

Ochrona zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci: model interwencji i współpracy służb społecznych

Susan Chinitz, Hazel Guzman, Ellen Amstutz,
Joaniko Kohchi, Miriam Alkon

Albert Einstein College of Medicine, Early Childhood Center,
Uniwersytet Yeshiva w Nowym Jorku

Dzieci w wieku poniżej 3 lat stanowią istotną i powiększającą się część wszystkich dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej. U bardzo małych dzieci, które trafiają do systemu opieki nad dzieckiem, dochodzi do zaburzenia lub zerwania ważnych więzi, niezbędnych w tej decydującej, formatywnej fazie rozwoju mózgu. W połączeniu z innymi traumatycznymi zdarzeniami naraża to dzieci na ogromne ryzyko wystąpienia długotrwałych – utrzymujących się przez całe życie – negatywnych skutków. Tym niepokojącym konsekwencjom można jednak przeciwdziałać. Niemowlęta, które rozdzielono z rodziną biologiczną, wymagają intensywnych, relacyjnych interwencji wspierających rozwój bezpiecznego przywiązania do głównego opiekuna i zapewniających holistyczną odpowiedź na potrzeby rozwojowe dziecka. Osoby podejmujące decyzje w systemie wsparcia i opieki nad dzieckiem powinny dysponować wiedzą o rozwoju mózgu u niemowląt oraz małych dzieci, a także znać indywidualne potrzeby i sytuację każdego dziecka. W niniejszym artykule opisano model obejmujący te elementy, opracowany i przetestowany w nowojorskiej dzielnicy Bronx – jednym z najuboższych okręgów miejskich w USA, odznaczającym się wysokim wskaźnikiem umieszczeń dzieci w pieczy zastępczej. W projekcie jako główne narzędzie interwencji wykorzystano opartą na dowodach empirycznych metodę psychoterapii relacji dziecko-rodzic (child-parent psychotherapy, CPP). Położono w nim również nacisk na współpracę i wymianę informacji – inicjowane oraz koordynowane przez klinicystę CPP – z sędziami, pracownikami systemu opieki nad dzieckiem, prawnikami oraz przedstawicielami

innych służb świadczących usługi socjalne i usługi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Takie podejście pomaga w opracowywaniu indywidualnych planów działania, uwzględniających poziom rozwoju dziecka i doniosłą rolę relacji, oraz sprzyja podejmowaniu decyzji zapewniających stałość środowiska opiekuńczego. Przedstawiony model oceniono przy użyciu narzędzi (miar) psychospołecznych zastosowanych przed rozpoczęciem interwencji i po jej zakończeniu, a także innych danych dotyczących efektów programu. Otrzymane wyniki wskazują na poprawę interakcji wychowawczych, korzystne efekty działania systemu opieki nad dzieckiem (wyższe wskaźniki powrotów dzieci do rodziców biologicznych, spadek liczby ponownych umieszczeń w pieczy zastępczej) oraz poprawę bezpieczeństwa i wzrost dobrostanu dzieci. Rezultaty przedstawionego badania wskazują również na potrzebę dostosowania praktyk w dziedzinie wsparcia i opieki społecznej nad dziećmi do aktualnej wiedzy naukowej dotyczącej rozwoju mózgu w pierwszych latach życia, a także przyjęcia szczególnego podejścia uwzględniającego wyjątkowe potrzeby niemowląt.

SŁOWA KLUCZOWE:

PSYCHOTERAPIA RELACJI DZIECKO–RODZIC, ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI, PIECZA ZASTĘPCZA, ZAKŁÓCENIA PRZYWIĄZANIA, ZERWANIE WIĘZI, WYNIKI DZIAŁANIA SYSTEMU OPIEKI NAD DZIECKIEM, TOKSYCZNY STRES

WPROWADZENIE

Niemowlęctwo jest okresem największej plastyczności i podatności na oddziaływanie w rozwoju człowieka. Ma również fundamentalne znaczenie dla jego dalszego rozwoju. Zaniedbywanie, krzywdzenie oraz zaburzenie lub zerwanie ważnych więzi w tej decydującej, formatywnej fazie rozwoju mózgu, mogą upośledzać rozwój układu nerwowego i prowadzić do trwałych, utrzymujących się przez całe dalsze życie negatywnych skutków. Z innej strony, wrażliwa, troskliwa opieka oraz zdrowe, stymulujące środowisko mogą zapewnić podstawy dobrostanu fizycznego i emocjonalnego, zdrowych relacji, a także rozwoju umiejętności niezbędnych do odnoszenia sukcesów w szkole i późniejszym życiu. Niemowlęta, które trafiają do systemu opieki nad dzieckiem, wcześniej doświadczyły poważnych trudności, ale wciąż znajdują się w plastycznej fazie rozwoju neurologicznego, poznawczego/językowego i społeczno-emocjonalnego, z czego wynika, że wysokiej

jakości interwencja może zmienić niekorzystny bilans czynników ryzyka i czynników chroniących.

Chociaż w ostatnich latach całkowita liczba dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej w Stanach Zjednoczonych zmniejszyła się, to liczba bardzo małych dzieci trafiających do systemu pieczy stopniowo rośnie – zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i jako odsetek wszystkich dzieci trafiających do pieczy (Annie E. Casey Foundation, Kids Count Data Center, 2015; Casey Family Programs, 2013). W skali USA dzieci w wieku poniżej 3 lat stanowią 46,3% wszystkich potwierdzonych przypadków wiktyimizacji oraz aż $\frac{3}{4}$ wszystkich ofiar śmiertelnych krzywdzenia (73,9%; US Department of Health and Human Services, 2015). Niemowlęta i małe dzieci stanowią nieproporcjonalnie duży odsetek dzieci umieszczanych w pieczy zastępczej po raz pierwszy oraz pozostają w niej dłużej niż dzieci, które trafiły do niej w starszym wieku (Wulczyn, Ernst, Fisher, 2011). Bardzo niepokojące wydaje się odkrycie, że niemal $\frac{1}{3}$ niemowląt, które wróciły do rodziców biologicznych, ponownie trafia do pieczy zastępczej (Wulczyn, Chen, Collins, Ernst, 2011).

Rodzice niemowląt umieszczonych w pieczy zastępczej na ogół sami mają skomplikowaną historię i liczne negatywne doświadczenia – począwszy od dzieciństwa aż po okres rodzicielstwa (Hudson, 2011). W porównaniu z rodzicami starszych dzieci rodzice niemowląt umieszczonych w pieczy zastępczej częściej nadużywają alkoholu i narkotyków, są ofiarami przemocy domowej (w przeszłości lub aktualnie), borykają się z poważnymi problemami ze zdrowiem psychicznym, w ostatnim czasie zostali aresztowani, mają trudną sytuację finansową oraz doświadczają wysokiego poziomu stresu w rodzinie. Ponadto większa część tej grupy rodziców w dzieciństwie sama była krzywdzona lub zaniedbywana (Wulczyn, Ernst, Fisher, 2011).

Nie dziwi zatem to, że do tej pory perspektywy niemowląt i małych dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej przedstawiały się niepomysłnie. W tej grupie dzieci obserwuje się istotnie wyższe wskaźniki problemów medycznych i rozwojowych oraz zaburzeń zachowania niż u ich rówieśników, którzy nie trafili do systemu opieki, co jest następstwem oddziaływania stresorów pre- i postnatalnych na rozwijający się mózg oraz układ neurohormonalny (Shonkoff, Boyce, McEven, 2009), a także psychologicznych doświadczeń zaniedbania, krzywdzenia i straty. W grupie niemowląt uczestniczących w amerykańskim *Krajowym badaniu dobrostanu dzieci i nastolatków* (*National Survey of Child and Adolescent Well-Being*) 38% dzieci znanych systemowi wsparcia i opieki nad dzieckiem w wieku 2 lat miało w swojej historii więcej niż cztery negatywne doświadczenia dziecięce (*adverse childhood experiences, ACE*; Stambaugh i in., 2013).

Mimo tych realiów i wszystkiego, co dzisiaj wiemy na temat doniosłego znaczenia pierwszych lat życia, obecne podejścia oraz praktyki w dziedzinie wsparcia i opieki nad dzieckiem nazbyt często nie biorą pod uwagę szczególnych potrzeb niemowląt. Badanie polityki i praktyk w zakresie opieki nad dzieckiem, przeprowadzone w 2013 r. przez organizacje *Zero to Three* i *Child Trends*, ujawniło, że w USA nieliczne stany oferują usługi dla niemowląt oraz małych dzieci odrębne od tych adresowanych do starszych dzieci lub wdrożyły obiecujące podejścia do zaspokajania szczególnych potrzeb dzieci poniżej 3 r.ż. (*Child Trends, Zero to Three, 2013*). Chociaż większość niemowląt trafia do pieczy zastępczej z powodu dysfunkcji rodzicielskich i panuje niemal powszechna zgoda w kwestii doniosłego znaczenia przywiązania (więzi) jako koniecznej oraz ważnej podstawy zdrowego rozwoju społeczno-emojonalnego (*van IJzendoorn, Sagi, 1999*), tylko nieliczne praktyki koncentrują się na relacjach lub oferują interwencje oparte na dowodach empirycznych służące wspieraniu troskliwego rodzicielstwa i bezpiecznego przywiązania u dzieci. Równie mało jest interwencji w obszarze wsparcia i opieki nad dzieckiem koncentrujących się na doświadczeniach złożonej traumy, które są nader częste w historii dzieci oraz ich rodziców. Tymczasem takie interwencje mogą mieć decydujące znaczenie dla osiągnięcia trwałego powrotu dziecka do rodziny biologicznej, stabilności rodziny i nadrzędnego celu, jakim jest dobrostan dziecka (*Jones Harden, 2017*).

Metaanaliza interwencji mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa więzi dziecko-matka (*Letourneau i in., 2015*) ujawniła silny efekt programów skoncentrowanych na wrażliwości lub refleksyjności matki. Chociaż takie interwencje skutecznie poprawiały więź między dzieckiem a matką i interakcje matka-dziecko w całej badanej próbie, to ich efekty były największe w wypadku dzieci krzywdzonych oraz matek i dzieci dotkniętych trudnościami społeczno-ekonomicznym oraz depresją matki. Programy oferujące psychoterapię opartą na przywiązaniu dla małych dzieci-ofiar krzywdzenia zwiększały poziom bezpieczeństwa przywiązania oraz poprawiały reprezentacje Ja i innych w istotnie większym stopniu niż interwencje psychoedukacyjne lub interwencje dydaktyczne skoncentrowane na rozwijaniu umiejętności/kompetencji rodzicielskich (*Cicchetti, Rogosch, Toth, 2006; Toth, Maughan, Manly, Spagnola, Cichetti, 2002*). W innych badaniach wykazano, że współpraca sądu rodzinnego z uniwersyteckim centrum medycznym, które oceniało i diagnozowało potrzeby dzieci w pieczy zastępczej oraz ich rodziców w zakresie wsparcia zdrowia psychicznego i zapewniało potrzebne interwencje w tym obszarze, doprowadziła do zmniejszenia częstości powtórnego wystąpienia krzywdzenia (*Constantino i in., 2016; Zeanah i in., 2001*). Współpraca między pracownikami systemu opieki nad dzieckiem a praktykami w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego bez wątpienia

jest ważna i okazała się skuteczna. Wciąż jest jednak stosunkowo rzadko stosowana i w niewystarczającym stopniu wykorzystywana w pracy z rodzinami objętymi działaniami systemu opieki nad dzieckiem.

TŁO PROJEKTU

Projekt interwencji dla niemowląt i ich rodziców – *Infant Parent Court Project (IPCP)* – został opracowany w 2009 r. przez centrum medyczne *Early Childhood Center* przy *Albert Einstein College of Medicine* – klinikę oferującą interwencje rozwojowe oparte na relacjach oraz interwencje społeczno-emocjonalne dla dzieci w wieku do 5 lat. Projekt powstał we współpracy z sądem rodzinnym w Bronksie – dzielnicy Nowego Jorku, w której notuje się najwyższe wskaźniki ubóstwa i największą liczbę rodzin objętych działaniami systemu opieki nad dzieckiem w stanie Nowy Jork. Według nowojorskiej Agencji do spraw Pomocy Dzieciom (*Administration for Children's Services, ACS*) w 2013 r. w dzielnicy Bronx 711 dzieci poniżej 3 r.ż. trafiło do systemu opieki nad dzieckiem, przy czym połowa z nich została umieszczona w pieczy zastępczej (osobista korespondencja z nowojorską ACS, 2014).

Projekt IPCP opracowano z myślą o rozwiązaniu kilku problemów charakteryzujących typowe sposoby działania systemu opieki nad dzieckiem w odniesieniu do bardzo małych dzieci:

- interwencje adresowane do rodziców niemowląt lub małych dzieci, które zostały umieszczone w pieczy zastępczej z powodu krzywdzenia, często mają charakter ogólny (np. warsztaty umiejętności rodzicielskiej), a także nie wykorzystują wnikliwej oceny (diagnozy) dziecka, rodzica ani kontekstu społecznego do identyfikacji konkretnych problemów, które doprowadziły do krzywdzenia i rozdzielenia dziecka z rodziną;
- rzadko wykorzystuje się interwencje relacyjne (prowadzone w diadzie), co utrudnia ujawnienie problemów w interakcjach rodzic–dziecko i sprawia, że pozostają one niedostępne dla interwencji;
- sądy na ogół nie kierują dzieci i ich rodziców na terapię relacyjną, ponieważ pracownicy wymiaru sprawiedliwości zwykle nie znają popartych empirycznie praktyk w dziedzinie wspierania zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci lub nie mają dostępu do zasobów zapewniających tego rodzaju interwencje dla małych dzieci oraz ich rodziców;
- pracownicy sądów najczęściej nie mają dostępu do informacji na temat postępów w pracy psychoterapeutycznej, co ogranicza ich zdolność do wykorzystywania takich danych w planowaniu stałego środowiska opiekuńczego dziecka;

- przewlekłe procedury sądowe albo uniemożliwiają rozwój przywiązania dziecka do rodzica, co ma decydujące znaczenie dla pomyślnego powrotu dziecka do rodziny i rozwoju późniejszych kompetencji dziecka, albo przyczyniają się do zaburzeń lub zerwania więzi poprzez pracę w kierunku powrotu do rodziny w sytuacji, gdy niemowlę lub małe dziecko już zbudowało bezpieczne przywiązanie do opiekuna (rodzica) zastępczego.

OPIS PROJEKTU / INTERWENCJA

Procedury i plan badawczy

Dzieci i rodzice byli kierowani do projektu przez sędziów sądu rodzinnego, pełnomocników prawnych dzieci lub rodziców, pracowników ACS i pracowników socjalnych współpracujących z rodzinami zastępczymi, a także przez innych profesjonalistów pracujących z niemowlętami i małymi dziećmi umieszczonymi w pieczy zastępczej lub zagrożonymi rozdzieleniem z rodziną biologiczną. Kryteria skierowania obejmowały wiek dziecka (poniżej 3 lat) oraz długofalowy cel trwałego powrotu dziecka do rodziny biologicznej. Autorom projektu zależało na tym, aby dzieci trafiły do niego w jak najmłodszym wieku lub na możliwie wczesnym etapie pracy z danym przypadkiem, tak aby od samego początku możliwe było wspieranie więzi między dzieckiem a rodzicem. Rodzice zainteresowani udziałem w projekcie udzielili pisemnej zgody na uczestnictwo w badaniu zgodnie z protokołem zatwierdzonym przez centrum badań klinicznych przy *Albert Einstein College of Medicine*. Aby zapobiec odczuwaniu przez rodziców presji czy przymusu, autorzy projektu zaoferowali im możliwość rezygnacji bez uzasadnienia, skorzystania z porównywalnych usług terapeutycznych bez komponentu badawczego oraz przeanalizowania treści pisemnej zgody z pełnomocnikiem prawnym lub innymi członkami zespołu sądowego. Ponadto zgody na ujawnienie informacji zespołowi sądowemu i uczestnictwo w badaniu były odrębne.

Wszelchstronną wstępną ocenę rodzica biologicznego, dziecka i kontekstu społecznego przeprowadzano w trakcie trzech sesji. Podczas pierwszej zbierano wnikliwy wywiad psychospołeczny z rodzicem. Druga była przeznaczona na wypełnienie wszystkich miar (skal) psychospołecznych wymienionych w dalszej części artykułu. W trzecim spotkaniu uczestniczyli rodzic i dziecko, a jego celem była ocena rozwojowa dziecka oraz wypełnienie skal oceniających interakcje rodzic-dziecko. Przeprowadzoną w ten sposób diagnozę wykorzystano do wyznaczenia indywidualnych celów interwencji (takich jak poprawa regulacji afektywnej rodzica,

wzbogacenie komunikatów werbalnych rodzica adresowanych do dziecka, poprawa rozwoju mowy u dziecka) oraz do oceny efektów programu.

Przeszkoleni klinicyści – specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci – prowadzili psychoterapię relacji rodzic-dziecko (*child-parent psychotherapy*, CPP; Lieberman, Van Horn, 2008) dla par (diad) dziecko-rodzic. Jest to oparta na dowodach empirycznych (California Evidence-Based Clearinghouse, 2006; zob. zwłaszcza Lieberman, Van Horn i Ghosh Ippen, 2005) interwencja dla małych dzieci i ich opiekunów, skoncentrowana na relacji, uwzględniająca wiedzę o traumie oraz dostosowana do poziomu rozwoju. Wykorzystuje ona interaktywną zabawę, aby:

- stworzyć okazje do przekazania rodzicowi informacji na temat rozwoju dziecka;
- umożliwić dziecku i rodzicowi wyrażanie silnych uczuć za pomocą słów lub przez zabawę;
- zbudować narrację o traumie lub narrację tworzoną w zabawie (współdzieloną przez dziecko i rodzica);
- pomóc rodzicowi w zrozumieniu wpływu jego osobistej historii na interakcje z dzieckiem;
- przywołać pozytywne wspomnienia, które staną się podstawą reakcji rodzica na dziecko;
- wspierać właściwe zachowania rodzica służące zapewnieniu dziecku bezpieczeństwa i radzeniu sobie z trudnymi zachowaniami;
- udzielać wsparcia emocjonalnego;
- zapewnić interwencję kryzysową (w razie potrzeby), odpowiednie prowadzenie przypadku i konkretną pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych.

Sesje terapeutyczne odbywały się raz w tygodniu, z uwzględnieniem potrzeb rodziców biologicznych i zastępczych. W razie potrzeby zapewniano transport, aby ułatwić dzieciom i rodzicom uczestnictwo w terapii. Ze względu na wielorakie stresory oddziałujące na rodziny uczestniczące w badaniu oraz niestabilność wpisaną w życie dzieci i rodziców przeprowadzenie 26 sesji CPP zajęło średnio 11 miesięcy. W wielu wypadkach – jeśli okazało się to potrzebne – rodziny skierowano na dalszą terapię, jednak ze względu na dostępne zasoby udział diad dziecko-rodzic w projekcie uznano za zakończony po przeprowadzeniu 26 sesji (tę liczbę określono na podstawie doświadczeń z innych projektów zrealizowanych we współpracy z sądem; por. Casanueva i in., 2013; Osofsky i in., 2007).

Klinicyści regularnie przekazywali informacje zwrotne na temat postępów czynionych przez każdą rodzinę, przedstawiając dwumiesięczne pisemne raporty

zespołowi sądowemu zajmującemu się danym przypadkiem (w jego skład wchodziłi sędzia, pełnomocnicy prawni dziecka i rodziców, inni prawnicy oraz pracownicy socjalni opiekujący się daną rodziną z ramienia agencji do spraw pieczy zastępczej i lokalnego departamentu opieki nad dzieckiem) oraz składając zeznania w sądzie. Przekazywane przez klinicystów informacje o postępach rodzin były wykorzystywane do podejmowania decyzji dotyczących rodzaju i częstości kontaktów między rodzicem biologicznym a dzieckiem, a także opartych na rzetelnej wiedzy rozwojowej i relacyjnej decyzji dotyczących stałego środowiska opiekuńczego niemowlęcia lub małego dziecka. Wspomniane raporty i wystąpienia przed sądem miały również zagwarantować, że dzieci oraz ich rodzice otrzymają wszelką potrzebną dodatkową pomoc, taką jak wczesna interwencja w wypadku opóźnień rozwojowych dziecka lub indywidualna pomoc psychologiczna dla rodzica mająca zapobiec ponownemu krzywdzeniu.

Klinicyści uczestniczący w projekcie byli również odpowiedzialni za zarządzanie przypadkami i współpracę z pracownikami agencji do spraw pieczy zastępczej oraz innymi osobami zaangażowanymi w planowanie interwencji, aby wesprzeć ich specjalistyczną wiedzą na temat rozwoju dziecka, zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci oraz popartych empirycznie interwencji w obszarze pomocy małemu dziecku i rodzinie. Zarządzanie przypadkami często obejmowało zabieganie o pomoc rozwojową lub usługi w dziedzinie edukacji specjalnej dla dzieci uczestniczących w projekcie, w wielu wypadkach we współpracy z doradcami edukacyjnymi. Dołożono wszelkich starań, aby wzbogacić komunikację między wszystkimi zaangażowanymi prawnikami oraz pracownikami socjalnymi prowadzącymi poszczególne sprawy i w ten sposób zmniejszyć ryzyko rozproszenia informacji lub wystąpienia antagonizmów między osobami zaangażowanymi w sprawę. Klinicyści współpracowali z zaangażowanymi podmiotami, aby zapobiegać niepotrzebnym zmianom rodziny zastępczej, a co za tym idzie – chronić bezpieczeństwo przywiązania u dzieci. W tym samym celu klinicyści opowiadali się za zwiększeniem kontaktów dziecka z rodzicami biologicznymi poprzez liberalizację planów spotkań, gdy tylko było to bezpieczne i właściwe.

Członkowie zespołu realizującego projekt pracowali również na rzecz doskonalenia praktyki poprzez edukację i szkolenia dla sędziów, pełnomocników prawnych oraz pracowników socjalnych (przedstawicieli systemu opieki nad dzieckiem) dotyczące zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci, w tym przywiązania, rozwoju mózgu, skutków traumy doświadczonej w okresie niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie oraz wpływu spotkań rodzic-dziecko na zdrowie psychiczne małych dzieci i na perspektywę trwałego powrotu do rodziny biologicznej. Celem tych szkoleń

było wzbogacenie procesu decyzyjnego o lepsze zrozumienie potrzeb rozwojowych dzieci we wszystkich dziedzinach. Psychoedukację realizowano również podczas rutynowych kontaktów z wszystkimi podmiotami.

Sformułowano następujące cele projektu:

1. Poprawa interakcji wychowawczych.
2. Zwiększenie bezpieczeństwa, stałości środowiska opiekuńczego oraz dobrostanu niemowląt i małych dzieci.
3. Wpływ na praktykę oraz politykę opieki nad dzieckiem z uwzględnieniem szczególnych potrzeb niemowląt i małych dzieci.

Narzędzia diagnostyczne

Przed rozpoczęciem interwencji, w trakcie jej trwania (w odstępach półrocznych) oraz po zakończeniu programu zastosowano następujące narzędzia (miary):

- Narzędzie *Keys to Interactive Parenting* (KIPS; Comfort, Gordon, 2006) było podstawową miarą poprawy interakcji wychowawczych. Jest to ustrukturyzowany system obserwacji, w którym rodzice są filmowani w trakcie interakcji z dziećmi – w sytuacji swobodnej zabawy. Nagrane filmy są następnie losowo przydzielane przeszkolonym, certyfikowanym sędziom (osobom oceniającym), którzy je kodują i oceniają (według zasad punktacji). Badania wykazały, że KIPS odznacza się dużą trafnością teoretyczną i kryterialną w porównaniu z innymi zwalidowanymi narzędziami obserwacyjnymi, takimi jak skala NCAST czy Inwentarz HOME (Comfort, Gordon, Naples, 2011).
- *Skala całościowej oceny relacji rodzic-dziecko* (*Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale*, PIR-GAS; Zero to Three, 2005) jest narzędziem określającym stopień adaptacyjności relacji rodzic-dziecko. Funkcjonowanie diady oceniano na podstawie intensywności, częstości i czasu trwania adaptacyjnych oraz deadaptacyjnych wzorców w interakcjach rodzic-dziecko. Klinicysta przypisywał każdej diadzie liczbę, która lokowała ją w jednej z dziewięciu kategorii – od *dobrze przystosowana* (100–91) do *poważnie zaburzona* (10–1). Klinicyści przydzielali każdej diadzie wynik PIR-GAS w momencie rozpoczęcia programu oraz po zebraniu wszechstronnych informacji o historii psychospołecznej i obserwacji klinicznych.
- *Skala depresji Becka* (*Beck Depression Inventory II*, BDI-II; Beck, Brown, Steer, 1996), którą wykorzystano do pomiaru nasilenia objawów depresji u rodziców. Wyniki tej skali służyły jako podstawa planowania interwencji. Rodzice wypełnili kwestionariusz złożony z 21 pozycji, w którym pytano o symptomy depresji, jakich doświadczyli w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie, i proszono

o ocenę nasilenia każdego symptomu. Następnie obliczano wynik łączny, który lokował danego rodzica w jednej z czterech kategorii: brak symptomów depresji, symptomy łagodne, umiarkowane lub poważne. Na podstawie wyniku tej skali rodziców w razie konieczności kierowano na terapię psychologiczną lub psychiatryczną.

- *Skala stresu rodzicielskiego – wersja skrócona (Parental Stress Index – Short Form, PSI-SF; Abidin, 1990)* jest liczącym 36 pozycji kwestionariuszem samoopisowym służącym do oceny stresu rodzicielskiego w skali Likerta. Na podstawie odpowiedzi rodziców obliczano wynik łączny oraz wyniki w podskalach: dystres rodzicielski, dysfunkcja relacji rodzic–dziecko i trudne dziecko.
- *Kwestionariusz negatywnych doświadczeń dziecięcych (Adverse Childhood Experiences Questionnaire¹)* wykorzystano do lepszego zrozumienia historii życia rodziców uczestniczących w projekcie oraz jako podstawę planowania terapii. Kwestionariusz zawiera serię pytań, które pomagają ustalić, czy badana osoba dorosła doświadczyła któregoś z dziesięciu typów krzywdzenia lub dysfunkcji rodzinnych – bądź też ich połączenia – w ciągu pierwszych 18 lat życia. Do negatywnych doświadczeń ujętych w kwestionariuszu należą: separacja/rozwód rodziców, krzywdzenie emocjonalne, przemoc fizyczna lub wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie fizyczne lub emocjonalne, przemoc domowa oraz choroba psychiczna, uzależnienia lub uwięzienie członka rodziny.
- *Skala postaw rodzicielskich dla dorosłych i nastolatków (Adult Adolescent Parenting Inventory, AAPI-2; Bavolek, 1999)* jest narzędziem służącym do oceny postaw oraz przekonań dotyczących wychowania dzieci u dorosłych i nastolatków. Wykorzystano je jako podstawę planowania terapii oraz do oceny zmiany postaw i przekonań w trakcie interwencji. Narzędzie składa się z 40 pozycji, na które respondenci odpowiadają w pięciostopniowej skali Likerta. Rodzicom przypisano wyniki punktowe w każdej z kilku dziedzin: oczekiwania wobec dzieci, empatia rodziców wobec potrzeb dzieci, stosowanie kar fizycznych, role rodzica i dziecka w rodzinie oraz autonomia/niezależność dziecka. W omawianym projekcie skoncentrowano się przede wszystkim na podskali empatii inwentarza AAPI-2 ze względu na jej związek z problemami spotykanymi w systemie opieki nad dzieckiem.
- *Skala wsparcia rodzinnego (Family Support Scale, FSS; Dunst, Jenkins, Trivette, 2007)* wykorzystano do lepszego zrozumienia spostrzeganej przez rodzinę dostępności (lub braku dostępności) rozmaitych źródeł wsparcia społecznego oraz

1 <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>.

jako podstawę planowania interwencji. Rodzice oceniali rozmaite formy wsparcia społecznego w skali Likerta – od *całkowicie niepomocne* do *bardzo pomocne*.

- *Kwestionariusz Ages and Stages, trzecia edycja (ASQ-3; Squires, Bricker, 2009)* jest popularnym narzędziem do przesiewowych badań rozwoju dziecka, opartym na obserwacjach rodziców i służącym do rozpoznawania opóźnień rozwojowych. Klinicyści przeprowadzali wywiad z opiekunem i wykorzystali uzyskane w ten sposób informacje – w połączeniu z obserwacjami klinicznymi – do oceny umiejętności dziecka w pięciu obszarach: duża motoryka, mała motoryka, komunikacja, rozwiązywanie problemów oraz kompetencje osobiste i społeczne. W każdym obszarze obliczono wynik punktowy, pokazujący, czy dziecko rozwija się „planowo”, jest „nieznacznie opóźnione” czy „wyraźnie opóźnione”.
- *Dane dotyczące wyników pracy z przypadkiem* – klinicyści odnotowywali wszelkie zmiany w zatwierdzonym przez sąd planie spotkań dziecka z rodzicami biologicznymi, w tym dotyczące częstości spotkań i nałożonych na nie restrykcji (np. przejście od spotkań nadzorowanych do nienadzorowanych albo do wizyt z nocowaniem lub weekendowych). Podobnie klinicyści monitorowali wszelkie zmiany w planowaniu stałości środowiska opiekuńczego i w każdym wypadku dokumentowali osiągnięcie takiej stałości.

Charakterystyka demograficzna

W trakcie realizacji projektu (2009–2015) w interwencji uczestniczyły 142 diady rodzic–dziecko, z których 59 ukończyło program, czyli wzięło udział w 26 sesjach CPP. Charakterystykę demograficzną rodzin, które ukończyły program i na których temat zebrano kompletne dane, przedstawiono w tabeli 1. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie cech demograficznych i charakterystyki rodzin, które ukończyły program oraz tych, które przerwały uczestnictwo w interwencji przed jej zakończeniem.

Wśród osób badanych przeważały samotne matki o niskich dochodach (lub żyjące w ubóstwie), należące do grup mniejszościowych. Ich średni wiek wynosił 26 lat. Niewielka część dzieci uczestniczyła w terapii zarówno z matką, jak i ojcem. Rodzice biologiczni borykali się z wieloma współwystępującymi przeciwnościami i trudnościami życiowymi: 61% miało problemy ze zdrowiem psychicznym, 59% w przeszłości doświadczyło traumy, 45% w dzieciństwie spędziło jakiś czas w pieczy zastępczej, u 34% stwierdzono ograniczenia poznawcze, 32% miało problem z uzależnieniami, a 32% mieszkało w schroniskach dla osób bezdomnych. U 63% występowały co najmniej cztery negatywne doświadczenia dziecięce, co oznaczało

istotnie podwyższone ryzyko problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym przez całe dalsze życie (Felitti i in., 1998).

Tabela 1

Profil demograficzny rodzin, które ukończyły terapię

Charakterystyka rodziców (n = 52)*		Charakterystyka dzieci (n = 51)*	
Główny opiekun		Wiek w chwili skierowania	
Wiek w czasie terapii (przedział i średnia)	16–51; 26	Poniżej roku	69%
Płeć		Rok	24%
Mężczyzna	11%	2 lata	8%
Kobieta	89%	3 lata	0%
Grupa etniczna		Płeć	
Afroamerykanie / Afrokaraibowie	55%	Chłopiec	53%
Latynosi	32%	Dziewczynka	47%
Pochodzenie dwurasowe	11%	Grupa etniczna	
Rasa kaukaska	2%	Afroamerykanie / Afrokaraibowie	41%
Inne	0%	Latynosi	33%
		Pochodzenie dwurasowe	22%
		Rasa kaukaska	2%
		Inne	2%
Samotny rodzic	82%	Doświadczenia z systemem opieki nad dzieckiem	
Historia traumy	59%	Dziecko w pieczy zastępczej (w chwili skierowania)	67%
Problemy ze zdrowiem psychicznym	61%	Rodzic w pieczy zastępczej (w chwili skierowania)	2%
Ograniczenia poznawcze	34%	Pobyt rodzica w pieczy zastępczej w przeszłości	45%
Uzależnienia	32%		
Mieszkanie w schronisku	32%		
Co najmniej cztery negatywne doświadczenia dziecięce (ACE)	36%		
Udział partnera w terapii	27%		

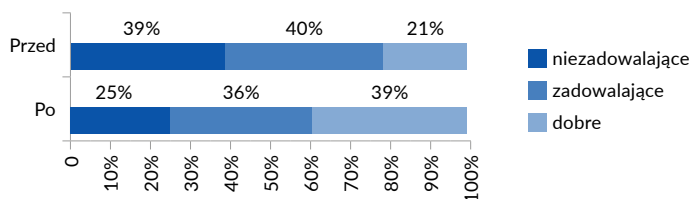
*Niektórzy rodzice mieli więcej niż jedno dziecko uczestniczące w terapii, a niektóre dzieci brały w niej udział z więcej niż jednym rodzicem.

Większość dzieci (69%) trafiła do programu przed ukończeniem 1 r.ż. Umożliwiło to interwencję na wczesnym etapie życia tych dzieci i ich kontaktów z systemem opieki nad dzieckiem. Dwie trzecie dzieci (67%) w chwili skierowania do programu było formalnie umieszczonych w rodzinach zastępczych, a pozostałe mieszkały z krewnymi lub rodzicami biologicznymi pod nadzorem sądu.

WYNIKI

Poprawa interakcji rodzic–dziecko

Ilościową miarą tej poprawy był wynik KIPS. Narzędzie to ocenia trzy kategorie zachowań rodzicielskich oraz 12 podkategorii, które składają się na średni wynik między 1 a 5. Wyniki 1–2 oznaczają niską jakość interakcji, 3–4 – przeciętną jakość interakcji, a wyniki między 4 a 5 – wysoką jakość interakcji. Na rysunku przedstawiono różnicę między średnimi wynikami ogólnymi KIPS uzyskanymi u rodziców, którzy przeszli przez cały program interwencji, podczas oceny wstępnej i po zakończeniu programu. Podczas gdy przed rozpoczęciem programu tylko 21% rodziców uzyskało wynik mieszczący się w przedziale „wysoka jakość interakcji” (wynik 4 lub wyższy), po ukończeniu interwencji 39% badanych spełniało kryterium wysokiej jakości interakcji. Równocześnie odsetek rodziców, którzy przejawiali niezadowalające zachowania rodzicielskie (wyniki 1 lub 2), spadł z 39% w chwili przyjęcia do programu do 25% po jego ukończeniu.



Rysunek. Zmiana średniego wyniku KIPS w grupie rodziców, którzy ukończyli program.

W tabeli 2 przedstawiono zmiany wyników KIPS w poszczególnych dziedzinach i poddziedzinach, co pozwala na bardziej szczegółową analizę efektów interwencji. W pięciu spośród dwunastu poddziedzin zaobserwowano istotną poprawę, przy czym szczególnie duży wzrost nastąpił w dziedzinie *Wspieranie uczenia się*. Należy jednak podkreślić, że narzędzie KIPS stanowiło część wszechstronnej oceny klinicznej, która obejmowała podstawowy kontekst bezpieczeństwa – w żadnym wypadku wynik KIPS nie był odosobnionym, pojedynczym parametrem.

W trakcie interwencji rodzice przejawiali również istotny wzrost postaw i przekonań odzwierciedlających empatię wobec potrzeb dziecka, mierzonych przy użyciu skali AAPI-2. Odsetek rodziców, którzy uzyskali w niej wyniki w przedziale wskazującym na wysokie ryzyko, zmalał z 46% do 29% (od rozpoczęcia do ukończenia programu). Było to ważne, ponieważ niski poziom empatii u rodziców jest silnie skorelowany z ryzykiem krzywdzenia (Perez-Albeniz, de Paul, 2003; Rosenstein, 1995).

Tabela 2

Zmiany wyników KIPS w poszczególnych dziedzinach u osób, które ukończyły program

	Wynik początkowy	Wynik końcowy	Zmiana netto	Wielkość efektu
Średni wynik KIPS (n = 38)*	3,2*	3,6*	0,4	d = 0,38
Wyniki w dziedzinach				
Budowanie relacji (n = 41)	3,5	3,7	0,2	d = 0,59
Wspieranie uczenia się (n = 37)*	2,8*	3,5*	0,7	
Wspieranie pewności siebie (n = 26)	3,3	3,7	0,4	
Wyniki w poddziedzinach				
Wrażliwość na reakcje (n = 40)	3,5	3,9	0,4	
Wspieranie emocji (n = 40)	3	3,3	0,3	
Interakcje fizyczne (n = 43)	4	4	0	
Zaangażowanie w aktywność z dzieckiem (n = 39)	4,1	4	-0,1	
Otwartość na pomysły dziecka (n = 39)	3	3,4	0,4	
Doświadczenia językowe (n = 42)*	2,7*	3,4*	0,7	r = 0,33
Rozsądne oczekiwania (n = 41)*	2,8*	3,4*	0,6	r = 0,30
Dostosowywanie strategii (n = 37)*	2,8	3,4	0,6	r = 0,30
Granice i konsekwencje (n = 14)	2,9	3,4	0,5	
Wspierające instrukcje/wskazówki (n = 26)	3,3	3,4	0,1	
Zachęta (n = 43)*	3,5	4	0,5	r = 0,31
Wspieranie eksploracji (n = 43)	3	3,3	0,3	

*Istotna różnica (p < 0,05) między wynikami pre- i posttestu.

Bezpieczeństwo, stałość, dobrostan

Bezpieczeństwo

W ramach projektu rejestrowano wszystkie przypadki nawrotu (recydywy) krzywdzenia, zdefiniowanego jako potwierdzone zgłoszenie lub powrót do pieczy zastępczej w trakcie uczestnictwa rodziny w projekcie. Spośród 142 rodzin objętych interwencją pięcioro dzieci (3,5%) doświadczyło ponownego krzywdzenia. Trudno oszacować wskaźnik recydywy krzywdzenia w całej populacji dzieci ze względu na znaczne zróżnicowanie kryteriów i metodologii w badaniach. Badacze otrzymali wartości 15–50% dla dzieci z różnych grup wiekowych, przy czym zgromadzone dane sugerują, że ryzyko jest wyższe w wypadku młodszych dzieci (Hindley, Ramchandani, Jones, 2006).

Stażość

Tę zmienną oceniono na podstawie liczby dzieci, które osiągnęły stażość środowiska opiekuńczego, a także typu osiągniętej stażości (np. powrót do rodzica biologicznego, zamieszkanie z krewnym zdolnym i chętnym do sprawowania opieki nad dzieckiem, ustanowienie opiekuna prawnego, adopcja). Chociaż celem projektu był powrót dziecka do rodzica biologicznego, to jeśli takie rozwiązanie nie było możliwe, dążono do zapewnienia dziecku stażości środowiska opiekuńczego innymi środkami – poprzez okresowe przekazywanie sądowi aktualnych, istotnych informacji na temat relacji dziecka oraz mocnych stron i słabości rodziny. Dane dotyczące dalszych losów dzieci biorących udział w projekcie (pozbawione informacji umożliwiających identyfikację poszczególnych osób i przypadków), przekazane zespołowi projektowemu przez system sądowy stanu Nowy Jork, pokazały, że wśród wszystkich rodzin, które ukończyły program interwencji w latach 2010–2013, 86% dzieci ($n = 35$) umieszczonych w pieczy zastępczej wróciło do rodziców biologicznych. Ten odsetek jest istotnie wyższy niż w całej populacji dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej – na poziomie lokalnym i krajowym (33–48%; Casanueva, Tueller, Dolan, Smith, Ringeisen, 2012; Wildfire, Barth, Green, 2007).

Dobrostan

W omawianym projekcie dobrostan (*well-being*) zoperacjonalizowano jako otrzymanie przez dziecko wszelkich form pomocy niezbędnych do złagodzenia następstw krzywdzenia oraz do zaspokojenia potrzeb rozwojowych, w tym rutynowej i specjalistycznej pomocy medycznej, wczesnej interwencji lub innych form terapii rozwojowej, usług w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego i przeciwdziałania problemom z zachowaniem oraz edukacji specjalnej lub regularnej edukacji przedszkolnej. Wcześniejsze programy wsparcia niemowląt i małych dzieci zrealizowane we współpracy z sądami pokazały, jak ważne jest zapewnienie takiej pomocy dla dobrostanu dzieci (Osofsky i in., 2007; Zeanah i in., 2001). Kwestionariusz ASQ-3 – popularne narzędzie do przesiewowych badań rozwoju – w połączeniu z obserwacjami klinicznymi umożliwił rozpoznanie opóźnień rozwojowych u dzieci. U niemal połowy dzieci zbadanych w ramach projektu występowały opóźnienia rozwojowe (zdiagnozowane lub podejrzewane) wymagające interwencji. Wszystkie dzieci skierowano do placówek oferujących pomoc niezbędną do przezwyciężenia trudności rozwojowych. Wymagało to wytrwałości, a w niektórych wypadkach współpracy z doradcami edukacyjnymi. W niemal wszystkich przypadkach dzieci przebyły zalecaną terapię rozwojową i odniosły z niej korzyści.

Wpływ na system opieki nad dzieckiem

Na podstawie materiałów multimedialnych dostępnych w *Harvard's Center on the Developing Child*² klinicyści realizujący projekt opracowali dla pracowników wymiaru sprawiedliwości i systemu opieki nad dzieckiem szkolenia dotyczące rozwoju mózgu u niemowląt i małych dzieci, przywiązania (więzi) oraz biologicznych skutków zaniedbywania i toksycznego stresu w okresie niemowlęcym oraz we wczesnym dzieciństwie. Te szkolenia przyczyniły się do podejmowania lepszych decyzji, co oznaczało mniejszą liczbę zerwanych relacji przywiązaniowych, wzrost częstości kontaktów dzieci z rodzicami biologicznymi oraz większą świadomość toksycznych wpływów stresu i traumy. W latach 2014–2015 klinicyści przeprowadzili szkolenia dla 130 koordynatorów prowadzących sprawy dzieci i rodzin z ramienia lokalnych służb ochrony dzieci oraz współpracujących z nimi agencji do spraw pieczy zastępczej, a także dla 20 prawników i pracowników socjalnych. W poprzednich latach członkowie zespołu realizującego projekt przeprowadzili szkolenia dla sędziów sądu rodzinnego oraz dla kierownictwa miejscowej agencji ochrony dzieci. Decyzje podejmowane przez sędziów oraz działania podejmowane przez pełnomocników prawnych w imieniu ich klientów świadczyły o lepszym zrozumieniu tych zagadnień i ograniczyły retraumatyzację.

DYSKUSJA

Włączenie usług pomocowych i specjalistycznej wiedzy dotyczącej zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci do praktyki systemu opieki nad dzieckiem wydaje się przynosić bezpośrednie korzyści zarówno dzieciom, jak i rodzicom, a także wywierać dodatkowy korzystny wpływ przez wzbogacenie bazy wiedzy i zmianę praktyki przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości oraz pracowników systemu opieki nad dzieckiem, odpowiedzialnych za prowadzenie spraw i podejmowanie decyzji.

Psychoterapia relacji dziecko–rodzic – czyli oparta na dowodach empirycznych, skoncentrowana na relacji interwencja wykorzystana w projekcie – umożliwiła doświadczonemu klinicyście obserwowanie natury i jakości interakcji dziecko–rodzic oraz pozwala na dostosowanie celów i metod terapii do swoistych potrzeb każdej diady. Jak się okazało, zastosowanie CPP poprawiło praktyki rodzicielskie w populacji rodzin borykających się z wieloma problemami, co potwierdza korzystne skutki interwencji skoncentrowanej na zdrowiu psychicznym niemowląt i małych

² www.developingchild.net.

dzieci w przypadkach trafiających do systemu opieki nad dzieckiem. Wzrost postaw odzwierciedlających empatię rodziców wobec dziecka, zaobserwowany w trakcie uczestnictwa w projekcie, świadczy o zwiększeniu wrażliwości i refleksyjności rodziców, które rozpoznano jako obszary deficytów u rodziców dzieci krzywdzonych (Lyons-Ruth, Connell, Zoll, 1987).

Uzyskane wyniki są również zgodne z głosami wzywającymi do rozszerzenia zakresu działań systemu opieki nad dzieckiem, tak aby ich celem było nie tylko bezpieczeństwo, lecz także dobrostan dziecka (USDHHS, ACF, ACYF, 2012). W projekcie skoncentrowano się na dobrostanie w ujęciu dwupokoleniowym – zdefiniowanym operacyjnie jako zapewnienie zaspokojenia wszystkich rozpoznanych potrzeb dziecka i rodzica w zakresie zdrowia fizycznego, zdrowia emocjonalnego, wsparcia społecznego i kompetencji funkcjonalnych. We wszystkich kontaktach klinicystów realizujących projekt – specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci – z partnerami reprezentującymi system opieki nad dzieckiem kładziono nacisk na przeprowadzane dwa razy w roku wszechstronne badania przesiewowe oraz ocenę (diagnozę) rodziców i dzieci. Klinicyści uczestniczący w projekcie potrafili wskazać formy pomocy oraz usługi potrzebne dziecku i rodzicowi, a także wspólnie z partnerami zadbać o to, aby zostały one zapewnione.

W projekcie osiągnięto 86% wskaźnik powrotów dzieci do rodziców biologicznych – istotnie wyższy niż wartość udokumentowana dla niemowląt i małych dzieci w skali całych USA. Świadczy to o poprawie wydolności wychowawczej rodziców uczestniczących w projekcie, którzy otrzymali również dodatkowe wsparcie, kiedy ich indywidualne, często złożone potrzeby zostały lepiej rozpoznane i zrozumiane, a ponadto uzyskali lepszy wgląd w potrzeby swoich dzieci. Ten wynik świadczy również o większej pewności, jaką odczuwali sędziowie, wiedząc, że rodzice uczestniczą w intensywnej, diadycznej interwencji razem ze swoimi dziećmi.

Wysoki wskaźnik powrotów do rodziców biologicznych wydaje się szczególnie godny uwagi, zważywszy, że 36% rodziców doświadczyło przynajmniej czterech form ACE. Według wczesnych badań taka liczba ACE jest skorelowana z dużą częstością występowania problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym (Felitti, Anda, 1997; Felitti i in., 1998), a w późniejszych badaniach okazała się czynnikiem odróżniającym rodziców, w których przypadku działania systemu opieki na dzieckiem kończą się niepowodzeniem, od tych, u których przynoszą one lepsze wyniki (Smithgall, DeCoursey, Yang, Hazeltine, 2012). Wydaje się, że głębsze zrozumienie traumatycznej przeszłości rodziców oraz ścieżek rozwojowych i środowiskowych, które przyczyniły się do ich problemów wychowawczych, było związane z opracowaniem skuteczniejszych strategii angażowania rodziców oraz interwencji, a także

lepszym zrozumieniem sytuacji przez sędziów. Wspólne wysiłki na rzecz wnikliwej oceny mocnych stron i słabości rodziców biologicznych oraz wykorzystania tej wiedzy do zmiany niewłaściwych praktyk rodzicielskich, z których powodu rodzina trafiła do systemu opieki nad dzieckiem, przyczyniły się do poprawienia umiejętności rodzicielskich, mierzonych przy użyciu wystandaryzowanego, trafnego narzędzia obserwacyjnego.

Szkolenia zaoferowane pracownikom systemu opieki nad dzieckiem przyniosły dodatkowe korzyści dzieciom i rodzinom. Zważywszy na duży udział niemowląt i małych dzieci w całej populacji dzieci w pieczy zastępczej oraz na utrzymujący się przez całe życie wpływ negatywnych doświadczeń w okresie niemowlęcym i we wczesnym dzieciństwie (Shonkoff, Phillips, 2000), nieodzowne są szkolenia z zakresu rozwoju dziecka oraz zasad wspierania zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci dla prawników (pełnomocników prawnych) oraz sędziów, którzy często nie dysponują wiedzą na temat rozwoju dziecka, mimo że są odpowiedzialni za podejmowanie decyzji o kluczowym znaczeniu dla losów dzieci. Szkolenia na temat rozwoju mózgu u niemowląt i małych dzieci kładły nacisk na pilną potrzebę uwzględniania środowiska (kontekstu) życia dzieci, ze szczególnym naciskiem na konieczność zapewnienia ochrony, troskliwych, wspierających relacji, stymulującego i bogatego językowo otoczenia, a także stabilności (zwłaszcza relacji). Szkolenia podważyły popularne wcześniej przekonanie o nadzwyczajnej odporności niemowląt, wynikające z pomylenia niedojrzałości z niewrażliwością na oddziaływanie. Szkolenia dotyczące przywiązania oraz potrzeby częstego kontaktu dzieci z rodzicami zabiegającymi o ich powrót do domu miały bezpośredni wpływ na to, jak adwokaci występowali w imieniu swoich klientów, i skutkowały wzrostem częstości kontaktów dziecko-rodzic. Częstsze spotkania sprzyjały umacnianiu więzi dzieci z rodzicami, którzy z nimi nie mieszkali, oraz zapewniały rodzicom okazję do ćwiczenia i doskonalenia nowych umiejętności

Projekt kładł również nacisk na zapewnienie stabilnego środowiska opiekuńczego niemowlętom, podkreślając negatywne skutki wielokrotnych zaburzeń więzi lub ich zerwania. Wyposażeni w tę nową wiedzę sędziowie podejmowali decyzje, które zapobiegały niepotrzebnym zmianom opiekunów (np. umieszczenie niemowlęcia w domu tymczasowym – *respite care* – na czas wyjazdu wakacyjnego rodziców zastępczych). Przyniosło to bezpośrednią korzyść w postaci wzrostu dobrostanu dzieci i może służyć jako przykład ważnych zmian praktyki dzięki współpracy interdyscyplinarnej oraz wzbogaceniu praktyki prawnej i sędziowskiej o naukową wiedzę dotyczącą rozwoju.

Do ograniczeń przedstawionego badania należy brak grupy kontrolnej. Ogólnokrajowe dane dotyczące losów niemowląt i małych dzieci w systemie opieki

nad dzieckiem (np. *National Survey on Child and Adolescent Well-Being*) są dostępne i zostały wykorzystane jako przybliżone wartości porównawcze. Ponadto „wykruszenie się” diad dziecko-rodzic w trakcie projektu – od skierowania przez rozpoczęcie uczestnictwa w programie do jego ukończenia – spowodowało spadek liczebności badanej próby. Jest to zjawisko typowe dla populacji objętych działaniami systemu opieki nad dzieckiem, które odzwierciedla zarówno deficyty funkcjonalne obserwowane u dużej części rodziców, których dzieci trafiły do pieczy zastępczej, jak i poważne obciążenia czasowe związane z realizacją planu wsparcia rodziny. Wreszcie, wnioski dotyczące bezpieczeństwa (np. brak recydywy krzywdzenia) i stałości są ograniczone przez to, że badacze mieli dostęp do takich informacji tylko w trakcie udziału rodzin w interwencji. Trudno oszacować, w ilu wypadkach do recydywy krzywdzenia mogło dojść po ukończeniu programu, kiedy zespół projektowy nie miał już kontaktu z daną rodziną. Podobnie nie wiemy, ile dzieci wróciło do rodziców biologicznych już po zakończeniu udziału w projekcie. Autorzy przyszłych badań o podobnym charakterze powinni zadbać o uzyskanie zgody na dostęp do akt rodzin w systemie opieki nad dzieckiem również po zakończeniu interwencji.

Przedstawiona intensywna interwencja nie tylko poprawiła sytuację niemowląt i małych dzieci oraz ich rodziców z nowojorskiej dzielnicy Bronx (tych, którzy byli w stanie zaangażować się w program), lecz także wskazała podstawowe zmiany niezbędne w systemie opieki nad dzieckiem. Władze stanowe powinny dostosować swoją politykę opieki nad niemowlętami i małymi dziećmi do aktualnej wiedzy naukowej na temat rozwoju dzieci. Szczególne podejście do niemowląt i małych dzieci powinno obejmować częstsze kontakty z rodzicami biologicznymi, mniej zmian opiekunów, szybsze osiągnięcie stałości środowiska opiekuńczego, zapewnienie właściwych usług klinicznych rodzicom, na których ciążyą zarzuty zaniedbywania i krzywdzenia, oraz intensywne wsparcie po powrocie dziecka do rodziny biologicznej. W niniejszym projekcie szczególnie korzystne okazały się ocena (diagnoza) rodzica i dziecka oparta na wiedzy o zdrowiu psychicznym niemowląt oraz wszechstronna interwencja relacyjna. Ponadto usługi z zakresu wsparcia zdrowia psychicznego, takie jak terapia CPP, powinny być powszechnie dostępne dla rodzin jako narzędzie profilaktyki, a nie tylko metoda interwencji po rozdzieleniu dziecka z rodziną biologiczną.

PODZIĘKOWANIA

Projekt zrealizowany przy wsparciu sądu rodzinnego w Miami (*Miami Child Well-Being Court*), który był pionierem podejścia relacyjnego – opartego na wiedzy o zdrowiu

psychicznym niemowląt i małych dzieci – do pracy z niemowlętami i małymi dziećmi w pieczy zastępczej, oraz z wykorzystaniem doświadczeń zespołów sądowych *Zero to Three Safe Babies Court Teams*.

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Child Abuse & Neglect*, 70 (2017) 190–198.

© 2017 Elsevier Ltd.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak.

BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index: (Short form)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Annie E. Casey Foundation Kids Count Data Center (2015). *Children in foster care by age group*. Pobrane z: <http://datacenter.kidscount.org>.
- Bavolek, S. (1999). *Adult adolescent parenting inventory –2*. Park City, UT: Family Development Resources.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. Pobrane z: <http://www.cebc4cw.org/program/child-parent-psychotherapy/>.
- Casanueva, C., Tueller, S., Dolan, M., Smith, K., Ringeisen, H. (2012). *NSCAW II wave 2 report: Child permanency. OPRÉ report #2013-28*. Waszyngton, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, the Administration for Children and Families.
- Casanueva, C., Fraser, J. G., Maze, C., Katz, L., Ullery, M. A., Stacks, A. M. i in. (2013). Evaluation of the Miami child well-being court model: Safety, permanency, and well-being findings. *Child Welfare*, 92(3), 73–95.
- Casey Family Programs (2013). *Making the case for early childhood intervention in child welfare: A research and practice brief*.
- Child Trends, ZERO TO THREE. (2013). *Changing the course for infants and toddlers, a survey of state child welfare policies and initiatives*. Waszyngton, DC: Publication #2013-36: Jordan, Szrom, Colvard, Cooper, DeVooght.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623–649.
- Comfort, M., Gordon, P. R. (2006). The keys to interactive parenting scale (KIPS): A practical observational assessment of parenting behavior. *NHSA Dialog: A Research-to-Practice Journal for the Early Intervention Field*, 9(1), 22–48.

- Comfort, M., Gordon, P. R., Naples, D. (2011). KIPS: An evidence-based tool for assessing parenting strengths and needs in diverse families. *Infants and Young Children*, 24(1), 56–74.
- Constantino, J. N., Ben-David, V., Navsaria, N., Spiegel, T. E., Glowinski, A. L., Rogers, C. E. i in. (2016). Two-generational psychiatric intervention in the Prevention of early childhood maltreatment recidivism. *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 566–573.
- Dunst, C. J., Jenkins, V., Trivette, C. M. (2007). *Family support scale: Reliability and validity*. Morganton, NC: Winterberry Press.
- Felitti, V. J., Anda, R. F. (1997). *The adverse childhood experiences (ACE) study*. Centers for Disease Control and Prevention. Pobrane z: www.cdc.gov/ace/index.htm.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. i in. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Harvard University, Center on the Developing Child, Multimedia Resources <http://developingchild.harvard.edu/resourcecategory/multimedia/2017>.
- Hindley, N., Ramchandani, P. G., Jones, D. P. H. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 91(9), 744–752.
- Hudson, L. (2011). Parents were children once too? *Zero to Three*, 31(3), 23–28.
- van IJzendoorn, M. H., Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment, universal and contextual dimensions. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*. Nowy Jork, NY – Londyn: Guilford Press.
- Jones Harden, B. (2007). *Infants in the child welfare system; A developmental framework for policy and practice*. Waszyngton, DC: Zero to Three.
- Letourneau, N., Tryphonopoulos, P., Giesbrecht, G., Dennis, C., Bhogal, S., Watson, B. (2015). Narrative and meta-analytic review of interventions aimed to improve maternal-child attachment security. *Infant Mental Health Journal*, 36(4), 366–387.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children*. Nowy Jork, NY: Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241–1448.

- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23(2), 223–232.
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Young children develop in an environment of relationships. Working Paper No. 1*. Pobrane z: <http://www.developingchild.net>.
- Osofsky, J. D., Kronenberg, M., Hammer, J. H., Lederman, C., Katz, L., Adams, S. i in. (2007). The development and evaluation of the intervention model for the Florida infant mental health pilot program. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 259–280.
- Perez-Albeniz, A., de Paul, J. (2003). Dispositional empathy in high- and low-risk parents for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(7), 769–780.
- Rosenstein, P. (1995). Parental levels of empathy as related to risk assessment in child protective services? *Child Abuse & Neglect*, 19(11), 1349–1360.
- Shonkoff, J. P., Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Waszyngton, DC: National Academies Press.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2252–2259.
- Smithgall, C., DeCoursey, J., Yang, D., Hazeltine, L. (2012). *Parents' past and families' futures: Using family assessments to inform perspectives on reasonable efforts and reunification*. Chicago, IL: Chapin Hall, University of Chicago.
- Squires, J., Bricker, D. (2009). *Ages & stages questionnaire* (3 wyd.). Baltimore, MD: Brooks Publishing Company.
- Stambaugh, L. F., Ringeisen, H., Casanueva, C. C., Tueller, S., Smith, K. E., Dolan, M. (2013). *Adverse childhood experiences in NSCAW. OPRE report #2013-26*. Waszyngton, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
- Toth, S. L., Maughan, A., Manly, J. T., Spagnola, M., Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory? *Development and Psychopathology*, 14(4), 877–908.
- U.S. Department of Health and Human Services, Human Services, Administration on Children, Youth and Families, & Children's Bureau (2012). *Information Memorandum: Promoting social and emotional well-being for children and youth receiving child welfare services (ACYF-CB-IM-12-04)*. Pobrane z: <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/im1204.pdf>.

- U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, & Children's Bureau. (2015). *Child maltreatment 2013*. Pobrane z: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
- Wildfire, J., Barth, R. P., Green, R. L. (2007). Predictors of reunification. W: R. Haskins, F. Wulczyn, M. Webb (red.), *Child protection: Using research to improve policy and practice* (s. 155–170). Waszyngton, DC: Brookings Institution.
- Wulczyn, F., Chen, L., Collins, L., Ernst, M. (2011). The foster care baby boom revisited: What do the numbers tell us? *Zero to Three*, 31(3), 4–10.
- Wulczyn, F., Ernst, M., Fisher, P. (2011). *Who are the infants in out-of-home care? An epidemiological and developmental snapshot*. Chicago, IL: Chapin Hall, University of Chicago.
- Zeanah, C. H., Larrieu, Heller, J. A., Valliere, S. S., Hinshaw-Fuselier, J., Aoki, S. i in. (2001). Evaluation of a preventive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 214–221.
- ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, revised (DC:0-3R)*. Waszyngton, DC: Zero to Three.

IMPROVING OUTCOMES FOR BABIES AND TODDLERS IN CHILD WELFARE: A MODEL FOR INFANT MENTAL HEALTH INTERVENTION AND COLLABORATION

Children under three comprise a sizable and growing proportion of foster care placements. Very young children who enter the child welfare system experience disruptions of critical attachments that are essential to this formative stage of brain development, as well as other traumatic events, leaving them at great risk for lifelong impairments. To reverse these concerning outcomes, babies who have been removed from their homes require intensive, relationship-based interventions that promote secure attachment to a primary caregiver and holistic attention the child's developmental needs. Child welfare decision-makers must be informed of infant brain development and knowledgeable about the particular needs and circumstances of each child. This article describes a model with these features that has been developed and tested in the Bronx, New York, one of the nation's poorest urban counties with high rates of foster care. The Project utilizes evidence-based Child-Parent Psychotherapy (CPP) as its core intervention, and emphasizes collaboration and information sharing– driven by

the CPP clinician – with judges, child welfare workers, attorneys and other social service and mental health providers, thereby encouraging developmentally and relationally informed case planning and permanency decisions. The model is evaluated using pre and post treatment psychosocial measures and program outcome data. Results indicate improvement in parenting interactions, positive child welfare outcomes (including increased rates of reunification, fewer returns to foster care), and improved safety and well-being. Results highlight the need for child welfare practices to be more closely aligned with the current science of infant brain development, and to incorporate a specialized approach to address the unique needs of infants.

KEYWORDS:

CHILD-PARENT PSYCHOTHERAPY, INFANT MENTAL HEALTH, FOSTER CARE, ATTACHMENT DISRUPTION, CHILD WELFARE OUTCOMES, TOXIC STRESS

Cytowanie:

Chinitz, S., Guzman, H., Amstutz, E., Kohchi, J., Alkon, M. (2018). Ochrona zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci: model interwencji i współpracy służb społecznych. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(4), 143–166.



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