

MARIA POSŁUSZNA-OWCARZ

Wydział Nauk o Zdrowiu

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku

Ośrodek Adopcyjno-Opiekuńczy we Włocławku

ZDROWA RODZINA ADOPCYJNA – TO ZNACZY JAKA?

Rodzina odgrywa kluczową rolę w życiu każdego człowieka. Jest ona pierwszym środowiskiem w życiu jednostki i najczęściej towarzyszy jej przez całe życie. Spełnia szczególnie ważną i odpowiedzialną funkcję, zaspokajając potrzeby swoich członków. Zdrowa, funkcjonalna rodzina przyczynia się do fizycznego, psychicznego i społecznego rozwoju dziecka, przygotowuje je do samodzielnego, aktywnego życia, przekazuje wartości, normy, wzory zachowań i obyczajowość kulturową. Rodzina dysfunkcyjna jest źródłem traumatycznych doznań zarówno dzieci, jak i dorosłych członków. Jednym ze skutków dysfunkcyjności rodziny jest coraz szersze zjawisko sieroctwa społecznego. Aby załagodzić jego skutki, podejmowane są różne działania społeczne, odnoszące się zarówno do poszczególnych członków rodziny, a zwłaszcza dzieci, jak i do rodziny jako systemu. Tworzenie różnorodnych form rodzinnej opieki zastępczej jest szansą na chociażby częściową kompensację negatywnych skutków sieroctwa społecznego.

Niniejsze opracowanie koncentruje się głównie na problematyce rodzicielstwa adopcyjnego. Celem opracowania jest ukazanie czynników mających wpływ na prawidłowe funkcjonowanie rodzin adopcyjnych. Do niezbędnego minimum zostały ograniczone informacje dotyczące definicji i funkcji rodziny. Autor nieco szerzej omówił skutki sieroctwa społecznego, odnosząc je do wybranych zagadnień związanych z przygotowaniem, tworzeniem i istnieniem rodzin adopcyjnych.

FUNKCJE RODZINY

Najbardziej prostą i uniwersalną wydaje się być definicja rodziny określona w Konwencji o Prawach Dziecka rozumianej jako „podstawowa komórka społeczeństwa oraz naturalne środowisko rozwoju i dobra wszystkich jej członków,

a w szczególności dzieci” (Szczepański, 1970, s. 70). Rodzina stanowi jedną z podstawowych grup społecznych, jaką spotykamy od najdawniejszych czasów, łączącą cechy grupy formalnej i nieformalnej. Występuje jednocześnie jako grupa i instytucja społeczno-wychowawcza (Rembowski, 1978; Sendyk, 1991). Z punktu widzenia psychologii społecznej rodzina to grupa „która jest formacją społeczną i składa się z pewnej liczby jednostek pozostających w określonych pozycjach, rolach w stosunku do siebie, i która ma własny system wartości oraz normy regulujące zachowanie jednostek w sprawach ważnych dla grupy, a zarazem rodzice i dzieci występują w określonych rolach i zajmują określone pozycje w strukturze wewnętrznej rodziny” (Ochmański 1993, s. 83). Jako małą grupę społeczną łączą jej członków wzajemne stosunki społeczne, specyficzne więzi osobiste, wykraczające poza jedno pokolenie, o w miarę nierozzerwalnym, autonomicznym charakterze członkostwa (Kawula i in., 1997). Wiąż rodzinna oparta jest na dwóch filarach: subiektywnym i obiektywnym, które wzajemnie się warunkują i trudno je rozdzielić. Filar subiektywny to świadomość łączności z innymi osobami w rodzinie, poczucie przynależności do rodziny jako grupy społecznej, przejawiające się w sferze wartości, myśli, uczuć, działań. Obiektywizm więzi oparty jest na podstawach prawnych, czynnikach obyczajowych, społecznych, kulturowych, religijnych, które leżą u podstaw trwałości rodziny. W rozumieniu polskiego prawa rodzinnego więzami tworzącymi rodzinę są:

- pokrewieństwo (konsekwencje prawne są ograniczone do pokrewieństwa w linii prostej oraz pokrewieństwa w linii bocznej w stopniu drugim),
- przysposobienie (niektóre jego skutki mogą trwać po rozwiązaniu),
- powinowactwo (konsekwencje prawne dotyczą powinowactwa w linii prostej),
- małżeństwo (skutki prawne mogą trwać także po jego ustaniu (Andrzejewski, 2006).

Współczesne podejście do rodziny ujmuje ją jako system, czyli uporządkowaną całość, składającą się z dowolnych elementów, pozostających ze sobą we wzajemnych interakcjach (Braun-Gałkowska, 2002). Ma on charakter otwarty, regulujący kontakt z otoczeniem za pomocą sprzężenia zwrotnego (ujemnego i dodatniego). Elementy tego systemu wzajemnie na siebie oddziałują, pozostając w dynamicznej równowadze. Cechuje się takimi właściwościami, jak:

- granice, które ulegają ciągłym zmianom, związanym z rozwojem rodziny. Warunkiem prawidłowego rozwoju jednostki i funkcjonowania całej rodziny jest obecność trwałych i względnie elastycznych granic, umożliwiając one kształtowanie poczucia przynależności członków rodziny, a także umożliwiają zachowanie tożsamości rodziny, odróżniając daną rodzinę od innych;

- struktura rodziny oparta o układ uniwersalnych zasad, dotyczących organizacji rodziny, oraz przepisy dotyczące postępowania członków danej rodziny. Warunkiem prawidłowej struktury rodziny jest zdolność rodziny do stałych zmian i wzajemnych relacji oraz pozycji poszczególnych jej członków;

- procesy komunikacji rozumiane jako wymiana informacji pomiędzy członkami rodziny w określonym kontekście społecznym. Prawidłowa komunikacja w rodzinie powinna dopuszczać do otwartego, dokładnego wyrażania się poszczególnych członków rodziny, ujmować każdego członka rodziny jako niepowtarzalną jednostkę, różnice pomiędzy członkami powinny być traktowane jako czynnik rozwoju rodziny;

- role rodzinne, decydujące o poczuciu własnej wartości poszczególnych członków rodziny;

- lojalność jako podstawa jednostki obejmująca identyfikację z rodziną, zaufanie, pewność, odpowiedzialność, przynależność (Winogrodzka, 2007).

Rodzina pełni szereg rozmaitych funkcji. Różni autorzy podają różną ich liczbę. Jedni wskazują na cztery podstawowe: prokreacyjną, usługowo-opiekuńczą, socjologiczną i psychologiczną (Ziemska, 1975). Natomiast Kozak (2007) opisuje dziesięć głównych funkcji rodziny podanych przez psychologów i socjologów w literaturze przedmiotu, takich jak: materialno-ekonomiczna, opiekuńczo-zabezpieczająca, prokreacyjna, seksualna, legalizacyjno-kontrolna, socjalizacyjna, klasowa, kulturalna, rekreacyjno-towarzyska, emocjonalno-ekspresyjna.

Każda rodzina boryka się z problemami dnia codziennego, gdyż często pojawiają się trudności, które musi pokonywać. Są rodziny, które potrafią sprostać tym obowiązkom. Takie rodziny, które pomyślnie rozwiązują własne problemy, kierując się chęcią utrwalania swojej wspólnoty i realizacji przypisanych im funkcji, nazywamy rodzinami funkcjonalnymi. Zdrowe, dobrze funkcjonujące rodziny, wypełniając przypisane im funkcje, pozwalają dzieciom budować własną zdrową tożsamość, opartą o poczucie przynależności i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. W takiej rodzinie zarówno rodzice, jak i dzieci mogą się czuć bezpiecznie, rozwijać swoje możliwości, dążyć do realizacji swoich celów. W zdrowej rodzinie panują zdrowe zasady. Jej członkowie mogą swobodnie komunikować się, wyrażać jawnie swoje uczucia. Rozmawiają o swoich problemach, które są rozwiązywane w ramach współpracy. Jest tu miejsce na poszanowanie odrębności każdego członka rodziny.

Co charakteryzuje zdrową rodzinę? Można wymienić cztery cechy zdrowej rodziny:

- pozytywna tożsamość i autonomia poszczególnych członków rodziny. Pozytywna tożsamość oznacza akceptację siebie samych przez poszczególnych członków. Autonomia oznacza prawo jednostki do budowania własnej tożsamości i realizowania własnego planu życia. Wspólnota w rodzinie opiera się na wyborze, a nie na przymusie;

- otwarte i skuteczne komunikowanie się, a więc rozmowa o wszystkich istotnych sprawach członków rodziny, przebiegająca w sposób bezpieczny;

- wzajemność, oznacza dawanie wzajemnego oparcia, podtrzymania, pomocy;

- połączenie ze światem zewnętrznym oznaczające, że rodzina nie jest zamknięta, jej granice są częściowo przepuszczalne, bierze z otoczenia poglądy, idee, informacje, ale jednocześnie sama wychodzi do innych (Sztander, 1993).

Funkcjonalna, zdrowa rodzina odgrywa podstawową rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego dziecka, a tym samym społeczeństwa:

- zabezpiecza przetrwanie i rozwój;
- zaspokaja potrzeby emocjonalne swoich członków;
- zapewnia rozwój i wzrastanie każdego członka, w tym także rodziców;
- jest miejscem, gdzie rozwija się poczucie własnego „Ja”;
- jest podstawową „jednostką socjalizacji i ma decydujące znaczenie dla przetrwania społeczeństwa (Prajsner, 2002, s. 18).

Są jednak takie rodziny, które nie potrafią pomyślnie rozwiązywać swoich sytuacji kryzysowych i realizować wystarczająco dobrze swoich funkcji. Takie rodziny nazywamy rodzinami częściowo lub całkowicie dysfunkcjonalnymi (Kawula i in., 1997).

DYSFUNKCJONALNOŚĆ RODZINY A SIEROCTWO SPOŁECZNE

Dysfunkcjonalność w rodzinie ma charakter konfliktogenny, prowadzi więc do długotrwałych napięć emocjonalnych, często wywołujących negatywne zachowania członków rodziny. Dysfunkcjonalność i patologia życia rodzinnego stanowią potencjalne niebezpieczeństwo zakłócenia naturalnego procesu wychowawczego dziecka w różnych jego okresach rozwojowych. Stan taki utrudnia zaspokajanie potrzeb psychicznych i biologicznych członków rodziny (Cudak, 1999).

Zdaniem Tyszki (2002), przyczyną nieprawidłowego funkcjonowania rodzin współczesnych są nasilające się kryzysy i konflikty wewnątrzrodzinne. Skutkują tym, że rodzina niewłaściwie lub w sposób częściowy wypełnia swoje zadania.

Najpoważniejszym skutkiem dysfunkcyjności jest sytuacja dzieci pozbawionych właściwej opieki rodzicielskiej, w stosunku do których używa się pojęcia sieroctwa społecznego, w odróżnieniu od sierot naturalnych, które utraciły rodziców w wyniku śmierci, jako „stanu pozbawienia dzieci, trwale lub przejściowo, szans wychowania we własnej rodzinie ze względu na brak odpowiednich warunków opiekuńczo-wychowawczych” (Lalak, Pilch, 1999, s. 268). Podobnie ujmuje sieroctwo społeczne Szyborska, podkreślając brak właściwej opieki ze strony żyjących jednego lub obojga rodziców (Szyborska, 1969).

Ponieważ rodzina jest pierwszym i niezastąpionym środowiskiem rozwoju i wychowania dzieci, toteż wszystkie występujące w niej zaburzenia stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju społecznego dziecka, prowadząc w konsekwencji do różnorodnych, nieraz nieodwracalnych zaburzeń, w jego rozwoju psychofizycznym. „Wadliwie funkcjonująca rodzina, która nie zabezpiecza dziecku potrzeb przynależności i miłości jest często przyczyną przeżyć tragicznych – traumatycznych” (Kozak, 2007).

Zdaniem J. Bowlby'ego (2007) – twórcy koncepcji przywiązania – dziecko pozbawione możliwości tworzenia bliskiej emocjonalnej więzi w późniejszych latach życia może przejawiać poważne zaburzenia funkcjonowania sfery poznawczej i emocjonalno-społecznej.

ADOPCJA FORMĄ KOMPENSACJI SIEROCTWA SPOŁECZNEGO

W celu kompensacji sieroctwa społecznego powstały różne formy opieki nad dzieckiem. Mogą mieć one charakter instytucjonalny lub rodzinny. W instytucjonalnych formach opieki należy wyróżnić małe placówki opiekuńczo-wychowawcze typu rodzinnego, gdyż oparte są one o zasady wychowania rodzinnego. Placówki opiekuńczo-wychowawcze wspomagają także tzw. rodziny zaprzyjaźnione, które utrzymując systematyczny kontakt z wybranymi wychowankami, wspomagają pracę wychowawczą placówki, wzbogacając je o prawidłowe wzorce rodzinne. Do rodzinnych form można zaliczyć: rodziny adopcyjne, rodziny zastępcze różnego typu oraz rodzinne domy dziecka. W niniejszej pracy skoncentrowano się na problematyce adopcji.

Co to jest adopcja? Według Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego to „ogólnie rzecz biorąc powstały z woli osób zainteresowanych taki stosunek prawny, jaki istnieje między rodzicami a dzieckiem” (Chełmińska, Przybyła, 1996, s. 15; Gutowska, 2008, s. 20).

Instytucja przysposobienia, służąc dziecku, jest także sposobem na zaspokojenie naturalnej potrzeby osób dorosłych posiadania dzieci i opiekowania się nimi. Chodzi tu przede wszystkim o małżeństwa bezdzietne. Według A. Kalus (2002) problem niepłodności dotyczy około tj. 20–25% małżeństw. Poza nimi na adopcję dziecka decydują się też małżonkowie posiadający własne potomstwo. Również dzięki adopcji mogą powstać tzw. rodziny zrekonstruowane (gdy małżonek adoptuje dziecko współmałżonka lub dziecko przezeń wcześniej adoptowane) (Andrzejewski, 1999).

Adopcja jest najwłaściwszą formą zapobiegania skutkom sieroctwa społecznego. Tworzy środowisko znacznie korzystniejsze od pozostałych form opieki (Gutowska, 2008; Zozuła, 2008). Im ona nastąpi wcześniej, tym prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń u dziecka jest mniejsze, a w przypadku noworodka bliskie zeru (Gurycka 1980). Im później zostanie dziecko zaadoptowane, tym wyższe jest prawdopodobieństwo ich wystąpienia. Istotny jest tutaj czas pobytu dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej, skutki rozłąki z osobami bliskimi mogą bowiem utrzymywać się jeszcze długo po przysposobieniu, a ich minimalizowanie wymaga czasu, pracy i odporności rodziców adopcyjnych, korzystających czasami z pomocy specjalistów. Mimo wszystko, adopcja pozostaje najlepszym rozwiązaniem, obojętnie, czy będzie to noworodek, czy starsze

dziecko, czy też z pewnym defektem emocjonalnym, gdyż akceptacja i wsparcie, jakie może ono otrzymać w nowej rodzinie adopcyjnej, może wpływać łagodząco na te zaburzenia (Baładynowicz, 1999, s. 12).

Adoptowane dziecko ma dużą szansę na prawidłowy rozwój. Oczywiście nie można uogólniać, gdyż nie każde adoptowane dziecko ma taką szansę, ponieważ dużym problemem społecznym są tak zwane adopcje nieudane – kiedy dochodzi do ponownego odrzucenia i zranienia dziecka. Dlatego ważną rzeczą jest właściwy dobór rodziców adopcyjnych. Jednym z wymagań jest odpowiednia różnica wieku pomiędzy przysposabianym a przysposabiającym, która nie powinna być większa niż 40 lat. Z doświadczenia zawodowego autora pracy wynika, że zbyt duża różnica wieku (w tym przypadku obejmująca 2 pokolenia) bywa w wielu przypadkach niekorzystna m.in. ze względu na przewagę niewłaściwych postaw rodzicielskich (nadmierną koncentrację na dziecku albo nadmierne wymagania), zaburzenia komunikacji międzypokoleniowej, gorszą kondycję psychofizyczną kandydatów. Ponadto, od kandydatów wymagana jest pełna zdolność do czynności prawnych oraz wymóg odpowiednich właściwości osobistych rodziców (prawy charakter, kompetencje wychowawcze) gwarantujących dobre wywiązywanie się z ciążącej na nich odpowiedzialności za dziecko. Przez „kwalifikacje osobiste”, oprócz wymienionych już wcześniej, należy rozumieć także: odpowiednią osobowość, stan zdrowia psychicznego i fizycznego, motywację, postawy rodzicielskie, cechy gwarantujące zachowanie tożsamości dziecka w sferze etnicznej, religijnej, kulturowej, językowej oraz sytuację materialną (Baładynowicz, 1999; Holewińska-Łapińska, 2003). Przygotowanie kandydatów na osoby przysposabiające (diagnoza, szkolenie i kwalifikacja) oraz prowadzenie procedur przysposobienia należy do wyłącznych kompetencji ośrodka adopcyjno-opiekuńczego. W przypadku orzeczenia sądu o adopcji dziecko w sensie prawnym wchodzi do rodziny i staje się jej częścią ze wszystkimi konsekwencjami. W przypadku udanej adopcji „dziecko ma największe szanse na prawidłowy rozwój, na ukształtowanie prawidłowych postaw do siebie i świata, na szybsze wyrównanie opóźnień w sferze intelektualnej oraz na szybsze przyjęcie prawidłowych wartości moralnych i ogólnospołecznych, które będą implikowały jego dalsze życie” (Baładynowicz, 1999, s. 13).

„Rodzina adopcyjna stanowi specyficzny system rodzinny. Psycholog, który chce zrozumieć jego funkcjonowanie, dotyka w swoich rozważaniach problematyki ludzkiej egzystencji – płodności, rodzicielstwa, poczucia tożsamości” (Gutowska, 2008, s. 7).

PROBLEMY RODZIN ADOPCYJNYCH

Analiza literatury przedmiotu, która uległa wzbogaceniu w ostatnich latach, wskazuje, że pomiędzy rodziną adopcyjną a rodziną stworzoną w sposób naturalny istnieją różnice, które dotyczą zarówno sposobu jej powstania, jak

i funkcjonowania. Zdaniem autora niniejszego opracowania, który od ponad 22 lat uczestniczy czynnie w całym procesie postępowania adopcyjnego, uwarunkowania problemów rodzin adopcyjnych są wielorakie. Stanowią je:

1. złożona konfiguracja czynników związanych z:
 - kandydatami na rodziców adopcyjnych,
 - przysposobionym dzieckiem,
 - funkcjonowaniem rodziny adopcyjnej;
2. uwarunkowania zewnętrzne wnikające np. z procedury adopcyjnej, doboru dziecka i rodziców, wsparcia po adopcji (społecznego i instytucjonalnego), aktualnych postaw społeczeństwa wobec adopcji.

Należy podkreślić, iż prawidłowo realizowana procedura adopcyjna ujmuje wszystkie wyżej wymienione czynniki, jednocześnie zakładając odrębność każdej pary małżeńskiej, w tym indywidualizm i różnice przystosowawcze kandydatów do przysposobienia dziecka.

Stawanie się rodzicem nie jest bowiem pojedynczą sytuacją, ale skomplikowanym, nieodwracalnym i ciągłym procesem. Zmiana ta staje się swoistą sytuacją kryzysową, gdyż wymaga zmian w dotychczasowym stylu życia, zmian zachowań i przystosowania się do nowo zaistniałej sytuacji (Kwak, 2008). Realizacja rodzicielstwa jest procesem społecznym i podlega zmianom pod wpływem takich czynników, jak: wpływ rodziny pochodzenia (relacje w rodzinie, wykształcenie, pozycja społeczna, wyznawane wartości, tradycje rodzinne), relacje wytworzone pomiędzy małżonkami (komunikacja, wsparcie wzajemne), pozycja zawodowa i społeczna, styl życia poszczególnych członków rodziny, kontakty społeczne. Małżonkowie, realizując swoje potrzeby rodzicielskie czy to w sposób naturalny czy poprzez przysposobienie dziecka, przygotowują się do pełnienia nowej roli rodzica. Podkreślając, że u podstaw realizacji roli rodzicielskiej leżą trzy źródła, takie jak: cechy rodziców (związane z ich indywidualnymi doświadczeniami, tożsamością, osobowością), cechy dziecka (temperament, stan zdrowia, płeć) i społeczny kontekst (zaplecze materialne, pozycja społeczna, relacje społeczne z innymi, wsparcie) (Schuffer, 2006), należy zauważyć, że u rodziców adopcyjnych, w każdym z tych źródeł, tkwią czynniki niespotykane w przypadku rodziców naturalnych.

Indywidualne doświadczenia rodziców adopcyjnych naznaczone są problemem bezdzietności. Jest to często nieprzepracowana strata, związana z niemożnością posiadania biologicznego potomstwa, a także wysunięciem na pierwsze miejsce głównego celu życiowego, jakim jest dziecko. Aktywność małżonków jest zogniskowana na fakcie powiększenia rodziny, najpierw w sposób naturalny, a następnie poprzez adopcję i temu celowi podporządkowane są wszelkie inne działania. Istotnym czynnikiem są uświadomione i nieuświadomione motywy adopcji, które mogą być różne i różnią się istotnie od motywacji posiadania biologicznego potomstwa (Gutowska, 2008). Badania przeprowadzone przez J. Trepkę-Starostę (1999) wykazały, że główną motywacją większości kandydatów na rodziców

adopcyjnych jest chęć zaspokojenia potrzeb własnych, w tym aż w 89% chęć posiadania pełnej rodziny. Także z doświadczeń autora wynika, iż kandydaci pytani o motywady adopcji, na pierwszym miejscu najczęściej wymieniają: stanie się pełną rodziną lub stanie się prawdziwą rodziną, następnie zaspokojenie potrzeb rodzicielskich. Jednak u dużej części kandydatów pojawia się wyraźne akcentowanie potrzeb dziecka: stworzenie prawdziwego domu dla osieroconego dziecka, umożliwienie mu przeżycia szczęśliwego dzieciństwa i zaspokojenie jego potrzeb społecznych.

Zwracając uwagę na wymienione powyżej czynniki, M. Kościelska sformułowała tezę, że „sprawowanie adopcyjnego rodzicielstwa wiąże się immanentnie z przeżywaniem kilku charakterystycznych dla niego kryzysów” (Kościelska, 1999, s. 151). Kryzysy te mogą mieć charakter twórczy, ale mogą być też przyczyną różnorodnych destrukcji. Autorka wyróżniła trzy główne kryzysy. Pierwszy z nich związany jest z odkryciem własnej bezdzietności, a decyzja o przysposobieniu jest jednym ze sposobów jego przezwyciężenia. W tym kontekście, autorka, dokonując podziału motywacji rodziców adopcyjnych, wskazała na motywację „z braku”, gdzie przysposobione dziecko ma pomóc wypełnić rolę rodzicielską, scalić rodzinę, poprawić obraz rodziny. Drugi motyw to ratowanie dzieci przed sieroctwem, pomoc innym, a jednocześnie poprawa własnego obrazu. Trzeci motyw, zdaniem autorki najzdrowszy, „z nadmiaru”, prezentują małżonkowie, którzy mając odpowiednie środki, pragną poświęcić się wychowaniu dzieci (czasami mają własne), stworzyć dużą rodzinę. Adopcja ma tutaj na celu rzeczywistą opiekę nad dzieckiem, a nie jest lekiem na bezdzietność lub terapią na zaburzony obraz siebie. Zbyt głębokie zaburzenia i motywacja powinny zostać przepracowane przed adopcją.

Drugi kryzys związany jest z napięciem i lękiem wywołanym myśleniem o przysposobieniu dziecka. Pojawiają się różnorodne pytania dotyczące procedury adopcji, swoich motywów, swoich możliwości i umiejętności, możliwości pokochania dziecka i odwrotnie, rodziców przysposabiających przez dziecko, odbioru swojej rodziny w ośrodku adopcyjnym, samego dziecka i towarzyszących mu uwarunkowań rodzinnych, zdrowotnych itd. Uzyskanie odpowiedzi na te, a także inne, ważne pytania wymaga częstych kontaktów z ośrodkiem adopcyjno-opiekuńczym oraz odpowiedniego przygotowania teoretycznego w formie szkoleń i wsparcia zarówno w trakcie procesu adopcyjnego, jak i po przysposobieniu dziecka.

Trzeci kryzys dotyczy rzeczywistego poczucia tożsamości rodziców adopcyjnych, którzy z jednej strony, wychowując dziecko, w majestacie prawa są rodzicami, a z drugiej strony, od strony biologicznej rodzicami nie są, gdyż dziecko posiada swoją rodzinę pochodzenia. Rodzi to często obawę i lęk o stosunek dziecka do naturalnych i adopcyjnych rodziców w przyszłości, co jest powodem utajnienia w niektórych rodzinach faktu przysposobienia. Ta krucha tożsamość rodziców adopcyjnych jest dodatkowo narażona na różne trudności psychologiczne

wynikające z niekorzystnych doświadczeń dzieci przysposobionych, zaburzeń więzi, trudności szkolnych, stanu zdrowia. Dobre pełnienie roli rodziców adopcyjnych w wielu wypadkach wymaga wsparcia i terapii rodziny (Kościelska, 1999).

Sam fakt adopcji dziecka wprowadza nową jakość do funkcjonowania rodziny. „Do czynników wpływających na rodzaj relacji w rodzinach adopcyjnych można zaliczyć: stan psychiczny dziecka przed adopcją, postawy rodziców adopcyjnych, stosunek otoczenia, fazę, w której znajduje się rodzina adopcyjna oraz podejście do problemu jawności adopcji” (Jarmołowska, 2007, s. 71). Stan dziecka jest uwarunkowany jego wiekiem, traumatycznymi, wcześniejszymi przeżyciami, jakością wcześniej wytworzonych więzi. Jest to trudny etap budowania wzajemnych więzi i akceptacji, tym trudniejszy, o ile dziecko dotknięte jest chorobą sierocą, zaburzeniami więzi, płodowym zespołem alkoholowym i rodzice adopcyjni są bezradni wobec jego zachowań (Skwarek, 2005). Należy tutaj podkreślić, iż kandydaci, a następnie rodzice adopcyjni, dysponują różną wiedzą dotyczącą samego dziecka i jego zaburzeń. Pomimo założenia, iż przyszli rodzice adopcyjni powinni poznać wszelkie informacje o proponowanym dziecku, to z reguły wiedza ta jest niepełna, pozostawiając lukę na domysły, niepewność. Autor może tu przytoczyć takie przykłady, jak: brak informacji w przypadku nieznanego ojca, anonimowego porzucenia dziecka (dla którego sąd musi prawnie ustalać nowe dane) przez matkę lub obojga rodziców, niemożność uzyskania pełniejszych informacji od rodziców biologicznych, którzy deklarując, tuż po urodzeniu dziecka, swój zamiar wyrażenia zgody na anonimowe przysposobienie, znikają, pojawiają się po 6 tygodniach w sądzie, wyłącznie po to, aby potwierdzić swoją wolę lub nie pojawiają się w ogóle na żadnej rozprawie sądowej. Ponieważ przyszli rodzice adopcyjni mają pewne oczekiwania wobec przysposobianego dziecka, takie jak: wiek, płeć, pochodzenie, stan zdrowia i muszą sobie odpowiedzieć, czy mimo braku tej wiedzy dziecko spełni te oczekiwania. Z praktyki zawodowej autora wynika, iż czasami braki te, w przypadku zaburzonych lub nieudanych adopcji, są wykorzystywane jako usprawiedliwienie dla niepowodzenia.

Rodzicom adopcyjnym przychodzi zmierzyć się z innymi czynnikami kontekstu społecznego. W swoich planach życiowych muszą uwzględnić postawy swoich rodzin biologicznych wobec faktu przysposobienia, reakcje i postawy otoczenia wobec faktu adopcji. Pomimo to, że obecnie zmienił się stosunek społeczeństwa do adopcji, nadal część rodziców ukrywa ten fakt nie tylko przed dalszym otoczeniem, ale nawet bliską rodziną. Trwanie w kłamstwie zaburza funkcjonowanie i relacje w rodzinie adopcyjnej i w wielu przypadkach jest jedną z przyczyn izolowania się rodziny bądź częstych zmian miejsca zamieszkania (ucieczka od przeszłości). Takie działania rodzin adopcyjnych są dostrzegane przez pracowników ośrodków adopcyjnych. Także z doświadczeń autora opracowania wynika, iż część rodzin adopcyjnych utrzymuje kontakty z ośrodkiem, piszą listy, chwala się osiągnięciami dzieci, szukają wsparcia, proszą o pomoc

w sytuacjach trudnych, odwiedzają razem z przysposobionymi dziećmi. Są jednak i tacy, którzy na widok pracownika ośrodka przechodzą na drugą stronę ulicy, bojąc się spotkania, rozmowy, użycia słowa adopcja, zwłaszcza w obecności przysposobionego dziecka. Powody takich zachowań mogą być różne, ale na ogół wskazują na brak rozliczenia się z przeszłością i pozwalają przypuszczać, że adoptowane dziecko nie wie o tym, w jaki sposób stało się częścią rodziny. Takich rodziców, biorąc pod uwagę wyniki badań H.D. Kirka dotyczące rodzicielstwa adopcyjnego, można zakwalifikować do pierwszej grupy rodziców adopcyjnych, zakładających, że rodzicielstwo adopcyjne niczym nie różni się od rodzicielstwa naturalnego. Zaprzeczając różnicom, usiłują upodobnić się w jak największym stopniu do rodzin naturalnych. Zdecydowanie preferują adopcję dzieci małych, dopasowanych wyglądem i pochodzeniem, unikają rozmowy na temat rodziców biologicznych, a część z nich decyduje się zachować tajemnicę adopcji. Skutkiem takiej postawy jest zaburzona komunikacja, brak autonomii członków rodziny, ignorowanie problemów i niepokoju dziecka, co w konsekwencji daje mniejszą satysfakcję z adopcji. W przeciwieństwie do tej grupy rodziców, grupa druga, radząc sobie poprzez uznawanie różnic, uświadamia i akceptuje różnice związane z rodzicielstwem adopcyjnym. Rodzice ci przysposabiają więcej niż jedno dziecko, starsze lub innej rasy, nie boją się mówić otwarcie o adopcji w środowisku pozarodzinnym, preferują jawność adopcji, celebrują fakt adopcji, nie unikają tematów związanych z rodzicami biologicznymi i pochodzeniem dziecka, są empatyczni w stosunku do dziecka i jego problemów, osiągają lepszą i trwalszą satysfakcję z adopcji (Gutowska, 2008). W swoich badaniach nad matkami adopcyjnymi A. Gutowska (2008) podjęła m.in. weryfikację hipotezy H.D. Kirka dotyczącej sposobu spostrzegania różnic pomiędzy rodzicielstwem adopcyjnym a biologicznym. Otrzymane wyniki pozwoliły na wyróżnienie trzech grup matek adopcyjnych: matki akceptujące, matki zaprzeczające i matki podkreślające. Najwięcej kryteriów prawidłowego funkcjonowania rodziny adopcyjnej spełniły rodziny matek akceptujących, elastycznych w przystosowaniu, dostrzegających różnicę w rodzicielstwie adopcyjnym i biologicznym, chroniących tożsamość i silne więzi rodzinne. Ich komunikacja jest otwarta i szczerą, preferują jawność adopcji, utrzymują kontakty z innymi rodzinami adopcyjnymi, korzystają z różnych źródeł wsparcia, prezentują satysfakcję z adopcji.

Rodzina adopcyjna, z jednej strony jest alternatywą dla małżeństw niemożących posiadać z różnych przyczyn biologicznego potomstwa (tak jest w większości przypadków) albo pragnących pomóc osieroconym społecznie dzieciom lub chcących powiększyć rodzinę i poświęcić się wychowaniu dzieci, a z drugiej strony alternatywą dla tzw. sierot społecznych na posiadanie prawidłowej rodziny. Dlatego też z jednej strony, obok wielu funkcji wypełnianych przez rodziny biologiczne, rodzinom adopcyjnym można przypisać funkcję kompensacji sieroctwa społecznego, natomiast z drugiej strony należy podkreślić wpływ przysposobienia dziecka na „stawanie się pełną rodziną” małżeństw bezdzietnych.

Tak odpowiedzialnemu zadaniu może sprostać tylko zdrowa, czyli funkcjonalna rodzina adopcyjna, w której każdy na swój sposób jest szczęśliwy i każdy ma szansę na zaspokojenie swoich potrzeb. W takiej rodzinie występują różnego rodzaju trudności, niepowodzenia, spory, jednak wzajemne relacje i potencjał poszczególnych jej członków mobilizuje do szukania rozwiązań mogących zadowolić każdego z nich. Jest to więc rodzina, która dzięki własnym zasobom bądź przy pomocy otrzymanego wsparcia psychologicznego lub poddaniu się odpowiedniej terapii przezwycięża pojawiające się kryzysy.

Jednym z czynników, które w przyszłości mogą pomóc rodzinie w przezwyciężaniu kryzysu, jest właściwie realizowana procedura adopcyjna, oparta o dokładną diagnozę kandydatów zarówno pod kątem spełnienia warunków formalnych, takich jak: odpowiedni stan zdrowia psychicznego i fizycznego, warunki mieszkaniowe, źródło utrzymania, niekaralność, jak i pod kątem motywacji, cech osobowości i więzi relacji małżeńskich. Przepracowanie straty związanej z bezdzietnością, motywacji adopcji, oczekiwań, dostarczenie wiedzy dotyczącej wychowania dziecka (postawy rodzicielskie, granice, konsekwencje), problemów dziecka osieroconego społecznie, a także wyposażenie przyszłych rodziców w wiedzę i pewne kompetencje społeczne, umożliwiające lepsze radzenie sobie w różnych sytuacjach, takie jak: umiejętności asertywne, efektywna komunikacja, rozwiązywanie problemów, ma miejsce zarówno w trakcie indywidualnych spotkań ze specjalistami, jak i w trakcie szkoleń warsztatowych (Wąsiński, 2006).

Oddziaływanie i wsparcie rodzin adopcyjnych przez odpowiednie instytucje, a szczególnie przez ośrodki adopcyjno-opiekuńcze, powinny być realizowane już w czasie trwania procedury adopcyjnej i trwać przez cały proces przygotowywania kandydatów, a także obejmować okres preadopcyjny (od umieszczenia w rodzinie do finalizacji sprawy). Sądowa finalizacja sprawy o przysposobienie także nie powinna być końcem, ale początkiem postadopcyjnej pracy z nową rodziną w celu umocnienia jej prawidłowego i zdrowego funkcjonowania. Istotną rolę odgrywają tu nie tylko profesjonalizm, ale także kompetencje społeczne pracowników ośrodka. Większość pojawiających się problemów dotyczy zarówno rodzin adopcyjnych, jak i biologicznych, ale są także specyficzne, związane wyłącznie z adopcją, np.: jak i kiedy powiedzieć dziecku o adopcji, pytania o rodzinę pochodzenia, zaburzenia więzi. Ważnym czynnikiem psychoedukacyjnym jest uczestnictwo w spotkaniach grupy wsparcia rodzin adopcyjnych (Pośluszna-Owczarz, Wiciun, 1999).

Na konieczność pracy z rodziną adopcyjną wskazuje analiza przypadków, na szczęście niezbyt licznych, nieudanych adopcji. E. Milewska (1999, 2003) wskazała na następujące przyczyny wniosku o rozwiązanie przysposobienia:

- 1) trudności wychowawcze i zaburzenia w przystosowaniu, ujawniane przez przysposobione dziecko;
- 2) kryzysy i zmiany w strukturze rodziny;
- 3) rozwód rodziców i odejście jednego z rodziców przysposabiających.

Uzyskane przez powyższą autorkę dane wskazywały z jednej strony na znaczenie odpowiedniego przygotowania kandydatów na rodziców adopcyjnych, z uwzględnieniem ich potrzeb, oczekiwań, sposobu funkcjonowania w różnych relacjach społecznych, w tym rodzinnych, a z drugiej na uwzględnianie oczekiwań, potrzeb i związków emocjonalnych zakwalifikowanego dziecka.

Również praktyczne doświadczenia rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych udowadniały (Budzyńska, 1999), że w powodzeniu adopcyjnym znacznie większą rolę należy przypisać czynnikom związanym z kandydatami. Do czynników pożądanых zaliczono: wiek maksymalnie zbliżony do naturalnej różnicy pokoleniowej, zdrowie psychiczne i fizyczne, nie niższy od normy iloraz inteligencji, stabilizację materialną i zawodową, pozytywne doświadczenia wyniesione z rodzin pochodzenia, zaradność życiową, poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa, pozytywne relacje i więzi małżeńskie, wzajemne oparcie oraz komplementarność związku, komunikatywność w kontaktach z otoczeniem, otwartość w ujawnianiu uczuć, zdolność przystosowania się do różnych warunków, odporność na trudności i niepowodzenia, równowagę emocjonalną, empatię, cierpliwość, wytrwałość, wrażliwość, optymizm, znajomość dziecka i jego potrzeb oraz nastawienie na ich realizację, w stosunku do dziecka postawę kochającą i wymagającą, pozbawioną nadopiekuńczości i nadmiernej koncentracji, znajomość możliwości dziecka i stosowne do nich wymagania oraz oczekiwania, świadomość trudności związanych z adaptacją dziecka i procesem jego wychowania. Natomiast do uwarunkowań niekorzystnych zaliczono: skłonność do ukrycia adopcji, sztywne preferowanie wieku, płci i wyglądu dziecka, konfliktowość pożycia małżeńskiego i zbyt długi staż małżeński przed podjęciem decyzji o adopcji, tendencja do instrumentalnego traktowania dziecka, wiązanie z dzieckiem określonych oczekiwań i planów, brak akceptacji dla wszystkich cech dziecka, nastawienie na realizację własnych potrzeb i aspiracji, ambiwalentny stosunek do adopcji, zaburzenia emocjonalne przyszłych rodziców adopcyjnych (neurotyczność, nadmierna lękliwość), tendencje do górowania i zachowań agresywnych, egocentryzm, nieprawidłowe postawy opiekuńczo-wychowawcze, nałogi, strata własnego dziecka bezpośrednio przed decyzją o adopcji, motywacja adopcji ukierunkowana na rozwiązanie problemów małżeńskich (Budzyńska, 1999).

PODSUMOWANIE

W rodzinach adopcyjnych, oprócz trudności typowych dla wszystkich rodzin, pojawiają się też problemy innego typu, np. związane z bezdzietnością, bardziej lub mniej uświadomioną motywacją adopcyjną, wzajemną akceptacją i oczekiwaniami członków rodziny (rodziców i przysposobionego dziecka), pochodzeniem dziecka i akceptacją jego rodziny pochodzenia, możliwością wystąpienia

różnorodnych zaburzeń rozwoju dziecka, spowodowanych m.in. czynnikami dziedzicznymi i niekorzystnymi doświadczeniami życiowymi dziecka, społeczną sytuacją okołoadopcyjną (stosunek rodziny, znajomych, sąsiadów do faktu adopcji). Wszystkie wyżej wymienione czynniki dodatkowo utrudniają proces radzenia sobie przez rodziny w kryzysie. Dlatego edukacyjną i wspierającą pracę z rodziną adopcyjną należy zaczynać już od pierwszego etapu procesu adopcyjnego. Spełnienie przez kandydatów warunków formalno-prawnych, prawidłowe rozpoznanie motywacji i osobowości kandydatów, ich celów, wartości, oczekiwań, umiejętności społecznych, ich zasobów i potencjałów, sposobów radzenia sobie w różnych sytuacjach, relacji pomiędzy małżonkami, doświadczeń rodzinnych, stosunku do własnej bezdzietności, uzyskiwanego wsparcia społecznego, wyposażenie przyszłych rodziców w wiedzę dotyczącą problematyki sieroctwa i jego skutków (choroba sieroca, zaburzenia więzi, zaburzenia emocji i zachowania u dzieci), przepracowanie postaw rodzicielskich, konieczności bezwarunkowej akceptacji dziecka, uświadomienie znaczenia rodziny pochodzenia dziecka, stosunku do jawności adopcji, wyposażenie w kompetencje społeczne, ułatwiające rozwiązywanie pojawiających się sytuacji trudnych, a także długotrwała pomoc, wsparcie oraz terapia psychologiczna i pedagogiczna już istniejących rodzin adopcyjnych, to zadania, jakie są stawiane przed ośrodkami adopcyjno-opiekuńczymi. Celem ich realizacji jest wzmocnienie rodzin adopcyjnych w radzeniu sobie z kryzysem.

Zdrowa rodzina adopcyjna to rodzina funkcjonalna, w której każdy na swój sposób jest szczęśliwy i każdy ma szansę na zaspokojenie swoich potrzeb. Jednak, zdaniem autora, biorąc pod uwagę różnice pomiędzy rodziną adopcyjną a naturalną za podstawę pozytywnego i trwałego jej funkcjonowania, można przyjąć następujące czynniki:

- 1) odpowiednie przygotowanie małżonków w trakcie realizowania procedury adopcyjnej, w tym przepracowanie motywacji kandydatów, ich sposobu spostrzegania swojego rodzicielstwa oraz uwzględnienie możliwości przystosowawczych;
- 2) nawiązane więzi uwzględniające oczekiwania obu stron – prawidłowy dobór dziecka i rodziców adopcyjnych;
- 3) wzajemna akceptacja, w tym akceptacja rodziny pochodzenia dziecka;
- 4) jawność adopcji;
- 5) otwarte i skuteczne komunikowanie się, a więc rozmowa o wszystkich istotnych sprawach, przebiegająca w sposób otwarty i bezpieczny;
- 6) empatia rodziców adopcyjnych wobec dziecka i jego problemów;
- 7) członkowie rodziny charakteryzują się pozytywną tożsamością (samoakceptacją) i autonomią, zakładającą prawo każdego z nich do własnego rozwoju;
- 8) wzajemność w dawaniu sobie wsparcia;
- 9) rodzina umie i nie boi się szukać pomocy w sytuacjach trudnych;
- 10) granice rodziny są częściowo przepuszczalne, jest plastyczna, otwarta na innych i sama dąży do kontaktów z innymi;

11) dostępność i efektywność pomocy i wsparcia udzielanych istniejącej rodzinie adopcyjnej przez ośrodki adopcyjne i inne wyspecjalizowane instytucje.

W zdrowej rodzinie, w sytuacjach trudnych, wzajemne relacje i potencjał poszczególnych jej członków mobilizują do szukania pomocy i zadowalających rozwiązań, co gwarantuje trwałość rodziny zawiązanej zarówno dla dobra dziecka, jak i jego rodziców adopcyjnych.

BIBLIOGRAFIA

- Andrzejewski M. (1999), *Prawna ochrona rodziny*, WSiP, Warszawa.
- Andrzejewski M. (2006), *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Braun-Galkowska M. (2002), *Metody poznawania systemu rodzinnego*, Wydawnictwo ARTOM, Lublin.
- Budzyńska A. (1999), *Doświadczenia rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych w sprawach o adopcję*, [w:] *Adopcja i praktyka*, K. Ostrowska, E Milewska (red.), CMPPP MEN, Warszawa, 63–66.
- Cudak H. (1999), *Znaczenie rodziny w rozwoju i wychowaniu małego dziecka*, PTHP, Warszawa.
- Gurycka A. (1980), *Stosowana psychologia wychowawcza*, PWN, Warszawa.
- Gutowska A (2008), *Rodzicielstwo adopcyjne. Wybrane aspekty funkcjonowania rodzin adopcyjnych*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Holewińska-Lapińska E. (2003), *Przysposobienie*, [w:] *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, T. Smyczyński (red.), t. 12, Wydawnictwo C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa, 489–790.
- Kalus A. (2002), *Bezdzietność w małżeństwie*, Uniwersytet Opolski, Opole.
- Kawula S., Brągiel J., Janke A.W. (1997), *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Kościelska M. (1999), *Pomoc rodzicom adopcyjnym w przezwyciężaniu kryzysów tożsamości*, [w:] *Adopcja i praktyka*, K. Ostrowska, E. Milewska (red.), CMPPP MEN, Warszawa, 151–155.
- Kozak S. (2007), *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Kwak A. (2008), *Spoleczny i indywidualny wymiar rodzicielstwa*, [w:] *Rodzicielstwo między domem, prawem i służbami społecznymi*, A. Kwak (red.), Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Lalak D., Pilch T. (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa.
- Lech-Chelmińska M., Przybyła V. (1996), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, ZPP, Warszawa.
- Milewska E. (1999), *Psychologiczny i prawny kontekst spraw o rozwiązanie przysposobienia*, [w:] *Adopcja i praktyka*, K. Ostrowska, E. Milewska (red.), CMPPP MEN, Warszawa, 51–62.
- Milewska E. (2003), *Kim są rodzice adopcyjni, Studium psychologiczne*, CMPPP, Warszawa.
- Ochmański M. (1993), *Istota wychowania w rodzinie a zachowanie dziecka w przedszkolu*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. XV, 83.
- Postulszna-Owczarz M., Wiciun E. (1999), *Kontynuacja pracy psychologiczno-pedagogicznej z rodziną adopcyjną*, [w:] *Adopcja i praktyka*, K. Ostrowska, E. Milewska (red.), CMPPP MEN, Warszawa, 170–173.
- Prajsner M. (2002), *Rodzina dysfunkcyjna. Remedium*, maj, 18–19.
- Rembowski J. (1978), *Rodzina w świetle psychologii*, WSiP, Warszawa.

- Schaffer H.R. (2006), *Rozwój społeczny – dzieciństwo i młodość*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Sendyk M. (2001), *Spoleczne przystosowanie dzieci z poczuciem sieroctwa duchowego*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Skwarek B. (2005), *Polskie rodziny adopcyjne w świetle badań*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, **10**, 18–25.
- Szczepeński J. (1970), *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa.
- Szyborska A. (1969), *Sieroctwo społeczne*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Sztander W. (1993), *Rodzina z problemem alkoholowym*, PARPA, Warszawa.
- Tyszka Z. (2002), *Rodzina we współczesnym świecie*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Wąsiński A. (2006), *Dziecko, rodzice, adopcja. Ontologiczne i psychospołeczne aspekty rodzinnych form opieki zastępczej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Winogrodzka L. (2007), *Rodziny zastępcze i ich dzieci*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Ziemska M. (1975), *Rodzina a osobowość*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Zozuła J. (2008), *Rodzicielstwo adopcyjne w świetle prawa*, [w:] *Rodzicielstwo – między domem, prawem i służbami społecznymi*, A. Kwak (red.), Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 152–171.

MARIA POSŁUSZNA-OWCARZ

A HEALTHY ADOPTIVE FAMILY – WHAT DOES IT MEAN?

On the one hand, adoptive family is an alternative for married couples who are not able to have progeny, on the other hand, it is an alternative for social orphans to have proper family. So as well as fulfilling a lot of functions of biological families, adoptive families also compensate for social orphanhood. Only a healthy family can face such a responsible task. According to modern psychology, pedagogics and sociology, family is a small social group, a community which follows certain rules. A healthy family is a functional family, which makes every one of its members happy and gives them possibility to fulfill their needs. There are all sorts of difficulties, failures and arguments in such a family, however, mutual relationships and the potential of its particular members motivates to look for satisfying solutions for every one of them. So, what should characterize a healthy adoptive family, what inner-family factors and outer conditions might disturb its functioning. These questions need to be tried and answered already in the diagnosing and preparation period for the adoptive parents candidates. It is also important to prepare a child (depending on age), because both the child and its future parents bring to the newly created adoptive family their genetic heritage, health condition, previous experiences and life plans, hopes, value, skills, mutual relations, ways to communicate and deal with difficulties and so on. Final court decision on adoption should not be the end, but the beginning of post-adoptive work with the new family, in order to strengthen its proper and healthy functioning.

Key words: family functions, social orphanhood, adoption.