

Oparte na dowodach metody postępowania w przypadkach krzywdzenia i zaniedbywania dzieci

Artykuł przedstawia tło i ramy konceptualne praktyki opartej na dowodach (ang. *evidence-based practice* — EBP), porównuje EBP z tradycyjnymi strategiami postępowania i ocenia miejsce działań opartych na dowodach w istniejącym systemie opieki nad dzieckiem i ochrony go przed krzywdzeniem. Przeglądowi zostają poddane propozycje dobrych praktyk oraz dane pochodzące z wielu obszarów dotyczących ochrony dziecka: profilaktyki, terapii i opieki zastępczej. W podsumowaniu autorzy omawiają wyzwania i ewentualne rozwiązania związane z wdrożeniem strategii EBP w ramach systemu opieki na dzieckiem i ochrony go przed krzywdzeniem.

1. Wprowadzenie

Zwolennicy praktyki bez podstaw naukowych są jak żeglarz, który wchodzi na statek bez steru ani busoli i nigdy nie ma pewności dokąd zmierza.
Leonardo da Vinci

Praktyka oparta na dowodach (ang. *evidence-based practice* — EBP) to stosunkowo nowe podejście do opieki zdrowotnej i usług socjalnych. EBP zrodziło się z przekonania, że wiele świadczeń ogólnodostępnej służby zdrowia i usług socjalnych opiera się raczej na przyjętych tradycjach klinicznych niż naukowej analizie osiągniętych efektów. Te tradycyjnie przyjęte sposoby postępowania nierzadko pozostają wręcz w sprzeczności z dostępnymi dowodami naukowymi. Celem EBP jest taka reforma świadczeń, aby w większym stopniu odpowiadały one najlepszym dostępnym dowodom klinicznym. EBP ma też za zadanie promowanie praktyk uznanych za bezpieczne i skuteczne. Niniejsza praca analizuje pokrótce podstawowe założenia EBP, argumen-

ty zwolenników i krytyków tej strategii myślenia. Autorzy artykułu opisują też mocne i słabe punkty poszczególnych rodzajów dowodów służących ocenie stosowanych praktyk. Przedmiotem rozważań jest też szerszy kontekst systemu ochrony dziecka przed krzywdzeniem oraz stopień, w jakim EBP jest w tej konkretnej dziedzinie relewantne. Dodatkowo praca zawiera krótki przegląd wybranych praktyk o najsilniejszych podstawach naukowych. W końcowej części opracowania autorzy analizują czynniki sprzyjające zastosowaniu EBP w ramach ochrony dziecka przed krzywdzeniem i opieki nad dzieckiem, prezentują elementy utrudniające takie wdrożenie i sugerują strategie ułatwiające rozpowszechnienie EBP i jego szersze wykorzystanie.

1.1. Praktyka oparta na dowodach (EBP)

EBP w ramach świadczeń na rzecz dzieci krzywdzonych należałoby naszym zdaniem zdefiniować jako wierne i rzetelne wdrażanie praktyk, których bezpieczeństwo i skuteczność zostały wykazane w toku randomizowanych badań kontrolowanych (RCT). W środowisku badawczym istnieje konsensus co do znaczenia sformułowania „dowiedzione bezpieczeństwo i skuteczność”. Mniej jest natomiast zgody co do kwestii wierności, rzetelności i innych czynników związanych z wdrożeniem. Duża część kontrowersji otaczających EBP dotyczy parametrów określających, co rozumiemy pod określeniem „rzetelne i wierne wdrożenie”. Konieczność dosłownego przestrzegania protokołów interwencji rodzi pytanie dotyczące tego, jak ściśle należy się trzymać rzeczonych protokołów i podręczników, i do jakiego stopnia kreatywność praktyka, idiosynkrazje jego stylu pracy i zindywidualizowane podejście do interwencji zachowują swoje miejsce w ramach EBP.

Grantodawcy i agencje rządowe coraz częściej podkreślają niezwykle istotną rolę EBP. Zwolennicy tego sposobu myślenia stają się coraz bardziej liczni w służbie zdrowia i systemie świadczeń socjalnych. Co za tym idzie — coraz większe jest ryzyko, że praktyki oparte na wiedzy staną się niczym więcej jak tylko wytartym sloganem, słabo zdefiniowanym, często przywoływanym, ale rzadko poprawnie rozumianym i praktykowanym. Gdyby przeciętnemu praktykowi zadać pytanie: „czy twoje działania opierają się na naukowych dowodach potwierdzających skuteczność realizowanych strategii?“, większość odpowiedziałaby zapewne entuzjastycznym „tak”. Eksperti analizujący świadczenia związane z krzywdzeniem i zaniedbywaniem dzieci dochodzą jednak do zupełnie innych wniosków (*Kauffman Best Practices Project 2004; Saunders, Berliner, Hanson 2004*) i wskazują, że większość usług

świadczonych w terenie na rzecz krzywdzonych dzieci i ich rodzin nie ma podstaw naukowych, brak też jednoznacznych dowodów potwierdzających ich skuteczność. Często zdarza się, że stosowane modele zyskują na popularności mimo dostępności silnych argumentów przemawiających za brakiem ich skuteczności, przynajmniej w formie w jakiej są one w danym momencie wdrażane (patrz na przykład badania analizujące popularne programy profilaktyczne dotyczące zachowania integralności rodziny czy programy wizyt domowych, np. Duggan i wsp. 2004; Littell 1997; Littell, Scheurman, Rzepnicki 1994). Wielu praktykujących w terenie specjalistów często nie słyszało nawet o lepiej udokumentowanych modelach interwencji, a co za tym idzie — nigdy ich nie stosowało. Aby lepiej zrozumieć tę przepaść pomiędzy rezultatami naukowej analizy efektów a rzeczywistą praktyką trzeba sobie uświadomić, w jaki sposób funkcjonuje system świadczenia usług socjalnych i usług związanych ze zdrowiem psychicznym. Z tej perspektywy EBP reprezentuje radykalną zmianę kulturową w stosunku do tradycyjnej praktyki.

Tak jak w przypadku innych ruchów kwestionujących utarte praktyki, działania zmierzające do wdrożenia EBP musiały napotkać pewien opór. Klinicyści, będący zwolennikami bardziej tradycyjnego podejścia, wydają się być przeciwni naukom ścisłym w ogóle, a w szczególności badaniom analizującym efekty interwencji. Twierdzą, że inherentną cechą praktyki jest jej subiektywizm i że zagadnienia praktyczne są zbyt złożone, aby oceniać je przy pomocy prymitywnych narzędzi klinicznych (patrz np. Clemens 2002). Dla zwolenników tego światopoglądu nauki ścisłe są w zasadzie bezużyteczne w kontekście interwencji psychospołecznych — jest to bowiem dziedzina zaliczana przez nich do humanistyki, a nie nauk przyrodniczych.

Inni praktycy (prawdopodobnie stanowiący w tym kontekście większość) wypowiadają się bardziej umiarkowanie, przedstawiając siebie jako świadomych użytkowników narzędzi naukowych praktykujących sztukę terapii czy interwencji socjalnej. Wielu tradycjonalistów przyswaja wiedzę naukową, analizuje ją i łączy z własnym doświadczeniem klinicznym; wykorzystują ją tym samym ideograficznie i kreatywnie, opracowując plany interwencji w konkretnym przypadku. Praktyki będące wynikiem takiego postępowania odzwierciedlają z jednej strony unikalne aspekty danego przypadku, a z drugiej — indywidualne cechy osobowe konkretnego praktyka. Praktyk jest w tej sytuacji ekspertem, którego działania opierają się na cechach osobowościowych, własnej ocenie sytuacji i unikalnym sposobie odczytywania dowodów naukowych. Ten sposób wykorzystania dorobku naukowego można by więc określić mianem „praktyki uwzględniającej dowody naukowe” (ang. *evidence-informed practice*)¹. Taka praktyka, przyjmująca do wiadomości istnienie dowodów naukowych czy sugerująca się nimi, to jednak nie to samo co prawdziwe EBP. Proces sugerujący się wiedzą jest znacznie bardziej subiektywny i w większym stopniu polega na osobistych przekonaniach, zmiennych modach, popularnych teoriach, opiniach charyzmatycznych liderów oraz kontekście politycznym czy społecznym. Tradycyjnie te właśnie czynniki — a nie analiza wyników — determinowały podejście do interwencji, także w dziedzinie krzywdzenia dzieci.

W przypadku praktyki sugerującej się dowodami naukowymi trudność polega po części na tym, że nie wiadomo, czego dana strategia nie opisuje — właściwie każdą interwencję można bowiem poprzeć jakimiś dowodami pośrednimi. Wykorzystanie dowo-

dów pośrednich może tym samym maskować fakt, że dany sposób postępowania wynika w większym stopniu z uwarunkowań politycznych, kulturowych czy gospodarczych niż ze skuteczności danej interwencji. Dla przykładu, w latach 80. powszechny był strach przed młodocianą przestępczością, w opinii publicznej dominowało też przekonanie, że „łagodny” system wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich nie radzi sobie z problemem i nie jest w stanie kontrolować młodocianych przestępców. Bezpośrednim rezultatem był wzrost liczebności i popularności opartych na zastraszaniu programów typu *boot camps* (obozy dyscyplinujące), takich jak „Scared Straight”, które mnożyły się w całym kraju i do dziś działają w niektórych stanach. Zwolennicy tego modelu interwencji przytaczali spójne i wiarygodne argumenty teoretyczne na poparcie swoich działań. Przywoływali pośrednie dane naukowe, które potwierdzały zasadnicze elementy ich strategii. Wielu uznanych praktyków i decydentów będących zwolennikami „twardego” podejścia do młodocianej przestępczości, intuicyjnie uznawało przytaczane argumenty za słuszne. Zwolennikami tej strategii było wielu cenionych ekspertów; programy tego rodzaju można bez trudu określić jako sugerujące się dowodami naukowymi, przynajmniej w opinii ich twórców. Jak się później okazało, w toku kontrolowanych badań analizujących efekty, obozy poprawcze nie wiązały się z bardziej korzystnymi rezultatami, a interwencję „Scared Straight” należałoby nawet uznać za szkodliwą — wyniki z nią związane były gorsze niż brak interwencji (Petrosino, Turpin-Petrosino, Finckenauer 2000).

W dziedzinie ochrony dziecka także nie brak programów i strategii będących wynikiem lobbingu politycznego, mody czy „sugerowania się wiedzą”. Przykładem mogą

¹ Termin ten może być różnie rozumiany. W niektórych kontekstach odnosi się do praktyki opartej na dowodach o niższej wartości, np. badaniach *quasi-eksperymentalnych* czy opisach przypadków zamiast badań randomizowanych.

być inicjatywy dotyczące zachowania integralności rodziny, inicjatywy profilaktyczne oparte na wizytach domowych, promocja adopcji, terapia młodocianych sprawców przestępstw seksualnych — w każdej z tych dziedzin wykorzystano jakiś rodzaj dowodów naukowych i wiarygodną teorię, często jednak brakowało dobrze kontrolowanej ewaluacji rzeczywiście uzyskiwanych rezultatów. W większości takich przypadków nie wiemy po prostu, czy dana interwencja osiągnęła zamierzony efekt czy też nie.

W kontekście praktyk „sugerujących się wiedzą” podstawowy problem polega na zbyt nisko zawieszony poprzeczce; wymagania są tak niskie, że nawet praktyki oddziałujące znikomo lub wręcz szkodliwie mogą zostać wdrożone, jeśli ich autorzy są wystarczająco przekonujący, a uzasadnienie odpowiada bieżącym nastrodom społecznym. Nie oznacza to oczywiście, że wszystkie praktyki „sugerujące się nauką” są nieskuteczne. Część z nich zapewne działa, inne nie dają żadnych rezultatów. Niestety perspektywa sugerująca się jedynie wiedzą naukową nie pozwala z całą pewnością rozdzielić obydwu grup. Nisko zawieszona poprzeczka strategii „sugerujących się nauką” oznacza też, że rozwój i ewolucja poszczególnych interwencji ogranicza się do działań chaotycznych; nie jest to jasno wytyczony program, krok po kroku zmierzający do ostatecznego celu, jakim jest poprawa uzyskiwanych efektów. Jeden z ojców psychologii empirycznej, Paul Mehl, zauważył wiele lat temu: „(...) smutnym faktem jest, że w miękkiej psychologii teorii pojawiają się i upadają, przychodzą i odchodzą, a decyduje o tym zwykła nuda czy brak zainteresowania, przez co całe to przedsięwzięcie cechuje niepokojący brak konsekwencji (...)” (Mehl 1978). Co za tym idzie, tradycyjna praktyka „sugerująca się wiedzą” pozwala nam jedynie zakładać, że przyszłe interwencje będą się różnić od dzisiejszych. Nie możemy natomiast oczekiwać, że będą od nich skuteczniejsze.

Z punktu widzenia EBP, społeczny konsensus i zmieniające się wartości mają swo-

je znaczenie. Ich rola polega jednak przede wszystkim na wyznaczaniu końcowych celów programu (np. zapobieganie surowemu rodzicielstwu), a nie wybieraniu metod służących osiągnięciu tychże celów (np. wizyty domowe). Określenie skutecznych metod pozwalających zrealizować cele wyznaczone przez społeczeństwo wymaga bowiem zastosowania systematycznej analizy naukowej. Dzięki wykorzystaniu EBP uporządkowany dobór środków i strategii pozwala mieć nadzieję na postęp i osiągnięcie zamierzonych celów. Można też w sposób uzasadniony oczekiwać, że osiągnane w przyszłości wyniki będą korzystniejsze niż te uzyskiwane dziś. Taki rzetelnie potwierdzony konsekwentny postęp to jeden z wyznaczników nauki eksperymentalnej.

Podsumowanie najważniejszych różnic pomiędzy EBP a tradycyjną praktyką kliniczną zawarto w tabeli 1.

Pamiętając o różnicach pomiędzy EBP a tradycyjną praktyką kliniczną, nie można też zapominać o wspólnych elementach łączących te dwie strategie. Zarówno EBP, jak i tradycyjne strategie postępowania, wykorzystują wspólne zasady dobrej praktyki i etyki profesjonalnej. Obydwa te podejścia doceniają wagę zasadniczych i nieswoistych elementów interwencji, takich jak budowa relacji klient–profesjonalista, posiadanie rozwiniętych umiejętności interpersonalnych czy poszanowanie godności klienta. Obydwie strategie uznają, że osobiste cechy terapeuty czy profesjonalisty prowadzącego interwencję są ważne. Skuteczność nie wynika z samego tylko protokołu czy modelu. Niektórzy profesjonalści częściej niż inni odnoszą sukces, znaczne są też rozbieżności dotyczące wyników po stronie klienta, w zależności od prowadzącego profesjonalisty — dotyczy to zarówno modeli tradycyjnych, jak i EBP. W przypadku EBP rozbieżności pomiędzy poszczególnymi profesjonalistami w tym zakresie zdają się być związane z tym, jak wiernie dany profesjonalista trzyma się określonych protokołów

EBP (Schoenwald, Shiedow, Letourneau 2004; *Washington State Institute for Public Policy* 2004). Wydaje się, że dla osiągnięcia zamierzonych rezultatów istotne są różne wymiary danego świadczenia: indywidualne cechy profesjonalisty, jego nieswoiste umiejętności, jakość samego modelu oraz wierność wdrożenia. Choć efekty można określać na wiele różnych sposobów i pewną rolę mogą tu odgrywać także czynniki spoza samego modelu interwencji, nie należy zapominać, że wybór modelu i wierność modelowi są istotne.

Na koniec trzeba też przypomnieć, że EBP poddawano w wątpliwość na gruncie etycznym. Krytyka dotyczy zasadniczo dwóch głównych punktów. Po pierwsze, EBP można by postrzegać jako książkę kucharską, nieelastyczny przepis pozbawiający pola do manewru. Według zwolenników tego przekonania EBP wymaga niewolniczego trzymania się podręcznikowych instrukcji, co ostatecznie może obniżać jakość świadczenia, jeśli potrzeby klienta nie są podręcznikowe.

Tabela 1. Porównanie praktyki opartej na dowodach z praktyką tradycyjną.

	Tradycyjna praktyka kliniczna	Praktyka oparta na dowodach (EBP)
Źródło wiedzy	Zasoby subiektywnego doświadczenia z poszczególnych przypadków. Podkreślanie opinii o wynikach praktycznych. „Z mojego doświadczenia wynika...”	Właściwie zaprojektowane badania randomizowane i inne kliniczne badania kontrolowane. Podkreślanie faktów dotyczących wyników praktycznych. „Dane wskazują, że...”
Lokalizacja wiedzy i dostęp do niej	Hierarchizacja. Wiedzę posiadają opiniodawczy liderzy i guru. Opieranie się na charyzmatycznych ekspertach.	Demokratyzacja. Wiedza dostępna dla każdego, kto chce się zapoznać z opublikowanymi badaniami naukowymi bądź przeglądami badawczymi. Opieranie się na technologii informacyjnej.
Metoda wypracowywania postępu	Chaotyczna, przypadkowa, oparta na zmieniających się wartościach, trendach, modach i liderach.	Systematyczna, przewidywalna, oparta na cząstkowych i całościowych programach badań analizujących efekty.
Umiejętności profesjonalisty	Quasi-mistyczne cechy osobowe i intuicja.	Konkretne, wyuczalne umiejętności i zachowania.
Postrzeganie praktyki	Sztuka. Kreatywny proces artystyczny o zatartych granicach.	Rzemiosło. Kreatywność zamknięta w ramach ściśle określonych modelami i protokołami.
Zależność badania–praktyka	Pośrednia.	Bezpośrednia. Integralny i fundamentalny element praktyki.
Sposób wykorzystania prac badawczych w praktyce	Subiektywna synteza źródeł literaturowych.	Grupy robocze do spraw dobrej praktyki bądź zespołowe podsumowania oparte na wyczerpujących przeglądach prac badawczych i metaanalizach.
Ewaluacja programów	Wartości wejściowe (zawodowa renowa wdrażających profesjonalistów) i wyjściowe (liczba obsłużonych klientów, liczba zrealizowanych jednostek świadczeniowych).	Wyniki (mieralne „zasadnicze” korzyści po stronie klienta).
Lokalizacja prac badawczych	Głównie środowisko laboratoryjne, odseparowane od rzeczywistej praktyki.	Klienci uczestniczący w programach terenowych rutynowo włączani do badań oceniających korzyści i udoskonalających świadczenia.

	Tradycyjna praktyka kliniczna	Praktyka oparta na dowodach (EBP)
Kontrola jakości	Skupienie na właściwej konceptualizacji i uzasadnieniu świadczeń oraz kwalifikacjach świadczeniodawców.	Porównanie rzeczywistej realizacji świadczenia z założeniami protokołu.
Widoczność praktyki	Praktyka rzadko podlega obserwacji kogokolwiek poza profesjonalistą i klientem.	Bezpośrednia obserwacja innych profesjonalistów i konsultantów. Często są konkretne informacje zwrotne.
Założenia dotyczące wyników	Wiara. Programy świadczeń są na ogół postrzegane jako właściwe i z założenia korzystne.	Sceptycyzm. Świadomość, że interwencja może się okazać bezskuteczna bądź nawet szkodliwa. Korzyści należy wykazać empirycznie, a nie zakładać.

Taki krytycyzm wynika z faktu, że EBP próbuje wprowadzić do terenowej praktyki pewne elementy konsekwencji właściwe laboratoryjnym badaniom oceniającym efekty. Niektórzy twierdzą, że zasady EBP nie pozwalają w pełni dopasować interwencji do indywidualnych potrzeb klienta, co może być etycznie wątpliwe. Wielu krytyków EBP przekonuje do świadczeń o bardziej swobodnej formie — jest to innymi słowy obrona tego, co określiliśmy wcześniej mianem postępowania „sugerującego się dowodami”.

Do pewnego stopnia ten rodzaj krytyki jest swego rodzaju karykaturą, przedstawia bowiem odkształcony wizerunek kontrolowanych badań naukowych. Trudność może tu po części wynikać z tego, że praktycy–tradycjoniści i naukowcy–klinicyści poruszają się w dwóch odrębnych światach. Zwolennicy tradycyjnej praktyki nierzadko mają bardzo ograniczone doświadczenie jeśli chodzi o próby kliniczne. Profesjonaliści, którzy mieli okazję realizować świadczenia w środowisku kontrolowanych badań klinicznych (w szczególności na polu krzywdzenia i zaniedbywania dzieci) odrzucają tego rodzaju krytykę. Nie postrzegają bowiem siebie jako automatów niewolniczo trzymających się instrukcji, poświęcających etykę i wartości humanistyczne na

rzecz wierności modelowi. W rzeczywistości żaden podręcznik czy protokół nie może być realizowany tak gładko i regularnie jak mogłoby się to wydawać w powierzchownej obserwacji czy publikacji naukowej. Na podstawowym poziomie badania kliniczne to działania bardzo bliskie człowiekowi, rzadko udaje się je realizować bez powikłań, niespodzianek i trudności. Aby w sposób kompetentny realizować strategię EBP i adaptować je do indywidualnych przypadków niezbędna jest doskonała znajomość protokołu interwencji, modelu teoretycznego leżącego u jej podstaw i ogólnej dobrej praktyki klinicznej. Odnosi się to także do ścisłych ram badania klinicznego podkreślającego znaczenie wierności protokołowi.

Po drugie, stwierdzeniu, że wyniki uzyskiwane w drodze EBP są gorsze niż te towarzyszące indywidualizowanym świadczeniom zaprzeczają wyniki badań naukowych. Wiele projektów badawczych porównywało silnie ustrukturalizowane programy EBP z mniej uporządkowanymi, za to bardziej zindywidualizowanymi „konwencjonalnymi praktykami”². Uzyskiwane wyniki na ogół przemawiają za bardziej uporządkowanymi, precyzyjnie zdefiniowanymi modelami świadczeń EBP, a nie standardowymi praktykami (Weiss, Weisz 1995; Weisz i wsp. 1995).

² „Konwencjonalne praktyki” trudno zdefiniować, w różnych badaniach oznaczają bowiem co innego. Zdarza się, że mianem tym określa się „brak świadczenia” w większości przypadków. W niektórych sytuacjach jednak termin ten obejmuje szeroką gamę zróżnicowanych świadczeń, niejednorodnych i opartych na idiosynkrazjach, a więc dokładnie to, co promują zwolennicy zindywidualizowanych usług sugerujących się wiedzą naukową.

1.2. Jakie dowody się liczą?

Mówiąc o EBP trzeba przede wszystkim zdefiniować, co rozumiemy pod pojęciem „dowodu”. Nie wszystkie dowody są sobie równe, przynajmniej w kontekście określania efektywności interwencji. Pewne typy dowodów — choć istotne w wymiarze praktycznym — mogą być bezużyteczne dla ustalania efektywności. Na przykład: wyrażane przez klienta opinie czy poziom jego zadowolenia są niedoskonałymi wskaźnikami efektywności, choć mogą odgrywać znaczną rolę dla zrozumienia, w jaki sposób klient podejmuje decyzje związane ze świadczeniem i mogą być cennym źródłem informacji na temat właściwej realizacji świadczenia. Nawet jednak interwencje o potwierdzonej szkodliwości mogą generować pozytywne opinie klientów i wiązać się z ich satysfakcją; ten typ danych nie pozwala więc odróżnić działań skutecznych od nieskutecznych.

EBP przywiązuje niewielką wartość do doświadczenia klinicznego, na przykład postrzegania przez profesjonalistę poprawy u klientów poddawanych określonej interwencji. Od dziesięcioleci znane są ograniczenia związane z dowodami porównującymi sytuację przed i po w pojedynczych przypadkach lub pojedynczych grupach. Ten rodzaj dowodów najlepiej opisano w klasycznym tekście Campbella i Stanley’a (1966). Niedociągnięciem doświadczenia klinicznego, jak i danych typu przed-po jest brak równoważnego porównania. Pod nieobecność komparatora, spontaniczna poprawa może zostać pomyłona z korzyścią z interwencji, z kolei zapobieganie pogorszeniu może zostać mylnie oceniona jako porażka interwencji. Innymi słowy: brak możliwości porównania sprawia, że zaobserwowana poprawa bądź pogorszenie stanu klienta w toku interwencji nie świadczą o efektach postępowania. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć jak klient radziłby sobie gdyby został objęty alternatywną, konkurencyjną in-

terwencją lub nie został poddany żadnej. Nie jesteśmy więc w stanie określić efektywności względnej. Z kolei doświadczenie kliniczne i inne tego rodzaju dane mogą z łatwością podlegać zafalszowaniu w formie tzw. efektu oczekiwania. Wchodzą tu też w grę bardzo subiektywne osądy.

Ewaluacje wykorzystujące porównanie bez randomizacji mogą się wiązać z problemami w zakresie grupy porównawczej. Choć zdarza się, że nierandomizowane porównania wykorzystujące procedury korygowania statystycznego odtwarzają wyniki badań randomizowanych, nie zawsze taka sytuacja ma miejsce. Trudno więc określić, kiedy nierandomizowane i korygowane statystyczne porównania są w swoich obserwacjach równoważne z badaniami randomizowanymi, a kiedy nie są (Glazerman, Levy, Myers 2002; Ioannidis i wsp. 2001). Ostatecznie, uzyskanie wiarygodnych danych dotyczących korzyści z interwencji wymaga zastosowania właściwie zaprojektowanego i kontrolowanego badania randomizowanego. Na ogół wczesne testy prowadzi się w środowisku kontrolowanym lub w tzw. okolicznościach idealnych, co często — choć nieco mylnie — określa się mianem „prób laboratoryjnych”. Testy takie wykazują **skuteczność**, czyli zdolność interwencji do generowania efektów w idealnych okolicznościach. Ponieważ interwencje z zakresu interwencji i ochrony dzieci przed krzywdzeniem i zaniedbywaniem to obszar o niewielkiej dojrzałości naukowej, dysponujemy niewielką, ale zauważalną liczbą modeli, które w tego typu badaniach okazały się skuteczne. Innym typem badania jest próba zwana „analizą efektywności”. Badania efektywności odbywają się z reguły w rzeczywistych warunkach terenowych. Okoliczności są tu nieco mniej kontrolowane. Mają one odpowiedzieć na pytanie, czy dany model zadziała w terenowej praktyce na większą skalę. Ocena efektywności powinna

być kolejnym krokiem po badaniu skuteczności, etapem pośrednim pomiędzy wstępną oceną skuteczności a wdrożeniem na szerszą skalę. Niestety w praktyce ten ważny krok jest często pomijany. Naszym zdaniem w badaniach nad zjawiskiem krzywdzenia dzieci, mimo ograniczonej liczby badań kontrolowanych, „rzetelne ekologicznie” terenowe oceny efektywności prowadzone są w miarę właściwie. W takim praktycznym kontekście testuje się obecnie wiele modeli EBP dotyczących krzywdzenia i zaniedbywania dzieci (w tym Terapia Interakcji Rodzic-Dziecko [PCIT], terapia wielosystemowa, program Family Connections czy SafeCare).

Akceptowalność dowodów świadczących o korzyściach zależy też od tego, jaki rodzaj wyników podlega pomiarowi. Korzyści powinny obejmować namacalne wyniki „podstawowe”, które bezpośrednio odzwierciedlają ostateczne cele programu. Na przykład: program, którego celem jest pomoc dzieciom strauumatyzowanym powinien aktywnie redukować objawy traumy. Program stworzony z myślą o profilaktyce fizycznego krzywdzenia dzieci powinien mierzyć wyniki związane z zachowaniami rodziców, takie jak przysze doniesienia o krzywdzeniu, przykłady surowego rodzicielstwa lub agresji w relacji rodzic-dziecko. Dowody opierające się na wynikach tzw. miękkich — testy psychologiczne oceniające składowe przyszłych korzyści — są mniej przekonujące. I tak na przykład w ramach programu przeciwdziałającego zaniedbywaniu dzieci można mierzyć fluktuacje zmiennej uznawanej za kluczową z punktu widzenia poziomu stresu rodzicielskiego. Choć ograniczenie stresu rodzicielskiego jest prawdopodobnie dobrym miernikiem wyników, nie można z całą pewnością konkludować, że program w sposób skuteczny zmniejszył częstość zaniedbywa-

nia dzieci. W kontekście oceny efektów należy brać pod uwagę szerokie spektrum złożonych problemów, takich jak różnice pomiędzy odpowiedzią poszczególnych podgrup, wpływ różnych dawek interwencji, wpływ redukcji zakresu interwencji oraz wpływ nakładających się na siebie licznych świadczeń. Są to jednak skomplikowane kwestie metodologiczne i analityczne, które wykraczają poza zakres niniejszej pracy.

Standardy EBP — co warto podkreślić — nie zakładają, że tylko praktyki spełniające najwyższe możliwe kryteria naukowe powinny zostać wdrożone. Nie sugerują też, że wdrożenie jakiegokolwiek praktyki wymaga zgromadzenia szerokiej dokumentacji naukowej dotyczącej wszystkich potencjalnych wyników czy wszystkich potencjalnych populacji. W zakresie krzywdzenia dzieci tylko nieliczne modele interwencji spełniają wysokie standardy pozwalające określić dany model jako „dobrze udokumentowany”³. Zasady EBP oznaczają po prostu, że wdrożone powinny zostać najlepsze dostępne praktyki. Dobrze udokumentowane czy zwalidowane empirycznie interwencje mogą być tożsame z EBP. Jeśli jednak w danej dziedzinie brak takich w pełni przeanalizowanych strategii działania, wybór profesjonalisty ogranicza się do dostępnych modeli o zróżnicowanym poziomie uzasadnienia naukowego. Dostępny może być na przykład jeden model oceniany w toku pojedynczego właściwie przeprowadzonego laboratoryjnego badania randomizowanego, kilku *quasi*-eksperymentalnych badań terenowych czy licznych analiz pojedynczych przypadków, z rozbudowaną literaturą kliniczną. Model ten można by porównywać z konkurującymi strategiami, pozbawionymi podbudowy badań randomizowanych. W takiej sytuacji pierwszy wspomniany model nie spełnia wprawdzie wszystkich kryteriów em-

³ Określenie „dobrze udokumentowany” może zakładać obecność licznych randomizowanych prób wykonanych przez niezależnych ekspertów. Omówienie typów i ilości dowodów związanych z poszczególnymi poziomami uzasadnienia naukowego — patrz Chambless, Ollendick 2001.

pirycznej walidacji, ale w porównaniu z innymi dostępnymi opcjami jest zdecydowanie

najlepiej uzasadnioną interwencją, zgodną tym samym z podejściem EBP.

1.3. EBP w kontekście świadczeń związanych z pomocą dzieciom krzywdzonym

Naszym zdaniem EBP szczególnie dobrze sprawdza się w kontekście systemów świadczeń, takich jak system ochrony dziecka czy wymiar sprawiedliwości dla nieletnich. Po pierwsze, zarzuty dotyczące zawężonej perspektywy EBP tracą na znaczeniu w kontekście systemu ochrony dziecka. Dla przykładu: niektórzy psychoterapeuci krytykują EBP za umniejszanie znaczenia terapii, jako działania zmierzającego do eksploracji siebie, introspekcji, nadawania znaczenia rzeczywistości oraz za nadmierne podkreślanie zmian konkretnych, behawioralnych, symptomatycznych. Jednak to właśnie te jawne zmiany behawioralne (np. zaprzestanie fizycznego krzywdzenia, poprawa sytuacji domowej, zmniejszenie natężenia objawów po stronie dziecka) są podstawowym przedmiotem zainteresowania systemu ochrony dziecka. Jako kontraktujące świadczenia, osoby decyzyjne w systemach tego rodzaju są przede wszystkim zainteresowane usługami ukierunkowanymi na efekty po stronie dobrostanu dziecka. Efekty takie to na przykład mniej zgłoszeń o krzywdzeniu, wyższy poziom bezpieczeństwa dziecka, stabilność opieki czy utrzymanie integralności rodziny. Systemy ochrony dziecka mają służyć interesom społecznym i pochłaniają środki publiczne, a więc jakość świadczonych lub kontraktowanych usług raportowana jest do władz stanowych i federalnych. Zapewnianie świadczeń ewidentnie skutecznych, osiągających obiektywnie mierzalne cele pozostaje w zgodzie zarówno z misją systemu ochrony dziecka, jak i z wymogami odpowiedzialności finansowej.

Stanowe systemy ochrony dziecka to w dzisiejszych czasach więcej niż tylko służby badające doniesienia o krzywdzeniu, po-

twierdzające je lub wykluczające, umieszczające dziecko w opiece instytucjonalnej. Coraz częściej są to służby kontraktujące różnorodne świadczenia lub same je zapewniające. Zakres tych świadczeń obejmuje utrzymanie lub przywrócenie integralności rodziny, usługi na rzecz dzieci w opiece zastępczej, interwencje związane z rodzicielstwem i kompleksowe, wielopoziomowe programy dla rodziny. Takiemu przewartościowaniu sprzyjają inicjatywy federalne — w tym projekt Utrzymanie Bezpiecznej i Stabilnej Rodziny (ang. *Preserving Safe and Stable Families*) finansowany ze środków CAPTA — oraz wymogi zawarte w Ustawie o Adopcji i Bezpiecznej Rodzinie (ang. *Adoption and Safe Families Act*). Co ważne, specjaliści systemów ochrony dziecka coraz częściej dostrzegają ograniczenia opieki zastępczej (jako głównej oferowanej przez nie usługi). Zauważają też brak dostępnych opcji umożliwiających reagowanie w zdecydowanej większości przypadków, kiedy usunięcie dziecka z rodziny i umieszczenie go w opiece instytucjonalnej byłoby działaniem zdecydowanie za daleko posuniętym. Tego rodzaju przypadki wymagają raczej oceny potrzeb i usług profilaktycznych.

Sam charakter świadczeń związanych z ochroną dziecka w szczególności sprzyja stosowaniu strategii EBP. Systemy opieki nad dzieckiem to często działające na dużą skalę inicjatywy programowe, a nie sieci niezależnych świadczeniodawców działających na zasadzie *case-by-case*. Rozpowszechnianie i wdrażanie zasad EBP w sieciach niezależnych świadczeniodawców (np. indywidualni świadczeniodawcy prywatni czy „prywatne jednostki działające w wymiarze instytucjonalnym”) to perspektywa mozolnej pracy. W systemach indywidualnych świadczenio-

dawców każdy świadczeniodawca niezależnie podejmuje decyzję o swoich usługach, populacja klientów jest w tej sytuacji dość zróżnicowana, a rozpowszechnienie praktyk jest długotrwałym i żmudnym procesem.

Szeroko zakrojone programy są natomiast lepiej zdefiniowane, konkretne i jednorodne. Często grupują świadczeniodawców w zorganizowane zespoły pracujące z wyodrębnionymi populacjami klientów, przestrzegające ustalonego modelu, tego samego dla całego programu. Ta sama agencja może na przykład realizować program edukacji rodzicielskiej dla nastoletnich matek, program zachowania integralności rodziny dla rodziców uzależnionych od narkotyków, program terapeutyczny dla nieletnich sprawców przestępstw seksualnych, terapię

dla dzieci z traumą itd. Kilka cech tego typu usług „programowych” sprzyja wprowadzaniu zasad EBP. Po pierwsze, decyzja o przyjęciu EBP zapada na ogół na poziomie całej instytucji lub programu, a nie poszczególnych terapeutów, co zwiększa wykonalność na szeroką skalę. Po drugie, ponieważ EBP zakłada stałe korzystanie z instrukcji i większy poziom strukturalizowania, modele EBP dobrze się nadają do realizacji jasno zdefiniowanych i spójnych świadczeń, oferowanych w ten sam sposób przez wszystkich profesjonalistów. Modele EBP sprawdzają się też najlepiej w zetknięciu z dobrze zdefiniowanym problemem czy populacją, sprzyjają więc wdrażaniu programów przeznaczonych dla precyzyjnie określonej i stosunkowo spójnej populacji klientów.

2. Projekty, w ramach których identyfikowane są oparte na dowodach praktyki skierowane do krzywdzonych dzieci i ich rodzin

W ramach strategii EBP waga dowodów przemawiających za określonym modelem interwencji na danym obszarze może być oceniana przez grupę ekspercką lub specjalną grupę zadaniową. Proces ten polega na ogół na panelowych spotkaniach profesjonalistów, którzy analizują dostępne dowody naukowe dotyczące efektów i oceniają każdy model interwencji w zestawieniu z odpowiednimi kryteriami. W dziedzinie krzywdzenia i zaniedbywania dzieci zrealizowano w ten sposób dwa projekty. Największy z nich — finansowany przez amerykańskie Biuro ds. Ofiar Przestępstw (OVC 2001) — oceniał interwencje dotyczące zdrowia psychicznego dzieci-ofiar wewnątrzrodzinnej przemocy fizycznej lub seksualnej. Zgodnie z wytycznymi OVC przeglądowi poddano 24 protokoły interwencyjne. Interwencje dobrano pod kątem obszarów problemowych wiążących się z krzywdzeniem fizycznym i seksualnym. Analizowane interwencje musiały też dysponować stosownymi podręcz-

nikami (manualami) bądź zasobami literatury klinicznej na tyle szczegółowej, aby daną interwencję można było odtworzyć w warunkach terenowych. Aby ocenić wagę danych empirycznych, wagę podstaw teoretycznych, zasięg zastosowania klinicznego, zakres literatury klinicznej i potencjał związanych z interwencją korzyści lub zagrożeń, opracowano stosowne kryteria. Wyniki tej oceny sięgały od poziomu „dobrze umotywowana i efektywna” (ocena najwyższa) do poziomu „wątpliwa” (ocena najniższa). Tylko jedna interwencja — terapia poznawczo-behawioralna skupiająca się na traumie (TF-CBT; Cohen, Mannarino 1997; Deblinger, Lippmann, Steer 1996) — została oceniona jako dobrze umotywowana i efektywna. Jedna interwencja — terapia więzi (model Evergreen) — została uznana za wątpliwą, a nawet potencjalnie szkodliwą. Pozostałe kategorie oceny wykorzystane w charakterystyce dalszych 22 interwencji to między innymi: „umotywowana i prawdopodobnie

efektywna”, „umotywowana i akceptowalna”, „obietująca” oraz „nowatorska i eksperymentalna”. Obok takiej oceny wytyczne OVC przedstawiają też krótki opis każdej interwencji, wyliczają odnośniki do opublikowanych badań oraz informacje dotyczące dostępności manuali.

Choć wytyczne OVC odzwierciedlają opinie panelistów, a nie opinie samego OVC czy innej agencji federalnej, znaczący jest sam fakt, że dokument taki został opracowany i rozpowszechniony przez instytucję federalną. Celem wytycznych jest ukierunkowanie praktyki na działania o dowiedzionej efektywności. Podobne kroki podjęły też inne ciała federalne (np. projekt Blueprints realizowany przez OJJDP w dziedzinie wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich).

Kolejną podobną inicjatywą był projekt finansowany ze środków Kauffman Foundation of St. Louis. Analizując wytyczne OVC, autorzy mieli nadzieję wyodrębnić niewielką liczbę mało rozpowszechnionych inicjatyw EBP skierowanych do dzieci krzywdzo-

nych i ich rodzin, aby następnie wskazywać wybrane strategie zasługujące na większe wykorzystanie w warunkach praktycznych. Projekt ten był efektem współpracy pomiędzy Kauffman Foundation of St. Louis, Chadwick Center for Children and Families w San Diego, National Call to Action oraz National Children’s Traumatic Stress Network SAMHSA (NCTSN; www.nctsn.com). Do szerszego rozpowszechnienia wybrano trzy modele interwencji: terapia poznawczo-behawioralna skupiająca się na traumie (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT; Cohen, Mannarino 1997; Deblinger i wsp. 1996), terapia poznawczo-behawioralna skupiająca się na krzywdzeniu (*Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, AF-CBT; Kolko 1996) oraz terapia interakcji rodzic-dziecko (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Schaffin i wsp. 2004; Hembree-Kigin, McNeal 1995; Urquiza, McNeal 1996). NCTSN podejmuje stałe wysiłki zmierzające ku rozpowszechnieniu TF-CBT, PCIT oraz innych strategii EBP.

3. Podsumowanie modeli EBP w dziedzinie krzywdzenia i zaniedbywania dzieci

Zarówno projekt OVC, jak i projekt Fundacji Kauffmana, skupiał się na interwencjach dotyczących zdrowia psychicznego. EBP znajduje jednak zastosowanie także w innych kategoriach świadczeń: modelach utrzymania bądź przywrócenia integralności rodziny, modelach szeroko zakrojonej interwencji ekologicznej czy modelach

profilaktyki. W poniższym rozdziale opisujemy i krótko przedyskutujemy wybrane modele użyteczne w kontekście krzywdzenia i zaniedbywania dzieci. Będą to strategie wykraczające poza tematykę zdrowia psychicznego. Poszczególne świadczenia zostaną scharakteryzowane z podziałem na kategorie.

3.1. EBP w profilaktyce fizycznego krzywdzenia i zaniedbywania

Choć inicjatywy polegające na wizytach domowych w okresie okołourodzeniowym są powszechnie uznawane za skuteczną metodę zapobiegania fizycznemu krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci przez świeżo opie-

czonych rodziców, wyniki badań randomizowanych są w tym kontekście rozczarowujące. Dla przykładu: pobieżne ewaluacje zdają się sugerować skuteczność popularnych programów, takich jak Healthy Start

(Zdrowy Początek) i Healthy Families (Zdrowe Rodziny), bardziej rygorystyczna ocena w badaniach randomizowanych nie wykazała jednak poprawy sytuacji ani w dziedzinie krzywdzenia, ani zaniedbywania dzieci (Duggan i wsp. 2004; Landsverk i wsp. 2002). W odniesieniu do modelu Nurse Family Partnership (Olds i wsp. 1998) zgromadzono znaczną ilość dowodów z prób randomizowanych potwierdzających korzyści płynące z takiej interwencji. Model ten należy uznać za najlepiej uzasadniony element bieżącej

praktyki. Niestety dane dotyczące wyników związanych z ograniczeniem krzywdzenia w niektórych badaniach mierzono tylko pośrednio. Tam, gdzie wpływ mierzono bezpośrednio często przejawiał się on jako efekt znacznie opóźniony i niewielki, szczególnie w przypadkach, gdy w grę wchodziły uzależnienia czy przemoc domowa (Eckenrode i wsp. 2000). Z drugiej jednak strony, sytuacje obejmujące uzależnienia czy przemoc domową powinny być głównym przedmiotem zainteresowania inicjatyw profilaktycznych.

3.2. EBP w profilaktyce krzywdzenia seksualnego

Programy profilaktyki krzywdzenia seksualnego opierają się zazwyczaj na „profilaktyce wiktyimizacji”. Jej celem jest wpajanie małym dzieciom (potencjalnym ofiarom) w jaki sposób unikać krzywdzenia seksualnego i jak mówić o problemie, jeśli do niego dojdzie. Na dzień dzisiejszy żaden z takich programów profilaktyki wiktyimizacji nie został poddany randomizowanej ocenie pod kątem skuteczności prewencyjnej. Badania *quasi*-eksperymentalne są źródłem niejednoznacznych doniesień o możliwych korzyściach, wskazują też jednak na niepokojący fakt, że dzieci uczestniczące w takich programach mogą być narażone na głębszą krzywdę, jeśli dojdzie do krzywdzenia (Finkelhor, Asdigian, Dziuba–Letherman 1995).

Alternatywą dla profilaktyki wiktyimizacji jest „profilaktyka skierowana do sprawcy” — populacją docelową są w tej sytuacji sprawcy bądź potencjalni sprawcy krzywdzenia seksualnego. Program „Stop It Now!” (Henry 2002) to najlepiej znany przykład tego typu inicjatyw. Ewaluacja wyników dotyczących skuteczności zapobiegania krzywdzeniu seksualnemu na dzień dzisiejszy nie jest jeszcze dostępna, choć model ten zaczyna już generować pewne dane ewaluacyjne. Na chwilę obecną informacje, którymi dysponujemy są po prostu niewystarczające, aby można było wyciągnąć jednoznaczne wnioski na temat skuteczności modeli profilaktycznych skupiających się na wiktyimizacji bądź osobie sprawcy.

3.3. EBP w zaniedbywaniu dzieci

Choć zaniedbywanie to główny przedmiot aktywności systemu ochrony dziecka, modele interwencji dotyczących tego problemu rzadko stają się przedmiotem badań. Najlepiej przeanalizowanym i uzasadnionym modelem jest tu projekt 12-Ways/SafeCare. Model ten wykorzystuje metody behawioralne i skupia się na otoczeniu, w jakim funkcjonują wieloprotblemowe rodziny pojawiające

się w systemie w związku z zaniedbywaniem dzieci. Dowody naukowe potwierdzające skuteczność tego modelu są niezwykle złożone. Pochodzą z ponad 60 opublikowanych badań, choć tylko niewielka część z nich to badania randomizowane i kontrolowane. W niektórych z nich uwzględniono kilka różnych sytuacji wyjściowych, co pozwala potwierdzić, że zamierzona zmiana w zacho-

waniu odpowiada wdrożonej interwencji. W badaniach randomizowanych te konkretne zmiany w zachowaniu łączono z zastosowanym modelem. Badania *quasi*-eksperymentalne — zarówno te prowadzone w sposób liberalny, jak i bardziej konserwatywny — wskazują na korzyści związane z mniejszą częstością krzywdzenia (Gershater–Molko, Lutzker, Wesch 2002; Lutzker, Rice 1987; Lutzker, Tymchuk, Bigelow 2001). Model przechodzi obecnie testy w ramach szeroko zakrojonych prób terenowych.

Model Family Connections (patrz Thomas, Leicht, Hughes, Madigan, Dowell 2003) to kolejna interwencja środowiskowa skupia-

jąca się na środowisku domowym, pod pewnymi względami podobna do 12-Ways/Safe-Care. Realizowane obecnie badanie randomizowane porównuje krótsze i dłuższe okresy realizacji modelu. Ostateczne korzyści z niego płynące nie zostały jeszcze do końca określone, ale sam model wygląda obiecująco. Intensive Family Preservation Services to z kolei strategia dość szeroko stosowana w odniesieniu do rodzin będących przedmiotem zainteresowania systemu ochrony dziecka. Randomizowane ewaluacje tego modelu — jak również oryginalnego modelu Homebuilders — okazały się jednak rozczarowujące (Littell 1997; Littell, Scheurman, Rzepnicki 1994).

3.4. Strategie EBP skierowane do krzywdzących fizycznie rodziców i fizycznie krzywdzonych dzieci

W odniesieniu do rodziców krzywdzących fizycznie dwa modele rodzą szczególne nadzieje. Terapia Interakcji Rodzic–Dziecko (PCIT) to interwencja wykorzystująca behawioralne szkolenia rodzicielskie, spełniająca kryteria właściwie umotywowanej, zwalidowanej empirycznie strategii wykorzystywanej w kontekście zachowań problemowych małych dzieci (Chambles, Ollendick 2001). Zrealizowane niedawno randomizowane badanie skuteczności sugeruje też, że PCIT może w sposób istotny zmniejszać częstość zachowań krzywdzących fizycznie w populacji rodziców dopuszczających się krzyw-

dzenia (Chaffin i wsp. 2004). Badanie terenowe będące kontynuacją wspomnianej analizy jeszcze się nie zakończyło. W badaniu randomizowanym przeprowadzonym przez Kolko (1996) zauważono, że fizycznie krzywdzący rodzice i krzywdzone dzieci odnoszą korzyści ze strukturalizowanej terapii poznawczo-behawioralnej. W innym badaniu wykazano pozytywne rezultaty stosowania terapii wielosystemowej (Multisystemic Therapy, MST) (Brunk, Henggeler, Whelan 1987). Szersze badanie randomizowane dotyczące tej samej strategii zbliża się ku końcowi (Svenson, korespondencja prywatna).

3.5. Strategie EBP skierowane do dzieci krzywdzonych seksualnie, sprawców krzywdzenia seksualnego oraz dzieci wykazujących problemowe zachowania seksualne

Choć trauma związana z krzywdzeniem seksualnym nie zawsze jest jednoznaczna, krzywdzenie seksualne nieodmiennie wiąże się z objawami traumy (Dykman i wsp. 1997). Terapia poznawczo-behawioralna skupiająca się na traumie (TF-CBT), wykorzystująca za-

sady stopniowej ekspozycji i restrukturalizowania poznawczego, została poddana ewaluacji w toku kilku badań randomizowanych (Cohen, Mannarino 1997; Deblinger, Lippmann, Steer 1996). Wszystkie te analizy zgodnie potwierdzały przewagę wspomnianej

strategii nad konkurencyjnymi metodami. Ponieważ TF-CBT spełnia kryteria właściwie uzasadnionej interwencji przeznaczonej dla dzieci krzywdzonych seksualnie wykazujących objawy traumy, z punktu widzenia EBP jest to najlepszy wybór dla tej populacji.

Terapie przeznaczone dla dorosłych sprawców krzywdzenia seksualnego są zróżnicowane pod względem skuteczności. Wynika to zapewne z faktu, że zachowania krzywdzące seksualnie mogą być odzwierciedleniem szerokiego spektrum różnych motywacji i strategii behawioralnych. Interwencje terapeutyczne skierowane do dorosłych sprawców przestępstw seksualnych analizowano wielokrotnie, głównie w toku *quasi*-eksperymentalnych badań skupiających się na efektach. Metaanaliza takich badań sugeruje, że stosowane obecnie interwencje poznawczo-behawioralne dają umiarkowanie pozytywne rezultaty (Hanson i wsp. 2002). Do dziś dnia przeprowadzono jednak zaledwie jedno prawdziwie randomizowane badanie oceniające współcześnie stosowany program terapeutyczny dla dorosłych sprawców przestępstw seksualnych. Badanie to, choć zrealizowane na dużą skalę, nie potwierdziło rzeczywistego obniżenia odsetka kolejnych przestępstw seksualnych w grupie leczonej w porównaniu z grupą kontrolną (omówienie, patrz: Berliner 2002). Stosunkowo obszerna analiza programów realizowanych w Kanadzie także nie potwierdziła zmniejszenia częstości recydywizmu (Hanson, Bloom, Stephenson 2004). Biorąc pod uwagę te rozbieżne obserwacje, trudno z całą pewnością wyciągnąć wnioski na temat efektywności programów terapeutycznych dla dorosłych sprawców przestępstw seksualnych. Niełatwo też jasno zdefiniować, jakie interwencje terapeutyczne działają skutecznie w konkretnych subpopulacjach.

Terapie skierowane do młodocianych przestępców seksualnych — w formie w jakiej są one zazwyczaj wdrażane — nie zostały dotychczas przetestowane w żadnych próbach ani badaniach. Choć niektóre stany sformułowały własne standardy dotyczące metod terapeutycznych, normy te nie mogą zostać uznane za oparte na dowodach. Polegają bowiem przede wszystkim na niezwyfikowanych tradycjach klinicznych, a nie danych dotyczących wyników. Wyjątkiem od tej reguły jest terapia wielosystemowa (MST), którą poddano ocenie w toku dwóch badań randomizowanych, obejmujących szczególnie niebezpiecznych młodocianych przestępców seksualnych. W tej konkretnej subpopulacji metoda wydaje się szczególnie korzystna (Borduin, Schaeffer 2001). Trzecie randomizowane badanie porównujące MST ze standardową terapią dla młodocianych przestępców seksualnych jeszcze się nie zakończyło (Letourneau, osobista korespondencja).

Strategie terapeutyczne skierowane do małych dzieci wykazujących seksualne zachowania problemowe analizowano w ramach dwóch badań randomizowanych (Bonner, Walker, Berliner 1993; Pithers, Gray, Busconi, Houchens 1998). W obydwu próbach porównywano jedną z wersji terapii poznawczo-behawioralnej z niestrukturalizowaną interwencją kontrolną. Nie zaobserwowano zbyt wielu różnic w warunkach terapii, u dzieci w obydwu grupach widoczne było ograniczenie niewłaściwych zachowań seksualnych. Na tej podstawie trudno więc wyciągnąć wnioski dotyczące najlepszej praktyki, choć wydaje się, że generalnie rokowanie związane z seksualnymi zachowaniami problemowymi u dzieci jest dobre.

3.6. Strategie EBP skierowane do dzieci w opiece zastępczej

W najnowszych badaniach pojawiają się analizy dotyczące korzyści z przenoszenia

dobrze uzasadnionych, zgodnych z EBP modeli szkoleń rodzicielskich na grunt opieki

zastępczej. Zachowania problemowe dziecka są częstą przyczyną niepowodzeń w doborze rodziny zastępczej. Działania typu Parent Management Training (PMT; Kazdin 1997; Patterson, Reid, Eddy 2002) to dobrze ugruntowany model behawioralny sprawdzający się w ogólnym kontekście zachowań problemowych dziecka. Wczesne wyniki z trwających badań oceniających PMT wy-

dają się być obiecujące (Landsverk i Chamberlain, korespondencja prywatna).

Inne programy edukacji rodzicielskiej — każdy z nich empirycznie uzasadniony — także rodzą nadzieje w kontekście opieki zastępczej. Mamy tu na myśli serię interwencji The Incredible Years (Webster-Stratton, Reid 2003) oraz model Trzy-P (Sanders, Kann, Markie-Dadds 2003).

4. Trudności związane z rozpowszechnianiem i wdrażaniem praktyk EBP

Istnieje zgoda co do tego, że powody, dla których rozpowszechnienie i wdrożenie modeli EBP w warunkach terenowych rodzi trudności wiążą się zarówno z poszczególnymi profesjonalistami, jak i wymiarem ogólnosystemowym. Wydaje się wręcz, że rozpowszechnienie i wdrożenie strategii EBP może być większym wyzwaniem niż ich opracowanie. Rozpowszechnienie to nie tylko opublikowanie rezultatów czy stosownych podręczników. Wdrożenie nie ogranicza się do zakupu podręcznika czy wzięcia udziału w warsztatach. Po pierwsze: tylko dlatego, że dana strategia jest skuteczniejsza niż inna środowisko profesjonalistów nie musi jej zaakceptować. Po drugie: wdrożenie nowego modelu może wymagać okresu przejściowego przeznaczonego na rozwój nowych umiejętności i konsultacje; nie wystarczy nabyć podręcznik czy wziąć udział w stosownych zajęciach. Ostatnią kwestią, o której trzeba pamiętać są ewentualne przeszkody systemowe.

Przedmiotem projektu Kauffman Best Practices były takie właśnie bariery utrudniające zastosowanie podejścia EBP w sektorze służb ochrony dziecka. Końcowy raport z tej inicjatywy podkreśla jeden zasadniczy element, a mianowicie niską świadomość dostępnych modeli EBP. Tylko nieliczne wiodące agencje zajmujące się ochroną dziecka oferują świadczenia zgodne z EBP, co gorsza jednak — wiele instytucji nigdy nawet o nich

nie słyszało. Popularyzowanie nowych narzędzi to proces długotrwały. Na przykład Instytut Medycyny (2001) ocenia, że wprowadzenie nowej technologii do powszechnej praktyki klinicznej zajmuje nawet 17 lat. Projekt Kauffmana analizował bariery utrudniające wdrożenie zasad EBP na różnych poziomach systemu ochrony dziecka. W analizie uwzględniono czynniki strategiczne, czynniki związane ze społecznością lokalną, czynniki organizacyjne i indywidualne. Wyodrębniono następujące bariery:

1. Problemy strukturalne związane z finansowaniem i płatnościami np.: zasady finansowania programów związanych z krzywdzeniem dzieci często nie zezwalają na rozliczanie kosztów wynikających z adaptacji nowych narzędzi, w tym kosztów sprzętu, szkolenia, wstępnej superwizji i monitorowania jakości. Ponieważ większość protokołów EBP to interwencje bardziej krótkofalowe niż terapie tradycyjne, ich wdrożenie może być finansowo nieopłacalne dla zaangażowanych w proces instytucji.
2. Brak poparcia społecznego. Zapotrzebowanie konsumenta na nowe rozwiązania w dziedzinie krzywdzenia dzieci jest bardzo niewielkie. Brak też liderów organizacyjnych promujących zmianę stosowanych praktyk. Naszym zdaniem jednak zapotrzebowanie na strategię EBP w ramach systemu opieki nad dzieckiem

- może zależeć od niewielkiej liczby decydentów i jest stosunkowo łatwe do wygenerowania.
3. Brak powiązania pomiędzy efektami po stronie klienta a korzyścią finansową. Finansowanie poszczególnych instytucji opiera się często na ilości zrealizowanych świadczeń (np. liczba obsłużonych klientów), a nie na wynikach uzyskiwanych przez klienta.
 4. Brak tradycji „organizacji uczącej się”. Organizacje takie cenią rygorystyczną ocenę wyników, informacje zwrotne o efektach oraz poszukiwanie nowych, dobrych praktyk.
 5. Przepaść pomiędzy społecznością naukowo-badawczą a praktykami, np.: modele dobrej praktyki bywają opisywane w periodykach naukowych, które rzadko trafiają w ręce praktyków. Duża część szkoleń dotyczących dobrych praktyk opartych na wiedzy realizowana jest w środowisku akademickim, przez co pracownicy sektora publicznego nie mają do nich dostępu.
 6. Wiele modeli pozbawionych stosownego uzasadnienia, lub nawet wzbudzających wątpliwości, zdobyło sobie silną pozycję w sektorze ochrony dziecka. Instytucje zajmujące się tym problemem nierzadko poniosły już znaczne inwestycje finansowe i osobowe związane z realizacją takich modeli. Z drugiej strony, dobre praktyki oparte na dowodach bywają pozbawione skutecznego marketingu, np. brak im właściwie zaprojektowanych i popularnych „zestawów narzędzi” czy prostych pakietów szkoleniowych.
 7. Część terapeutów podchodzi z niechęcią do interwencji opartych na badaniach naukowych. Dialog na tej płaszczyźnie wciąż jeszcze odzwierciedla trwający w psychologii od dziesięcioleci podział na zwolenników sztuki bądź nauki. Część profesjonalistów obawia się, że nauki ściśle odbiorą im kreatywność, nie

pozwołą nawiązywać satysfakcjonujących osobistych relacji z pacjentem; inni postrzegają praktyki oparte na wiedzy jako nieelastyczne i schematyczne. Część strategii opartych na dowodach wymaga od profesjonalisty bardziej aktywnego i skupionego na celu podejścia, co dla części terapeutów jest stresujące i wzbudza ich obawy.

W raporcie zawarto też kilka wskazówek sugerujących, jak poradzić sobie z wymienionymi barierami i jak przyspieszyć popularyzację nowego podejścia w ramach systemu ochrony dziecka. Sformułowano następujące zalecenia:

1. Zmiana zasad finansowania; wiązanie funduszy i refundacji świadczeń dla dzieci krzywdzonych z obiektywnymi wynikami, a nie kryteriami ilościowymi. Różnicowanie płatności tak, aby najbardziej opłacalne było realizowanie dobrych praktyk w sposób wierny i kompetentny.
2. Celowane fundusze na projekty służące wdrożeniu EBP (np. granty na rozpowszechnienie EBP). Zapewniłoby to instytucjom konieczny kapitał początkowy umożliwiający przenoszenie modeli dobrej praktyki.
3. Większy nacisk na EBP w ramach szkolenia dyplomowego profesjonalistów.
4. Skuteczniejszy marketing podejścia EBP, opracowanie zestawów narzędzi wdrożeniowych, takich jak te dostępne obecnie w ramach sieci National Child Traumatic Stress Network.
5. Zachęcanie instytucji uczestniczących w ochronie dziecka do wkroczenia na drogę „organizacji uczącej się”. Instytucje o silnym przywództwie i pozytywnym klimacie organizacyjnym są dobrymi kandydatami do wczesnego wdrożenia nowych dobrych praktyk i mogą służyć dobrym przykładem innym organizacjom.

6. Zwalczanie błędnego przeświadczenia, że modele EBP są sterylne, nieelastyczne, bezosobowe, a nawet niesatysfakcjonujące zawodowo dla wdrażających je profesjonalistów.
7. Działanie na rzecz zwiększenia zapotrzebowania społecznego na dobre praktyki poprzez rozpowszechnianie informacji wśród grantodawców, ciał zarządzających, niezależnych płatników, rodziców i organizacji skupiających profesjonalistów.

Aby system opieki na dzieckiem i ochrony go przed krzywdzeniem skutecznie wszedł na drogę EBP konieczne będzie właściwe połączenie przywództwa organizacyjnego, zmian strategicznych i odpowiedniego marketingu. Co jednak ważniejsze — ten nowy kierunek będzie wymagał fundamentalnej zmiany w relacji pomiędzy badaniami a praktyką. EBP to nie tylko praktyki wdrażający modele przekazane im przez badaczy. Podejście to oznacza też, że praktyka musi zyskać nieco cech nauki, a nauka musi się w pewnym stopniu upodobnić do praktyki. Warunkiem postępu i udoskonalenia stosowanych interwencji jest partnerstwo i wspólne wysiłki naukowców i praktyków. Razem mogą oni usprawniać istniejące modele, systematycznie analizować uzyskiwanie wy-

niki i wprowadzać informacje o realizacji do systemu świadczeń. Takie podejście okazało się skuteczne na wielu innych polach. Przykładem może być leczenie dziecięcej białaczki (ogromny sukces medycyny) — w ciągu kilku dziesięcioleci udało się w tej dziedzinie sprawić, że większość dzieci osiąga wieloletnie przeżycie długoterminowe, podczas gdy jeszcze kilka lat temu choroba ta wiązała się z olbrzymią i wczesną śmiertelnością. Źródłem sukcesu nie był tu pojedynczy przełom w badaniach laboratoryjnych. Był to rezultat współdziałania wielu ośrodków terapeutycznych i badawczych łączących badania z praktyką, duża rolę odegrały też randomizowane badania terenowe, oceniające coraz bardziej wyrafinowane i skuteczne protokoły leczenia. Postęp przebiegał więc ewolucyjnie, a nie rewolucyjnie. Jeśli w kontekście krzywdzenia dzieci uda nam się stworzyć podobne partnerstwo, my także możemy być świadkami ewolucji.

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł opublikowano w: *Children and Youth Services Review*, vol. 26 (2004) tytuł oryginalny: *Evidence-based treatments in child abuse and neglect*, Copyright Elsevier (2004).

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak

This article summarizes the background and basic concepts of evidence-based practice (EBP), contrasts EBP with traditional approaches, and examines how EBP fits within child welfare and child maltreatment related service systems. The emerging recommendations of best practice workgroups are reviewed, along with evidence across a range of child welfare target areas, including prevention, treatment and foster care settings. The article concludes with a review of challenges and possible solutions for implementing EBP's in child welfare and child maltreatment related service systems.

Literatura

- Berliner L. (2002), *Commentary*, *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 14, s. 195–198.
- Bonner B.L., Walker C.E., Berliner L. (1993), *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*, Washington, D.C.7 Administration for Children, Youth, and Families, DHHS.
- Borduin C.M., Schaeffer C.M. (2001), *Multisystematic treatment of juvenile sexual offenders: A progress report*, *Journal of Psychology & Human Sexuality*, vol. 13, s. 25–42.
- Brunk M., Henggeler S.W., Whelan J.P. (1987), *Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 55, s. 171–178.
- Campbell D.T., Stanley J.T. (1966), *Experimental and quasi-experimental designs for research*, Chicago: (IL)7 Rand-McNally.
- Chaffin M., Silovsky J., Funderburk B., Valle L.A., Brestan E.V., Balachova T. i in. (2004), *Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, s. 491–499.
- Chambless D.L., Ollendick T.H. (2001), *Empirically supported psychological interventions: Controversies and practices*, *Annual Review of Psychology*, vol. 52, s. 685–716.
- Clemens N.A. (2002), *Review of the book evidence in the psychological therapies: A critical guide for practitioners*, *Psychiatric Services*, vol. 53, s. 221.
- Cohen J.A., Mannarino A.P. (1997), *A treatment study of sexually abused preschool children: Outcome during a one year follow-up*, *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, s. 1228–1235.
- Deblinger E., Lippmann J., Steer R. (1996), *Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings*, *Child Maltreatment*, vol. 1, s. 310–321.
- Duggan A., McFarlane E., Fuddy L., Burrell L., Higman S.M., Windham A. i in. (2004), *Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, s. 597–622.
- Dykman R., McPherson B., Ackerman P., Newton J., Mooney D., Wherry J. i in. (1997), *Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children*, *Integrative Physiological and Behavioral Science*, vol. 32, s. 62–74.
- Eckenrode J., Ganzel B., Henderson C.R., Smith E., Olds D.L., Powers J. i in. (2000), *Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence*, *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, s. 1385–1391.
- Finkelhor D., Asdigian N., Dziuba-Leatherman J. (1995), *Victimization prevention programs for children: A follow-up*, *American Journal of Public Health*, vol. 85, s. 1684–1689.
- Gershater-Molko R.M., Lutzker J.R., Wesch D. (2002), *Using recidivism data to evaluate project Safe-Care: An ecobehavioral approach to teach „bonding“, safety, and health care skills*, *Child Maltreatment*, vol. 7, s. 277–285.
- Glazerman S., Levy D.M., Myers D. (2002), *Nonexperimental replications of social experiments: A systematic review. Corporation for the advancement of policy evaluation*, Washington (DC)7 Mathematica Policy Research.
- Hanson R.K., Bloom I., Stephenson M. (2004), *Evaluating community sex offender treatment programs: A 12-year follow-up of 724 offenders*, *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 36, s. 87–96.

- Hanson R.K., Gordon A., Harris A.J.R., Marques J.K., Murphy W., Quinsey V.L. i in. (2002), *First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders*, *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 14, s. 169–194.
- Hembree-Kigin T., McNeil C.B. (1995), *Parent-child interaction therapy*, New York: 7 Plenum.
- Henry F. (2002), *The Sexual Abuse of Children: Shifting the Paradigm*, CDC Injury Center Webcast. Transcript Available from the U.S. Centers for Disease Control and Prevention at <http://www.cdc.gov/ncipc/anniversary/abuse-transcript.htm>
- Ioannidis J.P.A., Haidich A., Papp M., Pantazis N., Kokori S.I., Tektonidou M.G. i in. (2001), *Comparison of evidence of treatment effects in randomized and nonrandomized studies*, *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, s. 821–830.
- Kauffman Best Practices Project (2004, March), *Closing the quality chasm in child abuse treatment: Identifying and disseminating best practices: Findings of the Kauffman best practices project to help children heal from child abuse*, Charleston (SC)7 National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Kazdin A.E. (1997), *Parent management training: Evidence, outcomes, and issues*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 36, s. 1349–1356.
- Kolko D.J. (1996), *Individual cognitive behavioral therapy and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes*, *Child Maltreatment*, vol. 1, s. 322–342.
- Landsverk J., Carillio T., Connelly C.D., Ganger W C., Slymen D.J., Newton R.R. i in. (2002), *Healthy Families San Diego Clinical Trial: Technical Report*, San Diego Children's Hospital and Health Center, Child and Adolescent Services Research Center.
- Littell J.H. (1997), *Effects of the duration, intensity, and breadth of family preservation services: A new analysis of data from the Illinois family first experiment*, *Children and Youth Services Review*, vol. 19, s. 17–39.
- Littell J.H., Scheurman J.R., Rzepnicki T.L. (1994), *The longitudinal effects of family preservation programs on child and family functioning: Final report*, Chicago (IL)7 Chapin Hall Center for Children.
- Lutzker J.R., Rice J.M. (1987), *Using recidivism data to evaluate Project 12-Ways: An ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect*, *Journal of Family Violence*, vol. 2, s. 283–290.
- Lutzker J.R., Tymchuk A.J., Bigelow K.M. (2001), *Applied research in child maltreatment: Practicalities and pitfalls*, *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, vol. 4, s. 141–156.
- Mehl P. (1978), *Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 46, s. 806–834.
- Olds D.L., Henderson C.R., Cole R., Eckenrode J., Kitzman H., Luckey D. i in. (1998), *Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial*, *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, s. 1238–1244.
- Patterson G.R., Reid J.B., Eddy J.M. (2002), *A brief history of the Oregon model*, w: J.B. Reid, G.R. Patterson (red.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. 3–20), Washington DC, US7 American Psychological Association.
- Petrosino A., Turpin-Petrosino C., Finckenauer J.O. (2000), *Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight, Crime & Delinquency*, vol. 46, s. 354–379.

- Pithers W.D., Gray A., Busconi A., Houchens P. (1998), *Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations*, *Child Maltreatment*, vol. 3, s. 384–406.
- Sanders M.R., Cann W., Markie-Dadds C. (2003), *The triple P-positive parenting programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse*, *Child Abuse Review*, vol. 12, s. 155–171.
- Saunders B.E., Berliner L., Hanson R.F. (Eds.) (2004), *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment (Revised Report: April 26, 2004)*, Charleston (SC) National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Schoenwald S.K., Shiedow A.J., Letourneau E.J. (2004), *Toward effective quality assurance in evidence based practice: Links between expert consultation, therapist fidelity and child outcomes*, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 33, s. 94–104.
- Thomas D., Leicht C., Hughes C., Madigan A., Dowell K. (2003), *Emerging practices in the prevention of child abuse and neglect. Administration on children, youth and families*, Washington (DC) U.S. Department of Health and Human Services.
- Urquiza A.J., McNeil C.B. (1996), *Parent-child interaction therapy: An intensive dyadic intervention for physically abusive families*, *Child Maltreatment*, vol. 1, s. 132–141.
- Washington State Institute for Public Policy (2004), *Outcome evaluation of Washington state's research-based programs for juvenile offenders*, Olympia, Washington (DC) Washington State Institute for Public Policy.
- Webster-Stratton C., Reid M.J. (2003), *The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems*, w: A.E. Kazdin (red.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents* (s. 224–240), New York: US7 Guilford Press.
- Weiss B., Weisz J.R. (1995), *Relative effectiveness of behavioral versus nonbehavioral child psychotherapy*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, s. 317–320.
- Weisz J.R., Donenberg G.R., Han S.W., Weiss B. (1995), *Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, s. 688–701.

O AUTORACH

WILLIAM N. FRIEDRICH był wybitnym psychologiem, profesorem Mayo Medical School i konsultantem w Mayo Clinic w Rochester w stanie Minnesota, współtwórcą Eastern European Children's Mental Health Alliance. Jego dorobek naukowy obejmuje ponad 100 recenzowanych publikacji, jest autorem 8 książek i 28 rozdziałów oraz twórcą doskonałego narzędzia służącego do pomiaru zachowań seksualnych u dzieci. Friedrich miał znakomite osiągnięcia w dziedzinie badań, edukacji i pracy klinicznej z dziećmi dotkniętymi traumą. Zmarł w 2005 roku.

MARK CHAFFIN jest psychologiem i profesorem na Wydziale Pediatrii University of Oklahoma Health Sciences Center w Oklahoma City. Prowadzi tam badania dla Centrum Badań nad Dziećmi Zaniechanymi i Ofiarami Krzywdzenia. Koncentruje się na rozwijaniu i wdrażaniu opartych na badaniach modeli leczenia dzieci doświadczających przemocy.