers with Mental Illnesses and their Children: A Pilot Study*, Psychiatric Rehabilitation Journal 2005, vol. 28, nr 3, s. 291–294.
39. Nancy VanDeMark i inni, *Children of Mothers with History of Substance Abuse, Mental Illness, and Trauma*, Journal of Community Psychology 2005, vol. 33, nr 4, s. 445–459.
40. A. Lieberman, P. Van Horn, C.G. Ippen, *Toward Evidence-Based Treatment: Child-Parent Psychotherapy with Preschoolers Exposed to Marital Violence*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2005, vol. 44, nr 12, s. 1241–1248.
41. R. Barth i inni, *Parent Training in Child Welfare Services: Planning for a More Evidence-Based Approach to Serving Biological Parents*, Research on Social Work Practice 2005, vol. 15, s. 353–371.
42. C. Webster-Stratton, T. Taylor, *Nipping Early Risk Factors in the Bud: Preventing Substance Abuse, Delinquency, and Violence in Adolescence through Interventions Targeted at Young Children (0–8 Years)*, Prevention Science 2001, vol. 2, nr 3, s. 165–192.
43. M.J. Reid, C. Webster-Stratton, N. Baydar, *Halting the Development of Conduct Problems in Head Start Children: The Effects of Parent Training*, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2004, vol. 33, nr 2, s. 279–291.
44. L. Miller Brotman i inni, *Preventive Intervention for Preschoolers at High Risk for Antisocial Behavior: Long-Term Effects on Child Physical Aggression and Parenting Practices*, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2008, vol. 37, nr 2, s. 386–396.
45. S.M. Eyberg, S.R. Boggs, J. Algina, *Parent-Child Interaction Therapy — a Psychosocial Model for Treatment of Young Children with Conduct Problem Behavior and Their Families*, Psychopharmacology Bulletin 1995, vol. 31, nr 1, s. 83–91.
46. M. Chaffin i inni, *Parent-Child Interaction Therapy with Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports*, Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004, vol. 72, s. 500–510.
47. B.D. Johnston i inni, *Healthy Steps in an Integrated Delivery System Child and Parent Outcomes at 30 Months*, Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 2006, vol. 160, s. 793–800.
48. C. Bennet i inni, *Home-Based Support for Disadvantaged Adult Mothers (Review)*, The Cochrane Collaboration, Hoboken, N.J.: John Wiley and Sons, Ltd., 2007.
49. D. Kendrick i inni, *Parenting Interventions and the Prevention of Unintentional Injuries in Childhood: Systematic Review and Meta-Analysis*, Child Care Health and Development 2008, vol. 34, nr 5, s. 682–695.



50. D. DePanfilis, H. Dubowitz, J. Kunz, *Assessing the Cost-Effectiveness of Family Connections*, *Child Abuse and Neglect* 2008, vol. 32, nr 3, s. 335–351.
51. N. Maccoby i inni, *Reducing the Risk of Cardiovascular Disease: Effects of a Community-Based Campaign on Knowledge and Behavior*, *Journal of Community Health* 1997, vol. 3, nr 2, s. 100–114.
52. B. Thompson i inni, *Methodologic Advances and Ongoing Challenges in Designing Community-Based Health Promotion Programs*, *Annual Review of Public Health* 2003, vol. 24, s. 315–340.
53. M. Sanders, W. Cann, C. Markie-Dadds, *The Triple P-Positive Programme: A Universal Population-Level Approach to the Prevention of Child Abuse*, *Child Abuse Review* 2003, vol. 12, nr 3, s. 155–171.
54. M.R. Sanders, W. Cann, C. Markie-Dadds, *Why a Universal Population-Level Approach to the Prevention of Child Abuse is Essential?*, *Child Abuse Review* 2003, vol. 12, nr 3.
55. Ibidem.
56. Ibidem.
57. R. Prinz i inni, *Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial* (<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3> [dostęp z 4 lutego, 2009]).
58. R.J. Pinz i inni, *Population-Based Prevention for Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial*, *Prevention Science*, publikacja on-line 22 stycznia, 2009 r.; DOI 10.1007/s11121-009-0123-3.
59. C.J. Shapiro, R.J. Pinz, M.R. Sanders, *Population-Wide Parenting Intervention Training: Initial Feasibility*, *Journal of Child and Family Studies* 2008, vol. 17, nr 4, s. 457–466.
60. Ibidem.
61. M.K. Nock, A.E. Kazdin, *Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention for Increasing Participation in Parent Management Training*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005, vol. 73, s. 872–879.
62. Wydział Edukacji i Edukacji Wieku Dziecięcego, Minnesota ([http://children.state.mn.us/mde/Learning\\_Support/Early\\_Learning\\_Services/Early\\_Childhood\\_Family\\_Education/index.html](http://children.state.mn.us/mde/Learning_Support/Early_Learning_Services/Early_Childhood_Family_Education/index.html) [20 grudnia 2008 r.]).
63. L. Frame, A. Conley, J.D. Berrick, *The Real Work Is What They Do Together: Peer Support and Birth Parent Change*, *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 2006, vol. 87, nr 4, s. 509–520.
64. Krajowa Rada ds. Przestępczości, *Outcome Evaluation of Parents Anonymous*, niepublikowany rękopis, Oakland, Kalifornia 2007.
65. *Building the Evidence for Circle of Parents as a Model for Preventing Child Abuse and Neglect Participant Characteristics, Experiences and Outcomes*, *Prevention Brief*, nr 1 (Listopad 2007), *The Ounce of Prevention Fund of Florida, Circle of Parents, The Florida Chapter of Prevent Child Abuse America* ([www.ounce.org/PDF/CoPEvaluationReport.pdf](http://www.ounce.org/PDF/CoPEvaluationReport.pdf) [dostęp z 4 lutego, 2009]).
66. Fundacja National Exchange Club (<http://preventchildabuse.com/AboutUs.shtml> [dostęp z 1 sierpnia 2008 r.]).
67. J. Harder, *Prevention of Child Abuse and Neglect: An Evaluation of a Home Visitation Parent Aide Program Using Recidivism Data*, *Research on Social Work Practice* 2005, vol. 15, nr 4, s. 246–256, Centrum Przeciwdziałania Krzywdzeniu Dzieci (<http://www.excap.org/parentaid1> [dostęp z 10 grudnia 2008]).
68. J. Piacentini, *Optimizing Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Psychiatric Disorders*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008, vol. 47, nr 5, s. 481–482.

69. P. Moran, D. Gate, A. Van Der Merwe, *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence*, Policy Research Bureau Research Report RR574 (Londyn, Department Edukacji i Umiejętności, lipiec 2004).
70. A. Garland i inni, *Identifying Common Elements of Evidence-Based Psychosocial Treatment for Children's Disruptive Behavior Problems*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008, vol. 47, nr 5, s. 505–514.
71. M. Hurlburt i inni, *Parent Training in Child Welfare Services: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being*, w: *Child Protection: Using Research to Improve Policy and Practice*, red.: R. Haskins, F. Wulczyn, M. Webb, Waszyngton: Brookings Institution Press 2007, s. 81–106.
72. R.G. Fukkink, *Video Feedback in Widescreen: A Meta-Analysis of Family Programs*, *Clinical Psychology Review* 2008, vol. 28, nr 6, s. 904–916.
73. C. Webster-Stratton, M. Hammond, *Treating Children with Early-Onset Conduct Problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997, vol. 65, s. 93–99.
74. M.S. Dias i inni, *Preventing Abusive head Trauma among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program*, *Pediatrics* 2005, vol. 115, nr 4; R. Barr i inni, *Effectiveness of Educational Materials Designed to Change Knowledge and Behaviors Regarding Crying and Shaken-Baby Syndrome in Mothers of Newborns: A Randomized, Controlled Trial*, *Pediatrics* 2009, vol. 123, nr 3, s. 972–980.
75. S.J. Huey, A.J. Polo, *Evidence-Based Psychosocial Treatments for Ethnic Minority Youth*, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008, vol. 37, nr 1, s. 262–301; S. Jo Wilson, M.W. Lipsey, H. Soydan, *Are Mainstream Programs for Juvenile Delinquency Less Effective with Minority Youth than Majority Youth? A Meta-Analysis of Outcomes Research*, *Research on Social Work Practice* 2003, vol. 13, nr 1, s. 3–26; J. Miranda i inni, *State of the Science on Psychological Interventions for Ethnic Minorities*, *Annual Review of Clinical Psychology* 2005, vol. 1, s. 113–142.
76. S.I. Coard i inni, *Considering Culturally Relevant Parenting Practices in Intervention Development and Adaptation: A Randomized Controlled Trial of the Black Parenting Strengths and Strategies (BPSS) Program*, *Counseling Psychologist* 2007, vol. 35, nr 6, s. 797–820.
77. C. Webster-Stratton, M. Jamila Reid, M. Hammond, *Preventing Conduct Problems, Promoting Social Competence: A Parent and Teacher Training Partnership in Head Start*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001, vol. 30, nr 3, s. 283–302.
78. P. Chamberlain i inni, *Who Disrupts form Placement in Foster and Kinship Care?*, *Child Abuse and Neglect* 2006, vol. 30, nr 4, s. 409–424.
79. D.S. DeGarmo, G.R. Patterson, M.S. Forgatch, *How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane over Time?*, *Prevention Science* 2004, vol. 5, nr 2, s. 73–89.
80. M. Pajulo i inni, *Enhancing the Effectiveness of Residential Treatment for Substance Abusing Pregnant and Parenting Women: Focus on Maternal Reflective Functioning and Mother-Child Relationship*, *Infant Mental Health Journal* 2006, vol. 27, nr 5, s. 448–465.
81. J.W. Kaminski i inni, *A Meta-Analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness*, *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008, vol. 36, nr 4, s. 567–589.
82. M. Chaffin i inni, *Parent-Child Interaction Therapy with Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004, vol. 72, s. 500–510.

83. L. Faw–Stambaugh i inni, *Outcomes from Wraparound and Multisystemic Therapy in a Center for Mental Health Services System-of-Care Demonstration Site*, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2007, vol. 15, nr 3, s. 143–155.
84. D.S. Elliott, S. Mihalic, *Issues in Disseminating and Replicating Effective Prevention Programs*, *Prevention Science* 2004, nr 5, s. 47–53.
85. C.J. Shapiro, R.J. Pinz, M.R. Sanders, *Population–Wide Parenting Intervention Training: Initial Feasibility*, *Journal of Child and Family Studies* 2008, vol. 17, nr 4, s. 457–466; C. Mihalopoulos i inni, *Does the Triple P–Positive Parenting Program Provide Value for Money?*, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007, vol. 41, nr 3, s. 239–246.
86. M. Sanders i inni, *Every Family: A Population Approach to Reducing Behavioral and Emotional Problems in Children Making the Transition to School*, *Journal of Primary Prevention* 2008, vol. 29, nr 3, s. 197–222.
87. Ibidem.
88. J.R. Lutzker, K.M. Bigelow, *Reducing Child Maltreatment: A Guidebook for Parent Services*, Nowy Jork: Guilford Press 2002.
89. R.F. Anda i inni, *The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood — A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology*, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006, vol. 256, nr 3, s. 174–186.
90. J.J. Heckman, *The Economics, Technology, and Neuroscience of Human Capability Formation*, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2007, vol. 104, nr 33, s. 13250–13255.
91. P. Luongo, *Outpatient Incentive Pilot*, odczyt dla: Maryland Alcohol and Drug Abuse Administration, Management Conference, 2007 ([maryland-adaa.org/ka/ka-3.cfm?content\\_item\\_id=1592](http://maryland-adaa.org/ka/ka-3.cfm?content_item_id=1592) [dostęp z grudnia 2008]).
92. B. Shulruf, C. O’Loughlin, H. Tolley, *Parenting Education and Support Policies and Their Consequences in Selected OECD Countries*, *Children and Youth Services Review* (w przygotowaniu) ([www.hm-treasury.gov.uk/d/parenting\\_fund\\_202.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/d/parenting_fund_202.pdf) [dostęp z grudnia 2008]).

## O AUTORZE

**RICHARD P. BARTH** jest dziekanem na Wydziale Pracy Socjalnej Uniwersytetu Maryland. Piastował też funkcję profesora Fundacji Hutto Patterson na Wydziale Pomocy Społecznej Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkley (1992–1998). Tytuły licencjata, magistra pracy socjalnej i doktora uzyskał na Uniwersytecie Brown i Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkley. Jest aktywnym badaczem, obecnie bierze udział w dwóch projektach finansowanych ze środków federalnych. Ich celem jest opracowanie standardowego krajowego formatu badań nad domami adopcyjnymi oraz zwiększenie częstości kierowania dzieci krzywdzonych i zaniedbywanych do ośrodków wczesnej interwencji.