

Krzywdzenie psychiczne – krzywda wyrządzana umysłowi: katalizowanie przemian w zakresie ochrony dziecka w kierunku proaktywnej profilaktyki pierwszorzędowej i promocji dobrostanu osobistego

Strategie ochrony dziecka, stosowane przede wszystkim w ramach wąsko rozumianej interwencji korekcyjnej, wydają się być niewystarczające w obliczu szerokiego spektrum form i poziomów przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej doświadczanej przez dzieci na całym świecie. Rosnące zaniepokojenie takim stanem rzeczy jest częścią bardziej uniwersalnego wzrostu zobowiązań oraz oczekiwań wobec państw i społeczeństw w kontekście odpowiedzialności za dzieci i wobec dzieci. W szczególności zjawisko to łączy się z wymogami określonymi w Konwencji o prawach dziecka ONZ. Niezbędna jest przebudowa systemu ochrony dziecka.

Podejście do ochrony dziecka oparte na prawach dziecka zyskuje ostatnimi czasy duże poparcie. Jest ono siłą napędową reform zmierzających do tego, aby ochrona dziecka uwzględniała przede wszystkim profilaktykę pierwotną zabezpieczającą i promującą prawa dziecka, jego bezpieczeństwo, dobrostan, zdrowie i rozwój. Konkretny wymiar tej wizji nadał niedawno Komitet Praw Dziecka ONZ, przyjmując dokument (Ogólny Komentarz nr 13) nakreślający sposoby realizacji na poziomie krajowym zobowiązań związanych z prawem dziecka do wolności od wszelkich form przemocy.

Autorzy niniejszej pracy wskazują, że zamierzoną transformację ochrony dziecka w znacznym stopniu ułatwiłoby wykorzystanie wiedzy psychologicznej (w szczególności dotyczącej krzywdzenia emocjonalnego), promowanie świadomego podejścia w duchu zdrowia publicznego oraz nadanie wysokiego priorytetu wyodrębnianiu źródeł przemocy i promowanie uniwersalnego zaangażowania w pełen rozwój unikalnego potencjału jednostki.

Olbrzymi zasięg problemu

Przemoc i krzywda dotyczą dzieci na całym świecie. W ostatnich latach fakt ten stał się przedmiotem wzmożonej uwagi społeczności międzynarodowej. Wyrazem tego zainteresowania może być na przykład uwzględnienie danych i opinii eks-

perckich dotyczących krzywdzenia dzieci i ochrony dziecka w rozpowszechnianym na całym świecie Raplocie Sekretarza Generalnego ONZ na temat przemocy wobec dzieci (Zgromadzenie Ogólne ONZ 2006). Dostrzeżę się w nim, że krzywda i przemoc fi-

zyczna, psychiczna czy seksualna zaburzają, zmniejszając, a w niektórych przypadkach nawet odbierają życie dziecku. Związane z tym obciążenia i obniżenie jakości życia jednostek, rodzin, społeczności lokalnych i całych społeczeństw są nie tylko istotne, ale też w dużej mierze odporne na interwencje w znanej nam dziś formie.

Choć wszystkie prawie grupy społeczne deklarują, że przemoc jest poważnym problemem i należy z nią walczyć, rzeczywiste zmiany zmierzające do wykorzenia przemoc, ograniczenia jej częstości i wpływu, następują rozczarująco powoli (Bennett, Hart, Svevo–Cianci 2009; United States Advisory Board on Child Abuse and Neglect 1990). Fakt, że interwencje podejmowane w ramach ochrony dziecka są — z pewnymi wyjątkami — nieskuteczne (choć opierają się na słusznych intencjach) wynika przede wszystkim z ich reaktywnego charakteru, zawężonych celów i ograniczonych ram czasowych. Zasoby i strategie wykorzystywane na ogół w tym kontekście ograniczają się zasadniczo do profilaktyki trzeciorzędowej, uruchamianej po wystąpieniu krzywdzenia, skupiającej się na wykazaniu krzywdzenia, zawężającej działa-

nia do konkretnej formy krzywdzenia i realizowanej stosunkowo krótko, przy minimalnym monitoringu (Lonne, Parton, Thomson, Harries 2009; Melton 2005; Melton, Thompson, Small 2002; Myers 2011).

W szerszym kontekście krzywdzenia dzieci (rozumianego w niniejszym tekście zarówno jako przemoc, jak i inne formy niewłaściwego traktowania) krzywdzenie psychiczne skupia relatywnie mało uwagi, uważa się je bowiem za zjawisko trudne do zdefiniowania, rozpoznania i udowodnienia. Nie ma też zgody co do rodzaju i skali szkodliwego wpływu na dziecko wywieranego przez krzywdę emocjonalną, w porównaniu z krzywdzeniem fizycznym czy seksualnym (Brassard, Germain, Hart 1987; Garbarino, Guttman, Seeley 1986; Glaser 2002; Hart, Brassard 1987; Hart i wsp. 2011; Office for the Study of the Psychological Rights of the Child 1983). Poniższy tekst rozważa możliwości rozwoju ochrony dziecka z uwzględnieniem trudności, wyzwań i dostępnych danych dotyczących krzywdzenia psychicznego, w szczególności w związku najnowszymi dowodami przemawiającymi za profilaktyką pierwszorzędową i podejściem opartym na prawach dziecka.

Rosnące poparcie dla zasadniczej reformy ochrony dziecka

Dostępne dane dowodzą, że w USA, Australii i Wielkiej Brytanii w ostatnim czasie (1993–2004) zmniejszyła się częstość krzywdzenia fizycznego i seksualnego (Finkelhor, Jones 2006). Pośród wielu możliwych czynników sprawczych zasługujących na dalsze badania na czoło wysuwają się kwestie ekonomiczne, większa liczba interwencji społecznych oraz dostępność farmakologicznego leczenia psychiatrycznego. Obserwacje te skłaniają do optymizmu, ale nie gwarantują, że zaobserwowany spadek zostanie podtrzymany. Statystyki krzywdzenia fizycznego i seksualnego pozostają na dość wysokim poziomie, a dane dotyczące zaniedbywania

i krzywdzenia emocjonalnego utrzymują się na stałym poziomie lub nawet rosną.

Stopniowo coraz bardziej oczywisty staje się fakt, że aby zrozumieć gęstwinę problemów związanych z krzywdzeniem dzieci konieczna jest szersza perspektywa. Brytyjski przegląd badań dotyczących ochrony dziecka przeprowadzony w połowie lat 90. zwracał uwagę na nadmierne skupienie na wykrywaniu krzywdzenia i zapewnianiu natychmiastowej pomocy ofiarom. W wyniku tych obserwacji pojawiły się postulaty wskazujące na konieczność bardziej systemowego podejścia do profilaktyki krzywdzenia, większego zaangażowania rodziny i szybszego wyod-

rębniania rodzin zagrożonych, szczególnie potrzebujących wczesnego wsparcia (HMSSO, Department of Health 1995). Seria artykułów opublikowanych w Los Angeles Times opisywała nieskuteczność służb ochrony dziecka w kontekście walki z czynnikami ryzyka u dzieci objętych systemem opieki (Therolf 2009). Z kolei wyniki badania opublikowanego niedawno w USA dowodzą, że dochodzenia w sprawach o krzywdzenie dziecka długo-falowo nie poprawiają funkcjonowania rodziny ani zachowania dziecka, wiążą się natomiast z większą częstością depresji wśród matek (Campbell, Cook, LaFleur, Keenan 2010). W opinii Bergmana (2010): „Obecny system ochrony dziecka to przeżytek”.

Ten pęd ku zmianie orientacji służb ochrony dziecka — od pewnego czasu pojawiający się stopniowo na wielu frontach (Bissell, Boyden, Myers, Cook 2008) — zyskał jeszcze ostatnio na sile dzięki wyzwaniu postawionemu grupie ekspertów uczestniczących w spotkaniu Międzynarodowego Konsorcjum na rzecz Ochrony Dziecka i Praw Dziecka przez Michaela Walda (Stanford University; autor Standardów Amerykańskiego Stowarzyszenia Prawników w sprawach o Krzywdzenie i Zaniedbywanie Dziecka). W toku spotkania Wald stwierdził, że nie ma mowy o rzeczywistym postępie, dopóki nie uświadomimy sobie, że prawdziwym celem czy „trofeum”, o które walczymy jest szeroko pojęty dobrostan dziecka, a nie zawężone pojęcie jego krótkofalowego bezpieczeństwa. To odważne stwierdzenie i jego implikacje powtarzano i dyskutowano w czasie licznych debat na całym świecie.

Nadzieja na tak potrzebną zmianę na lepsze wyraźna jest i w debacie naukowej, i w pewnych trendach widocznych już w dziedzinie ochrony dziecka. Przesłuchania dzieci składających zeznania w ramach procedury sądowej już teraz w większym stopniu uwzględniają prawa dziecka i potrzebę ochrony dziecka (Saywitz, Lyon, Goodman 2011; American Academy of Pediatrics 1999, <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;104/5/1145.pdf>); programy wizyt domowych edukujące świeżo upieczonych rodziców i rozwijające ich potencjał wykazują pewien niestały wprawdzie, ale pozytywny wpływ (badania mierzące do udoskonalenia takich programów są nadal w toku); wspierane są też inicjatywy związane z pieczą zastępczą w środowisku społeczności lokalnej i większym wsparciem dla rodziców (Daro 2011). Na gruncie europejskim w kontekście ochrony dziecka pojawia się „zorientowanie na dziecko” (Gilbert, Parton, Skivenes 2011). Zdaniem Finkelhora (prywatna rozmowa telefoniczna, 25 sierpnia 2010 r.) widać już niewielki postęp w dziedzinie profilaktyki pierwszorzędowej: podniosły się społeczne standardy normatywne, zwiększając tym samym oczekiwania dotyczące bezpieczeństwa i właściwego traktowania dzieci; „mobilizacja osób postronnych” podnosi prawdopodobieństwo, że osoby postronne zainterweniują w imieniu dziecka; wzrosła też świadomość samych dzieci dotycząca sytuacji, kiedy potrzebują ochrony i gdzie mogą ją znaleźć. Co więcej, Finkelhor (2011, s. vii) przewiduje, że: „Krajobraz systemu ochrony dziecka za kolejnych 30 lat będzie wyglądał zupełnie inaczej”, a zmiana ta na pierwszy plan wysunie opiekę zdrowotną i edukację.

Podejście do ochrony dziecka oparte na prawach dziecka i profilaktyce pierwotnej

Potrzeba nowego paradygmatu ochrony dziecka jest jasna. Pozostaje pytanie: na czym ten nowy paradygmat miałby się opie-

rać i co powinno być jego fundamentem? Historia ludzkości pokazuje, że dość często zdarzało się nam zbaczać z wyznaczonego

kursu i wstępować na nowe ścieżki, jałowe, a nierzadko nawet wiodące ku samozagładzie. Szybko jednak dostrzegaliśmy popełnione błędy i wyruszyliśmy na poszukiwanie pewniejszego kierunku. Takiej korekcie kursu sprzyjają nowe możliwości i szczególne wyzwania.

W dziedzinie ochrony dziecka taka nowa możliwość pojawiła się za sprawą kilku istotnych wydarzeń. W latach 2000 i 2001 Komitet Praw Dziecka (dalej cyt. jako „Komitet”) nadzorujący wdrożenie Konwencji o prawach dziecka ONZ (dalej cyt. jako „Konwencja”) w poszczególnych krajach świata zorganizował dwa specjalne spotkania poświęcone problemowi przemocy wobec dzieci. Wnioski z tych spotkań oraz obawy samego Komitetu skłoniły Sekretarza Generalnego do przeprowadzenia w latach 2002–2005 Badania na temat Przemocy Wobec Dzieci (Zgromadzenie Ogólne ONZ 2006), co ostatecznie zaowocowało realizowanym w latach 2009–2011 programem opracowania Komentarza Ogólnego do Artykułu 19 Konwencji. Komentarz Ogólny (KO) do artykułu czy innego elementu Konwencji to rodzaj wydawanego przez Komitet przewodnika dla Państw–Stron (państw, które oficjalnie i formalnie przyjęły Konwencję) i partnerów społecznych w poszczególnych krajach, który ma wspomagać sygnatariuszy w wypełnianiu przyjętych zobowiązań. Artykuł 19 określa kluczowe w ramach Konwencji standardy i oczekiwania związane z ochroną dziecka. KO do Artykułu 19 ułatwiłby ogólnością reorientację systemów ochrony dziecka, ukierunkowując równocześnie wszystkie związane z tym umocowania prawne (struktury), mechanizmy (procesy) i oczekiwania związane z wynikami po stronie dziecka (Bennett i wsp. 2009).

We wrześniu 2008 r. zadanie nakreślenia KO do Artykułu 19 Komitet zlecił Międzynarodowemu Instytutowi Praw Dziecka i Rozwoju Dziecka (IICRD) oraz Międzynarodowemu Stowarzyszeniu Profilaktyki Zaniedbywa-

nia i Krzywdzenia Dzieci (ISPCAN). W tym celu obydwie organizacje partnerskie wspólnie stworzyły Grupę Roboczą, Panel Ekspertów oraz Grupę Fokusową Komitetu. ISPCAN i IICRD współpracowały już wcześniej, opracowując dokument proponujący podejście do ochrony dziecka oparte na prawach dziecka (Cook, Hart, Madrid, Svevo 2008). Dodatkowe argumenty przemawiające za zmianami wynikającymi z wdrożenia podejścia opartego na prawach dziecka przedkładał ekspert reprezentujący różne dyscypliny (Bissell i wsp. 2008; Reading i wsp. 2009).

Komentarz Ogólny nr 13 do Artykułu 19: „Prawo dziecka do ochrony przed wszelkimi formami przemocy” został przyjęty przez Komitet Praw Dziecka ONZ 11 lutego 2011 r. (Komitet Praw Dziecka ONZ 2011; www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm). Komentarz Ogólny:

- wprowadza oparte na prawach dziecka podejście do ochrony dziecka i opieki nad dzieckiem;
- zachęca do zmiany paradygmatu, zmierzającej do interpretowania i stosowania artykułu 19 w duchu ogólnych postanowień Konwencji dotyczących zabezpieczenia prawa dziecka do życia, godności, dobrostanu, zdrowia i rozwoju, uczestnictwa i niedyskryminacji;
- dostrzega skalę zjawiska przemocy wobec dzieci w różnych środowiskach i stwierdza, że: „Żadna forma przemocy wobec dzieci nie jest uzasadniona; wszystkim formom przemocy wobec dzieci można zapobiegać” (KO13 pod pojęciem „przemocy” rozumie wszelkie formy niewłaściwego traktowania, w tym zaniedbywanie i krzywdzenie psychiczne);
- podkreśla, że w opinii Komitetu ochrona dziecka musi zaczynać się od proaktywnej profilaktyki oraz wprowadzenia jednoznaczego zakazu wszystkich form przemocy;
- akcentuje duże znaczenie pojęcia godności, zasady rządów prawa, idei upodmio-

towania i uczestnictwa dzieci oraz najlepszego interesu dziecka;

- zachęca do zapobiegania wszelkim postaciom przemocy w drodze profilaktyki pierwszorzędowej prowadzonej w ramach zdrowia publicznego, programów społecznych, edukacji i na innych polach; dostrzega wiodące znaczenie rodziny — w tym

także dalszych krewnych — w opiece nad dzieckiem i zapobieganiu przemocy;

- podkreśla konieczność unikania inicjatyw fragmentarycznych i zachęca do wdrażania w ich miejsce środków funkcjonujących w ramach szerokiego, skoordynowanego podejścia opartego na prawach dziecka (IICRD 2011).

Kluczowe miejsce wiedzy psychologicznej w kontekście dobrostanu i cierpienia

Nie ma wątpliwości co do tego, że wiedza z dziedziny psychologii może wiele wnieść do ochrony dziecka opartej na prawach dziecka i profilaktyce pierwszorzędowej. Na jej podstawie tworzone są założenia dotyczące pożądanej jakości życia i rozwoju, jest kluczowa z punktu widzenia charakterystyki natury ludzkiej, pozwala odnosić się do czynników sprawczych i konsekwencji przemocy i krzywdzenia. Tematy te poruszono poniżej.

W kontekście promocji dobrostanu jednostki Konwencja odnosi się do fizycznych, umysłowych (tzn. psychicznych), społecznych, duchowych i moralnych aspektów funkcjonowania człowieka (Zgromadzenie Ogólne ONZ 1989). Teoria i praktyka ochrony dziecka za narażone na uszczerbek uznają na ogół domenę fizyczną, psychiczną i seksualną (Finkelhor, Jones 2006; Glaser 2002; Helfer, Kempe, Krugman 1997; Kairys, Johnson, Komitet ds. Krzywdzenia i Zaniedbywania Dzieci 2002; Myers 2006; Rohner, Rohner 1980; Komitet Praw Dziecka ONZ 2011; Światowa Organizacja Zdrowia 2006). Domena psychiczna wydaje się być najbardziej złożona i kluczowa dla jakości życia oraz jego sensu. Doświadczenia społeczne, moralne i duchowe postrzega się generalnie jako elementy domeny psychicznej lub elementy blisko z nią związane. Seksualność człowieka, choć nadal nie w pełni poznana, zdaje się być szczególnie interak-

tywnym połączeniem wymiaru fizycznego i psychicznego. Obydwa te wymiary w warunkach pozytywnych przeżyć seksualnych korzystają z szerokiego spektrum przyjemnych doznań, w przypadku krzywdzenia natomiast obydwaj doświadczają szwanku, przy czym krzywda psychiczna wysuwa się na pierwszy plan.

Waga zdrowia i rozwoju fizycznego jest powszechnie dostrzegana i nie wzbudza wątpliwości. Kiedy jednak rozważane są fazy i etapy rozwojowe, potrzeby, możliwości i zmienność osobnicza, największy nacisk spoczywa na wymiarze psychicznym. Ten sposób myślenia znajdziemy w pracach Freuda, Junga, Bineta, Dewey'a, Thorndike'a, Catella, Eriksona, Masłowa, Kohlberga, Glaser i wielu innych, także filozofów i teologów (reprezentujących dziedziny, z których wyrosła psychologia). Podejście to kontynuowane jest w nowszych pracach dotyczących inteligencji emocjonalnej, społecznej, innych typów inteligencji oraz rozwoju neurologicznego (Anda i wsp. 2006; Cicchetti, Cohen 2006; Glaser 2000; Goleman 1995, 2006). Artykuł 29 Konwencji, mówiący o celach edukacji, jest tą częścią dokumentu, która precyzuje optymalne parametry rozwoju jednostki. Choć mówi się tu o wszechstronnym rozwoju możliwości fizycznych i umysłowych, prawie wszystkie omawiane obszary są w swej naturze psychologiczne lub psychospołeczne, np. szacunek dla praw człowieka i war-

tości podstawowych, tożsamość kulturowa, język i wartości, przygotowanie do odpowiedzialnego funkcjonowania w wolnym społeczeństwie żyjącym w duchu zrozumienia, pokoju i tolerancji (Zgromadzenie Ogólne ONZ 1989).

Badania zmierzające do wyodrębnienia cech doświadczenia ludzkiego warunkujących zadowolenie z życia i budowanie odpowiednich czynników ochronnych wskazują, że tu także przeważają elementy psychologiczne — w szczególności kompetencje, powiązania, niezależność i samoocena. Tworzenie powiązań nawiązuje do potrzeby więzi i przypomina nam, że jesteśmy istotami społecznymi, zgłębiającymi siebie, zyskującymi poczucie szczęścia i bezpieczeństwa w dużej mierze poprzez relacje społeczne — z punktu widzenia doświadczającej ich jednostki są one psychologiczne w swej naturze (Bernard 2004; Maslow 1970; Ryan, Deci 2000; Sheldon, Elliot, Kim, Kasser 2001). Także badania skupiające się na zdrowiu i dobrostanie fizycznym, analizując potencjalne czynniki przyczynowe, stawiają powyższe cechy psychiczne wyżej niż elementy czysto fizyczne, takie jak odżywianie czy sprawność fizyczna (Vaillant 2003). Jak zauważono wcześniej, w swoim dążeniu do wszechstronnego i zdrowego rozwoju Konwencja duże znaczenie przykładu do czynników psychologicznych.

Na wymiar psychiczny składają się komponenty kognitywne, afektywne i wolicjonalne; ich natura jest dynamiczna wewnętrznie, wchodzą też w zależności wzajemne i w zależności z komponentami fizycznymi. Zasadniczą cechą jednostki ludzkiej jest możliwość czy też zdolność do myślenia egzystencjalnego, dokonywania wyborów i realizowania funkcji wykonawczych, co pozostaje w silnym związku z wymienionymi trzema komponentami (Gibson 1988; Hart 1991, 2010; Kamii 1984). Te same trzy komponenty wiążą się też ze wszystkimi formami krzywdzenia. Cechy danej osoby, jej

potencjał i zachowanie, to wypadkowa oddziaływania genetyki, biologii i środowiska, ale umysł — sfera psychiczna — jest nawigatorem i kapitanem tego okrętu (Cicchetti, Cohen 2006; Valentino, Cicchetti, Toth, Rogosch 2006). Zdaniem niektórych, tylko sfera duchowa stoi ponad psychiczną pod względem implikacji dla obieranych przez człowieka celów, znaczeń i jakości życia.

Badania skupiające się na wyodrębnieniu warunków, które zaburzają i zniekształcają ludzkie życie wskazują w pierwszej kolejności na czynniki psychiczne (Clausen, Crittenden 1991; Garbarino 1999; Glaser 2002; Hart i wsp. 2011). Przeszłość — w szczególności wspomnienia — silnie wpływa na naszą teraźniejszość i przyszłość. Wspomnienie fizycznego zagrożenia czy fizycznego urazu jest w gruncie rzeczy psychiczne. Choć nie przeżywamy powtórnie bólu fizycznego, wspomnienie bolesnego doświadczenia nakłada się na całą gamę wspomnień dotyczących zagrożeń czy urazów psychicznych, przez co zwiększa się i wpływa na naszą teraźniejszość (np. PTSD, zob. Friedman, Keane, Resick 2010), o ile nie zostanie zrównoważone przez inne psychiczne wspomnienia, myśli i uczucia. Przemoc skierowana przeciwko innym prawie zawsze rodzi się na psychicznym gruncie zachłanności czy strachu, często występujących równocześnie i związanych z konkurowaniem o ograniczone ilościowo zasoby, pożądane obiekty/warunki; i/lub z próbą obronienia się przed utratą tożsamości czy szacunku albo przed upokorzeniem (Pinker 2002). Przemoc przeciwko sobie w swojej najbardziej ekstremalnej postaci — samobójstwa — postrzegana jest na ogół jako wyraz problemów/zaburzeń psychicznych (National Institute for Mental Health, <http://www.mentalhealth.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml#factors>) i w ten sposób rozumiana jest też w Komentarzu Ogólnym nr 13 (paragraf 52).

Krzywdzenie psychiczne – klucze w ciemności

Niepowodzenia związane z zapobieganiem i przeciwdziałaniem fizycznemu i seksualnemu krzywdzeniu dzieci można by porównać do starej opowieści o człowieku, który zgubił klucze i postanawia szukać ich na ziemi wokół latarni, zamiast w otaczających ciemnościach, gdzie je upuścił. Jesteśmy przekonani, że pełne zrozumienie i zapobieganie krzywdzeniu fizycznemu i seksualnemu nie będzie możliwe, o ile nie poświęcimy wystarczającej uwagi krzywdzeniu psychicznemu, które z punktu widzenia badaczy zajmujących się problematyką ochrony dziecka, decydentów i świadczeniodawców realizujących interwencje jest nadal problemem pozostawianym w ciemnościach (Glaser 2002; Hart, Germain, Brassard 1987; Hart i wsp. 2011).

W opinii badaczy i ekspertów krzywdzenie psychiczne to krzywdzenie i/lub zaniedbywanie psychiczne występujące w odosobnieniu, w powiązaniu z innymi formami krzywdzenia i zaniedbywania (równocześnie lub w istotnej zależności czasowej) lub jako nieodzowny element wszystkich innych form krzywdzenia i zaniedbywania (np. akt bycia uderzonym czy zaatakowanym seksualnie może nieść komunikat o niższym statusie, bezbronności i/lub zasłużonym cierpieniu). Krzywdzenie psychiczne opisuje się jako zdarzenie powtarzające się regularnie lub przyjmujące postać odosobnionych ekstremalnych incydentów. Może ono polegać na terroryzowaniu, odtrącaniu, izolowaniu, wykorzystywaniu/demoralizowaniu czy odmawianiu reakcji emocjonalnej; krzywdzeniem mogą też być okoliczności komunikujące dziecku, że jest bezwartościowe, niedoskonałe, niekochane czy zagrożone lub jego wartość sprowadza się do zaspokajania potrzeb innych (American Professional Society on Abuse of Children 1995; Komitet Praw Dziecka ONZ 2011). W ramach tego zjawiska znajdują się też interakcje nieodpowiednie

rozwojowo, w szczególności praktyki dyscyplinowania czy ekspozycja na przemoc domową (Glaser 2002).

Występując w odosobnieniu, krzywdzenie emocjonalne jest trudne do zidentyfikowania i pozostaje w silnym związku z wieloma negatywnymi wynikami po stronie dziecka. Badania wskazują, że zaniedbywanie emocjonalne (tzn. niedostępność emocjonalna opiekuna, odmawianie reakcji emocjonalnej) jest rozwojowo najbardziej destruktywną postacią krzywdzenia. Co więcej, najtrwalsze i najczęstsze skutki krzywdzenia fizycznego i seksualnego czy zaniedbywania są związane z towarzyszącymi im podtekstami psychicznymi czy doświadczeniami psychicznymi. Zrozumienie krzywdzenia emocjonalnego jest więc niezbędnym warunkiem zrozumienia innych form przemocy i krzywdzenia. Człowiek jest odkrywcą i twórcą znaczeń — a znaczenia należą do sfery psychiki (Glaser 2002; Hart 2010; Hart i wsp. 2011).

Sama natura krzywdzenia psychicznego decyduje o jego niszczycielskim potencjale i wpływie. Krzywdzenie emocjonalne stoi w opozycji do zaspokajania potrzeb człowieka — potrzeb, z których wywodzą się prawa dziecka (Pappas 1983). Terroryzowanie zagraża poczuciu bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Odtrącanie (aktywne, pełne wrogości umniejszanie wartości) czy demoralizowanie/wykorzystywanie niszczą poczucie integralności osobistej, kompetencji i samooceny. Izolowanie i odmawianie reakcji emocjonalnej (albo ignorowanie) utrudniają tworzenie powiązań społecznych i budowanie więzi. Rosnąca baza teoretyczna i wyniki licznych badań przemawiają za słusznością tej koncepcji, potwierdzając tym samym to, co wielu od dawna zakładało intuicyjnie (Hart i wsp. 2011). Definicja krzywdzenia psychicznego nie opiera się jednak na dowodach świadczących o faktycznym uszczerb-

ku spowodowanym u dziecka przez daną interakcję. Wystarczająca jest tu już przewlekła obecność wspomnianych sytuacji, ponieważ ich szkodliwe oddziaływanie może się dopiero ujawnić, nawet jeśli w danym momencie nie obserwujemy go u dziecka.

Krzywdzenie psychiczne jest wszechobecną częścią życia i zjawiskiem o wielu obliczach: począwszy od jednoznacznie okrutnych czy złośliwych postępów oczywistych w swym okrucieństwie dla każdego obserwatora, po subtelne cięcia zadane ostrzem słów, gestów lub mimiki, zrozumiałe tylko dla dwóch uczestniczących w tej wymianie stron. Większość z nas ma do czynienia z tym zjawiskiem (jako sprawca lub ofiara), na ogół w stosunkowo łagodnej jego postaci. Ocenia się, że krzywdzenie emocjonalne stanowi relatywnie istotny element życia około 30% z nas, 10–15% spotyka się z jego poważniejszymi i długotrwałymi odmianami (Bingeli, Hart, Brassard 2001).

W latach 70. na polu ochrony dziecka dostrzeżono, że krzywdzenie i zaniedbywanie emocjonalne wydają się być stosunkowo powszechne i ekstremalnie destruktywne. W owym czasie zjawisku temu nie poświęcano zbyt wiele uwagi, usprawiedliwiając ten stan rzeczy brakiem jednoznacznej definicji problemu, co nie pozwalało zająć się nim w sposób odpowiedzialny, tak jak miało to miejsce w odniesieniu do krzywdzenia fizycznego czy seksualnego (Hart i wsp. 2011; Office for the Study of Psychological Rights of the Child 1983). Brak definicji był po części przyczyną tego *status quo*, jednak nie był przyczyną najważniejszą ani jedyną. Operacyjne definicje krzywdzenia psychicznego opracowano na początku lat 90., zostały dość dobrze przyjęte przez ekspertów na całym świecie, lecz mimo to interwencje w tym zakresie realizowane przez podmioty państwowe czy społeczne prawie wcale się nie rozwinęły (American Professional Society on Abuse of Children 1995; Glaser, Prior 1997; Glaser 2002; Hart, Brassard 1986). W czym

więc tkwi problem? Łagodne, odosobnione incydenty, noszące znamiona pewnych form krzywdzenia psychicznego, w pewnym punkcie w czasie dotykają każdej prawie interakcji dziecko–opiekun. Bo prawie każdy jest sprawcą przynajmniej najłagodniejszych form tego, co można by lepiej określić „pozbawionym szacunku, niedoskonałym rodzicielstwem” albo „słabymi relacjami interpersonalnymi”. Trudno nakreślić granicę pomiędzy łagodnymi a poważniejszymi formami krzywdzenia; pojawia się więc obawa, że surowe i słabo skalibrowane mechanizmy ochrony dziecka mogą zostać błędnie wymierzone i spowodować wiele szkód. Choć i te najłagodniejsze formy krzywdzenia są niepożądane i naruszają prawa dziecka, należałoby wyraźniej podkreślić, że uszczerbek dla dziecka związany jest przede wszystkim z długotrwałą obecnością negatywnej interakcji. Poza kwestią przewlekłości oddziaływania, niewiele mamy rzetelnych badań dotyczących ciężkości krzywdzenia emocjonalnego. W przypadku krzywdzenia fizycznego czy seksualnego zasadniczym problemem jest zaprzeczanie zdarzeniu, wątpliwości dotyczące jego wystąpienia albo tożsamości sprawcy; krzywdzenie emocjonalne nie rzadko łatwiej zaobserwować. Trudność interwencji w takich przypadkach wynika na ogół z tego, że dla krzywdzenia emocjonalnego niełatwo wyodrębnić zależności przyczynowo–skutkowe, a określenie charakteru i skutków (czy potencjalnych skutków) krzywdzenia wykracza zazwyczaj poza kompetencje większości profesjonalistów zajmujących się ochroną dziecka, wymaga bowiem kosztowniejszej i trudniej dostępnej konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej. Tradycyjne strategie interwencji w sprawach związanych z ochroną dziecka obejmują identyfikację, okresowy monitoring, skupienie na pozyskaniu materialnych dowodów wskazujących na wystąpienie zdarzenia czy krzywdy, odseparowanie ofiary od sprawcy/sprawców, program kontrolo-

wania agresji dla sprawców oraz podstawowe szkolenia opiekuńcze. Metody te dowiodły już swojej nieskuteczności w przypadku innych form krzywdzenia, a wydaje się, że w przypadku krzywdzenia emocjonalnego prawdopodobieństwo ich działania jest jeszcze mniejsze (Bissell i wsp. 2008; Hart i wsp. 2011; Myers 2011).

W dziedzinie ochrony dziecka stoimy przed ogromnym dylematem. Choć krzywdzenie psychiczne zostało uznane za część szerszego spektrum krzywdzenia dziecka (i jest prawdopodobnie odpowiedzialne za większość najbardziej długotrwałych, niezagrożających bezpośrednio życiu dziecka negatywnych skutków rozwojowych po stro-

nie ofiary), tradycyjne paradygmaty i interwencje wykorzystywane w ramach ochrony dziecka nie są przystosowane do radzenia sobie z tym problemem. Weźmy choćby pod uwagę przemoc rówieśniczą (*bullying*) i towarzyszącą jej krzywdę emocjonalną — negatywne konsekwencje psychiczne tego zjawiska zdecydowanie wykraczają poza zasięg ochrony dziecka. Z drugiej strony, jeśli problem krzywdzenia psychicznego nie zostanie rozwiązany, jeśli poszukiwanie wspomnianych kluczy nie wykroczy poza ludzko jasne obszary krzywdzenia fizycznego i seksualnego, także w tych dwóch ostatnich dziedzinach nie będziemy potrafili działać skutecznie.

Przyszłe działania: zdrowie publiczne a profilaktyka krzywdzenia

W toku dyskusji zmierzających do nakreślenia Komentarza Ogólnego nr 13 jeden z członków Komitetu Praw Dziecka zasugerował, że kierunkiem przewodnim dla ochrony dziecka powinno się stać podejście oparte na zdrowiu publicznym. Coraz liczniejsza grupa ekspertów różnicuje krzywdzenie dziecka, jako krzywdę dotyczącą jednostki, i problem zdrowia publicznego, polegający na tym, że krzywdzenie pogwałca prawo dziecka do wolności od krzywdzenia i jego prawo do dobrostanu. Komentarz Ogólny nr 13 (Komentarz Ogólny do Artykułu 19) opowiada się za perspektywą zdrowia publicznego, jako bardziej odpowiednią z punktu widzenia ochrony praw dziecka (paragraf: 3g, 47c, 49 i 72).

Perspektywa zdrowia publicznego pozostaje w zgodzie z tak podkreślaną przez Konwencję ideą zabezpieczania „dobrostanu fizycznego, umysłowego, społecznego, duchowego i moralnego dziecka”. Pozwala realizować koncepcję ochrony dziecka opartej na prawach dziecka, wykorzystując definicję zdrowia według WHO, gdzie zdrowie to „stan pełnego dobrostanu fizycznego,

umysłowego i społecznego, a nie tylko nieobecność choroby czy niepełnosprawności” (WHO 1948). Oparta na tej terminologii perspektywa zdrowia publicznego zakładałaby dbałość o doraźne bezpieczeństwo dziecka, dostrzegając równocześnie nieadekwatność zawężonych interwencji reaktywnych i w naturalny sposób tworząc kontekst dla profilaktyki pierwszorzędowej. Wielu zgodziłoby się z Shattuckiem, twierdzącym, iż: „Przemoc domowa (PD) to problem zdrowia publicznego o daleko idących konsekwencjach społecznych. Lokalne jednostki zdrowia publicznego obsługują zazwyczaj populacje wysokiego ryzyka, co daje im unikalną możliwość rutynowego monitorowania obsługiwanej populacji pod kątem PD” (Shattuck 2002, s. 121).

Poniżej podsumowano najważniejsze cechy podejścia opartego na zdrowiu publicznym. Zostały one sparafrazowane na podstawie stanowisk ekspertów, organizacji i instytucji rządowych (Gillam, Yates, Badrinath 2007; Pencheon, Guest, Melzer, Gray 2001; Public Health Leadership Society 2002; zob. też http://en.wikipedia.org/wiki/Public_health).

Cele zdrowia publicznego:

1. Zapobieganie chorobom, przedłużanie życia, promowanie zdrowia.
2. Zapewnianie warunków pozwalających na zdrowe życie.
3. Powszechne udostępnianie podstawowych zasobów i środków wsparcia warunkujących zdrowie.
4. Dążenie do zdrowia społeczności.

Zasady rządzące zdrowiem publicznym:

5. Skupienie na podstawowych przyczynach chorób i uwarunkowaniach decydujących o zdrowiu.
6. Priorytetowe traktowanie czynników profilaktycznych, a nie czynników związanych z leczeniem.
7. Poprawa stanu zdrowia w sposób zrównoważony i sprawiedliwy.
8. Zapewnienie wszystkim populacjom dostępu do efektywnej kosztowo niezbędnej opieki i promocji zdrowia.
9. Poszanowanie praw jednostki w społeczności.
10. Działanie z poszanowaniem świadomego wyboru i z uwzględnieniem perspektyw wszystkich warstw społecznych.
11. Działanie na rzecz upodmiotowienia osób wykluczonych społecznie.
12. Działanie na rzecz rozwoju środowiska fizycznego i społecznego.
13. Ochrona poufności danych osobowych.
14. Budowa zaufania społecznego i skuteczności działań instytucjonalnych.
15. Zapewnienie odpowiedniego poziomu kompetencji podmiotów realizujących świadczenia.

Strategie wykorzystywane w ramach zdrowia publicznego:

16. Gromadzenie informacji, ich ocena i monitorowanie w celu określenia potrzeb, ewaluacji strategii i procedur oraz zapewnienia ich skuteczności.
17. Zapewnianie społeczności informacji pozwalających na podejmowanie decyzji.

18. Łączenie różnych strategii pozwalających uszanować różnicowanie społeczności.
19. Tworzenie i wdrażanie publicznych strategii działania pozwalających rozwiązywać zidentyfikowane problemy i realizować priorytetowe zadania.

Ochrona dziecka skonstruowana na bazie zasad rządzących zdrowiem publicznym i kierująca się podobnymi przesłankami promowałaby dobrostan dziecka, jego zdrowie i rozwój w wymiarze krótko- i długoterminowym. Ochrona dziecka stałaby się tym samym odpowiedzialnością całej społeczności, na pierwszy plan wysunęłoby się określenie przyczyn — źródeł przemocy i krzywdzenia — oraz wyodrębnienie, promowanie i kreowanie warunków sprzyjających zdrowiu w jego najszerszym i najpełniejszym znaczeniu. Przeorientowana w ten sposób ochrona dziecka mogłaby przeobrazić się w środowiskowy „rozwój dziecka”; systemy wsparcia zapewniałyby informację, edukację i pomoc rodzinom, szkołom i społecznościom, przy zachowaniu pełnego szacunku i partnerskiej współpracy z nimi; postęp w kierunku optymalnych warunków byłby najistotniejszym celem działań i podstawowym punktem końcowym poddawany ocenie.

Perspektywa zdrowia publicznego jest w pełni kompatybilna z nakreślonym wcześniej podejściem do ochrony dziecka opartym na prawach dziecka (Brandt, Gardner 2000). Włączenie praw dziecka do istniejących modeli i praktyk w zakresie zdrowia publicznego zasługuje na bardziej dogłębną analizę. Pomocne mogą tu okazać się pewne przykłady. Podejście do praw człowieka z perspektywy zdrowia publicznego, stosowane w ogólnym kontekście zdrowia i szczególnie w kontekście ochrony dziecka, zyskałoby na sile dzięki pełniejszemu uwzględnieniu pewnych zasad rządzących prawami dziecka. Istniejący nacisk na warunki środowiskowe i uwarunkowania związane z populacją ogólną — uzasadniony po części

wskaźnikami aktuarialnymi — zyskałby na dodatkowym zaangażowaniu w skuteczną promocję zdrowia jednostki. Pozostawałoby to w zgodzie z zasadniczą ideą Konwencji, nakazującą skupienie na dziecku, a nie dzieciach jako zbiorowości. Bujnie rozwijający się świat cyberprzestrzeni sprawia, że indywidualne analizowanie przypadku, formułowanie zaleceń, interwencja i monitorowanie postępów, a następnie agregowanie uzyskanych danych i rozkładanie ich na czynniki pierwsze w zależności od potrzeb, przestało być niemożliwe. Domena zdrowia publicznego i zdrowie w ujęciu WHO — promujące podejście najogólniej mówiąc holistyczne — skorzystałyby na szerszym uwzględnieniu wymiaru psychicznego i dodatkowym nawiązaniu do wymiaru duchowego i moralnego, które znalazły swoje miejsce w zapisach Konwencji. Pierwszym krokiem w tym kierunku mogłoby być wyodrębnienie wskaźników dobrostanu, zdrowia i rozwoju w każdej z tych dziedzin. Aby podkreślić poszanowanie dla poglądów poszczególnych interesariuszy i zachęcić do większego zaangażowania populacji ogólnej w sprawy zdrowia publicznego — jak nakazuje to ideologia zdrowia publicznego — warto w bardziej celowany sposób odwoływać się do dzieci i młodzieży oraz kłaść większy nacisk na rozwój osobistego potencjału osoby biorącej we własne ręce sprawy swojego zdrowia. Taka linia postępowania pozostawałaby w zgodzie z zawartą w Konwencji wizją upodmiotowienia i uczestnictwa dziecka (zob. w szczególności artykuły 12–17 i 29 oraz Komentarz Ogólny 12: „Prawo dziecka do bycia wysłuchanym”, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm>).

Odpowiednio położony nacisk na sferę psychiczną także sprzyjałby reorientacji na zdrowie publiczne. Dla przykładu: należałoby dołożyć wszelkich starań, aby proaktywnie wspierać pozytywne warunki, niepozostawiające miejsca na dobrze znane negatywne cechy sprawcy, będące prekurso-

rami krzywdzenia. Takie pożądane warunki, przede wszystkim okoliczności psychiczne, to np.: zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, umiejętności interpersonalne, społeczne sieci wsparcia, praktyczne umiejętności radzenia sobie czy stosowna wiedza o rozwoju dziecka i umiejętnościach rodzicielskich. Konieczne jest celowe wsparcie promujące tworzenie czynników ochronnych w kluczowych domenach — też w dużej mierze psychicznych — obejmujących zdaniem Garbarino (1999): umacniające czynniki psychiczne (silne przywiązanie, zdolność aktywnego reagowania, zdolności intelektualne, rzeczywista samoocena, konstruktywne strategie radzenia sobie); społeczne (np. dorośli w domu, szkole i społeczności lokalnej zaangażowani w zaspokajanie rozwojowych potrzeb dziecka) i duchowe (np. łączność z elementem stałym i transcendentnym, dającym sens, cel i orientację na przyszłość; zob. też Weaver, Flannelly, Flannelly, Koenig, Larson 1998; Wright, Frost, Wisecarver 1993).

Zastosowanie wiedzy o krzywdzeniu psychicznym może dodatkowo wspomóc reorientację ochrony dziecka w kierunku zdrowia publicznego. Niektóre formy krzywdzenia definiuje się na podstawie wpływu wywarłego na dziecko lub oznak uszczerbku, które można przypisać krzywdzeniu. W tej kategorii znajduje się krzywdzenie fizyczne i niektóre aspekty zaniedbywania fizycznego. Z kolei definicja krzywdzenia seksualnego opiera się na aktywności sprawcy, niezależnie od jej efektu obserwowanego po stronie dziecka. W opinii ekspertów krzywdzenie emocjonalne także należałoby definiować na bazie interakcji dziecko–opiekun, nie biorąc pod uwagę wpływu na dziecko (Development and Psychopathology 1991). Taka interpretacja pozostaje w zgodzie z podejściem do ochrony dziecka opartym na prawach dziecka i realizującym założenia zdrowia publicznego — podkreśla się tu i proaktywnie wspiera prawo dziecka do bycia wolnym od krzywdzenia, podczas gdy podejście konwencjonalne wkra-

cza w momencie, gdy dojdzie już do krzywdzenia i/lub widoczne są jego skutki. Zjawisko krzywdzenia emocjonalnego zdaje się być odporne na tradycyjne interwencje wdrażane w ramach ochrony dziecka. To jeszcze jeden argument przemawiający za koniecznością podjęcia proaktywnych działań mających na celu budowanie konstruktywnych i opartych na wrażliwości relacji międzyludzkich. Biorąc pod uwagę, że krzywdzenie psychiczne to zamach na podstawowe potrzeby i możliwości psychiczne ofiary (a zaspokojenie tych potrzeb decyduje o zdrowiu) i pamiętając, że potrzeby te w przypadku sprawców przemocy czy krzywdzenia są niezaspokojone lub zniekształcone, krzywdzenie emocjonalne powinno wysunąć się na pierwszy plan jako cel profilaktyki pierwszorzędowej i drugorzędowej. Analiza podstawowych uwarunkowań, decydujących o:

- a) właściwych relacjach międzyludzkich (np. stosunek pozytywnych do negatywnych zdarzeń związanych z komunikacją międzyludzką) (Gottman, Silver 1999) i
 - b) zdrowym rozwoju człowieka (np. badania dotyczące elementów wspierających rozwój zewnętrznych i wewnętrznych czynników ochronnych) (Scales, Leffert, Lerner 2004; Search Institute 2010)
- wskazuje, że w obydwu przypadkach krzywdzenie emocjonalne zdaje się być największym znanym zagrożeniem. Perspektywa zdrowia publicznego realizowana w duchu praw dziecka i wykorzystująca działania proaktywne to najlepsza dostępna strategia pozwalająca ograniczyć częstość krzywdzenia psychicznego, a tym samym skutecznie walczyć ze wszystkimi innymi formami przemocy i niewłaściwego traktowania.

Główne perspektywy ograniczania przemocy i krzywdzenia

Gromadzona stopniowo wiedza ekspercka, dotycząca rozwoju człowieka, ochrony dziecka i praw człowieka, zdecydowanie przemawia za zmianą paradygmatu w kierunku ochrony dziecka realizowanej w duchu zdrowia publicznego z uwzględnieniem praw dziecka. Komentarz Ogólny nr 13, uwzględniając odnośne zasoby wiedzy na ten temat, promuje realizację takiej właśnie wizji. W niniejszej pracy przytoczyliśmy liczne argumenty potwierdzające słuszność zmiany paradygmatu; mamy nadzieję, że udało nam się też naświetlić szczególną rolę, jaką krzywdzenie emocjonalne może odegrać w skutecznym wdrożeniu tej zmiany. W podsumowaniu pójdziemy o krok dalej i sformułujemy zalecenia dotyczące dwóch zagadnień o priorytetowym znaczeniu w kontekście realizacji tego celu. Przyjmiemy tu perspektywę dwóch podstawowych zasad.

Według zasady pierwszej, poszukiwanie pierwotnej przyczyny przemocy czy krzyw-

dzenia powinno być realizowane w sposób rzetelny i rygorystyczny. Nie zawsze tak było. Historycznie, w kontekście ochrony dziecka główny nacisk spoczywał na tym, kto, co, gdzie, jak, jak bardzo i jaki wpływ krzywdzenie wywarło na dziecko. Takie podejście jest zrozumiałe, tym niemniej nieproporcjonalnie mało uwagi poświęcano pytaniu „dlaczego” i przyczynom sytuacji. Przypomina się tu opowieść (niepokojąco bliska rzeczywistości) o człowieku, który zauważa tonące w rzece dziecko, walczące o życie i zmagające się z silnym prądem. Kiedy sięga do wody, aby dziecko uratować, zauważa kolejne w tej samej sytuacji, potem następne i następne. Zaczyna więc wołać przechodniów, wzywać ich do pomocy przy wyciąganiu dzieci z wody. Przechodnie rzucają się na pomoc, ale jeden z nich odmawia udziału w akcji ratunkowej, mówiąc: „Pójdę w górę rzeki, zobaczę kto wrzuca dzieci do rzeki i przeszkodzi mu”. Ta metafora ilustruje historię systemów

ochrony dziecka tradycyjnie skupiających większość wysiłków na ratowaniu dzieci – ofiar krzywdzenia, a w niewielkim stopniu zajmujących się próbą zażegnania zagrożenia u źródła. Trzeba tu jeszcze zaznaczyć, że osoba, która w metaforycznej opowieści odmówiła ratowania dzieci i poszła w górę rzeki powstrzymać sprawcę, i tak nie zachowała się optymalnie. Wiemy dziś bowiem, że jeśli powstrzymamy jednego sprawcę, jego miejsce zajmie kolejny. Musimy wyodrębnić czynniki sprawiające, że ludzie dopuszczają się pewnych czynów, a następnie takie czynniki eliminować, minimalizować, zmieniać i/lub równoważyć. Oznacza to konieczność skupienia większej uwagi i poszerzenia wiedzy dotyczącej natury ludzkiej, predyspozycji genetycznej, czynników psycho-neurologicznych, mechanizmów biochemicznych, różnic pomiędzy płciami oraz rozbieżności doświadczeń wewnętrznych i zewnętrznych. Prawdziwą okazją do takiego przesunięcia ku pierwotnym przyczynom są uzyskane niedawno empiryczne dowody wskazujące, że współwystępowanie określonych predyspozycji genetycznych dziecka z doświadczeniem krzywdzenia ze strony opiekuna może znacząco zwiększyć prawdopodobieństwo, że w przyszłości dziecko stanie się antyspołeczne i skłonne do przemocy (Caspi i wsp. 2002). Zdajemy sobie sprawę, że konieczne w tej materii badania — po części badania z dziedzin „podstawowych” — spotkają się z oporem środowiska. Będą wyzwaniem dla naszego zbiorowego i indywidualnego kanonu wartości i reguł etycznych — ze względu na obawy dotyczące tego, co mogą ujawnić, a co może pozostawać w sprzeczności z naszymi osobistymi przekonaniem czy racjami politycznymi (czyli oczekiwaniami), ale także ze względu na fakt, że poczynione obserwacje mogą zostać niewłaściwie wykorzystane w pogoni za sławą, pieniędzmi czy w toku przedwczesnej interwencji. Odpowiedzialne poszukiwanie odpowiedzi na pytanie „dlaczego” będzie z konieczności

wymagało uwzględnienia psychiki i ataków na nią (tzn. krzywdzenia psychicznego), odpowiednie zastosowanie zasad przyświecających prawom człowieka może być w tym kontekście bardzo pomocne.

Zasada druga odnosi się do konieczności zaangażowania w ochronę dziecka samego zainteresowanego czyli dziecka; z poszanowaniem dla jego rozwijających się możliwości, w szczególności jego potencjału psychicznego i integralności. Zaangażowanie to miałyby dotyczyć udziału dziecka w decyzjach dotyczących tego, jakie działania zostaną podjęte dla dziecka, z dzieckiem i przez dziecko w miarę stawania się przez młodego człowieka jedynym w swoim rodzaju dorosłym, produktem dokonanych wyborów — nie ma wątpliwości co do tego, że jest to jeden z najważniejszych celów życiowych. Nie są to nowe pomysły. Kierkegaard (2004, oryginał: 1849) twierdził, że niemożność bycia sobą prowadzi do rozpacz; inni filozofowie i psychologowie przyłączają się do tego przekonania, podkreślając, że stawanie się autentycznym i „prawdziwym” sobą jest nadrzędnym celem w życiu (Hart 2010; Sanford 1993; Shengold 1989). Wsparcie na ścieżce do wszechstronnego i zdrowego rozwoju, zamiast prowadzenia tą ścieżką, przypomina zapomniany nieco skarb, odkryty niegdyś na polu nauk medycznych, określane mianem „medycyny prospektywnej”, spychanej niestety na margines głównego nurtu medycyny. Koncepcja medycyny prospektywnej — stworzona przez Lewisa Robbinsa, pomysłodawcę „oceny ryzyka zdrowotnego” — zachęca do pełnego partnerstwa pomiędzy lekarzem a klientem. Świadczeniodawcy i systemy opieki zdrowotnej miałyby odgrywać rolę konsultujących detektywów, trenerów, edukatorów przedstawiających klientowi informację i prezentujących dostępne opcje. Klient, opierając się na własnym potencjale psychicznym, decyduje jakie kroki podjąć, aby uniknąć choroby i zrealizować swoje cele zdrowotne (Robbins, Hall 1970; Snyderman,

Williams 2003; Strohecker 2011). Naszym zdaniem, rozszerzona wersja takiego modelu „prospektywnego rozwoju człowieka” powinna znaleźć zastosowanie na wszystkich etapach życia dziecka, w odniesieniu do wszelkich trudności, wyzwań i możliwości — w tym także w odniesieniu do profilaktyki pierwszorzędowej, drugorzędowej i trzeciorzędowej. Zabezpieczenie i promowanie zdrowia i jakości życia, poszanowanie praw człowieka, jego potrzeb i możliwości realizowano by wówczas przy współdziałaniu dziecka, zachęcając je do stopniowego przejmowania wiodącej roli i do stosowania swoich naturalnych funkcji wykonawczych. Byłoby to podejście skupiające się nie tyle na problemie czy niedoborze, co raczej na zasobach wynikających z poszanowania praw człowieka (Cooperrider, Whitney 2005; Hammond 1998; Scales i wsp. 2004; Search Institute 2010). Choć zagrożenia czyhające ze strony negatywnych i niszczących okoliczności (na ogół pod postacią psychicznego krzywdzenia czy zaniedbywania) wymagałyby nadal uwagi, większość środków skupiałaby się na dokonywaniu wyborów wykorzystujących mocne strony i możliwości jednostki w celu promowania dobrostanu, zdrowia i rozwoju zgodnego z celami dziecka. Z punktu widzenia psychologii behawioralnej przestrzeń życiową w coraz większym stop-

niu wypełniałyby pozytywne, wspierające czynniki pozostawiające coraz mniej miejsca na przemoc i krzywdzenie. W połączeniu ze stopniowym uodparnianiem się dziecka i rozwijaniem jego potencjału, takie postępowanie ułatwia młodemu człowiekowi radzenie sobie z przeciwnościami. Opisany tu model prospektywnego rozwoju powinien zyskać duże intuicyjne poparcie zwolenników „oryginalnego stanowiska” Johna Rawlsa — działanie na rzecz wszystkich z perspektywy każdego (Rawls 1971). Wdrożenie tego modelu przez profesjonalistów pracujących z dziećmi i dla dzieci pomogłoby w pełni wykorzystać potencjał związany z transformacją systemu ochrony dziecka w kierunku podejścia opartego na zdrowiu publicznym i prawach dziecka. Może się okazać, że byłby to nawet czynnik decydujący.

Tłumaczenie: Anna Czajkowska-Błaziak

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł opublikowano w: *Child Abuse and Neglect*, vol. 35, tytuł oryginalny: *Psychological maltreatment – Maltreatment of the mind: A catalyst for advancing child protection toward proactive primary prevention and promotion of personal well-being*, Copyright Elsevier (2011).

Objective: *Child protection, as primarily applied toward narrow corrective intervention, has been judged to be inadequate in dealing with the wide variety of forms and levels of physical, psychological and sexual violence to which children are subjected throughout the world. Concern about this state of affairs has grown as a part of a global increase in commitments and expectations for nations and their societies to be accountable to and for children, particularly in association with the requirements of the UN Convention on the Rights of the Child. A reconstruction of child protection is needed.*

Method: *Recently, a child rights approach to child protection has been gathering support to drive a transformation of child protection toward primary prevention capable of securing and promoting the rights, safety, well-being, health and development of children. This vision has been given concrete form by the UN Committee on the Rights of the Child through its recently adopted guide (General Comment 13) to fulfilling national obligations to the right of the child to freedom from all forms of violence.*

Results/Conclusions: *Here, it is argued that the desired transformation of child protection can be greatly facilitated by appreciation and application of knowledge about the psychological domain, in particular, psy-*

chological maltreatment, by promotion of an enlightened public health approach, and by giving high priority to determining the origins of violence and to establishing widespread commitment to full development of the uniqueness of each person.

Literatura

- American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1999), *The child in court: A subject review*, Pediatrics, vol. 104(5), s. 1145–1148.
- Anda R., Felitti V.J., Bremner J.D., Walker J.D., Whitfield C., Perry B.D., Dube S.R., Giles W.H. (2006), *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, vol. 256, s. 174–186.
- American Professional Society on the Abuse of Children (1995), *Guidelines for the psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents*, Chicago: Author.
- Benard B. (2004), *Resiliency: what we have learned*, San Francisco: WestEd.
- Bennett S., Hart S.N., Svevo–Cianci K. (2009), *The need for a General Comment on Article 19 of the UN Convention on the Rights of the Child: toward enlightenment and progress for child protection*. Child Abuse & Neglect, vol. 33, s. 783–790.
- Bergman A.B. (2010), *Child protection has outlived its usefulness*, Archive of Pediatric Adolescent Medicine, vol. 164(10), s. 978–979.
- Binggeli N.J., Hart S.N., Brassard M.R. (2001), *Psychological maltreatment of children: the APSAC Study Guides 4*, Thousand Oaks: Sage.
- Bissell S., Boyden J., Myers W., Cook P. (2008), *Rethinking child protection from a rights perspective: some observations for discussion (A White Paper)*, Victoria, BC: International Institute for Child Rights and Development.
- Brandt A.M., Gardner M. (2000), *Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the Twentieth Century*, American Journal of Public Health, vol. 90, s. 707–715.
- Brassard M.R., Germain R., Hart S.N. (red.) (1987), *Psychological maltreatment of children and youth*, New York: Pergamon.
- Campbell K.A., Cook L.J., LaFleur B.J., Keenan H.T. (2010), *Household, family, and child risk factors after an investigation for suspected child maltreatment*, Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, vol. 164(10), s. 943–949.
- Caspi A., McClay J., Moffitt T.E., Mill J., Martin J., Craig I.W., Taylor A., Poulton R. (2002), *Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children*, Science, vol. 297(August (5582)), s. 851.
- Cicchetti D., Cohen D. (red.) (2006), *Developmental psychopathology: developmental neuroscience*, New York: Wiley.
- Claussen A.H., Crittenden P.M. (1991), *Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment*, Child Abuse & Neglect, vol. 15, s. 5–18.
- Committee on the Rights of the Child (2011), *General Comment 13: Article 19 — the right of the child to freedom from all forms of violence*, Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights.
- Cook P., Hart S.N., Madrid B., Svevo K. (2008), *A child rights approach to child protection*, British Columbia: The International Institute for Child Rights and Development.

- Cooperrider D.L., Whitney D. (2005), *Appreciative inquiry: A positive revolution in change*, San Francisco: Berrett-Köhler Publishers.
- Daro D. (2011), *Prevention of child abuse and neglect*, w: J.E.B. Myers (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (3 wyd., vol. 2, s. 17–38), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Development and Psychopathology (1991), *Special edition on psychological maltreatment*, vol. 3, Cambridge: Cambridge University Press.
- Finkelhor D. (2011), *Preface*, w: J.E.B. Myers (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. vii–ix.
- Finkelhor D., Jones L. (2006), *Why have child maltreatment and child victimization declined*, *Journal of Social Issues*, 62(4), 685–716.
- Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (red.), (2010), *Handbook of PTSD: science and practice*, NY: Guilford Press.
- Garbarino J. (1999), *Raising children in a socially toxic environment*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Garbarino J., Guttman E., Seeley J.W. (1986), *Psychologically battered child: strategies for identification, assessment, and interventio..* San Francisco: Jossey-Bass.
- Gibson E.J. (1988), *Exploratory behavior in the development of perceiving, acting, and the acquiring of knowledge*, *Annual Review of Psychology*, vol. 39, s. 1–41.
- Gilbert N., Parton N., Skivenes M. (2011), *Child protection systems: international trends and orientations*, Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gillam S., Yates J., Badrinath P. (2007), *Essential public health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Glaser D., Prior V. (1997), *Is the term child protection applicable to emotional abuse?*, *Child Abuse Review*, vol. 6(5), 315–329.
- Glaser D. (2000), *Child abuse and neglect and the brain — a review*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41(1), 97–116.
- Glaser D. (2002), *Emotional abuse and neglect: a conceptual framework*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 26, 697–714.
- Goleman D. (1995), *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*, New York: Bantam Books.
- Goleman D. (2006), *Social intelligence: the revolutionary new science of human relations*, New York: Bantam Books.
- Gottman J., Silver N. (1999), *The seven principles for making a marriage work*, NY: Three Rivers Press.
- Hammond S. (1998), *The thin book of appreciative inquiry*, Plano, TX: Thin Book Publishing.
- Hart S.N. (1991), *From property to person status: historical perspective on children's rights*, *American Psychologist*, vol. 46(1), s. 53–59.
- Hart S.N. (2010), *Be true to thyself*, w: S. Bennett, M. Pare (red.), *20th anniversary of the convention on the rights of the child* (3 wyd., s. 34–39), Ottawa: University of Ottawa.
- Hart S.N., Brassard M.R. (1986), *Developing and validating operationally defined measures of emotional maltreatment: a multimodal study of the relationship between caretaker behaviors and children characteristics across three developmental levels* (Grant No. DHHS90CA1216), Washington, DC: DHHS and NCCAN.
- Hart S.N., Brassard M.R. (1987), *A major mental health threat to children: psychological maltreatment*, *American Psychologist*, vol. 42, s. 160–165.
- Hart S.N., Germain R.B., Brassard M. (1987), *The challenge: to better understand and combat psychological maltreatment of children and youth*, w: M.R. Brassard, R. Germain, S.N. Hart (red.), *Psychological maltreatment of children and youth* (s. 3–24), New York: Pergamon.

- Hart S.N., Brassard M.R., Davidson H.A., Rivelis E., Diaz V., Binggeli N. (2011), *Psychological maltreatment*, w: J.E.B. Myers (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (s. 125–144), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Helfer M.E., Kempe R.S., Krugman R.D. (1997), *The battered child* (5 wyd.), Chicago: The Chicago University Press.
- HMSO Department of Health (1995), *Child protection: messages from research*, London.
- IICRD (International Institute for Child Rights and Development) (2011), *An unofficial summary of GC13*, Victoria, BC: Author (produced primarily by Marie Wernham),
- Kairys S.W., Johnson C.F., The Committee on Child Abuse and Neglect (2002), *The psychological maltreatment of children — Technical report* Chicago: American Academy of Pediatrics, (s. 4).
- Kamii C. (1984), *Autonomy: the aim of education envisioned by Piaget*, Phi Delta Kappan, February, s. 410–415.
- Kierkegaard S. (2004, original: 1849), *A sickness unto death: a Christian psychological exposition for edification and awakening by Anti-Climacus*, London: Penguin.
- Lonne B., Parton N., Thomson J., Harries M. (2009), *Reforming child protection*, London: Routledge.
- Maslow A. (1970), *Motivation and personality*, NY: Harper & Row.
- Melton G.B. (2005), *Mandated reporting: a policy without reason*, Child Abuse & Neglect, vol. 29, s. 9–18.
- Melton G.B., Thompson R.A., Small M.A. (red.), (2002), *Toward a child-centered, neighborhood-based child protection system*, Westport, CT: Praeger.
- Myers J.E.B. (2006), *Child protection in America: past, present, and future*, New York City: Oxford University Press.
- Myers J.E.B. (red.) (2011), *The APSAC handbook on child maltreatment*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- National Institute for Mental Health (NIMH) (2010), *Suicide in the U.S.: statistics and prevention*, WDC: Author, <http://www.mentalhealth.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml#factors>
- Office for the Study of the Psychological Rights of the Child (1983), *Proceedings of the international conference on psychological abuse of children*, Indianapolis: Author, School of Education, Indiana University.
- Pappas A.M. (1983), *Law and the status of the child*, NY: United Nations Institute for Training and Research and Columbia Human Rights Law Review.
- Pencheon D., Guest C., Melzer D., Gray J.A.M. (2001), *Oxford handbook of public health practice*, Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pinker S. (2002), *The blank slate: the modern denial of human nature*, NY: Penguin Putnam Inc.
- Public Health Leadership Society (2002), *Principles of the ethical practice of public health*, Author: <http://phls.org/home/>; <http://www.apha.org/NR/rdonlyres/1CED3CEA-287E-4185-9CBD-BD405FC60856/0/ethicsbrochure.pdf>.
- Rawls J. (1971), *A theory of justice*, Cambridge, MA: Belknap Press.
- Reading R., Bissell S., Goldhagen J., Harwin J., Masson J., Monihan S., Parton N., Santos Pais M., Thobum J., Webb E. (2009), *Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment*, Lancet, vol. 373, s. 332–342.
- Robbins L., Hall J. (1970), *How to practice prospective medicine*, Indianapolis: Methodist Hospital of Indiana.
- Rohner R.P., Rohner E.C. (1980), *Antecedents and consequences of parental rejection: a theory of emotional abuse*, Child Abuse & Neglect, vol. 4, s. 189–198.

- Ryan R.M., Deci E.L. (2000), *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, *American Psychologist*, vol. 55(1), s. 68–78.
- Sanford J.A. (1993), *C.G. Jung and the problem of evil: the strange trial of Mr. Hyde*, Boston: Sigo.
- Saywitz K.J., Lyon T.D., Goodman G.S. (2011), *Interviewing children*, w: J.E.B. Myers (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (3 wyd., vol. 1 i 2, s. 337–360), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scales P.C., Leffert N., Lerner R. (2004), *Developmental assets: a synthesis of the scientific research on adolescent development*, Minneapolis: Search Institute.
- Search Institute (2010), *Developmental assets*, Minneapolis: Author, www.search-institute.org/developmental-assets
- Shattuck S.R. (2002), *A domestic violence screening program in a public health department*, *Journal of Community Health Nursing*, vol. 19(3), s. 121–132.
- Sheldon K.M., Elliot A.J., Kim Y., Kasser T. (2001), *What's satisfying about satisfying events? Comparing ten candidate psychological needs*, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 80, s. 325–339.
- Shengold L. (1989), *Soul murder: the effects of childhood abuse and deprivation*, NY: Random House.
- Snyderman R., Williams R.S. (2003), *Prospective medicine: the next health care transformation*, *Academic Medicine*, vol. 11, s. 1079–1084.
- Strohecker J. (2011), *Wellness inventory: a brief history of wellness*, www.mywellnesstest.com/certResFile/BriefHistoryofWellness.pdf
- Therolf G. (2009), *Innocents betrayed: a Times investigation*, Los Angeles: Los Angeles Times.
- United Nations Committee on the Rights of the Child (2011, February), *General Comment 13: Article 19 — the right of the child to freedom from all forms of violence*, Geneva, Switzerland: Author, Office of the High Commissioner for Human Rights.
- United Nations (UN) General Assembly (1989), *Adoption of the United Nations Convention on the Rights of the Child*, NY: United Nations.
- United Nations (UN) General Assembly (2006), *Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children* (06-49105), NY: Author.
- United States Advisory Board for Child Abuse and Neglect (1990), *Child abuse and neglect: critical first steps in response to a national emergency*, Washington, DC: US Government Printing Office, www.eric.ed.gov/PDFS/ED392557.pdf
- Vaillant G. (2003), *Aging well*, NY: Little, Brown & Co.
- Valentino K., Cicchetti D., Toth S.L., Rogosch F.A. (2006), *Mother-child play and emerging social behaviors among infants from maltreating families*, *Developmental Psychology*, vol. 42, s. 474–485.
- Weaver A.J., Flannelly L.T., Flannelly K.J., Koenig H.G., Larson D.B. (1998), *An analysis of research on religious and spiritual variables in three major mental health nursing journals, 1991–1995*, *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 19(3), s. 263–276.
- World Health Organization (WHO) (1948), *Preamble, constitution of the World Health Organization*, Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (WHO) (2006), *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, Geneva: WHO.
- Wright L.S., Frost C.J., Wisecarver S.J. (1993), *Church attendance, meaningfulness of religion, and depressive symptomatology among adolescents*, *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 22(4), s. 559–568.

O AUTORACH

DR STUART N. HART tytuł licencjata w dziedzinie psychologii i pedagogiki uzyskał w 1960 r., studia magisterskie na polu psychologii edukacyjnej ukończył w 1964 r. na Uniwersytecie California State w Long Beach. W latach 60. pracował w szkołach stanów Kalifornia i Indiana jako nauczyciel, pedagog szkolny i specjalista w dziedzinie psychometrii. W 1972 roku uzyskał tytuł doktora na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Indiana State. Od roku 1980 sprawował funkcję Dyrektora Biura ds. Badań nad Psychologicznymi Prawami Dziecka działającego przy Indiana University–Purdue University w Indianapolis. W latach 80. jego wysiłki badawcze i publikacje skupiały się na sytuacji psychicznej dziecka krzywdzonego i ewentualnych korzyściach terapeutycznych wynikających z poradnictwa. W tym okresie podróżował też po całym kraju z wykładami na temat psychologii dziecięcej i jej zastosowania w środowisku szkolnym, w profilaktyce krzywdzenia i w interwencji kryzysowej. Na początku lat 90., zgłębiając problematykę krzywdzenia dzieci, opracował wszechstronną analizę praw dziecka w perspektywie historycznej, ilustrując tym samym postęp jaki dokonał się w tej dziedzinie w ostatnim czasie. Ponieważ — mimo postępu — krzywdzenie dzieci pozostaje problemem wszechobecnym na całym świecie, zaangażował się w realizowaną przez ONZ szeroko zakrojoną kampanię na rzecz sprecyzowania uniwersalnych praw dziecka. Pod koniec lat 90. kontynuował swoją pracę związaną z profilaktyką krzywdzenia dzieci na gruncie międzynarodowym, między innymi zgłębiając poglądy dzieci dotyczące edukacji i profilaktyki krzywdzenia oraz interwencji. Zajmował się też szczegółowymi badaniami dotyczącymi konsekwencji krzywdzenia dzieci w różnych okolicznościach i środowiskach. W tym czasie jednym z jego głównych zamierzeń było zorganizowanie światowej kampanii na rzecz ratyfikacji Konwencji o prawach dziecka ONZ. Podróżując po USA i po całym świecie, propagował tę ideę i zachęcał do jej poparcia liczne organizacje pozarządowe. Pracując na rzecz ratyfikacji poszukiwał odpowiedzialnego i rzetelnego naukowo sposobu monitorowania ustaleń zawartych w rezolucji ONZ.

DANYA GLASER — psychiatra wieku dziecięcego i młodzieńczego, praktykuje w londyńskim szpitalu dziecięcym Great Ormond Street Children's Hospital. Jako pediatra rozwojowy przez wiele lat stała na czele zintegrowanych służb ochrony dziecka zajmujących się identyfikacją problemu i terapią w przypadkach krzywdzenia emocjonalnego oraz opracowujących multidyscyplinarną ocenę wykorzystywaną w ramach postępowania na mocy ustawy Children Act.

Jako pedagog, badacz i autorka prac naukowych, prof. Glaser zajmowała się różnymi aspektami krzywdzenia dzieci, w tym krzywdzeniem seksualnym i emocjonalnym; symulowaniem lub wywoływaniem choroby oraz wpływem krzywdzenia na rozwijający się mózg dziecka. Wraz ze swoim zespołem badawczym prof. Glaser realizuje obecnie badania dzieci krzywdzonych, które uczestniczyły w postępowaniu sądowym oraz badanie skuteczności szkoleń w kontekście krzywdzenia emocjonalnego. Prof. Glaser do niedawna stała na czele organizacji ISPCAN, jest też profesorem wizytującym na University College London oraz w ośrodku Anna Freud Centre. Przewodniczy panelowi ds. adopcji.