

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2002	R. XLV (LVIII)	T. 1 (18)	s. 83–100
------------	--	---------------	-------------------	--------------	-----------



Dorota IWANIEC

Pomoc dzieciom krzywdzonym emocjonalnie i zaniedbywanym oraz krzywdzącym opiekunom

Wśród czterech głównych typów maltretowania opisywanych w literaturze — przemoc fizyczna, seksualna, zaniedbywanie i krzywdzenie emocjonalne — najpoważniejsze problemy definicyjne, a stąd trudności sformułowania pojęcia dla celów interwencyjnych, dotyczą przemocy emocjonalnej. Jest ona postrzegana zarówno jako wymiar przemocy towarzyszący wszystkim pozostałym typom, jak i samodzielnie występująca forma krzywdzenia. Za nadużycia (krzywdzenie) emocjonalne uznaje się te zachowania, które są psychologicznie destrukcyjne (szkodliwe) dla funkcjonowania dziecka w sferze zachowaniowej, poznawczej, uczuciowej oraz fizycznej (Brassard, Germain, Hart, 1987). Zaniedbywanie dotyczy braku występowania pewnych aktywności, zachowań rodziców w zakresie ochrony dziecka przed krzywdą, niebezpieczeństwem, chorobą; obejmuje ono sytuacje niezapewnienia podstawowej opieki i wsparcia w sferze kontaktu emocjonalnego, nadzoru, pożywienia, bezpieczeństwa, edukacji, jak też niedostarczanie odpowiednich zewnętrznych bodźców stymulujących i odpowiednich warunków środowiskowych (Wolfe, 1990).

Wymienione cztery kategorie nadużyć często współwystępują, tworząc zniechęcająco skomplikowaną, wielozakresową i wielopoziomową sprawę dla potencjalnego terapeuty. Nic dziwnego, iż zakres możliwych interwencji, jakie mogą być w sprawie zastosowane, okazuje się duży i zróżnicowany.

Jakiegokolwiek inne czynniki mają tu znaczenie, przemoc emocjonalna jest „wspierana” rodzicielską obojętnością, uzewnętrzniającą i uwidaczniającą głęboko zakorzenione emocjonalne odrzucenie dziecka. Wzajemne wpływy różnych typów (przemocy?) nie są dostatecznie rozumiane, utrudniając rozwiązywanie wielu kwestii w tym złożonym psychospołecznym problemie, a tym samym sformułowanie spójnego planu naprawczego. Kolejną komplikację stanowi brak wystarczającej ilości klinicznych prób, stąd poparte empirycznie wskazania naprawcze nie mogą być traktowane z pełnym zaufaniem.

Podstawowym punktem zainteresowania jest sprawca przemocy. W żaden sposób leczenie dziecka nie może być efektywne i znaczące bez zmiany zachowania i nastawienia rodziców. S. T. Azar, M. M. Ferrare i S. J. Brenton (1998) uważają, iż niosąc bezpośrednie ryzyko dla dziecka, interwencje wobec rodzin, w których spotyka się przemoc / nadużycia, muszą na wstępie być ukierunkowane na braki w umiejętnościach rodzicielskich, zachowania agresywne i odrzucające (np. wzbudzanie odpowiedzialności, stosowanie pozytywnych strategii kierowania, komunikacja), na radzenie sobie ze stresem, umiejętność kontroli emocji oraz na oparte poznawczo strategie (np. rozwiązywanie problemów, ponowne kształtowanie obrazu, poznawcza restrukturyzacja zachowania dziecka). Chociaż rodzina dziecka bywa zazwyczaj głównym obiektem interwencji, zainteresowanie terapeutyczne może zmieniać się (lub dryfować) pomiędzy kilkoma poziomami (zob. tabela 1)

Tabela 1

Potencjalne interwencje

Poziom systemowy	Poziom diadyczny (interakcje / relacje)	Poziom indywidualny
1	2	3
Grupowa dyskusja / terapia rodzinna Spisywanie kontraktów Trening negocjacji Lokalizacja różnic Uzgodnienia co do ewentualnych problemów Wzmacnianie komunikacji	wzmacnianie pozytywnych interakcji programy operacyjne wzmocnienia pozytywne — koncentracja na dobrych zachowaniach dziecka zmniejszenie stosowania gróźb, krytycyzmu zachęcanie do zabaw z dzieckiem (włączając demonstrowanie i modelowanie)	Rodzic / opiekun trening w zakresie efektywnych sposobów opieki nad dzieckiem (np. stosowanie odpowiednich sankcji, ustanawianie granic, chwalenie) poradnictwo rozwojowe dla rozbudowy wiedzy / likwidacja błędnych sposobów percepcji i atrybucji restrukturyzacja poznawcza (zmiana obrazu / schematu dziecka)

cd. tab. 1

1	2	3
Jasne ustalenie ról i reguł	wzrost spójności	redukcja nadmiernego lęku, złości, cynizmu
Ulepszanie fizycznych / środowiskowych zasobów	negocjacja jasnych, nielicznych, wyraźnych zasad	relaksacja dialog wewnętrzny
(troska o dziecko / opieka dzienna)	praca w zakresie konfliktów/starć	trening samokontroli
Restrukturyzacja poznawcza (ponowne kształtowanie obrazu)		Dziecko polepszanie umiejętności życiowych terapia zabawowa systematyczna desensytyzacja (uodpornienie) trening umiejętności

Praca terapeutyczna z dziećmi — ofiarami przemocy emocjonalnej — rzadko jest prowadzona wyłącznie na poziomie diadycznym, aczkolwiek zaburzenia emocjonalne pewnej grupy dzieci (z problemami lękowymi i poczuciem bezpieczeństwa) mogą wymagać indywidualnej terapii zabawowej lub psychoterapii (zob. Kneill, 1998; Kazdin, 1987 — omówienie tych metod). Najczęściej pracownik socjalny lub sektora zdrowia psychicznego styka się z problemami stanowiącymi (w wielu wypadkach) strategię pozyskania uwagi lub bliskości opiekuna, który jest obojętny (niewrażliwy) na prospołeczne komunikaty dziecka. Są one ukierunkowywane na pobudzanie opiekuńczego rodzicielstwa, którego cechy wyszczególniono w tabeli 2.

Tabela 2

Cechy opiekuńczego rodzicielstwa

Potrzeby emocjonalne	Niektóre kryteria definicyjne
1	2
Uczucia	uczucia obejmują kontakt fizyczny, pochwały, dotykanie, obejmowanie, pocieszanie, pobłażliwość, czułość, okazywanie zainteresowania, komunikowanie się
Bezpieczeństwo	bezpieczeństwo oznacza stałość opieki, przewidywalne środowisko, spójną kontrolę, ustabilizowane wzory opieki i rytmu dnia, jasne i zrozumiałe reguły, harmonijne związki rodzinne, poczucie ciągłości trwania rodziny i domu

cd. tab. 2

1	2
Odpowiedzialność	odpowiedzialność włącza dyscyplinę odpowiednią do poziomu rozwoju dziecka, dostarczanie modeli do naśladowania, wskazywanie barier, kształtowanie dbałości o innych
Niezależność	niezależność implikuje tworzenie dziecku możliwości robienia coraz więcej w sposób niezależny i podejmowania własnych decyzji, początkowo w drobnych kwestiach, a stopniowo w sprawach poważniejszych
Wrażliwość	wrażliwość oznacza stosowne, spójne, odpowiednie działania dla zaspokojenia potrzeb dziecka
Stymulacja	stymulacja oznacza wspieranie ciekawości i zachowań eksploracyjnych przez pochwały, udzielanie odpowiedzi na pytania, udział w zabawach, stwarzanie możliwości kształcenia, i nowych doświadczeń

S. T. Azar, M. M. Ferrare i S. J. Breton (1998) zwracają uwagę na monitorowanie bezpieczeństwa dziecka; istotne jest, by praca indywidualna z dzieckiem i / lub z całą rodziną łączyła się jednocześnie z podejściem grupowym (np. wsparcie sąsiedztwa, dyskretny nadzór agencji ochrony dzieci).

Terapia rodziny lub trafniej — terapie rodziny mogą być stosowane wobec całego kompleksu problemów nazywanych ogólnym terminem „nadużycia / krzywdzenie emocjonalne”. Występuje tu wiele możliwości / wariantów (zob. Herbert, 1998). F. P. Piercy, D. Sprenkle i inni (1986) opisali 54 techniki (umiejętności techniczne) występujące w głównych typach terapii rodziny; N. Walsh (1982) wymienił zróżnicowane założenia leżące u podstaw różnych modeli (tabela 3. prezentuje adaptację streszczenia tych założeń).

Ukazane w tabeli 2. rodzaje stosowanych terapii zdają się oferować pomoc wobec jednego skutku lub wielu następstw nadużyć emocjonalnych opisanych wcześniej.

Od lat brak uzgodnień dotyczących odpowiedniego ukierunkowania w terapii rodziny (tj. czy wszyscy członkowie, podgrupy czy jednostki?). Stale też utrzymują się i inne kontrowersje bądź luki w naszej wiedzy: Jak dotrzeć do wzorów rodziny, które wiążą się funkcjonalnie z codziennymi specyfikacjami (szczegółami życia rodziny), oraz do syndromu specyfikacji określonego problemu? Jak spowodować w sposób bardziej efektywny zmianę i jak ewaluować taką zmianę? Jak uczynić zniechęcającą (klientów) terapię bardziej przyjazną? (zob. Herbert, 1998). Każdy z modeli terapii rodziny może być wykorzystany w ofercie pomocy emocjonalnie krzywdzącym opiekunom. Kwestie kulturowych lub etnicznych modyfikacji wymagają szczególnej wrażliwości (uwzględnienia) w takim czy innym podejściu (zob. McGoldrick, Giordano, Pearce, red., 1996).

Tabela 3

Główne modele terapii rodziny

Model terapii rodziny	Obraz prawidłowego funkcjonowania rodziny	Obraz dysfunkcji, symptomy	Cele terapii
1	2	3	4
Strukturalny	1) stałe, wyraźne granice 2) hierarchia z silnym sub-systemem rodzicielskim 3) plastyczność systemu pod względem: a) autonomii i wzajemnej zależności b) indywidualnego rozwoju i utrzymania systemu rodzinnego c) ciągłości i adaptacyjnych restrukturyzacji w odpowiedzi na wewnętrzne zmiany rodziny (rozwojowe) oraz zewnętrzne (środowiskowe) wymagania	symptomy wynikają z aktualnego strukturalnego braku równowagi: a) zaburzone funkcjonowanie hierarchiczne b) nieprzystosowawcze reakcje na zmieniające się wymagania (rozwojowe, środowiskowe)	reorganizacja struktury rodziny a) zmiana względnych pozycji członków w celu rozbicia błędnie funkcjonujących wzorców i wzmocnienie hierarchii rodzicielskiej b) stworzenie wyraźnych, elastycznych granic c) mobilizacja bardziej adaptacyjnych wzorców alternatywnych
Strategiczny	1) elastyczność (plastyczność) 2) obszerny repertuar zachowań dla: a) rozwiązywania problemów b) przekraczania cykli życiowych 3) wyraźne reguły rządzące hierarchią	1) multiprzyczynowość problemów: symptomy utrzymywane przez: a) nieudane próby rodziny rozwiązywania problemów b) niezdolność rodziny do przystosowania się do życiowych przemian c) dysfunkcyjna hierarchia; trójkąty koalicyjne przecinające (w poprzek) hierarchię 2) symptom jest aktem komunikacyjnym osadzonym we wzorze interakcji	rozwiązywanie aktualnych problemów; specyficzne behawioralnie zdefiniowane cele; przerwanie sztywnego koła komunikacji: zmiana symptomu utrzymanie sekwencji dla nowych rezultatów
Interakcyjny (<i>interchange of social exchange</i>)	1) nieprzystosowawcze zachowania nie są wzmacniane 2) zachowania adaptacyjne są nagradzane 3) w wymianie życia prze-ważają nad kosztami 4) długoterminowa wzajemność	nieprzystosowawcze symptomatyczne zachowania są wzmacniane przez: a) zwrócenie zwrócenie uwagi rodziny i nagrody b) deficyty nagród w wymianie (np. przymus) c) zaburzenia (braki) komunikacji	1) stałe obserwowalne cele behawioralne: zmiana przypadkowości społecznych wzmocnień (interpersonalne konsekwencje zachowania): a) nagrody za zachowania adaptacyjne b) brak nagród brak nagród za zachowania nieprzystosowawcze

1	2	3	4
Psycho- dyna- miczny	1) osobowości rodziców a związku wyraźnie różnicowane 2) percepcja relacji oparta na aktualnej rzeczywistości a nie na projekcji przeszłości 3) równość związku 4) warunki zadaniowe rodziny: a) koalicja rodziców b) granice pokoleniowe c) role rodzicielskie zgodne z picią	symptomy spowodowane procesami projekcji rodziny, wywodzącymi się z konfliktów i kłopotów mających źródło w rodzinie	1) wgląd i rozwiązanie źródeł konfliktów i kłopotów rodziny 2) procesy projekcji rodzinnej 3) rekonstrukcja więzi i związku 4) rozwój indywidualny i rodziny
Systemowa tera- pia ro- dziny	1) różnicowanie siebie 2) intelektualno-emocjonalna równowaga	1) funkcjonowanie obciążone związkiem z rodziną pochodzenia: a) słabe różnicowanie b) lęk (reaktywność) c) protekcja rodzinna d) triangulacja	1) różnicowanie 2) funkcjonowanie poznawcze 3) emocjonalna reaktywność. Modyfikacja związków z systemem rodziny: a) detriangulacja b) odbudowa więzi

O. Stevenson (1998) podkreśla, iż sposób rozumienia przemocy emocjonalnej i zaniedbywania zależy od czynników kulturowych. Jeśli ogólne standardy życiowe są ubogie, jak na przykład w obecnej Rosji, problem może być niewidoczny (ukryty) w różnorodności innych bardziej widocznych ekonomicznych czy rodzicielskich niedociągnięć. W Holandii ponad 40% dzieci zarejestrowanych jako ofiary przemocy zostało uznanych jako krzywdzone emocjonalnie (Sluckin, Dolan, 1989). Z Duńskiego Raportu Narodowego (z 1999 roku) wynika, iż fizyczne i emocjonalne zaniedbywanie były najczęściej rozpoznawanymi kategoriami przemocy.

S. T. Azar i D. Wolfe (1989) podsumowali czynniki, które utrudniają udostępnienie terapii dzieciom z rodzinami krzywdzącymi:

- zaparcie się rodziców (zaprzeczanie);
- preferowanie przez rodziców zachowań polecanych (sugerowanych) zamiast refleksji i pracy nad wglądem w siebie;
- mandatowa obsługa terapii odzwierciedlająca bardziej dbałość o to, by nie zmarnować dziecka niż autentyczne / prawdziwe zainteresowanie zmianą.

Trudności skłaniają do poznawczo-behawioralnego stosunku do rodziców oraz dzieci. Są to interwencje oparte na założeniu, że nieprzystosowawcze procesy poznawcze prowadzą do zachowań dysfunkcyjnych i że zmiana zachowania jest powodowana przemianą owych procesów poznawczych — takich

wewnętrznych czynności poznawczych, jak: percepcja, przekonania, samopercepcja, atrybucje, oczekiwania i wyobrażenia. Takie programy interwencyjne były z powodzeniem stosowane wobec dzieci i / lub rodziców w sytuacjach przemocy emocjonalnej (Herbert, 1993, 1998). Pośród stosowanych metod można wyróżnić:

Trening samokształcenia. Jednostki uznają samookreślenie (samopercepcję) (*self-statements*) lub dialog wewnętrzny (*self-talk*) za wiarygodne i logicznie związane z daną sytuacją. Na przykład dziecko wykazujące silną awersję przed ocenami społecznymi może myśleć: „Jeśli zrobię błąd, nauczyciel i inne dzieci mogą pomyśleć, że jestem głupi, przecież wszyscy tak myślą”. Te samookreślenia podpierają (wspierają) funkcje poznawcze, takie jak: samokształcenie, samokontrola, samoocena i samowzmacnianie. Modyfikacja samookreśleń w celu osiągnięcia samokontroli przez trening samokształcenia była stosowana z powodzeniem wobec hiperaktywnych (nadpobudliwych) agresywnych chłopców (również dzięki modelowaniu) (zob. Herbert, 1994).

Przyjęcie ról i perspektyw innych osób. Programy te mają zachęcić klientów (tj. rodziców) do spojrzenia na siebie z perspektywy innych osób (np. własnych dzieci), by rozwijać ich umiejętności i zdolności podejmowania się ról w sposób, który wzmacnia (rozwija) ich zachowania opiekuńcze. Interwencje wobec rodziców zwykle łączą się z elementami treningu samokontroli (np. radzenie sobie ze złością) oraz rozwiązywania problemów. Wspiera się również poszukiwania przez dziecko bliskości z opiekunem (*proximity-seeking* — dążenie do bliskiego kontaktu z podstawowym opiekunem), a także zachowania wzmacniające więzi (w sytuacji zahamowania rozwoju dziecka *non-organic failure-to-thrive* — w Polsce termin pojawił się jako „syndrom dziecka nierosłego”). Oczywiście, zwykle trzeba rozwiązywać liczniejsze problemy rodziny. Podejście terapeutyczno-pomocowe może obejmować takie kwestie, jak:

- cechy rodziców: nadużywanie alkoholu, brak umiejętności kształtowania więzi i umiejętności wychowawczych, błędne wyobrażenia o dziecku, niska samoocena, nieskuteczne komunikowanie się, stosowanie przymusu, postawy karzące, brak dozoru nad dzieckiem;
- cechy dziecka: mała uległość i buntowniczność, brak powściągliwości, niezmienne, nieodpowiednie reakcje na różne sytuacje, niepełnosprawność;
- specyficzne interakcje między dzieckiem a opiekunami: przymusowa / awersyjna komunikacja, wzajemne unikanie się, niestosowne, niekonsekwentne (prawdopodobnie nieprzypadkowe) przymuszanie / karanie;
- znacząca obecność innych w rodzinie: wtrącanie się, obalanie autorytetu matki przez dziadków, seksualna / fizyczna przemoc ze strony krewnych / lokatorów itp.;
- czynniki środowiskowe: ubóstwo, przeludnienie, izolacja społeczna.

Specyficzne techniki stosowane w razie występowania wymienionych problemów zostały wyszczególnione w literaturze (zob. Herbert 1993; Iwaniec, Herbert, 1999). Wyniki kilku badań nad treningiem umiejętności rodzicielskich (*Parent Management Training — PMT*) ujawniły poprawę opieki nad z dzieckiem oraz redukcję przemocy.

Trening umiejętnego postępowania rodzicielskiego (behawioralny trening ukierunkowany na rodzica)

Dzieci przejawiające zaburzenia i deficyty rozwojowe znajdują się w sytuacji szczególnego ryzyka stania się ofiarą fizycznych oraz emocjonalnych nadużyć. Profesjonaliści przeprowadzający programy behawioralnego treningu ukierunkowanego na rodzica (*Behavioural Parent Training — BPT*) opierają własne działania zwykle na fakcie, iż postępowanie rodziców dzieci przejawiających problemy zachowania charakteryzuje się swoistą nieudolnością. Wydają zbyt wiele nakazów, zwracają uwagę na dziecko w następstwie jego nieodpowiedniego zachowania, którego prawdopodobnie nie postrzegają jako dewiacyjnego, często angażują się we wrogą wymianę komunikatów, wydają dziecku mgliste, niejasne polecenia, a tym samym przejawiają ogólną nieefektywność w powstrzymywaniu dewiacyjnego zachowania własnego dziecka (Patterson, 1982). Rodzice w czasie terapii biorą udział w swoistym prowadzeniu ukierunkowanym na zwiększenie zakresu pozytywnych interakcji z dziećmi dzięki zastosowaniu działań zabawowych oraz innych aktywności, a także dzięki wskazywaniu elementów pozytywnych w ich własnym postępowaniu. Rodzice zachęceni są do wzmocnienia prawidłowych zachowań dzieci za pomocą pochwał, zachęt oraz innych nagród. Ćwiczy się ich również w umiejętnościach nauczania dziecka zachowań nagradzających wewnętrznie lub takich, które powodują, iż wcześniej nieosiągalne wzmocnienia stają się dla niego dostępne.

Rodzicom udziela się asysty w działaniach związanych z ograniczaniem zbędnych poleceń, z wprowadzaniem jednoznacznych reguł oraz ograniczeń, a także spójnych zasad ich przestrzegania. W celu realizacji wspomnianych zadań przekazuje się im umiejętności stosowania w codziennych sytuacjach krótkich, delikatnych, niegwałtownych sankcji, takich jak rozsądne ignorowanie, zmiana przedmiotu aktualnego zainteresowania, utrata przywilejów oraz ponoszenie logicznych konsekwencji zdarzeń. Przekazuje się im również podstawy pozwalające zrozumieć oraz zanalizować problematyczne zachowania.

G. R. Patterson (1982) wskazał, analizując sekwencje interakcji rodzinnych (zwłaszcza działania wzmocnień negatywnych) w środowisku domowym, na perswazyjność rodzinnych wzorców eskalacyjnych, przymusowych relacji interpersonalnych jako na elementy wywierające niszczący wpływ na życie rodzinne, w ogólności zaś na relację rodzic — dziecko. Wspomniane czynniki okazują się szczególnie niesprzyjające dla normalnego moralnego oraz społecznego rozwoju dziecka.

Funkcjonalna Terapia Rodzinna

Niektórym rodzinom trudno sprostać wymaganiom związanym ze współpracą w trakcie udziału w Behawioralnej Terapii Rodzinnej (*Behavioural Family Therapy — BFT*). J. E. Alexander wraz ze współpracownikami przeprowadzili integrację elementów strategicznej oraz strukturalnej terapii rodzinnej z *BFT* (Alexander, Parsons, 1982). Kombinacja ta określona została jako Funkcjonalna Terapia Rodzinna (*Functional Family Therapy — FFT*), autorzy zademonstrowali w niej zwiększony zakres kooperacji w interwencji ukierunkowanej na zachowanie w pracy z przestępcami. Teoria leżąca u podstaw *FFT* mówi, iż większość problematycznych zachowań podporządkowana jest wystąpieniu istotnych potrzeb interpersonalnych, takich jak tworzenie oraz regulowanie zakresu dystansu lub intymności w ramach relacji. W ramach realizacji *FFT* celem staje się pomoc członkom rodziny w zaspokojeniu tych indywidualnych potrzeb dzięki zachowaniom nieproblematycznym.

Carolyn Webster-Stratton z Uniwersytetu Washingtona w USA oraz inni badacze opisali własne programy, które poddane zostały ostrożnej ewaluacji (zob. Webster-Stratton, 1991; Webster-Stratton, Herbert, 1994; Herbert, Wooley, 1997). Stanowiący podstawę proces pomocy, zalecany w pracy z rodzicami dzieci wykazujących zaburzenia zachowania, jest modelem opartym na elemencie współpracy. Współpraca implikuje powstanie wzajemnej relacji opartej na stosowaniu zarówno wiedzy terapeuty, jak i jednostkowych (jedynych w swoim rodzaju) sił rodziców. Współpraca pociąga za sobą szacunek dla wkładu każdej osoby, pozwala tworzyć relacje wolne od przypisywania komukolwiek winy i oparte na zaufaniu oraz otwartej komunikacji. Stworzenie takiej sytuacji implikuje wprowadzenie elementu aktywnego udziału rodziców w ustanawianiu celów oraz w tworzeniu planu terapii. Jasno widoczny jest tutaj wpływ C. Rogersa (1951). Trening Umiejętnego Postępowania Rodzicielskiego (*Parenting Management Training — PMT*), przejmując oparty na współpracy styl oddziaływań oraz

stosując kognitywno-behawioralne metody zmiany (zob. Webster-Stratton, Herbert, 1994), ma na celu nauczenie rodziców wzmocnienia społecznie poprawnych zachowań dzieci oraz stosowania odpowiednich sankcji w odpowiedzi na nieodpowiednie zachowania.

Badania prowadzone przez Iwaniec (1997) wskazują na efekty treningu dwóch grup rodziców dopuszczających się nadużyć emocjonalnych. W grupie pierwszej zastosowano jedynie trening indywidualny (włączając doradztwo rozwojowe, kierowanie behawioralne, pracę kognitywną z rodzicami, ukierunkowaną na ich postawy, percepcję, wierzenia oraz uczucia); w tym czasie grupa druga poddana została dodatkowemu treningowi pracy grupowej. Podczas gdy zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie stwierdzono poprawę w sposobie odnoszenia się do dzieci oraz traktowania ich, wśród uczestników grupy drugiej zauważono znaczące polepszenie w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów, w kontaktach społecznych, w radzeniu sobie ze stresem oraz z nastrojami depresyjnymi. Późniejsza niezależna ewaluacja ujawniła większą trwałość pozytywnych uczuć rodziców wobec ich dzieci oraz wyższy poziom ogólnej satysfakcji życiowej. Badania wykazały, że w celu polepszenia jakości życia dzieci potrzeby rodziców oraz ich problemy osobiste muszą być uznane w terapii oraz wzięte pod uwagę w działaniach leczniczych w tym samym czasie.

Wielu rodziców, których spotykamy w Grupach Treningu Umiejętności Postępowania Rodzicielskiego (Herbert, Wooley, 1997), cierpi na depresję, wykazuje objawy demoralizacji oraz ma poczucie braku efektywności w odgrywaniu własnych ról rodzicielskich. Naszym głównym celem jest wzmocnienie ich poczucia własnej wartości oraz kompetencji w zakresie wychowywania dziecka, przekazanie im swoistej „odporności” (rozumianej jako specyficzna nadzieja) na dotychczasowe postawy / cechy fatalizmu, depresyjności i na poczucie beznadziejności. Aby to osiągnąć, pomagamy im nie tylko polepszyć jakość doświadczenia rodzicielskiego (dzięki braniu pod uwagę zarówno ich własnych potrzeb, jak i potrzeb ich dziecka), ale także wzmocnić poczucie, że to ich własne myśli i działania, ukierunkowane na rozwiązanie problemów, są elementami kontrolującymi wspomniane doświadczenie.

Teoria „deficytu kompetencji rodzicielskich” (*parenting skills deficit*) dotycząca zaburzeń zachowania pomagała osiągnąć obiecujące efekty i udoskonalić działania interwencyjne, zmuszając praktyków do precyzyjnego zidentyfikowania tych behawioralnych kompetencji umiejętnego postępowania, na których należy oprzeć programy lecznicze (np. Herbert, 1987b; Kazdin, 1993, 1997; Patterson, 1982). Niemniej jednak, ścisła przynależność do modelu deficytowego może także doprowadzić do niepowodzenia w pracy ze znaczną liczbą rodzin, zwłaszcza wtedy, gdy rodzice dopuszczają się nadużyć. Przyczyną jest zapewne fakt zignorowania przez nas stresujących czynników (ekonomicznych oraz psychospołecznych), które mogą spowodować trudno-

ści lub czasem porażkę w wypełnianiu funkcji rodzicielskich, tłumacząc jednocześnie wystąpienie wskazanej sytuacji. W odniesieniu do tych czynników rodzice mają albo małą kontrolę, albo w ogóle są jej pozbawieni. Jeżeli chcemy zwiększać własną efektywność w pracy z rodziną przeżywającą opisany rodzaj problemu, musimy wiedzieć, co oznacza fakt bycia rodzicami wychowującymi dzieci w niepomysłnych, osobistych i społecznych, okolicznościach, kiedy dziecko okazuje się oporne na oddziaływania wychowawcze. Partnerski (lub oparty na współpracy) model pracy z rodzicami bierze pod uwagę tę właśnie specyficzną sytuację.

By rozbudzić w rodzicach świadomość sytuacji, w jakiej funkcjonują, a także by ukształtować ich zdolność korygowania niewłaściwych odpowiedzi kierowanych do dzieci, mogą zostać zastosowane różnorodne techniki. Bardzo efektywna jest praca oparta na utrwalaniu na taśmie video interakcji rodziców stale krytykujących, strofujących, upokarzających, ośmieszających oraz reagujących wrogością wobec własnych dzieci. Przykłady rodzicielskich zachowań charakteryzujących się elementami nadużyć emocjonalnych są nagrywane, a następnie odtwarzane rodzicom; w ten sposób mają oni możliwość przyjęcia się oraz przysłuchania własnym zachowaniom. Proszeni są o zwrócenie szczególnej uwagi na ton własnego głosu w momencie, kiedy zwracają się do dziecka, na sposób kontaktu wzrokowego, ekspresji mimicznej, oraz ogólnie na elementy języka ciała. Proszeni są także o zaobserwowanie nacechowanych złością oraz lękiem reakcji dziecka wobec nich, oraz obaw, jakie przejawiają w ich towarzystwie. Wpływ emocjonalnych nadużyć rodzica wobec dziecka omawiany jest w terminach bezpośredniego bólu jak również w kategoriach długoterminowych skutków, takich jak ograniczenie rozwoju poczucia własnej wartości oraz zaufania wobec własnej osoby, poczucia przynależności oraz bezpieczeństwa, a także ogólnego poczucia bycia kochanym i chcianym.

Rodzice proszeni są o wyobrażenie sobie, w jaki sposób by się czuli i jak reagowaliby, gdyby byli traktowani w taki sam sposób, jak odnoszą się do własnego dziecka. Owa prośba o skoncentrowanie się na własnym szorstkim i wrogim zachowaniu może pomóc rodzicom wejść w kontakt z uczuciami własnymi oraz własnego dziecka, a w rezultacie — odczuć oraz uznać ból i zranienia zadawane dziecku. Rodzice proszeni są o obserwowanie odgrywanych przez terapeutę ciepłych, zachęcających oraz opiekuńczych zachowań podczas interakcji z dzieckiem. Z kolei sami zapraszani są do odegrania ich wraz z dzieckiem, co utrwała się na taśmie video, odtwarza oraz poddaje pod dyskusję.

Podobne ćwiczenia okazują się efektywne w pracy z rodzeństwem przejawiającym wobec siebie zachowania wrogie, z dziećmi odrzuconymi, oraz w radzeniu sobie z problemami napotykanymi w instytucjach (przypadki znęcania się nad słabszymi oraz zastraszanie emocjonalne).

Depresja poporodowa jako czynnik sprzyjający pojawieniu się nadużyć emocjonalnych oraz zaniedbania dziecka

Badania prowadzone w ostatnim czasie pozwoliły wykryć skutki cierpienia matki, wywołanego depresją poporodową, dla rozwoju dziecka (Murray i inni, 1991a i b). Matka w tym wypadku może przejawiać obojętność wobec niego, co przypomina wycofanie się z kontaktu. Wystąpienie relatywnego zahamowania poznawczego rozwoju dziecka może w znaczącym stopniu stanowić odniesienie do jakości relacji matka — dziecko w okresie pourodzeniowym. L. Murray i P. J. Cooper (1991), nawiązując do teorii więzi w psychoterapii indywidualnej, jak sformułował to J. Bowlby (1988), utrzymują, iż w celu leczenia sytuacji braku bezpieczeństwa w relacji matka — dziecko konieczne jest podjęcie dogłębnej eksploracji historii więzi, w których obrębie funkcjonowała matka. Opisują przykład matki doświadczającej depresji w okresie pourodzeniowym pomimo dobrego wsparcia ze strony męża oraz rodziny. Przez okres 18 miesięcy utrzymywała z córką więź unikającą, dlatego z radością zaakceptowała ofertę terapii krótkoterminowej. Okazało się, że matkę dziecka łączył bardzo odległy emocjonalnie związek z własną matką, jednocześnie bardzo chciała uniknąć powtórzenia sytuacji w relacji z własnym dzieckiem. Proces leczenia skoncentrowano przede wszystkim na przypominaniu poszczególnych epizodów oraz uczuć złości, jakie pojawiały się w czasie dzieciństwa matki. Stopniowo leczenie zogniskowano na etapie tu i teraz, matka była w stanie uznać, że czuła się niszczone przez brak uczucia wobec niej ze strony dziecka, jak zademonstrowano to w czasie spotkania w „Dziwnej Sytuacji”. Leczenie trwało 2 miesiące, w jego końcowym etapie matka nie odczuwała już depresji, dziecko zaś przejawiało „oczywiste symptomy pełnej bezpieczeństwa więzi”. Nawiązując do procesu leczenia, sześć miesięcy później matka stwierdziła, iż po raz pierwszy zaczęła rozumieć siebie, swoją obecną oraz przeszłą relację z własnymi rodzicami, a także mogła dostrzec, że miała „wewnętrzny defekt osobowości”, który ujawnił się w momencie, gdy odczuwała lęk, uznając, iż nie jest w stanie stworzyć więzi z własnym dzieckiem.

Odmienne podejście przyjął Andrew Sluckin (1998) w swoim sposobie leczenia depresji poporodowej oraz niezdolności utworzenia relacji więzi. Terapia wspomnianego autora skupiona na etapie „tu i teraz” łączy założenia Interakcyjnego Prowadzenia przy Użyciu Video (*Video Interaction Guidance*), wykazującego wpływ wizualnej Terapii Systemowej (*System Therapy*), oraz Art. Terapii (Terapii za Pomocą Sztuki). Praca teoretyczna związana z „nie-możliwością stworzenia więzi”, jak podkreśla, stopniowo rozszerzała się z jedno-

stki, matki, na rodzinę, aż otworzyła perspektywy systemowe. Jeżeli leczenie miałoby być zakończone sukcesem, zarówno potrzeby matki, jak i potrzeby dziecka muszą zostać uwzględnione.

Praca ukierunkowana na więź

Istnieje wiele sposobów udzielania pomocy dzieciom z zaburzeniami tworzenia więzi, pozwalających wzmocnić związek między rodzicem a dzieckiem. D. Iwaniec (1999) wysuwa sugestię, iż we wczesnym dzieciństwie wykorzystać można proaktywne oraz delikatne zachowania matki podczas czynności karmienia, kąpeli, przewijania oraz w trakcie udzielania szybkich, spójnych, prawidłowych odpowiedzi na wysyłane przez dziecko sygnały niezadowolenia. W celu wzmocnienia opartego na poczuciu bezpieczeństwa związku matek z dziećmi, proszone są one o delikatne przytrzymywanie dzieci podczas karmienia oraz łagodne przemawianie do nich, podtrzymywanie kontaktu wzrokowego oraz towarzyszącego mu uśmiechu kierowanego do dziecka. Butelka z pokarmem podawana jest tylko wtedy, gdy zostaje nawiązany kontakt wzrokowy, towarzyszy mu uśmiech oraz delikatne przemawianie wzmacniające poczucie bezpieczeństwa. Matki proszone są o gładzenie główki dziecka, jego policzków, trzymanie dziecka za rękę oraz pozwalanie mu na uchwycenie palców matki. W momencie przejawiania przez dziecko oporu i zdenerwowania matkom proponuje się przytrzymanie go bliżej własnego ciała, dotknięcie własnym policzkiem policzka dziecka oraz delikatne kołysanie dziecka w ciągu kilku minut przy jednoczesnym uspokajającym przemawianiu. Taka interakcja powinna mieć miejsce kilka razy w ciągu dnia i trwać za każdym razem kilka minut.

W pracy ze starszymi dziećmi rodzicom doradza się sadzanie dzieci na kolanach podtrzymywanie je delikatnie i blisko, okazywanie ciepła i przekazywanie sygnałów bezpieczeństwa w czasie przemawiania do dziecka, czytanie historyjek, opisywanie obrazków znajdujących się w książkach bądź po prostu wspólne oglądanie programów telewizyjnych. Te celowe, „zwiększające czas fizycznej oraz emocjonalnej bliskości” ćwiczenia powinny być wykonywane trzy do czterech razy w ciągu dnia i trwać za każdym razem kilka minut. Z biegiem czasu dzieci poczną się bardziej zrelaksowane, swobodne, stopniowo będą coraz częściej i spontanicznie poszukiwać kontaktu oraz będących efektem bliskości emocji.

Leczenie syndromu dziecka nierosłego

Nieorganiczny syndrom dziecka nierosłego (*non-organic Failure-to-Thrive*) uznany został za rezultat rodzicielskiego zaniedbania; pracownicy socjalni oraz inni profesjonaliści służb zdrowotnych są zaangażowani do pracy z rodzinami na mocy własnych statutowych uprawnień. Zaniedbania w wielu przypadkach nie można oddzielić od nadużyć emocjonalnych. Dziecko cierpiące na zaburzenie zwykle mieszka w rodzinie, w której występują liczne czynniki stresowe — psychologiczne, medyczne, jak również ekonomiczne. W przeszłości, zdiagnozowane przez pediatrę dzieci zwykle przez długi czas podlegały leczeniu szpitalnemu, społeczne zaś aspekty problemu były, co stanowiło regułę, ignorowane. Wiele ostatnich studiów wskazuje na zbiór powiązanych czynników, takich jak trudności żywieniowe, nieadekwatne do wieku dawki kaloryczne dla dzieci, ubogi system wsparcia, izolacja społeczna oraz odrzucenie (Iwaniec, 1995; Hanks, Hobbs, 1993, 1996). D. Iwaniec, M. Herbert i A. S. McNeish (1985) przytaczają studium interwencji domowej ukierunkowanej na pracę z siedemnastorgiem dzieci, reprezentujących przykład syndromu dziecka nierosłego, oraz ich rodzinami, poddanych kontynuowanej przez 5 lat terapii, którą prowadził pracownik socjalny specjalizujący się w oddziaływaniach medycznych (pierwszy z wymienionych autorów). Wyniki zostały następnie porównane z wynikami uzyskanymi w dwóch grupach kontrastujących. Teoretyczne ramy interwencji wiązały się z pracą zorientowaną na czynnik behawioralny oraz interwencję kryzysową — rodzinę traktowano w sposób całościowy. Podejście miało charakter edukacyjny oraz zawierało komponent poznawczy oraz elementy pracy grupowej. Jak bowiem zauważono, klienci są bardziej skłonni wysłuchiwać porad udzielanych przez grupy koleżeńskie niż ekspertów! Interwencja odbywała się w trzech etapach: w pierwszym etapie pomoc udzielano matkom, często przez dostarczanie im modelowych wzorców radzenia sobie oraz wchodzenia w interakcję z dzieckiem podczas całego procesu karmienia. Szczególną uwagę kierowano na ton głosu w czasie przemawiania do dziecka oraz na sposób interakcji i wolne od złości umiejętne kierowanie reakcjami dziecka podczas spożywania posiłków i towarzyszących mu zachowań. Celem było stworzenie atmosfery relaksu podczas czynności jedzenia. W drugim etapie zachęcano matki i ojców do stopniowego zwiększania czasu na zabawę z usiłującym zwrócić na siebie uwagę dzieckiem, jak również do kontaktu fizycznego przez przytulanie, sadzanie na kolanach, głaskanie, noszenie na rękach z jednocześnie bliskim i delikatnym przytrzymywaniem dziecka. Celem etapu trzeciego, trwającego dwa tygodnie intensywnych interakcji między matką a dzieckiem, ukierunkowanego na przeuczanie (*ovrlarning*), było wyrobienie w dziecku poczucia, że jest kochane, chciane oraz otoczone opieką. W końcowej

fazie programu przyrost wagi ciała oraz zwiększone ilości przyjmowanego przez prawie wszystkie uczestniczące dzieci pożywienia wskazywały, że terapia przyniosła pożądany efekt.

Oparty na oddziaływaniach domowych program realizowała pomyślnie z 2,5 letnią Amy, której waga ciała plasowała się poniżej trzech percentyli, P. Hancock (1998), starsza pielęgniarka Wspólnoty Opieki nad Dzieckiem (*A Senior Community Child Protection Nurse*). Matka dziecka cierpiała z powodu depresji poporodowej, dziecko natomiast od samego początku przejawiało zaburzenia przyjmowania pokarmu. Przed skierowaniem dziecka na odpowiednią terapię Amy przyjmowała tylko ograniczone części porcji, powstrzymywała także defekację nawet do 10 dni. Program, który opracował specjalista, zawierał założenia oraz techniki interwencyjne (Iwaniec, 1995). W czasie realizacji programu okazało się, że dzieciństwo młodej matki nacechowane było licznymi elementami zaburzającymi, również jej matka cierpiała na chorobę psychiczną. Wzmocnienie rozwoju poczucia własnej wartości okazało się zatem długim i trudnym procesem. Kontrakt został podpisany i oboje rodzice współpracowali, prowadząc wykresy i listy spraw koniecznych do aktualnej realizacji. Początkowy proces oszacowania zakończono w ciągu 8 sesji, zaangażowano w niego całą rodzinę, nie tylko Amy. Poprzedni program behawioralny, który zaplanował psycholog, oparty tylko na fakcie przyjmowania pożywienia przez Amy, zakończył się niepowodzeniem. Sześciomiesięczne uzupełnienie terapii wykazało, że wzorce przyjmowania pokarmu uległy polepszeniu, dziecko przyjmowało pokarm bardziej zróżnicowany i przybrało na wadze. Najbardziej znaczące osiągnięcie stało się udziałem matki, rozwinęła w sobie zdolność do przytulania Amy, czulego przemawiania do niej oraz przejawiania pozytywnym uczuć w momencie wypowiadania się na temat dziecka.

Dzieci charakteryzujące się długą oraz nasiloną historią *FTT*, określane jako psychospołecznie małego wzrostu i prawie zawsze odrzucone, doświadczają nadużyć emocjonalnych, są wrogo traktowane przez członków rodziny. W rezultacie borykają się z ostrymi behawioralnymi i emocjonalnymi problemami, takimi jak dziwaczne wzorce spożywania posiłków, zakłócone wzorce toaletowe, destruktywność, nieposłuszeństwo oraz samoookaleczanie. Niewłaściwe zachowania związane z przyjmowaniem pokarmu, pojawiające się zwykle w 2–3 roku życia dziecka (w momencie kiedy staje się ono mobilne, zdolne do eksplorowania otoczenia i poszukiwania jedzenia), objawiają się nieumiarkowanym popędem spożywania pokarmu, gromadzeniem go, wstawaniem w nocy w celu poszukiwania jedzenia, spożywaniem przedmiotów nie przeznaczonych do konsumpcji, ukrywaniem pokarmu, spożywaniem resztek pozostawionych przez inne osoby. Dzieci cierpiące na wspomniane zaburzenie jedzą szybko i nadmiernie, aż do wystąpienia objawów przejedzenia i wymiotów.

Więź między dziećmi cierpiącymi na przytoczony rodzaj zaburzeń a ich matkami, jak również z innymi członkami rodziny nie daje poczucia bezpieczeństwa, w kontaktach występują cechy unikania. Relacje w rodzinie charakteryzują się wzajemnymi antagonizmami. Najczęstszą metodą, za pomocą której rodzice radzą sobie z niewłaściwym zachowaniem ich dzieci, okazuje się odebranie im jedzenia oraz zamknięcie na dłuższy czas w sypialni, co jest zarówno działaniem okrutnym, jak i wielkim nadużyciem.

Dzieci te charakteryzują się wyjątkowo niskim wzrostem jak na swój wiek, wykazują także symptomy opóźnienia rozwojowego. Zachowując się w tak specyficzny sposób, wymagają bezpośredniej uwagi i pomocy ze strony profesjonalisty. Prognozy co do skuteczności terapii w środowisku domowym są skrajnie niekorzystne, pozytywny efekt jest wręcz nieosiągalny. Ich stan ulega w szybkim czasie poprawie, kiedy z domu przeniesione zostają do bardziej opiekuńczego, tolerancyjnego, emocjonalnie cieplejszego środowiska, np. do domu opieki, szpitala, rodziny adopcyjnej. Usunięcie dzieci ze stresującego, emocjonalnie krzywdzącego środowiska domowego sprawia, że następuje ich szybki wzrost, normalizują się ich zachowania żywieniowe, zanika destrukcyjność. Wraz z powrotem do środowiska domowego znowu tracą na wadze, ich wzrost ulega zahamowaniu, a zachowanie pogorszeniu. Badacze i klinicyści są zgodni, wskazując, iż jedynym sposobem pomocy dzieciom cierpiącym na wspomniany typ zaburzeń jest wyrwanie ich spod opieki rodzicielskiej (Iwaniec, 1995, 1999; Blizzard, Bulatovic, 1993).

Podsumowanie

Nadużycie emocjonalne oraz zaniedbanie są terminami trudnymi do zdefiniowania oraz ilościowego określenia stopnia ich szkodliwego wpływu na dziecko. Nadużycie emocjonalne może występować samoistnie, jednakże zawsze pozostaje w związku z innymi formami krzywdzenia dziecka. Leczenie nadużyć emocjonalnych *per se* nie jest jeszcze dziedziną dobrze rozwiniętą, metody zaś używane do rozwiązywania problemów lub zmniejszania ich skali są poddane słabej ewaluacji. Niewiele wiarygodnych badań analizuje efektywność wybranych metodologii. Niniejszy artykuł przedstawia wielowymiarowe podejście do strategii pomocy kierowanej do rodziców dopuszczających się aktów nadużyć wobec własnych dzieci, a także do dzieci cierpiących z powodu emocjonalnych nadużyć i zaniedbań. Utrzymuje się, że w leczeniu nadużyć emocjonalnych wykorzystywać można metody i techniki sprawdzone i poddane weryfikacji, takie jak: terapie rodzinne, kognitywno-behawioralne metody i techniki, prace nad tworzeniem więzi oraz refleksyjne konsultacje.

Wielomodelowy układ terapeutyczny, ukierunkowany na rozwiązywanie wielostronnych problemów, może być stosowany oraz przynosi dobre efekty w pracy z dziećmi i rodzinami cierpiącymi z powodu opisanych w artykule problemów.

Tłum. Ewa Jarosz, Ewa Bielska

Bibliografia

- Alexander J. E., Parsons R. V., 1982: *Functional Family Therapy*. Monterey.
- Azar S. T., Ferrare M. M., Breton S. J., 1998: *Intraglamical Child Maltreatment*. In: *Handbook of Child Psychopathology*. Red. T. H. Allendick, M. Hersen. New York.
- Azar S. T., Wolfe D., 1989: *Child Abuse and Neglect*. In: *Treatment of Childhood Disorders*. Red. F. J. March, R. A. Barkley. New York.
- Blizzard R. M., Bulatovic A., 1993: *Psychological Short Stature: a Syndrome with many Variables*. „Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism”, vol. 6(3), s. 687—712.
- Bowlby J., 1988: *A Secure Base: Clinical Application of Attachment Theory*. London.
- Brassard M. R., Germain R., Hart S. N., 1987: *Psychological Maltreatment of Children and Youth*. New York.
- Chrislenser E., 1999: *The Prevalence of Nature of Abuse or Neglect in Children under 4. A National Survey*. „Child Abuse Review”, vol. , s. 109—119. [Excessive Parent Expectations. The GCSE Candidate, aged 7. „The Times” 1999, 30th July, s. 45].
- Hancock P., 1998: *Emotional Abuse Treatment and Prevention, a Specialist Health Visitor's Intervention. Senior Nurse: Child Protection, Kidderminster Health Care Trust*. „Child Abuse Review”, vol. 7, No. 1, s. 58—62.
- Hanks H. G. I., Hobbs C., 1993: *Failure-to-Thrive: a Model for Treatment*. „Baillière's Clinical Paediatrics”, vol. 1(1), s. 101—119.
- Hanks H. G. I., Hobbs C., 1996: *A Muldi-disciplinary Approach for the Treatment of Children with Failure-to-Thrive*. „Child Care, Health and Development”, vol. 22(4), s. 273—284.
- Herbert M., 1987a: *Conduct Disorders of Childhood and Adolescence*. Chichester.
- Herbert M., 1987b: *Behavioural Treatment of Children with Problems: A Practice Manual*. London.
- Herbert M., 1993: *Working with Children and the Children Act*. Leicester.
- Herbert M., 1994: *Behavioural Methods*. In: *Child and Adolescents Psychiatry: Modern Approaches*. Red. M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov. Oxford.
- Herbert M., 1998: *Family Treatment*. In: *Handbook of Child Psychopathology*. Red. T. H. Ollendick, M. Hersen. New York.
- Herbert M., Wookey J., 1997: *Childwise Parenting Skills Manual*. Exeter.
- Iwaniec D., 1995: *The Emotionally Abused and Neglected Child: Identification, Assessment and Intervention*. Chichester.
- Iwaniec D., 1997: *Evaluating Parent Training for Emotionally Abusive and Neglectful Parents: Comparing Individual Versus Individual and Group Intervention*. „Social Work Practice”, vol. 7(3), s. 329—349.

- Iwaniec D., 1999: *Child Abuse, Parenting, Identification and Treatment*. In: *Psychology and Social Care*. Red. D. Messer, F. Jones. London.
- Iwaniec D., Herbert M., 1999: *Multi-dimensional Approach to Helping Emotionally Abused and Neglected Children and Abusive Parents*. „Children & Society”, vol. 13, s. 365–379.
- Iwaniec D., Herbert M., McNeish A. S., 1985: *Social Work with Failure-to-thrive Children and their Families*. „British Journal of Social Work”, vol. 15, s. 243–259, 375–389. Część 1: *Psychological Factors*. Część 2: *Behavioural Social Work Intervention*.
- Kazdin A. E., 1987: *Treatment of Anti-social Behaviour in Children: Current Status and Future Directions*. „Psychological Bulletin”, vol. 102, s. 1897–2030.
- Kazdin A. E., 1993: *Treatment of Conduct Disorder: and Directions in Psychotherapy research*. „Development and Psychopathology”, vol. 5, s. 277–310.
- Kazdin A. E., 1997: *A Model for Developing Effective Treatments. Progression and Interplay of Theory, Research and Practice*. „Journal of Clinical Child Psychology”, vol. 26, s. 114–129.
- Knell S. M., 1998: *Cognitive-behavioural Play Therapy*. „Journal of Clinical Child Psychology”, vol. 27, s. 28–33.
- McGoldrick M., Giordano J., Pearce J. K., red., 1996: *Ethnicity and Family Therapy*. London.
- Murray L., Cooper P. J., 1991: *Clinical Application of Attachment Theory & Research: Change in Infant Attachment with Brief Psychotherapy in the Clinical Application of Ethology and Attachment Theory*. „Child Psychology & Psychiatry, Occasional Papers”, No. 9, s. 15–24.
- Murray L., Cooper P. J., Stein A., 1991: *The Impact of Post Natal Depression on Infant Development*. „British Medical Journal” No. 678327, s. 978–979.
- Patterson G. R., 1982: *Coercive Family Process*. Castalia.
- Piercy F. P., Sprenkle D. i inni, 1986: *Family Therapy Sourcebook*. New York.
- Rogers C., 1951: *Client-Centred Therapy*. London.
- Sluckin A., Dolan P., 1989: *Tackling Child Abuse in the EC*. „Social Work Today”, 31 August, s. 14–15.
- Sluckin A., 1998: *Bonding Failure: „I don't know this baby, she is nothing to do with me”*. „Clinical Child Psychology and Psychiatry”, vol. 3, No. 1.
- Stevenson O., 1998: *Neglect, Issues and Dilemmas*. Blackwell.
- Walsh N., 1982: *Normal Family Process*. New York.
- Webster-Stratton C., 1991: *Annotation: Strategies for Helping Families with Conduct Disordered Children*. „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 32, s. 1047–1062.
- Webster-Stratton C., Herbert M., 1994: *Troubled Families: Problem Children. Working with Parents: A Collaborative Process*. Chichester.
- Wolfe D. A., 1990: *Preventing Child Abuse Means Enhancing Family Functioning*. „Canada's Mental Health”, vol. 38, s. 27–29.
- Wolfe D. A., Wekerle C., 1993: *Treatment Strategies for Child Physical Abuse and Neglect – a Critical Progress Report*. „Clinical Psychology Review”, vol. 13, No. 6, s. 473–500.