

Roma Ulańska¹, Agnieszka Lelek², Agnieszka Kozik-Merino³, Katarzyna Ślęczek⁴

ZBUDOWAĆ WIĘŹ POMIMO TRAUMY — ZASTOSOWANIE TERAPII WIELORODZINNEJ (MFT) W RODZINACH ADOPCYJNYCH

BUILDING A BOND DESPITE THE TRAUMA — THE USE OF MULTI-FAMILY THERAPY (MFT) IN ADOPTIVE FAMILIES

¹NZO Ośrodek Zdrowia Psychicznego Pro Psyche

²Instytut Psychologii Stosowanej UJ

³Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Proszowicach

⁴Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom w Krakowie

attachment

Multi-Family Therapy

adoptive families

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja autorskiego programu, udział w którym ma poszerzać kompetencje rodziców adopcyjnych w zakresie wychowania dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i lękowymi i pomocy im. Kluczowym problemem, wokół którego został zbudowany program, były trudności z tworzeniem więzi w tych rodzinach. W opisywanym projekcie terapeutycznym wzięło udział 8 rodzin adopcyjnych: 15 osób dorosłych oraz 12 dzieci w wieku od 5,5 do 10 lat. Przygotowując projekt powoływaliśmy się na doświadczenia terapeutów stosujących metodę terapii wielorodzinnej (MFT). Dodatkowym elementem programu był wideotrening VIT. Większość uczestników pozytywnie oceniła udział w programie. Rodzice podkreślali korzyści wynikające z umożliwienia im wymiany doświadczeń, uzyskania wsparcia i zniwelowania poczucia winy. Zaangażowanie dzieci w proces terapeutyczny (MFT) pozwoliło również na poszerzenie perspektyw rozumienia ich postaw i zachowań. Tworzenie się bezpiecznej więzi w rodzinach adopcyjnych jest trudnym procesem, jednakże niezbędnym do dalszego funkcjonowania rodziny. Dlatego ważne jest, aby rodziny po adopcji mogły korzystać ze specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych w programach ukierunkowanych na wspieranie tego procesu.

Summary

The aim of the following article is to present an original program, whose purpose is to support the upbringing competence of adopting parents with regards to raising and assisting children with emotional and anxiety disorders. A crucial issue upon which the program has been designed, are difficulties in creating bonds in adoptive families. Eight adoptive families, including 15 adults and 12 children (between the ages of 5.5–10) took part in the therapeutic project described. In preparing the project, we referred to the experience of therapists who use the Multi-Family Therapy Method

in their practice. An additional element of the program was video training. Most of the participants evaluated the participation in the program positively. The parents highlighted the benefits of exchanging experiences, gaining support and eliminating feelings of guilt. Engaging children in the therapeutic process (MFT) additionally allowed for a more extensive perspective on understanding the attitude and behavior of children. Creating a safe bond in adoptive families is a difficult process, yet essential for their further functioning. For this reason, it is important for families to be able to take advantage of specialized therapeutic practices in programs geared towards providing support after the adoption process.

Wstęp

Decyzja o adopcji jest decyzją trudną i poważnym wyzwaniem dla rodziny. Często jest poprzedzona wieloletnimi próbami urodzenia dziecka biologicznego, licznymi dyskusjami, wahaniem i wątpliwościami, które jednak nieraz po dłuższym czasie owocują decyzją o przysposobieniu dziecka. Postępowanie adopcyjne jest wielomiesięcznym procesem, który ma przygotować rodziny do ważnej zmiany w ich życiu. Rodziny w Polsce są starannie wdrażane do przyjęcia dziecka, ale brakuje ustrukturalizowanych oddziaływań wspierających je po adopcji. Według raportu NIK z 2018 r. osoby korzystające z usług ośrodków adopcyjnych zazwyczaj wysoko oceniały pomoc specjalistów w nich zatrudnionych. 80% badanych spostrzeżało wsparcie psychologiczne, pedagogiczne oraz organizacyjne ośrodków jako bardzo dobre lub dobre. Większość osób była też zadowolona z przeprowadzonych szkoleń (57% oceniło je jako bardzo dobre, a 26% jako dobre) [1]. Należy jednak zaznaczyć, że rodziny otrzymują omawiane wsparcie na początku swojej drogi, podczas gdy od momentu zarejestrowania się w ośrodku do faktycznego przysposobienia dziecka mogą upłynąć nawet dwa lub trzy lata. Wielu rodziców podkreśla, że po tak długim czasie nie pamiętają już wielu zagadnień poruszanych na kursie. Ponadto często nie mają z kim porozmawiać na temat bieżących problemów pojawiających się podczas opieki nad dzieckiem.

Warto się zastanowić, w jaki sposób powinna wyglądać pomoc rodzinom po adopcji, aby jak najlepiej odpowiadała na potrzeby zarówno rodziców, jak i dzieci. Jak wynika z doświadczeń klinicznych, systematyczne wsparcie terapeutyczne jest w większości przypadków niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania rodziny adopcyjnej. W prezentowanym artykule spróbujemy przedstawić nasze doświadczenia z pracy z rodzinami po adopcji.

Budowanie więzi jako wyzwanie

Wydaje się, że najważniejszym problemem, z jakim stykają się rodzice w pierwszym okresie po adopcji jest nawiązanie więzi z dzieckiem. Wielu rodziców odczuwa silny lęk przed byciem odrzuconym przez dziecko, a także lęk przed tym, czy sami będą potrafili pokochać dziecko adoptowane jak byłoby ich dzieckiem biologicznym. Często mają wobec siebie bardzo wysokie oczekiwania i odczuwają presję stania się najlepszym opiekunem [2, 3, 4]. Kształtowanie więzi mogą dodatkowo utrudniać takie czynniki, jak wady genetyczne, uszkodzenia neurologiczne (prenatalne i postnatalne) oraz traumy, jakich doświadczyło dziecko we wcześniejszych okresach życia (przemoc, molestowanie, wielokrotne

zmiany opiekunów). Istotnym czynnikiem utrudniającym powstawanie więzi jest swoista stygmatyzacja adopcji oraz brak społecznych rytuałów związanych z pojawieniem się nowego członka rodziny. Rodzice adopcyjni rzadko mają ochotę dzielić się swoimi przeżyciami z procesu adopcyjnego [5]. Niejednokrotnie woleliby ukryć fakt adopcji dziecka, pozostawiając tę informację dla najbliższej rodziny, co w konsekwencji powoduje, że nie otrzymują wsparcia społecznego w takim stopniu, jak rodzice oczekujący na narodziny dziecka biologicznego.

Najbardziej korzystną dla rozwoju formą przywiązania jest przywiązanie bezpieczne. Ten typ więzi obserwuje się u 62% dzieci wychowujących się w rodzinach biologicznych. 24% prezentuje przywiązanie lękowe, a 15% zdezorganizowane. Proporcje te wyglądają zupełnie inaczej w przypadku dzieci wychowywanych w placówkach. Bezpieczną formę przywiązania w placówkach obserwuje się jedynie u 11% dzieci, a u 73% jest ona zdezorganizowana [6].

Zaburzenia przywiązania objawiają się zwykle u dzieci na dwa skrajnie różne sposoby. Pierwszy z nich, który można określić mianem emocjonalnie wycofanego, objawia się dystansem i chłodem wobec opiekunów. Dziecko nie szuka bliskości ani pocieszenia nawet w sytuacjach, gdy przeżywa trudne dla siebie emocje, zamiast tego może mieć skłonność do gwałtownego odreagowywania w formie agresji, autoagresji i zachowań destrukcyjnych. Typ powierzchownie przywiązany prezentują dzieci, które wydają się tak spragnione bliskości opiekuna, że są w stanie natychmiast obdarzyć zaufaniem każdą osobę. Są to dzieci przywiązane do wszystkich i do nikogo, wykazujące skłonność do skracania dystansu, okazywania uczuć osobom obcym, nie prezentujące objawów uczuciowości w kontaktach z rodzicami.

Już na podstawie tego krótkiego opisu możemy mieć wyobrażenie, z jakimi wyzwaniem będą musieli zmagać się rodzice, którzy zdecydowali się na adopcję [7]. Budowanie więzi jest w rodzinie adopcyjnej najważniejszym i jednocześnie bardzo trudnym zadaniem, jednak, jak pokazują badania, trud ten może przynieść zaskakująco pozytywne efekty. Obszernej metaanalizy 40 badań nad stylami przywiązania u dzieci adoptowanych dokonali Dries i wsp. [6]. Na podstawie ich pracy wiadomo, że adoptowane dzieci mają szansę przezwyciężyć trudności i zagrożenia oraz stworzyć bezpieczne przywiązanie podobnie jak dzieci biologiczne. Okazuje się, że wśród dzieci adoptowanych i będących w pieczy zastępczej aż 49% rozwinęło najkorzystniejszy — bezpieczny typ przywiązania. Najlepsze efekty uzyskuje się u dzieci, które zostały umieszczone w rodzinie do pierwszego roku życia. Im później nastąpi adopcja, tym większa będzie trudność w nawiązaniu więzi i tym mniejsza szansa powodzenia. Na tej podstawie można uznać adopcję za skuteczną interwencję dającą dzieciom pozbawionym opieki biologicznych rodziców szansę na prawidłowy rozwój emocjonalny. Efekt ten obserwuje się także u tych dzieci, które we wczesnym dzieciństwie doświadczyły traumy wychowywania się w rodzinie dysfunkcyjnej i przez długi czas przebywały w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. U dzieci adoptowanych już po niecałym roku od momentu adopcji zdecydowanie wzrosło bezpieczne przywiązanie.

Należy podkreślić, że bardzo istotny był tu czynnik stylu przywiązania występujący u matki adopcyjnej. Oczekiwane efekty uzyskiwano jedynie u tych dzieci, których matki charakteryzowały się bezpiecznym stylem przywiązania [8]. W cytowanym badaniu nie zajmowano się tym, jaki wpływ na zachowania dziecka ma postawa ojca adopcyjnego.

Terapia zaburzeń więzi

Praca nad tworzeniem więzi w rodzinach adopcyjnych zaczyna się od pomocy rodzicom w rozumieniu, czym jest przywiązanie i jakie są potrzeby emocjonalne ich dzieci. Ważne jest też uświadomienie rodzicom, że dzieci, które przeżyły traumę, mogą wysyłać mylące sygnały odnośnie do swoich potrzeb, np. okazywać wrogość, kiedy potrzebują wsparcia i pocieszenia [9]. Analizując dostępne prace naukowe, można zauważyć, że pewne terapie zaburzeń więzi dają większą szansę powodzenia w kształtowaniu bezpiecznego przywiązania. Często stosowana psychoterapia dziecko – rodzic (Child Parent Psychotherapy CPP) ma na celu tworzenie więzi, usprawnienie komunikacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem, poprawę skuteczności interwencji wychowawczych, a także nauczenie rodzica odczytywania emocji dziecka. Jest stosowana w grupie dzieci poniżej 5. roku życia. Sesje CPP, obejmujące zarówno rodziców i dzieci, odbywają się albo w domu, albo w pokoju zabaw. Są nieustrukturalizowane, a tematy są w dużej mierze zdeterminowane przez rodzica i rozwijającą się interakcję z dzieckiem [10].

Wiele terapii więzi wykorzystuje nagrania wideo przedstawiające interakcję rodzic – dziecko. Rodzinom mającym problemy wychowawcze z dziećmi proponuje się wido-trening komunikacji (VIT). Jest to forma intensywnej pomocy opierającej się na zapisach wideo. Silnie akcentuje znaczenie pozytywnego podejścia, koncentrując się na możliwościach zamiast na ograniczeniach i problemach. Obejmuje całą rodzinę, a nie tylko dziecko sprawiające trudności. Nastawiona jest na zmianę i rozwój całego systemu rodzinnego. Dla terapeutów VIT ważniejsze od stawiania diagnozy są pytania i prośby ze strony rodziców oraz ich aktywizowanie. Analiza nagranych materiałów, klatka po klatce, ma pokazywać, kiedy dziecko wychodzi z inicjatywą kontaktu, w jakim celu to robi i jak reagują na nie dorośli [11]. Jak już wspomniano, metody wido-treningu są wykorzystywane w różnych programach terapeutycznych. Wyniki badań generalnie potwierdzają korzystny wpływ tego podejścia na uwrażliwienie rodziców na sygnały (również niewerbalne) płynące od dziecka i na proces tworzenia się ufnej przywiązania [11, 12].

Jednym z najbardziej znanych i opisanych programów z użyciem nagrań wideo jest program ABC (The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)). Jest to interwencja, która jest dedykowana dzieciom w rodzinach adopcyjnych, a także tym z problemami przemocy i nadużyć w wieku od 6 miesięcy do czterech lat [13]. Dla dzieci, które miały doświadczenia przemocy i traumy relacyjnej charakterystyczna jest postawa wycofania, dystansu, chłodu emocjonalnego czy wręcz wrogości. Z drugiej strony rodzice często nie potrafią we właściwy sposób okazać dziecku troski i otoczyć je opieką, mogą też prezentować postawę lub zachowania, które wywołują u dzieci przerażenie. Celem terapii jest z jednej strony stworzenie dzieciom bezpiecznej przestrzeni, aby mogły odzyskać równowagę emocjonalną i umiejętności samokontroli, a z drugiej — nauczenie rodziców właściwych postaw oraz rozumienia emocji i zachowań dzieci.

Ostatnio coraz większą popularnością cieszy się pochodząca z Wielkiej Brytanii terapia oparta na mentalizacji. W terapii tej podkreśla się fakt, że w tworzeniu relacji rodzic – dziecko, poza budowaniem więzi, kluczowy jest proces mentalizacji, czyli refleksji rodzica nad emocjami własnymi i emocjami dziecka. Badania pokazują, że niezdolność rodzica

do refleksji nad relacją z dzieckiem w przypadku adopcji może spowodować, że będzie chciał on zrezygnować ze swojej roli [14].

W literaturze opisane są dwa programy krótkoterminowe wykorzystujące koncepcje oparte na mentalizacji i przeznaczone dla rodzin adopcyjnych. Pierwszym z nich jest Adopting Minds, który integruje podejście systemowe z mentalizacją (MBT-F) [3]. Jego celem jest poprawa relacji między rodzicami i dziećmi w obszarze zaufania i wzajemnego zrozumienia. Program obejmuje sześć rodzinnych sesji terapeutycznych. Podobnie jak w podejściu systemowym terapeuta nie występuje tutaj w roli eksperta, a jedynie stwarza rodzinie przestrzeń do refleksji i pomaga w dojściu do własnych wniosków.

Kolejny program Family Minds (FM) [15] wprowadza elementy psychoedukacji. Rodzice spotykają się w grupie trzy razy po 3 godziny. Prowadzący grupę przekazuje informacje na temat zaburzeń więzi oraz udziela wskazówek dotyczących sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w rodzinie. Kluczowe w tej formie wsparcia jest nakłanianie uczestników do podejmowania prób mentalizacji, zarówno podczas sesji, jak i w realnym życiu. Każda z wymienionych interwencji mimo niedoskonałości korzystnie wpływa na wytworzenie się postawy refleksyjnej u rodziców, a co za tym idzie, zwiększa szansę na wytworzenie się prawidłowej więzi z dzieckiem. Przeprowadzone badania pokazują, że w tworzeniu bezpiecznego przywiązania najważniejsze jest to, jak rodzice rozumieją przeżycia dziecka oraz jak interpretują jego zachowania w kontekście własnych reakcji [16, 17]. Zdolność rodziców do refleksji i zrozumienia zarówno zachowań dzieci, jak i ich własnych, powinna być więc głównym obszarem oddziaływań terapeutycznych.

Projekt terapeutyczny dla rodzin po adopcji — nasze doświadczenia

Projekt terapeutyczny został zorganizowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego i był częścią unijnego projektu „Koordynacja i rozwój usług adopcyjnych”. Jego celem było doskonalenie kompetencji wychowawczych rodziców adopcyjnych w zakresie wspierania, pomocy oraz wychowania dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i lękowymi. Rodziny zostały zaproszone do projektu przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej we współpracy z ośrodkami adopcyjnymi. Większość dzieci biorących udział w projekcie była w wieku od 5,5 do 8 lat, dwoje dzieci miało 10 lat. Jedna rodzina miała dziecko biologiczne już dorosłe. Rodzice w większości mieli wykształcenie wyższe (1 rodzina — średnie, jedna — zawodowe). Większość uczestników mieszkała w miastach średniej wielkości; 2 rodziny na wsi w pobliżu miast. Dzieci w większości były w domu rodziców adopcyjnych niedługo od 5 do 8 miesięcy, tylko jedno dziecko było w nowej rodzinie od 1,5 roku. Szczegółowe informacje na temat charakterystyki populacji biorącej udział w leczeniu umieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. **Charakterystyka dzieci biorących udział w badaniu**

	Dzieci	Wiek adopcji i historia opieki	Zgłaszane problemy
1.	Rodzeństwo niebiologiczne: Chłopiec — 5,5 roku	Adopcja w wieku 5 lat. Rodzina zastępcza przez 2,5 roku, wcześniej pogotowie opiekuńcze i OiK (2 lata i 3 mies. w opiece zastępczej).	Nie zdiagnozowany FAS, rodzice byli uzależnieni od alkoholu. chodzi na palcach, przewraca się, ma wadę postawy, przemieszczone łopatki, nadwrażliwość rozwój poznawczy oceniony na 3 lata, według rodziców — norma intelektualna ma problemy przystosowawcze, gdy poczuł się bezpiecznie, zaczął rozrabiać, dokucza siostrze, szczypie, kopie; stroni od grupy dziwne wypowiedzi: np. nienawidzi dziadka i poderżnie mu gardło niedawno ujawniły się problemy z seksualnością — dotyka kobiecych piersi, wkłada ręce pod spódnicę, kokietuje kobiety, których nie zna
	Dziewczynka — 6 lat	Adopcja w 3. m.ż. szpital	Nie było zgłaszanych problemów. Cechy dysmorfii twarzy.
2.	Jedynak Chłopiec — 6 lat	Adopcja w wieku 3 lat. Ok. 1 rok u matki biologicznej. 2 lata pogotowie opiekuńcze.	Nie mówił, gdy był adoptowany; gryzł, kopał, wrzeszczał, napychał się jedzeniem „do bólu”; do tej pory, gdy widzi jedzenie — nie radzi sobie, używa zwrotów o zabijaniu („spalę”, „zabiję”); bał się kobiet. Nie radzi sobie w przedszkolu, przejmuje rolę przedszkolanki, wszystko chce kontrolować (liczy, sprawdza godziny); „agresywny werbalnie” do dzieci („zabiję twoją mamę”). 95% reakcji to „nie”, nie znosi sprzeciwu; chce być najlepszy, pierwszy, nie znosi porażek Bardzo inteligentny, rozrabia, gdy zaczyna się nudzić; potrafi 45 min zająć się tym, co go zajmuje, układać klocki i to, co związane z jedzeniem (kolacja dla miśków, które przytula i opiekuje się nimi). „Konfabuluje” na temat tego, co ma, co oznacza, że mówi, iż ma rzeczy, które chciałby mieć.

3.	<p>Rodzeństwo biologiczne: Dziewczynka — 6 lat 11 mies. Chłopiec — 6 lat</p>	<p>Kontakt obojga z rodzicami adopcyjnymi od ok. roku, od 3 mies. w domu.</p> <p>Mają 3 biologicznego rodzeństwa, które pamiętają (młodsza siostra adoptowana ½ roku temu); dwoje — w rodzinie zastępczej.</p> <p>Ojciec pozbawiony praw, młodociana matka; w domu rodziców biologicznych do 4. roku życia.</p> <p>Od 1 roku i 3 mies. w rodzinnym domu dziecka.</p> <p>Wcześniej nieudana adopcja (po miesiącu rodzice adopcyjni zrezygnowali).</p>	<p>zaborczość, dominacja, rywalizacja, rządzi w przedszkolu; niestaranna, wszystko robi byle jak, nie odstępuje lalki</p> <hr/> <p>wycofany, patrzy na siostrę, czy mu pozwoli coś zrobić</p>
4.	<p>Dziewczynka — 7 lat</p>	<p>2 lata w domu biologicznej matki. 4 lata w domu dziecka. Adopcja rok temu. Środkowe dziecko z pięciorga (z 2 ojców).</p>	<p>Mówiła bełkotliwie, teraz duży postęp. Mówiła, że wie, że mama jej nie chce. Słodka i nagle wychodzi z niej diabeł, robi fochy o byle co, lubi grać pierwsze skrzypce. Szuka przytulania.</p>
5.	<p>Dziewczynka — 8 lat</p>	<p>W rodzinie zastępczej 2 lata, wcześniej pogotowie opiekuńcze (2,5 roku). Adopcja 3 miesiące temu.</p>	<p>bita i torturowana przez matkę, wszystko bardzo dobrze pamięta z przeszłości Z ojcem adopcyjnym nawiązała szybko dobrą relację, odsuwa się od mamy, która mówi: „ta nasza więź jest bardzo mocna i też jej nie ma”. obecne są napady płaczu nie wiadomo z jakiego powodu, pytana mówi „bo ja tak mam” miesiąc temu poprosiła tatę o zakupienie smoczka, z którym teraz śpi</p>
6.	<p>Dziewczynka — 7 lat</p>	<p>Wcześniej u babci i dziadka. 2 lata w rodzinie zastępczej. W adopcji od 4,5 mies.</p>	<p>przemoc fizyczna i psychiczna ze strony mamy, jej partnera i syna partnera na początku dziecko idealne, wszystko jadła, pomagała (teraz grymasi); ciągle była głodna, jadła tyle, co tata prawie codziennie doświadcza lęków nocnych, wstaje, krzyczy i płacze</p>

7.	Dziewczynka — 7 lat	Wcześniej u babci i dziadka. 2 lata w rodzinie zastępczej. W adopcji od 4,5 mies.	Przed wyjazdem na spotkanie pytała: „Po co tam jedziemy? Może mnie oddacie, może mama nie wróci”. Był etap, że chciała noszenia na rękach, pytała: „dlaczego nie mogłaś mnie urodzić?”.
8.	Rodzeństwo przyrodnie: Chłopiec — 10 lat Dziewczynka — 5,5 roku	2 lata w domu rodziców biologicznych. Pogotowie opiekuńcze. W adopcji od 3 lat.	Maltretowany, nie mówił do 4. r.ż. 1,5 roku temu pogryzł się w nocy, po tym, jak zobaczył ojca adopcyjnego z alkoholem. Zniszczył ubranie, darł, ciął je. Zaburzenia słuchu (w szumie nie słyszy), astma, alergia. Zaburzenia integracji sensorycznej. Trudności szkolne, walka o naukę. Zachowania jak młodsze dziecko.

Przygotowując projekt, powoływaliśmy się na doświadczenia terapeutów stosujących metodę terapii wielorodzinnej (MFT). Jej zastosowanie pozwala na czynne zaangażowanie dziecka, przez co uzyskuje ono poczucie kontroli i współodpowiedzialności za tworzenie własnego otoczenia. Dziecko nie jest tylko obiektem podlegającym zmianom, ale jest aktywnym uczestnikiem i współtwórcą tych zmian. Udział w terapii jednocześnie wielu rodzin pozwala na wyjście poza własną perspektywę i wykorzystanie zasobów grupy. Pozwala poczuć wspólnotę poprzez wymianę doświadczeń i porównanie swojej sytuacji z sytuacją innych rodzin. Rodziny są zachęcane do wspierania się, wspólnego analizowania problemów i prób ich rozwiązywania. Ten system pracy ułatwia zrozumienie własnych zachowań poprzez odzwierciedlanie problemów innych osób, sprzyja otwartości i refleksji, osłabia postawy obronne. Założeniem terapii MFT jest duża elastyczność w zakresie organizacji spotkań [18, 19].

W prezentowanym projekcie zajęcia były prowadzone równoległe w 2 grupach — grupie rodziców i grupie dzieci. 1/3 czasu stanowiły zajęcia wspólne. Oddzielne grupy były konieczne, aby rodzice mogli poruszyć problemy, których nie należy omawiać w obecności dzieci. W tym czasie dzieci stawały się członkami odrębnej grupy, która początkowo miała formę zajęć integracyjnych, ale w dalszej części spotkań poruszane były na niej ważne tematy emocji, relacji rówieśniczych, rozumienia zachowania innych osób. Warsztaty z rodzicami miały charakter interaktywny. Wykorzystano różne techniki pracy: rozmowy na forum całej grupy, pracę w małych grupach, odgrywanie ról, analizy przypadków. Sesje dziecięce obejmowały zajęcia ogólnorozwojowe z elementami arteterapii, socjoterapii i bajkoterapii oraz ćwiczenia relaksacyjne. Były one również okazją do dokonania obserwacji pod kątem problemów występujących u dzieci. Dodatkowym elementem programu był wiedeotrening VIT. Jego celem była pomoc we wzmacnianiu więzi rodzinnych poprzez uczenie rodziców prawidłowej komunikacji z dziećmi. Jak pokazują badania [9, 11], jest to skuteczna metoda we wszystkich tych rodzinach, w których z różnych względów ko-

munikacja została zaburzona bądź nigdy nie miała możliwości się rozwinąć. Poszczególne kroki realizacji programu zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Program zajęć zrealizowanych w projekcie

SPOTKANIE	TYP ZAJĘĆ	CZAS	CEL	METODY
Zjazd I 1 dzień — 6 godz.	ZW	1,5 godz.	Integracja grupy, przedstawienie się rodzin.	MFT
	GR	3 godz.	Identyfikacja problemów rodzin, poznanie ich historii.	Rozmowy na forum grupy, rozmowy w małych grupach.
	GD	3 godz.	Integracja grupy dzieci, budowa atmosfery bezpieczeństwa i współpracy.	Techniki socjoterapii i arteterapii, zabawy ruchowe.
	ZW	1,5 godz.	Rozwijanie umiejętności budowania pozytywnych interakcji rodzic – dziecko poprzez zabawę i wspólne zadania.	MFT i zajęcia z wykorzystaniem metody wideotreningu komunikacji (VIT).
Zjazd II 3 dni po 6 godz. W czasie zjazdu posiłki i przerwy między każdym z paneli zajęciowych były wspólne.	ZW	1,5 godz.	Rozwijanie umiejętności współpracy w rodzinie i pomiędzy rodzinami uczestniczącymi w projekcie.	MFT
	GR	3 godz.	Zrozumienie zachowań dzieci jako przejawów ich zaburzeń rozwojowych i sposobów na sprawdzanie nowej relacji. Analiza stylów przywiązania	— dyskusje na forum całej grupy — analizy przypadków — edukacja w zakresie kompetencji rodzicielskich (wvideotrening VIT)
	GD	3 godz.	Rozpoznawanie, nazywanie i przeżywanie swoich emocji, a także reagowanie na uczucia innych członków grupy.	Techniki socjoterapeutyczne, bajkoterapia, relaksacja.
	ZW	1,5 godz.	Porównanie doświadczeń, dzielenie się i poszukiwanie nowych rozwiązań.	MFT

Zjazd III 3 dni po 6 godz. W czasie zjazdu posiłki i przerwy między każdym z paneli zajęciowych były wspólne	ZW	1,5 godz.	Obserwacja zmiany w relacjach pomiędzy rodzicami i dziećmi. Zwrócenie uwagi na mocne strony dzieci i rodziców.	MFT
	GR	3 godz.	Relacjonowanie zmian, jakie zaszły w rodzinach, umiejętność regulowania emocji własnych i dzieci, metody radzenia sobie z agresją.	— dyskusje — odgrywanie scenek — wykład
	GD	3 godz.	Poprawa wzajemnej komunikacji z rówieśnikami oraz rozumienie własnych uczuć.	Metody ogólnorozwojowe, socjoterapia, bajkoterapia, relaksacja.
	ZW	1,5 godz.	Podsumowanie pracy grupy, wzmacnianie zachodzących zmian, pożegnanie.	MFT
Zjazd IV	Spotkanie indywidualne dla każdej z rodzin	1 godz.	Czas przeznaczony na podsumowanie pracy, wskazówki do dalszej pracy oraz zalecenia dotyczące (wg potrzeb) terapii indywidualnej dziecka lub rodzica lub terapii rodzin.	Rozmowa rodziców z terapeutami, oglądanie fragmentów wideo. Czas na zabawę dzieci w osobnej sali z terapeutami dzieci.

ZW — zajęcia wspólne, GR — grupa rodziców, GD — grupa dzieci

Zajęcia terapeutyczne realizowane w ramach projektu były prowadzone w 2017 i 2018 roku. Odbywały się przez 5 miesięcy. Projekt rozpoczynał się jednodniowym ośmiogodzinnym warsztatem. Po dwóch tygodniach rodziny spotkały się na trzydniowych warsztatach; pracowano codziennie po 8 godzin. Kolejne spotkanie zorganizowano po 2,5 miesiącach i miało taką samą strukturę jak poprzednie. Zwieńczeniem terapii były jednorazowe indywidualne konsultacje dla każdej z rodzin.

Zakres działań terapeutycznych

Projekt terapeutyczny rozpoczynał się jednodniowym warsztatem (trwającym 8 godzin), mającym charakter integracyjny i zapoznawczy. Na zajęciach wspólnych rodzice i dzieci przedstawiali swoje rodziny, wykonując pracę plastyczną. Ponieważ rodziny nie znały się wcześniej, taki sposób rozpoczęcia projektu pozwolił na przełamanie barier i zmniejszenie lęku wobec innych członków grupy. W grupie rodziców skupiono się na trudnościach, jakich doświadczają rodzice po adopcji. Pozwoliło to na identyfikację problemów i dostosowanie

kolejnych spotkań terapeutycznych do potrzeb uczestników. Podczas tych pierwszych rozmów rodzice przedstawiali sobie nawzajem historie swoich rodzin, opowiadali o dzieciach i sposobach ich funkcjonowania po przyjęciu do rodziny oraz problemach, jakie wystąpiły zaraz po adopcji oraz z jakimi aktualnie się mierzyli. Wydaje się, że wartością tych spotkań było to, że rodzice mogli podzielić się z innymi osobami będącymi w podobnej sytuacji tym, co się zmieniło po adopcji i jak sobie z tymi trudnościami radzą.

Równolegle w grupie dzieci prowadzono zajęcia socjoterapeutyczne z elementami arteterapii. Tego pierwszego dnia najważniejsze było zagwarantowanie dzieciom bezpiecznej przestrzeni, w której mogły wyrażać siebie, liczyć na terapeutów w trudnych momentach, takich jak np. tęsknota za rodzicami, ból kolana po przewrotce, sprzeczka z rodzeństwem. Ważnym elementem była nauka zasad niezbędnych do wspólnych zabaw, tak by stwarzały one warunki do bezpiecznego wyrażania uczuć i rozwiązywania konfliktów.

Kolejną częścią programu tego dnia były zajęcia z wykorzystaniem metody wido-treningu komunikacji (VIT). Na wspólnych sesjach zebrany został materiał filmowy ilustrujący inicjatywy dzieci i sposób, w jaki rodzice na nie odpowiadają. Były to nagrania, które wykorzystaliśmy w dalszej części zajęć, by rozwijać umiejętności służące budowaniu pozytywnych interakcji rodzic – dziecko.

Drugie spotkanie terapeutyczne trwało 3 dni (8 godzin dziennie) i miało taką samą strukturę jak poprzednie, to znaczy zajęcia wspólne i odrębne w grupie rodziców i dzieci. Na sesjach z rodzicami postawiono pytanie: „Czy sama miłość do zranionych dzieci wystarczy?”. Rozmawiano o niezrozumiałych dla rodziców zachowaniach dzieci jako przejawach ich zaburzeń rozwojowych i sposobach na sprawdzanie nowej relacji. Na podstawie scenariuszy opisujących relację matka – dziecko rozpoznawali oni style przywiązania swoich dzieci. Rodzice opowiadali o swoich odczuciach towarzyszących dotychczasowym doświadczeniom wychowawczym. Mówili o bezradności w kontekście trudnych zachowań dziecka, prosili o konkretne wskazówki dotyczące budowania kontaktu z dzieckiem z zaburzeniami więzi. Terapeuci skupiali się na znaczeniu kształtowania poprawnej relacji rodzic – dziecko w oparciu o analizę nagrań ze wspólnych zajęć. Pozwoliła ona rodzicom na zrozumienie, w jak zróżnicowanych formach odzwierciedlają się traumatyczne wydarzenia przeżyte przez ich dzieci. Niezrozumiane wcześniej reakcje zostały przez rodziców inaczej nazwane i zinterpretowane. Mogli oni także przyjrzeć się na nowo swoim zachowaniom i sposobom pracy z dzieckiem. Na opisywanym spotkaniu koncentrowano się na budowaniu bezpiecznego przywiązania. Pomocne dla rodziców okazało się rozróżnienie, czy ich oczekiwania wobec dzieci są odpowiednie do ich etapu rozwoju i sytuacji, w jakich się znajdują. Niektórzy wydawali się nie brać pod uwagę tego, że ich dzieci są z nimi krótko. Zaobserwowano również, iż rodzice adopcyjni często mają tendencję do spostrzegania normatywnych, rozwojowych zachowań dzieci jako patologicznych konsekwencji zaburzeń więzi. Terapeuci pomagali więc rodzicom w odróżnieniu niepokojących ich zachowań od tych, które są normatywne i charakterystyczne dla wieku. W kilku przypadkach miało to także funkcję odciążania rodziców z poczucia winy i frustracji w momentach, kiedy odczuwali brak kontroli nad zachowaniem dziecka.

Na sesjach dziecięcych poprzez zabawy, konkursy, gry i zadania dzieci uczyły się rozpoznawania, nazywania i przeżywania swoich emocji, a także reagowania na uczucia innych członków grupy. Ważnym elementem było wprowadzenie zajęć relaksacyjnych,

ponieważ większość dzieci miała trudności z wyciszeniem się po okresach aktywności. W tym miejscu warto wspomnieć o ważnej roli kontroli czasu każdej sesji. Był to czynnik szczególnie istotny dla dzieci, gdyż w ten sposób uczyły się odraczania spotkania z rodzicem, ufając terapeutom, że czas tego spotkania jest ograniczony i przewidywalny. Dzięki temu dzieci nie tylko nie zakłócały sesji rodziców, ale również dzieliły się swoimi przeżyciami na forum grupy. Większość z nich radziła sobie z czekaniem do przerwy, mimo przeżywanej frustracji związanej z rozstaniem.

Celem wspólnych dla rodziców i dzieci sesji było rozwijanie umiejętności współpracy w rodzinie i pomiędzy rodzinami uczestniczącymi w projekcie. Trzeba zaznaczyć, że każda z rodzin była krótko po adopcji, w związku z tym znajdowała się w fazie adaptacji, ustalania ról rodzinnych i tworzenia zasad oraz rytuałów rodzinnych. Różnorodne zadania i ćwiczenia wykonywane razem były zatem ukierunkowane na doświadczanie własnego miejsca w rodzinie oraz wyrażania i rozumienia potrzeb wszystkich jej członków. W terapii wielorodzinnej [19, 20] spotkanie rodzin zmagających się z podobną sytuacją problemową ma służyć z założenia porównaniu doświadczeń, dzieleniu się i poszukiwaniu nowych rozwiązań. Zauważono, że rodziny zaczęły powoli otwierać się na doświadczenia innych osób i często same je wspierać. Ponadto te zajęcia pozwoliły na pokazanie rodzicom znaczenia wspólnej zabawy. Nie była ona tylko okazją do przyjemnego spędzania czasu, ale także dawała rodzicom okazję do obserwacji dzieci i lepszego ich poznania. Mogli oni obserwować, jakie aktywności są dla dzieci atrakcyjne, jak reagują one na niepowodzenia, jak dzielą się radością, ale też jak unikają pewnych działań. Ponieważ zabawa jest integralną częścią rozwoju dziecka, to tym samym rodzice wzmacniali swoje kompetencje wychowawcze.

Podczas wspólnych aktywności zostały zrobione krótkie 5-, 7-minutowe nagrania, które następnie analizowane były wraz z rodzicami. Polegało to na omawianiu tych fragmentów, które ilustrowały pozytywny przebieg interakcji rodzic – dziecko. Rodzice w oparciu o tę analizę mogli zobaczyć, jakie elementy komunikacji wpływają na jej poprawę. Skłaniało to do refleksji nad własną rolą w tym procesie. Było to też okazją do dyskusji, które często uruchamiały nową narrację o nich samych jako rodzicach i nową narrację o ich dzieciach.

Na trzecim spotkaniu (po 2,5 miesiącach) rodzice relacjonowali zmiany, jakie zaobserwowali u dzieci i u siebie, opisywali własne uczucia. Wprowadzono również temat regulowania własnych stanów emocjonalnych. Terapeuci odwoływali się przy tym do emocji przeżywanych w dzieciństwie przez dorosłych uczestników oraz rodzinnych wzorców wyrażania uczuć. Akceptacja dla przeżywania różnych stanów emocjonalnych pozwoliła zniwelować poczucie winy związane np. z przeżywaniem złości z powodu złego zachowania dziecka. Kolejna sekwencja zajęć terapeutycznych była poświęcona zmianie reakcji na zachowania dzieci. W tej części zajęć rodzice otrzymali praktyczne wskazówki wykorzystania metody zastępowania agresji. Uczestniczyli w warsztacie psychoedukacyjnym dotyczącym radzenia sobie ze stresem. Otrzymali także wiedzę o metodach behawioralnych, jakie można zastosować i takich, które nie działają u dzieci z zaburzeniami więzi (np. czasowa izolacja i techniki żetonowe). Ostatnim ważnym tematem było wsparcie, jakiego potrzebują rodzice adopcyjni.

Grupa dzieci kontynuowała pracę nad wzajemną komunikacją z rówieśnikami oraz rozumieniem własnych uczuć (np. „co mnie złości, smuci, czego się obawiam”). Można było obserwować, jak dzieci początkowo nieśmiało i wycofane nagle stawały się liderami

w grupie. Jak uczyły się radzić sobie z wybuchami złości i napadami płaczu, tak aby inne dzieci się ich nie bały. Obserwowano również, że dzieci, które początkowo naśladowały innych, nabierały odwagi, by samodzielnie podejmować decyzje, nie bojąc się oceny.

Na zajęciach wspólnych obserwowano zmiany w relacjach pomiędzy rodzicami i dziećmi. W atmosferze radości, ale i wyzwania, dzieci mogły zobaczyć rodziców w nowych rolach m.in., kiedy się przebierali, byli zaangażowani w nowe zabawy, wspólnie siedzieli na podłodze, opiekowali się innymi dziećmi i brali udział w scenkach. Dla wielu dzieci taka aktywność rodzica była zaskoczeniem. Natomiast dla wielu rodzin odkryciem było, ile pozytywnych emocji pojawiało się podczas wspólnych ćwiczeń. Często można było zaobserwować dumę na twarzy dziecka z razem wykonanej pracy, widzieć zachwyty innych dzieci i rodziców. Również rodzic mógł obserwować dziecko w nowym, pozadomowym kontekście, usłyszeć informację zwrotną od pozostałych rodziców, zobaczyć coś, czego własnymi oczami wcześniej nie dostrzegali.

Dzieci więc mogły zobaczyć rodziców jako kreatywnych i atrakcyjnych partnerów do współpracy, rodzice zaś widzieli swoje zaangażowane i współpracujące dzieci.

Ostatnią częścią projektu były indywidualne spotkania terapeutyczne z rodzicami (1 godzina dla każdej rodziny). Polegały one na przekazaniu informacji zwrotnej dla rodziców i dzieci na temat funkcjonowania dzieci na zajęciach z grupą rówieśniczą i ich relacji z dorosłymi opiekunami. W pierwszej części spotkania brały udział dzieci — mogły słuchać o sobie w obecności rodziców. Następnie terapeuci przekazywali samym rodzicom swoje obserwacje i wnioski. Odnosiły się one w głównej mierze do relacji rodzic – dziecko. Podkreślali zasoby rodziny i wskazywali obszary do rozwoju. Odpowiadali na pytania dotyczące dzieci i wzajemnych relacji. Omówione zostały wybrane fragmenty nagrań interakcji pomiędzy rodzicami i dzieckiem. Przekazaliśmy również rodzicom sugestie dotyczące dalszych możliwości korzystania z pomocy specjalistycznej wspierającej rozwój dzieci i terapii indywidualnej. Niektóre rodziny były zainteresowane skorzystaniem także z terapii rodzinnej.

Wnioski — narracje rodziców

Na zakończenie terapii uczestnicy dzielili się swoimi refleksjami. Wnioski i uwagi zostały zebrane w formie informacji zwrotnych dotyczących zmian po każdym module oraz podczas ostatniej sesji indywidualnej od każdej z rodzin. Ponadto rodzice po zakończeniu kursu wypełniali przygotowane ankiety. Podkreślali znaczenie wzajemnego wsparcia osób, które mają podobne doświadczenia oraz to, że nie czuli się samotni ze swoimi problemami. Uzyskali natomiast poczucie, że mają prawo do przeżywania różnych uczuć, także negatywnych, gdy tracą cierpliwość do dziecka.

- *Zyskałam poczucie, że nie jestem nienormalną matką, gdy tracę cierpliwość.*
- *W ośrodku adopcyjnym staramy się, żeby dobrze wypaść — to pierwsze spotkanie, kiedy możemy powiedzieć, jak jest, a nie za wszelką cenę pokazać się. Powie-
dzieć, że nienawidzimy i kochamy.*
- *Nie chciałem tu jechać, bo byliśmy na spotkaniu rodzin adopcyjnych i tam mówili, że jest sielanka.*

Część komentarzy dotyczyła odpowiedzialności i poczucia sprawczości oraz odciążenia z poczucia winy, jeśli nie wszystko idzie dobrze. Jedna z matek ujęła to następująco: *Nie do końca mam wpływ na to, kim będzie moje dziecko, mimo terapii; nie możemy się winić, na wiele rzeczy nie mamy wpływu; ja muszę się starać, ale jeśli nie wyjdzie, to trudno.* Rodzice mówili również o uzyskaniu bardziej realistycznego spojrzenia na dziecko i przeżywaniu różnic między swoimi wyobrażeniami, marzeniami a tym, co wnosi dziecko. Jak żartobliwie ujął to jeden z ojców: *Pogodziłem się, że syn nie będzie dobry w sprawach technicznych; może z córką się uda?*

Inna korzyść wskazywana przez rodziców, to zmniejszenie ich poziomu niepokoju o dziecko: *Cieszę mnie, że usłyszałem, że są zachowania, które można traktować jako zwyczajne u tych dzieci.* Poprzez spotkania terapeutyczne rodzice zobaczyli, że nie chodzi o metodę, strategię postępowania wobec dziecka, bo: *Nie ma metody, która zadziałała, ale przekonali się, jak duże jest znaczenie wzajemnych relacji. Po tym, co usłyszałam, wyjeżdżam stąd z lękiem i nadzieją; czekam aż one [dzieci] się otworzą; widzę, że dopiero zaczynają mówić.*

Na kursach przed adopcją czy innych spotkaniach w grupie rodzin adopcyjnych rodzice słyszeli wskazówki dotyczące rozwoju i wychowania dziecka. Natomiast podczas spotkań w ramach projektu z jednej strony zobaczyli swoją rolę, z drugiej uzyskali pomoc dla siebie (*Jak pomagać rodzicom — tego wcześniej nie było*). Jedna z matek mówiła, jak trudne były emocje, poczucie samotności i niezrozumienia: *Byliśmy w czterech ścianach z dzieckiem ze swoim trudem, rodzina komentowała „o co wam chodzi, macie fajne dziecko”, nie znajdowaliśmy zrozumienia.* Inna czuła się winna, gdy był problem, miała poczucie, że nie radzi sobie jako matka, a w trakcie terapii zobaczyła, że *problem jest i w niej, i w dziecku.* O znaczeniu relacji, ale również dostrzeżeniu własnego udziału w tworzeniu się tzw. systemu problemowego powiedział także jeden z ojców: *Zobaczyłem, że nie tylko córka ma problemy; zobaczyłem, że jest dzieckiem, a ja muszę mieć więcej cierpliwości i dystansu.*

Rodzice adopcyjni często są szczególnie wyczuleni na to, czy zachowanie ich dziecka jest normatywne i wynika z naturalnych procesów rozwojowych czy jest już objawem zaburzeń. Podczas spotkań rodzice mogli dostrzec, że wiele trudnych zachowań ich dzieci ma charakter rozwojowy i występuje w populacji ogólnej. Zreflektowali, że mają niekiedy skłonność do dosłownego interpretowania zachowań dziecka czy tego, co ono mówi. Wypowiedzi trzech różnych rodziców odnoszą się do tej refleksji. *Po zajęciach widzę, że to, co robią jest normalne, większość dzieci tak ma; Moje podejście się zmieniło; Może się oszukuję, ale to są dzieci — i zachowują się jak dzieci, to są symptomy bycia dzieckiem, nie bagatelizuję niektórych zachowań, ale się też cieszę z nich.* Praca z VIT pozwoliła rodzicom zaobserwować inicjatywę komunikacyjną ich dzieci, przez co mogli otworzyć się na to, co dziecko chce im przekazać. Zaczęli także rozumieć, że zachowanie dziecka może się wiązać z traumatycznymi doświadczeniami z przeszłości lub być konsekwencją zerwania więzi z osobą znaczącą.

- [córka] [...] *opowiedziała, jak matka jej powiedziała, że jej nie chce i nie przyjedzie do domu dziecka — i wtedy otwarła się, była w niej zmiana.*
- *Jedziemy samochodem, a ona mówi, że mama jej przykładala nóż. Nie wyciągam od niej. Mówimy, że to nie jej wina, dziecko nie jest winne.*

Ogromne znaczenie emocjonalne miała możliwość wymiany doświadczeń z innymi rodzicami:

- *Cenne jest wasze [rodziców i terapeutów] doświadczenie. I spojrzenie na siebie wzajemnie, to uspokaja. Kto cię zrozumie, jak nie ludzie, którzy mają podobne problemy.*
- *Wasze zwierzenia i dzielenie się — to dużo dało. Myślimy, co będzie dalej.*

Rodzice mogli też dostrzec zmiany w sobie i dziecku i urealnić swoje oczekiwania wobec życia rodzinnego. Jak określił to jeden rodzic: *Podchodzę realnie do rodzicielstwa, wiem, że nie wszystko się udaje i wiem, że są rzeczy, których nie zmienię.*

Pomimo generalnie dobrej oceny terapii pojawiły się też pewne zdania odrębne. Na podstawie analizy tych wypowiedzi oraz obserwacji terapeutów, można stwierdzić, że w sytuacji, gdy problem jest szerszy, kiedy rodzic przeżywa własne problemy emocjonalne, nie uporał się ze swoimi traumatycznymi doświadczeniami lub kiedy adopcja dziecka miała być sposobem na rozwiązanie problemów małżeńskich, pomoc taka, jaką rodziny otrzymały w ramach projektu, może nie być wystarczająca. W takich przypadkach konieczna może być dłuższa indywidualna praca terapeutyczna z rodzicem.

Brakuje tego, co dalej na drodze szukania. Mnie to przerasta i boję się, co będzie ze mną. [Syn] jest na pierwszym miejscu, cały czas jest tylko mama i to jest już 1,5 roku, a nie otrzymuję nic od niego, on mnie wykańcza i nasze małżeństwo, jestem lekkim wrakiem człowieka.

Osoby mające oczekiwania, że dostaną prosty algorytm postępowania też mogły poczuć się rozczarowane zaferowaną przez nas formą pomocy: *Jestem pełna obaw, bo jutro zaczniesz się tak samo, a ja nie wiem, co robić, bo słyszę, że strategii nie ma.*

Podsumowanie — perspektywa terapeutów

Rodzice adopcyjni w niedługim czasie po adopcji przeżywają trudny czas. Z jednej strony cieszą się, że pojawiło się w domu dziecko, z drugiej mierzą się z trudami specyficznych zadań. Większość z nich spodziewa się problemów i jest na nie przygotowywana w ośrodkach adopcyjnych, jednak zazwyczaj od szkoleń do adopcji mija wiele czasu. Nie mając doświadczeń rodzicielskich, z trudem wyobrażają sobie, z jakimi kłopotami będą musieli się zmagać. W związku z tym doświadczają różnych emocji, które starają się wypierać. Często są one tak silne, że trudno jest sobie z nimi radzić. Patrząc z tej perspektywy możemy zrozumieć, jak skomplikowanym procesem jest tworzenie się bezpiecznej więzi w rodzinach adopcyjnych. Programy takie jak Adopted Mind i Family Minds [3, 15] podkreślają ważną rolę mentalizacji w rodzinach adopcyjnych. Tymczasem proces mentalizacji jest wręcz niemożliwy w sytuacji przeżywania silnego stresu [20], np. takiego, jakiemu poddawani są rodzice adopcyjni na skutek nowych wyzwań i nadmiernie wysokich oczekiwań społecznych. W takim przypadku rodzice ci mogą czasowo tracić zdolność refleksji na temat myśli i uczuć innych osób. Frustracja, złość i żal, jakich doświadczają, może prowadzić do wytworzenia się wrogości i dystansu wobec otoczenia. W związku z tym wydaje się zasadne, aby w grupach dla rodziców mieli oni przestrzeń do dzielenia się tymi uczuciami. Grupa taka nie może być tylko warsztatem psychoedukacyjnym, a terapeutami

muszą być przygotowani na podjęcie procesu terapeutycznego. Natomiast w dalszym postępowaniu warto jest uruchomić procesy refleksyjności oraz szukania nowych perspektyw rozumienia postaw i zachowań dzieci.

Wprowadzenie do programu dla rodzin adopcyjnych terapii wielorodzinnej wydaje się przynosić wiele korzyści. Po pierwsze wspólne zajęcia MFT na pewno mają wpływ na zacieśnianie się więzi wewnątrz rodzin, odkrywanie wspólnych aktywności, poczucie spójności i tożsamość rodziny w obliczu bycia zespołem wśród innych rodzin. Dziecko czynnie uczestniczy w procesie terapii, co jest szczególnie ważne w przypadku nieco starszych dzieci [18]. Uczestnicy MFT mają szansę nie tylko wymieniać się poglądami, ale także doświadczyć pewnych sytuacji i na bieżąco je omawiać.

Przygotowując plan projektu i ramy czasowe, zdecydowaliśmy się na całodniowe spotkania, bo — jak pokazują doświadczenia terapeutów MFT [18, 21] — w takim kontekście pojawiają się sytuacje analogiczne do tych, które są obecne w życiu codziennym. Mogą one wówczas być omawiane na bieżąco, a uczestnicy grupy mogą służyć sobie pomocą, dzieląc się swoimi refleksjami i doświadczeniami. Plan czasowy prezentowanego kursu terapeutycznego był pomysłem autorskim, jednakże naszym zdaniem program terapii mógłby być rozłożony na dłuższy okres. Przydatny byłby dodatkowy 2-, 3-dniowy moduł. Natomiast sesje wielorodzinne prowadzone w odstępach 2-, 3-miesięcznych są według nas korzystne dla procesu.

Należy tu nadmienić, że dzięki wyjazdowej formie szkolenia rodzice mieli szansę zdystansować się od codziennych problemów, skoncentrować się na sobie i relacji z dzieckiem. Cały program obejmował aż 60 godzin intensywnej pracy. Dzięki projektowi z pomocy mogły także skorzystać rodziny mieszkające z dala od dużych miast, w innych warunkach, często niemające możliwości uczestniczenia w profesjonalnej terapii skoncentrowanej na ich problemach. Niewątpliwie dużą zaletą była również możliwość poznania innych rodzin nie tylko podczas sesji, ale również poza nimi (czas wolny, posiłki, spacer). Było to ważnym elementem tworzenia się tożsamości grupowej.

Dzięki opisanemu programowi każda z rodzin odniosła pewne korzyści, ale nie dla wszystkich uczestników była to wystarczająca pomoc. W niektórych przypadkach konieczne byłoby podjęcie indywidualnej terapii rodzica lub terapii pary. Niektóre dzieci wymagały objęcia dodatkową opieką, np. w postaci wczesnego wspomaganie rozwoju, opieki psychiatrycznej lub indywidualnej terapii.

Piśmiennictwo

1. Najwyższa Izba Kontroli. Wykonywanie zadań przez ośrodku adopcyjne. www.nik.gov.pl. 2018
2. Ułasińska R, Zdenkowska-Pilecka M, Iniewicz G. Więź po zerwaniu więzi. W: Józefik B, Iniewicz G, red. Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008, s. 161–174.
3. Midgley N, Alayza A, Lawrence H, Bellew R. Adopting Minds — a mentalization-based therapy for families in a post-adoption support service: preliminary evaluation and service user experience. *Adopt. Foster.* 2018; 42(1): 22–37.
4. Milewska E. Kim są rodzice adopcyjni? Studium psychologiczne. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej; 2003.

5. Kalus A. W świecie dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego; 2003.
6. van den Dries L, Juffer F, van Ijzendoorn M H, Bakermans-Kranenburg M J. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Child. Youth Serv. Rev.* 2009; 31: 410–421.
7. Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW. Practitioner review: clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2011; 52(8): 819–833.
8. Pace C S, Zavattini G C. ‘Adoption and attachment theory’ the attachment models of adoptive mothers and the revision of attachment patterns of their late-adopted children. *Child Care Health Dev.* 2011; 37(1): 82–88.
9. Dozier M, Stovall KC, Albus KE, Bates B. Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Dev.* 2001; 72(5):1467–1477.
10. Chinitz S, Guzman H, Amstutz E, Kohchi J, Alkon M. Ochrona zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci: model interwencji i współpracy służb społecznych. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka.* 2018; 17(4): 143–166.
11. Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, van Ijzendoorn MH, Mangelsdorf SC, Zevalkink DJ. Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Ment. Health J.* 2006; 27(5): 466–493.
12. Juffer F, Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn MH. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2005; 46(3): 263–274.
13. Dozier M, Bernard K. Attachment and biobehavioral catch-up: addressing the needs of infants and toddlers exposed to inadequate or problematic caregiving. *Curr. Opin. Psychol.* 2017; 15: 111–117.
14. James S, Landsverk J, Slymen DJ, Leslie L. Predictors of outpatient mental health service use: the role of foster care placement change. *Ment. Health Serv. Res.* 2004; 6(3): 127–141.
15. Bammens A-S, Adkins T, Badger J. Psycho-educational intervention increases reflective functioning in foster and adoptive parents. *Adopt. Fost.* 2015; 39(1): 38–50.
16. Fonagy P, Target M. Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attach. Hum. Dev.* 2005; 7(3): 333–343.
17. Asen E, Fonagy P. Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *J. Fam. Ther.* 2014; 34(4): 347–370.
18. Asen E, Scholz M. Multi-family therapy. Concepts and techniques. London & New York: Routledge; 2010.
19. Józefik B, Treger B. Terapia wielorodzinna w pracy z rodzinami z problemem przemocy w relacjach rodzinnych. *Psychoter.* 2015; 1(172): 47–57.
20. Allen J, Fonagy P, Bateman A. Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
21. Terapia wielorodzinna. Multifamily therapy (MFT). Materiały szkoleniowe dla profesjonalistów. Praca z przemocą i nadużyciami w rodzinie. Rodziny z grupy wysokiego ryzyka. MFT-V e-podręcznik, UE Daphne III; 2011.

Adres: agnieszkaelek@gmail.com