



# Program dla rodziców *Lighthouse* – opis i pilotażowa ewaluacja opartej na mentalizacji terapii mającej na celu przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci

Gerry Byrne<sup>a</sup> , Michelle Slead<sup>b,c</sup>, Nick Midgley<sup>b,c</sup>, Pasco Fearon<sup>b,c</sup>,  
Clare Mein<sup>b</sup>, Anthony Bateman<sup>b,c</sup>, Peter Fonagy<sup>b,c</sup> 

<sup>a</sup>Oxford Health NHS Foundation Trust, Wielka Brytania; <sup>b</sup>Anna Freud National Centre for Children and Families, Wielka Brytania;

<sup>c</sup>University College London, Wielka Brytania

W niniejszym artykule przedstawiono nowatorski program terapii opartej na mentalizacji (mentalization-based treatment – MBT) dla rodziców, opracowany z myślą o rodzinach, w których występuje ryzyko krzywdzenia dzieci. Program MBT *Lighthouse* („Latarnia morska”) ma na celu zapobieganie krzywdzeniu dzieci poprzez rozwijanie wrażliwego rodzicielstwa. Program rozbudza w rodzicach ciekawość dotyczącą wewnętrznego świata ich dzieci, pomaga im wyraźnie zobaczyć (zrozumieć) swoje dziecko oraz pojąć znaczenie nieporozumień w relacji z dzieckiem i naprawić tę relację, jeśli została uszkodzona. Program „Latarnia morska”, będący adaptacją terapii MBT dla osób z zaburzeniem borderline i antyspołecznym zaburzeniem osobowości, kładzie szczególny nacisk na przywiązanie i rozwój dziecka. Jego zaletą jest możliwość zaangażowania rodziców, do których trudno dotrzeć w inny sposób (rodziców „trudno dostępnych”) – takich, którzy na ogół nie odnoszą korzyści z uczestnictwa w programach wspierających rodzicielstwo. Wyniki pilotażowego badania ewaluacyjnego wskazują, że ten program może skutecznie zwiększać u rodziców pewność siebie i wrażliwość, a jego uczestnicy wysoko ocenili sam program i zmiany, jakie pomógł im wprowadzić.

## SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE, ZANIEDBYWANIE, KRZYWDZENIE DZIECI, MENTALIZOWANIE, TERAPIA OPARTA NA MENTALIZACJI, PRZYWIĄZANIE ZDEZORGANIZOWANE, PROGRAM INTERWENCYJNY DLA RODZICÓW, RODZIC JAK LATARNIA MORSKA

## WPROWADZENIE

Krzywdzenie wywiera przemożny, negatywny i długotrwały wpływ na życie dziecka. Wśród dzieci krzywdzonych obserwuje się zwiększoną częstość występowania reaktywnego zaburzenia przywiązania (Mulcahy, Badger, Wright, Erskine, 2014; Zeanah i in., 2004) oraz podwyższone ryzyko nadużywania narkotyków, poważnych problemów psychicznych, prób samobójczych, ryzykownych zachowań seksualnych i problemów zdrowotnych w całym dalszym życiu (Norman i in., 2012). Ponadto dzieci z doświadczeniami krzywdzenia osiągają niższy poziom wykształcenia i częściej są sprawcami przestępstw oraz przemocy w okresie dojrzewania i dorosłości (Gilbert i in., 2009). W Wielkiej Brytanii nawołuje się do tworzenia skutecznych interwencji opartych na przywiązaniu dla rodzin, w których występuje ryzyko krzywdzenia dzieci (Centre for Social Justice, 2008). Mimo to dostępność interwencji adresowanych do rodzin najwyższego ryzyka pozostaje nader ograniczona (Barlow, Johnston, Kendrick, Polnay, Stewart-Brown, 2006; Mulcahy i in., 2014).

### **Program MBT dla rodziców *Lighthouse***

Program MBT dla rodziców *Lighthouse* („Latarnia morska”) opracowano z myślą o rodzicach o wysokim poziomie ryzyka. Jest on adaptacją opartej na mentalizacji terapii zaburzeń osobowości (Bateman, Fonagy, 2016), skoncentrowaną na przywiązaniu i rozwoju dziecka. Program ma na celu zwiększenie u rodziców poziomu mentalizowania, czyli rozbudzenie w nich żywego zaciekawienia wewnętrznym światem dziecka oraz gotowości do refleksji nad własnymi myślami, uczuciami i reakcjami. Program pomaga im pojąć znaczenie nieporozumień w ich relacji z dzieckiem, również tych, które wynikają z nieprzepracowanych trudności w historii przywiazaniowej rodzica. Ponadto wyposaża rodziców w umiejętności hamowania krzywdzących reakcji w chwilach takich nieporozumień i naprawiania pęknięć czy rozłamów w relacji z dzieckiem, które powstały w ich wyniku.

Program trwa 20 tygodni. Rodzice biorą udział w cotygodniowych spotkaniach grupy rodziców MBT „Latarnia morska”, prowadzonej przez parę klinicystów wyspecjalizowanych w terapii opartej na mentalizacji. Ponadto co dwa tygodnie rodzice uczestniczą w sesjach MBT z indywidualnym terapeutą. Podobnie jak inne programy MBT, program „Latarnia morska” eksploruje style przywiązania u rodziców oraz ich dzieci, ale kładzie większy nacisk na bezpośrednią pracę z przywiązaniem podczas każdej sesji. Główną metaforą programu jest metafora rodzica jako latarni morskiej, która w delikatny, uważny sposób oświetla dziecku drogę i wysyła sygnał

naprowadzający, aby w razie potrzeby pomóc mu wrócić do bezpiecznej przystani – dotrzeć do brzegu – w której może otrzymać wsparcie, pomoc i pocieszenie. Program pomaga rodzicom przyjąć wobec dziecka postawę mentalizującą, nacechowaną ciekawością i pragnieniem poznawania („wiązka oświetlająca”), aby potrafili rozpoznać, w jakich sytuacjach ich zdolność do mentalizowania zawodzi, a pewność dotycząca wewnętrznego świata dziecka zastępuje ciekawość („wiązka projekcyjna”), i aby w takich chwilach próbowali odzyskać zdolność do mentalizowania i zobaczyć swoje dziecko wyraźniej.

### **Dlaczego warto stosować MBT w pracy z rodzinami wysokiego ryzyka?**

Mentalizowanie to zdolność do wyobrażania sobie i dostrajania się do własnych i cudzych stanów psychicznych – utrzymywanie umysłów w umyśle. Mentalizowanie jest właściwym obszarem interwencji terapeutycznej w wypadku krzywdzącego rodzicielstwa, ponieważ większość przypadków krzywdzenia i zaniedbywania dzieci można interpretować jako następstwo:

- deficytów mentalizowania,
- poważnych błędów w mentalizowaniu,
- niewłaściwych zastosowań mentalizowania,
- pewnej kombinacji tych czynników.

U niektórych rodziców krzywdzenie doświadczone w dzieciństwie spowodowało dezorganizację systemu przywiązania, a co za tym idzie – zakłóciło rozwój mentalizowania (Fonagy, Allison, 2012). Naszym zdaniem deficyty w zakresie mentalizowania, które sprawiają, że rodzic nie dostrzega bądź nie umie sobie wyobrazić potrzeb dziecka, przyczyniają się do powstania wzorca zaniedbywania emocjonalnego lub fizycznego. Na przykład rodzic, który nie widzi w swoim dziecku osoby mającej własne życzenia, intencje i pragnienia, w rezultacie nie zapewnia mu okazji do rozwoju i zabawy, nie rozbudza w nim ciekawości i nie dostarcza mu odpowiedniej stymulacji. Podobnie, kiedy niemowlę płacze, bo jest głodne, boi się albo czuje się samotne, rodzic z przywiązaniem unikającym/odrzucającym może nie być zdolny do empatycznego reagowania, podczas gdy rodzic o stylu zaabsorbowanym / wewnętrźnie skonfliktowanym może być przytłoczony przez własne niezaspokojone potrzeby (Buisman i in., 2017). W obu wypadkach rodzic traci z oczu swoje dziecko.

Mentalizowanie jest aktywnością psychiczną o charakterze wyobrażeniowym, a co za tym idzie – jest znacznie utrudnione w chwilach silnego pobudzenia emocjonalnego. Rodzicielstwo bywa stresujące, dlatego u większości ludzi w naturalny

sposób prowadzi do istotnych i częstych błędów w mentalizowaniu. Silne uczucia, takie jak poczucie winy, opiekuńczość, obawa, miłość, frustracja i złość, są częścią zwyczajnych doświadczeń rodzicielskich. W dużych dawkach mogą jednak wyczerpywać zasoby psychiczne rodziców, nie pozwalając im odczuwać ciekawości. Stany o dużym ładunku emocjonalnym sprzyjają formułowaniu pochopnych sądów lub założeń dotyczących intencji dziecka. Badania wykazały również, że stres rodzicielski pośredniczy w związku między historią krzywdzenia u matki a jej wrażliwością rodzicielską (Pereira i in., 2012) i może zaburzać zdolność do mentalizowania (Nolte i in., 2013). Poprawne odczytywanie i reagowanie na komunikaty dziecka wymaga zdolności do mentalizowania, a wrażliwość można traktować jako behawioralny przejaw procesu mentalizacji. Zważywszy na doświadczane przez nich codzienne życiowe stresory oraz na występujące u wielu z nich poważne problemy z regulacją emocjonalną, trudno dostępni rodzice mogą popełniać błędy w mentalizowaniu jeszcze częściej niż przeciętni rodzice, a kiedy je popełniają, na ogół przejawiają niższy poziom wrażliwości rodzicielskiej oraz jest im trudniej odzyskać zaciekawienie i elastyczność (Fishburn i in., 2017). Momenty, w których rodzic dokonuje błędnych, wrogich atrybucji dotyczących intencji dziecka, mogą skutkować nieprzypadkowymi urazami, stosowaniem kar fizycznych lub aktami przemocy emocjonalnej bądź psychicznej (Richey, Brown, Fite, Bortolato, 2016). Dzieje się tak np. w sytuacji, gdy rodzic w danej chwili jest przekonany, że jego płaczące lub sfrustrowane dziecko celowo i złośliwie go prowokuje.

Rodzice o wysokim poziomie ryzyka krzywdzenia dzieci często niechętnie angażują się w terapię czy programy dla rodziców, odmawiają udziału w takich interwencjach albo rezygnują przed ich ukończeniem. Zaniedbywanie i przemoc emocjonalna, jakich sami doświadczyli w przeszłości, często zaburzą rozwój ufności epistemicznej, czyli „wiary w autentyczność i osobiste znaczenie wiedzy przekazywanej interpersonalnie, dotyczącej tego, jak działa otoczenie społeczne” (Fonagy, Campbell, Bateman, 2017, s. 177). W wielu wypadkach może to wywołać stan chronicznej nieufności epistemicznej, która przejawia się skłonnością rodziców do głębokiej podejrzliwości wobec innych i skutkuje trudnościami w internalizowaniu nowej wiedzy (Bateman, Fonagy, 2016; Fonagy, Alison, 2012). Podejście oparte na mentalizacji ma dużo do zaoferowania tej grupie rodziców. Terapia oparta na mentalizacji zajmuje się bezpośrednio problemami z zaufaniem. Istnieją liczne dowody potwierdzające jej skuteczność w angażowaniu trudno dostępnych dorosłych ze złożonymi doświadczeniami traumy przywiązaniowej lub zaniedbywania, słabą regulacją emocjonalną oraz trudnościami w budowaniu stabilnych, ufnych relacji (Bateman, Bolton, Fonagy, 2013; Bateman, Fonagy, 2008; Bateman, O’Connell, Lorenzini, Gardner, Fonagy, 2016).

Pewność siebie w roli rodzicielskiej zostaje poważnie nadszarpnięta, kiedy rodzina zostaje objęta działaniami służb ochrony dziecka, co może dodatkowo osłabić zdolność rodzica do zapewnienia dzieciom konsekwentnej, troskliwej opieki oraz podwyższyć – już i tak wysoki – poziom stresu. Skuteczna interwencja adresowana do rodzin, w których stwierdzono ryzyko krzywdzenia dzieci, powinna zwiększyć wrażliwość rodziców oraz ich pewność siebie w roli rodzicielskiej, a także złagodzić doświadczany przez nich stres. Program MBT dla rodziców „Latarnia morska” ma na celu wspieranie wrażliwości i pewności rodziców, obniżanie poziomu stresu oraz przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci poprzez koncentrację zarówno na występujących u rodziców deficytach w zakresie mentalizowania, jak i popełnianych przez nich błędach w mentalizowaniu.

## Cele

Przeprowadzono kilka badań przeglądowych dotyczących skuteczności interwencji mających na celu przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci (Altafim, Linhares, 2016; Barlow i in., 2006; Chen, Chan, 2015; Mikton, Butchart, 2009; Vlahovicova, Melendez-Torres, Leijten, Knerr, Gardner, 2017). W krajach zamożnych przyniosły one umiarkowane optymistyczne lub obiecujące wyniki (Desai, Reece, Shakespeare-Pellington, 2016) dotyczące skuteczności programów przeznaczonych dla tej określonej grupy rodziców (np. Vlahovicova i in., 2017) lub adresowanych do wszystkich rodziców (Altafim, Linhares, 2016) w zmniejszaniu liczby zgłaszanych przypadków krzywdzenia dzieci i poprawie poziomu czynników chroniących, podczas gdy ich wpływ na łagodzenie depresji i stresu u rodziców okazał się ograniczony.

Niniejsze badanie miało na celu ocenę odbioru programu MBT „Latarnia morska” przez rodziców trudno dostępnych (jego akceptowalności w oczach tej grupy), a także skuteczności tego programu w obniżaniu ryzyka krzywdzenia dzieci poprzez wzmocnienie rodzicielskich czynników chroniących i osłabienie czynników ryzyka.

Jeśli chodzi o czynniki chroniące, przewidywano, że mentalizowanie, pewność siebie i wrażliwość rodzicielska wzrosną po ukończeniu programu terapeutycznego. Jeśli zaś chodzi o czynniki ryzyka, to spodziewaliśmy się poprawy ogólnego samopoczucia i zdrowia psychicznego rodziców, w szczególności zaś oczekiwaliśmy spadku poziomu stresu i wzrostu pewności siebie w pełnieniu roli rodzicielskiej.

Liczyliśmy, że program będzie się odznaczał wysoką trafnością fasadową oraz że uzyskamy pewne dowody na to, iż jego najważniejsze idee zostały zrozumiane i są aktywnie stosowane przez rodziców w ich codziennych interakcjach z dziećmi.

## METODA

### Kontekst

Program „Latarnia morska” został opracowany w *Family Assessment and Safeguarding Service* (FASS; Oxfordshire) oraz *ReConnect* (Buckinghamshire). Są to wysoce wyspecjalizowane zespoły działające w obszarze zdrowia psychicznego, które współpracują z ustawowymi służbami odpowiedzialnymi za ochronę dzieci i sądami rodzinnymi, aby przeciwdziałać szkodliwym skutkom krzywdzenia oraz zapewniać dzieciom bezpieczeństwo pod opieką ich rodziców. Niniejsze pilotażowe badanie ewaluacyjne zostało przeprowadzone w organizacji *ReConnect*.

### Uczestnicy

Uczestnikami programu byli rodzice dzieci w wieku do 2 lat, u których rozpoznano ryzyko dezorganizacji przywiązania. Do programu zakwalifikowano rodziców spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów: historia poważnego załamania funkcji rodzicielskiej, w tym poważne krzywdzenie dziecka lub trwałe odebranie rodzicowi poprzednich dzieci, doświadczenie traumy lub zaniedbywania w dzieciństwie, problemy psychiczne rodzica, historia przemocy domowej oraz uzależnienia. Aby wziąć udział w programie, rodzice w procesie oceny (diagnozy) musieli wykazać pewną – choćby minimalną – świadomość trudności w swojej relacji z dzieckiem.

Przedstawione dane pochodzą od pierwszych 16 rodziców (z dwóch grup uczestniczących w 20-tygodniowym programie), którzy spełnili te kryteria i wyrazili zgodę na wykorzystanie swoich danych w niniejszym badaniu ewaluacyjnym. W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę demograficzną uczestników – badana grupa reprezentuje kohortę wysokiego ryzyka odznaczającą się wysokim poziomem bezrobocia, samotnego rodzicielstwa oraz wcześniejszej utraty dzieci, które trafiły do systemu opieki zastępczej. Kilkoro uczestników odmówiło wypełnienia niektórych skal. Było to szczególnie częste w wypadku oceny wrażliwości rodzicielskiej, na którą zgodziło się tylko sześć matek. Dlatego analizy poszczególnych miar (wskaźników) opierają się na próbach różnej wielkości. Ponieważ było to badanie pilotażowe, a próba jest niewielka, nie uznano za właściwe zastosowania metod szacowania brakujących danych.

## Miary

### Mentalizowanie u rodziców: *Parent Development Interview*

*Parent Development Interview* (PDI; Wywiad rozwoju rodzica) jest częściowo ustrukturyzowanym wywiadem klinicznym, który ma na celu badanie istniejących w umyśle rodzica reprezentacji dziecka, siebie samego jako rodzica oraz swojej relacji z dzieckiem (Slade, Aber, Bresgi, Berger, Kaplan, 2004). W chwili rozpoczęcia programu niektóre matki były jeszcze w ciąży. W takich wypadkach zastosowaliśmy wywiad dla matek w ciąży *Pregnancy Interview* (PI). Oba wywiady zostały zakodowane metodą *blind coding* na skali refleksyjności (*Reflective Functioning* – RF). Skala RF, na której można uzyskać wyniki od –1 do 9, mierzy zdolność rodzica do mentalizowania w relacji rodzic–dziecko, przy czym wyższy wynik wskazuje na lepsze mentalizowanie.

**Tabela 1**

*Charakterystyka demograficzna rodziców biorących udział w programie MBT „Latarnia morska” (N = 16)*

	n	%
Przynależność etniczna rodziców		
Biali Brytyjczycy	14	88
Inne	2	12
Stan cywilny rodziców		
Wolny/wolna	7	44
W związku nieformalnym/małżeńskim	9	56
Rodzice bezrobotni	13	81
Rodzice, których inne dzieci trafiły do systemu opieki zastępczej	6	38
Wykształcenie rodziców		
Brak wykształcenia (nie ukończyli szkoły)	3	19
Wykształcenie średnie/wyższe	11	69
Brak odpowiedzi	2	12
Płeć dziecka		
Chłopiec	9	56
Dziewczynka	7	44

### Wrażliwość rodzicielska: skale obserwacyjne

Wrażliwość rodziców oceniano poprzez ustrukturyzowane zakodowanie nagrań wideo interakcji rodzica z jego dzieckiem (NICHD Early Child Care Research Network, 1999). Rodziców zaproszono do uczestnictwa w zwyczajnych interakcjach z dzieckiem – swobodnej zabawy, wspólnego czytania książeczki z obrazkami, dzielenia uwagi między nadzorowanie dziecka i wykonanie innego zadania (wypełnienie

kwestionariusza) oraz przebrania dziecka. Te interakcje były oceniane przez wiarygodne osoby oceniające, które nie wiedziały, czy poszczególne osoby są objęte omawianą interwencją. Dla każdego z wymienionych zadań ocena wrażliwości stanowi sumę trzech czterostopniowych ocen: wrażliwości na komunikaty niesygnalizujące dystresu, intruzywności (skala odwrócona) oraz pozytywnego uznania. Wyniki mogą przybierać wartości 3–12 pkt, przy czym wyższe wyniki wskazują na bardziej wrażliwą responsywność rodzica.

### **Poczucie samoskuteczności rodzicielskiej: *Kwestionariusz poczucia samoskuteczności u matek (Maternal Efficacy Questionnaire)***

Ta licząca 20 pozycji skala samoopisowa ocenia poczucie samoskuteczności u matki w odniesieniu do konkretnych czynności opiekuńczych (Teti, Gelfand, 1991). Wyniki mieszczą się w przedziale 10–40 pkt, przy czym wyższe wyniki wskazują na silniejsze poczucie samoskuteczności w roli rodzicielskiej.

### **Stres rodzicielski: *Skala stresu rodzicielskiego – wersja skrócona (Parenting Stress Inventory – Short Form)***

Ta licząca 36 pozycji skala mierzy poziom stresu doświadczanego w roli rodzicielskiej (Abidin, 1995). Oprócz wyniku łącznego, odzwierciedlającego ogólny poziom stresu, uzyskuje się wyniki w trzech podskalach: trudne dziecko (*Difficult Child – DC*: stopień, w jakim zachowania dziecka – jego charakterystyka behawioralna – niepokoją rodziców bądź im przeszkadzają); dysfunkcyjne interakcje rodzic–dziecko (*Parent–Child Dysfunctional Interaction – P-CDI*: stopień, w jakim rodzice są zadowoleni z przejawianych przez dziecko zdolności zaspokajania ich oczekiwań) oraz dystres rodzicielski (*Parental Distress – PD*: dystres odczuwany przez rodziców jako funkcja czynników indywidualnych związanych z rodzicielstwem). Wyniki w każdej podskali przyjmują wartości 5–60 pkt, a wynik łączny mieści się w przedziale 36–180 pkt. W wypadku wszystkich skal wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom trudności.

### **Depresja: *Kwestionariusz zdrowia pacjenta-9 (Patient Health Questionnaire-9)***

Jest to krótkie, trafne i rzetelne narzędzie do pomiaru depresji (Kroenke, Spitzer Robert, Williams Janet, 2001). Wyższe wyniki wskazują na większą częstość występowania symptomów depresji, przy czym wyniki mieszczą się w przedziale 0–27 pkt.



### **Lęk: Kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder-7*)**

Jest to trafna i rzetelna miara lęku uogólnionego (Spitzer, Kroenke, Williams, Lowe, 2006). Wyższe wyniki wskazują na większą częstość występowania symptomów lęku, przy czym wyniki mieszczą się w przedziale 0–21 pkt.

### **Uogólniony dystres: *Skala Clinical Outcomes in Routine Evaluation***

Samoopisowa skala mierząca uogólniony dystres (cierpienie psychiczne), która obejmuje miary subiektywnego samopoczucia, często doświadczanych problemów lub symptomów, funkcjonowania społecznego i w życiu codziennym oraz ryzyka zagrożającego osobie badanej i innym (Evans i in., 2000). Wyniki mogą przyjmować wartości 0–72 pkt, przy czym wyższe wyniki w każdej z podskal wskazują na gorsze funkcjonowanie.

### **Odbiór programu przez rodziców**

Pod koniec programu skontaktowano się ze wszystkimi uczestnikami i zapytano, czy są gotowi odpowiedzieć na pytania dotyczące ich doświadczeń uczestnictwa w programie. Osiem matek wyraziło zgodę na przekazanie swoich danych kontaktowych, a badaczowi udało się skontaktować z sześcioma spośród nich. Wszystkie wywiady przeprowadzono telefonicznie po zakończeniu terapii. Częściowo ustrukturyzowany wywiad obejmował sześć pytań otwartych dotyczących tego, jak uczestniczki doświadczały udziału w programie, w tym, co było pomocne, a co nie, zmian zauważonych od czasu uczestnictwa w programie, a także wszystkiego, co zwróciło uwagę rodzica i dziecka, oraz zmian, jakie zdaniem uczestniczki można by wprowadzić, aby ulepszyć program. Wywiady zostały nagrane, a następnie przepisane w dosłownym brzmieniu. Badacz, który rozmawiał z matkami, przeprowadził analizę tematyczną wywiadów, korzystając z metody zaproponowanej przez Braun i Clarke (2006). Ten proces obejmował wstępną fazę sporządzenia transkrypcji i zaznajomienia się z danymi, po której nastąpiło szczegółowe ich kodowanie. Utworzone kody odzwierciedlały cechy transkrypcji wywiadów, które badacz uznał za istotnie związane z pytaniem badawczym i które rozwijały wstępne spostrzeżenia wygenerowane w fazie sporządzenia transkrypcji i zaznajomienia się z danymi. Kolejny krok polegał na poszukiwaniu wątków tematycznych łączących podobne kody i wzorce powtarzające się w zestawie danych. Zastosowano mapy tematyczne, aby zdefiniować i doprecyzować wzorce i zależności między wątkami tematycznymi. Wreszcie, zdefiniowanym wątkom tematycznym nadano nazwy oraz opisano je wraz z podaniem odpowiednich przykładów (konkretnych danych).

## WYNIKI

### Skuteczność programu w obniżaniu poziomu czynników ryzyka u rodziców

W tabeli 2 przedstawiono rezultaty testów  $t$  dla jednej próby dla wyników uzyskanych na skalach ilościowych przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu.

W zadaniu polegającym na swobodnej zabawie po ukończeniu programu rodzice byli bardziej wrażliwi na sygnały wysyłane przez dziecko niż przed jego rozpoczęciem ( $t = -2,52$ ,  $p = 0,045$ ), ale otrzymany efekt okazał się nieistotny statystycznie po wprowadzeniu poprawek Bonferonniego.

Zaobserwowaliśmy nieistotne statystycznie trendy w kierunku zwiększonej wrażliwości rodzicielskiej nawet w zadaniu przebrania dziecka (które jest nastawione na cel) oraz w zadaniu wymagającym dzielenia uwagi (w którym uwaga rodzica, z definicji, nie jest skupiona wyłącznie na dziecku). W zadaniu z czytaniem książeczki z obrazkami rodzice po zakończeniu terapii nie byli wrażliwsi na sygnały wysyłane przez dziecko.

Po zakończeniu programu zaobserwowano istotny spadek deklarowanego przez rodziców poziomu stresu, mierzonego przy użyciu *Skali stresu rodzicielskiego* (wersji skróconej; PSI-SF;  $t = 2,59$ ,  $p = 0,025$ ). I tym razem otrzymany efekt nie był istotny statystycznie po zastosowaniu poprawek Bonferonniego.

Po zakończeniu programu rodzice deklarowali wyższy poziom poczucia samoskuteczności w roli rodzicielskiej niż przed jego rozpoczęciem ( $t = -2,67$ ,  $p = 0,018$ ).

### Tabela 2

Wyniki uzyskane przez rodziców na skalach wrażliwości rodzicielskiej, mentalizowania, stresu rodzicielskiego, poczucia samoskuteczności w roli rodzicielskiej, lęku, depresji oraz uogólnionego dystresu przed rozpoczęciem programu MBT dla rodziców „Latarnia morska” i po jego zakończeniu

	(n)	Przed terapią	Po terapii	Test $t$ dla jednej próby	Z poprawkami Bonferonniego	Wielkość efektu ( $d$ )
		M (SD)	M (SD)	wartość $p$	wartość $p^1$	
Wrażliwość rodzicielska (NICHHD)						
Swobodna zabawa	6	8,3 (1,8)	9,1 (1,8)	0,045**	0,585	-2,255
Dzielona uwaga	6	7,5 (1,4)	8,3 (1,6)	0,185	1	-1,374
Czytanie książki	6	8,5 (2,3)	8,0 (1,8)	0,597	1	0,505
Przebranie	6	8,2 (1,7)	8,7 (2,2)	0,646	1	-0,436
Stres rodzicielski (PSI-SF)						
Dystres rodzicielski	12	38,2 (11,0)	27,9 (12,2)	0,021**	0,403	1,493

	(n)	Przed terapią	Po terapii	Test t dla jednej próby	Z poprawkami Bonferonniego	Wielkość efektu (d)
		M (SD)	M (SD)	wartość p	wartość p <sup>1</sup>	
Dysfunkcyjne interakcje	12	24,8 (11,1)	21,3 (9,1)	0,067*	0,871	1,227
Trudne dziecko	12	27,4 (11,9)	23,3 (9,4)	0,092*	1	1,113
Całkowity stres rodzicielski	12	90,3 (29,0)	72,5 (27,2)	0,25**	0,325	1,561
Mentalizowanie (PDI)	11	3,3 (0,8)	3,5 (1,6)	0,779	1	-1,828
Poczucie samoskuteczności (MEQ)	12	25,8 (5,6)	31,2 (4,0)	0,018**	0,234	-1,675
Lęk (GAD-7)	14	8,5 (6,4)	6,5 (6,0)	0,222	1	0,711
Depresja (PHQ)	14	9,4 (5,9)	7,4 (8,5)	0,308	1	0,588
Uogólniony dystres (CORE-18)	12	26,8 (17,6)	20,7 (19,9)	0,266	1	0,707

PSI-SF – Skala stresu rodzicielskiego – wersja skrócona; PDI – Wywiad rozwoju rodzica; MEQ – Kwestionariusz poczucia samoskuteczności u matek; GAD-7 – Kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7; PHQ – Kwestionariusza zdrowia rodzica; CORE-18 – Skala Clinical Outcomes in Routine Evaluation-18.

<sup>1</sup>Wartości p z poprawkami Bonferonniego oparte na wartości krytycznej 0,05 skorygowanej ze względu na liczbę testów (13), co daje skorygowaną wartość krytyczną 0,0038.

\*Trend w kierunku zmiany istotnej statystycznie (przy  $\alpha < 0,10$ ).

\*\*Zmiana istotna statystycznie (przy  $\alpha < 0,05$ ).

Wbrew oczekiwaniom u rodziców nie stwierdzono istotnej poprawy zdolności mentalizowania, mierzonej przy użyciu skali refleksyjności (RF) w wywiadzie PDI-R. W obu momentach pomiaru rodzice uzyskali wyniki w dolnej części skali, co wskazuje na ograniczoną zdolność mentalizowania na temat dziecka i samego siebie jako rodzica.

Rodzice nie deklarowali istotnie niższego poziomu uogólnionego lęku (mierzonego przy użyciu GAD-7) ani symptomów depresji (mierzonych za pomocą PHQ-9) po zakończeniu programu. Duża część rodziców nie zgłaszała wysokiego poziomu lęku ani depresji przed rozpoczęciem programu – tylko u niewielkiej mniejszości takie symptomy były początkowo umiarkowane lub poważne. Poziom uogólnionego dystresu, mierzony przy użyciu kwestionariusza CORE-18, również nie był istotnie niższy po zakończeniu terapii. W odróżnieniu od wyników na skalach depresji i lęku wyniki na skali uogólnionego dystresu przekraczały próg kliniczny zarówno na początku, jak i w momencie drugiego pomiaru, co wskazuje na wysoki poziom uogólnionego dystresu u tych rodziców – nawet po zakończeniu programu.

### Odbiór programu przez rodziców

Pięcioro z sześciorga rodziców, z którymi przeprowadzono wywiad na ten temat, uważało, że program spowodował bardzo pozytywne zmiany, a kilka osób nazwało go „doświadczeniem, które odmieniło ich życie”:

Mam poczucie, że gdybym mogła to zrobić pół roku temu, to pozostała dwójka moich dzieci nadal byłaby ze mną. (Uczestniczka miała na myśli dwoje starszych dzieci umieszczonych w rodzinie zastępczej)

Był jeden wyjątek od nadzwyczaj pozytywnych doświadczeń opisywanych przez rodziców. Jedna z matek nie miała poczucia, że program jej pomógł. Zapytana, dlaczego tak czuje, kobieta odparła, że:

To było tylko raz w tygodniu i tylko przez dwie godziny. To to prostu za mało.

Kilka matek powiedziało, że dzięki uczestnictwu w programie poczuło się pewniej. Większa pewność siebie często wynikała z tego, że rodzice nauczyli się nie być dla siebie tak surowi. Matki uważały, że pośrednio (na zasadzie efektu domina) wywarło to wpływ na ich rodzicielstwo. Większość podkreślała też, że program pomógł im lepiej dostosować się do dzieci oraz rozumieć ich komunikaty i emocje.

Zdałam sobie sprawę, że naprawdę potrzebowałam tej pomocy. [...] Uświadomiłam sobie, że w ogóle nie odbierałam jego sygnałów.

Niektóre matki mówiły o tym, że dzięki programowi potrafią dostrzec i zrozumieć zachowania przywiązaniowe swojego dziecka albo że w jego trakcie zauważyły wyraźne zmiany w sposobie, w jaki dziecko na nie reagowało. Jedna z matek w taki sposób opisała swoje refleksje po obejrzeniu nagrania wideo, ukazujące moment jej przywitania z dzieckiem:

Od razu do mnie podszedł. Sam sposób, w jaki na siebie patrzyliśmy, w jaki powiedzieliśmy, że bardzo za sobą tęskniliśmy... Wcześniej on by tego nie zrobił. Nie przejąłby się, gdybym weszła do pokoju, nawet nie zwróciłby uwagi, że mnie nie ma. A teraz naprawdę to zauważył. To było niesamowite, to uczucie.

Pięć spośród sześciu matek miało poczucie, że nauczyło się ufać innym dzięki relacji z zespołem MBT. Uważały, że ufna relacja z terapeutami MBT pomogła im „pomieścić” trudne doświadczenia, a nawet stanowiła swego rodzaju drugą szansę na doświadczenie lepszego rodzicielstwa. To zaufanie było również istotne dla ich zaangażowania w pracę grupy i interakcje z innymi służbami pomocowymi.

To daje mi także wiarę, dużo więcej wiary w specjalistów. Nie wiem, dlaczego, może chodzi o ogólny brak zaufania do ludzi. Zawsze miałam problem z zaufaniem innym ludziom, dorosłym, bo to dorośli przez całe życie krzywdzili mnie i źle traktowali. [...] Teraz ten problem ustępuje, a ja potrafię pracować ze specjalistami.

Większość uczestniczek doceniła połączenie pracy indywidualnej i grupowej, uważając, że taka forma pozwoliła zaspokoić różne potrzeby. Sesje grupowe pomogły rodzicom poczuć, że nie są sami. Z drugiej strony, uczestniczki przypisywały wielką wartość osobistej relacji, jaka powstała w trakcie sesji indywidualnych i która – jak mówiły – pozwoliła im zaufać grupie jako czemuś, co może im pomóc. Wspomniana wcześniej jedyna matka, która była niezbyt zadowolona z programu, uznała, że niektóre ćwiczenia w małych grupach i sesje indywidualne z psychologiem były pomocne, miała jednak poczucie, że nie mogła uczestniczyć w pełni w zajęciach w dużej grupie.

Matki, z którymi przeprowadzono wywiad – nie wyłączając tej, która miała poczucie, że program nie przyniósł jej istotnych korzyści – były zgodne co do tego, że jego zawartość mogłaby być jeszcze bogatsza, choć niektóre z nich przyznały, że pora zakończyć wspólną pracę i że program przygotował je do radzenia sobie bez ciągłego wsparcia.

To było takie bezpieczne miejsce, w którym byłyśmy naprawdę słyszane i w którym mogłyśmy się otworzyć, właśnie tego chciałyśmy, ale... tak, to musiało dobiec końca.

Wszystkie matki z wyjątkiem jednej powiedziały spontanicznie, że program powinien być dostępny dla wszystkich rodziców – zazwyczaj w odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób można by go ulepszyć.

## DYSKUSJA

Niniejsze pilotażowe badanie ewaluacyjne przyniosło pewne obiecujące dane, które wskazują, że program MBT dla rodziców „Latarnia morska” może zmniejszać ryzyko krzywdzenia dzieci poprzez:

- zwiększenie poziomu czynników chroniących u rodziców, w tym ich behawioralnej wrażliwości na sygnały wysyłane przez dziecko oraz poczucia samoskuteczności w roli rodzicielskiej;
- obniżenie poziomu rodzicielskich czynników ryzyka, m.in. stresu rodzicielskiego.

Jak wspomniano wcześniej, w zadaniu polegającym na swobodnej zabawie po zakończeniu programu rodzice byli bardziej wrażliwi na sygnały wysyłane przez dziecko niż przed jego rozpoczęciem ( $t = -2,52$ ,  $p = 0,045$ ), ale otrzymany efekt okazał się nieistotny statystycznie po wprowadzeniu poprawek Bonferonniego. Ponieważ bardzo niewielka liczba rodziców poddała się obserwacyjnej ocenie zabawy ( $n = 6$ ), możliwość wykazania istotnej statystycznie zmiany była nader ograniczona. Duże

wielkości efektów zaobserwowane w tej niewielkiej próbie pilotażowej wskazują, że przyszłe badania prowadzone z udziałem większych prób mogą ujawnić wyraźniejszą poprawę wrażliwości rodzicielskiej.

Duże badania wielokrotnie wykazały, że wrażliwość rodzicielska, czyli umiejętność rozpoznawania i właściwego reagowania na komunikaty dziecka, jest jednym z najważniejszych predyktorów bezpiecznej relacji przywiązaniowej (De Wolff, van IJzendoorn, 1997). Co za tym idzie – poprawa wyników na tej skali może wskazywać na to, że dzieci z badanej próby mają szansę wejść na bardziej pozytywną trajektorię rozwoju. Należy podkreślić, że otrzymane wyniki, choć potencjalnie obiecujące, opierają się na zaledwie sześciu diadach, w których matki zgodziły się na ocenę wrażliwości rodzicielskiej na podstawie nagrań wideo. Nie można wykluczyć, że rodzice, którzy zgodzili się na taką potencjalnie intruzywną ocenę, różnią się w systematyczny sposób od tych, którzy nie wyrazili takiej zgody. Sugeruje to również, że tę miarę może być trudno stosować w przyszłych, zakrojonych na dużą skalę badaniach z udziałem rodziców z grupy wysokiego ryzyka, takich jak uczestnicy omawianego badania ewaluacyjnego.

Spadek deklarowanego poziomu stresu rodzicielskiego po zakończeniu terapii, mierzony przy użyciu PSI-SF ( $t = 2,59, p = 0,025$ ), nie był istotny statystycznie po wprowadzeniu poprawek Bonferonniego, ale duża wielkość efektu może sugerować, że uzasadnione są dalsze badania na dużej próbie. Najwyraźniejszy efekt wystąpił w podskali dystresu rodzicielskiego (PD), co wskazuje, że po ukończeniu programu rodzice doświadczali mniej negatywnych uczuć związanych z rodzicielstwem. Zaobserwowano również trendy w kierunku spostrzegania dziecka jako mniej trudnego oraz odbierania własnych interakcji z dzieckiem jako bardziej pozytywnych. Stres w roli rodzicielskiej stanowi ważny czynnik ryzyka krzywdzenia w tej grupie, zważywszy na związek między wysokim poziomem stresu lub pobudzenia u rodzica a opisanymi wcześniej niebezpiecznymi błędami w mentalizowaniu, które mogą narażać dziecko na wrogie, przemocowe lub w inny sposób budzące lęk reakcje rodzica (Crouch, Behl, 2001; Reijneveld, van der Wal, Brugman, Hira Sing, Verloove-Vanhorick, 2004). Ujawniony w tym badaniu spadek poziomu stresu rodzicielskiego wydaje się odróżniać program MBT dla rodziców „Latarnia morska” od innych interwencji. Jak wykazały metaanalizy, inne programy dla rodziców na ogół nie powodują spadku poziomu stresu rodzicielskiego, nawet jeśli jego obniżenie stanowi jeden z celów terapii (Chen, Chan, 2015).

Wyższy poziom poczucia samoskuteczności w roli rodzicielskiej po zakończeniu interwencji niż przed jej rozpoczęciem ( $t = -2,67, p = 0,018$ ) wskazuje, że pod koniec programu rodzice byli bardziej pewni swoich umiejętności opieki nad dzieckiem

dziećmi i wywierania wpływu na ich zachowanie. Co interesujące, wskaźniki ogólnego dobrostanu psychicznego rodziców (depresji, lęku, uogólnionego dystresu) nie zmieniły się istotnie z upływem czasu, z czego można wnioskować, że program „Latarnia morska” nie jest skuteczniejszy niż inne programy w poprawianiu stanu zdrowia psychicznego rodziców (Chen, Chan, 2015). Trzeba jednak zwrócić uwagę, że wszystkie narzędzia wykorzystane w naszym badaniu miały charakter samoopisowy. W przyszłych badaniach warto uzupełnić je o wywiad kliniczny, który może przynieść szczegółowsze, a co za tym idzie – użyteczniejsze informacje, podobnie jak niezależna miara stopnia, w jakim stan rodziców poprawił się w odczuciu terapeutów. Należy przy tym zauważyć, że klinicyści pracujący z tą grupą klientów dźwigają na swoich barkach niemały ciężar – praca z rodzicami, którzy krzywdzili swoje dzieci i którzy przejawiają ograniczone zdolności reagowania w interakcji z dziećmi oraz konkretny, sztywny sposób spostrzegania swoich dzieci, może być bardzo trudna. Chociaż w niniejszym badaniu ewaluacyjnym nie zebraliśmy danych na ten temat, informacje anegdotyczne pochodzące od klinicystów wskazują na większy optymizm w pracy z rodzicami w trakcie tego programu, wynikający po części z postępów czynionych przez rodziców, po części zaś ze wsparcia otrzymywanego dzięki pracy z innymi klinicystami (każdą sesję grupową prowadzi para klinicystów), a być może również z tego, że struktura programu i jego z góry określony horyzont czasowy stwarzają ramy, w których klinicysta odczuwa pewność, że rodzice mieli szansę poprawienia swoich praktyk rodzicielskich, co z kolei stanowi podstawę decyzji dotyczących zarządzania ryzykiem lub powrotu dziecka do rodzica bądź trwałego odebrania go rodzinie.

Dwa wskaźniki odnoszące się do doświadczeń uczestników w roli rodzicielskiej uległy jednak zmianie (poczucie samoskuteczności i stres rodzicielski). Innymi słowy, po ukończeniu programu rodzice czuli się bardziej pewni siebie i swobodni w roli rodzicielskiej, nawet jeśli nadal doświadczali trudności emocjonalnych. Lepsza umiejętność radzenia sobie z wyzwaniami rodzicielstwa może być ważnym czynnikiem chroniącym dla dzieci tych rodziców, którzy w wielu wypadkach mają za sobą traumatyczną przeszłość i doświadczają trwałych trudności emocjonalnych.

W przyszłości należy wziąć pod uwagę bardziej bezpośrednio wskaźniki spadku poziomu krzywdzenia, takie jak zmiany potencjału krzywdzenia dzieci po ukończeniu programu (mierzonego np. za pomocą kwestionariusza *Child Abuse Potential Inventory*; Milner, 1986) oraz – w miarę możliwości – oficjalne dane dotyczące potwierdzonych przypadków krzywdzenia dzieci w okresie obserwacji po zakończeniu interwencji.

Jak wspomniano, opisane wyżej korzystne efekty terapii były nieistotne statystycznie po wprowadzeniu poprawek Bonferonniego. Tak umiarkowanych wyników

można się spodziewać w wypadku bardzo małych prób. Wielkości efektów były jednak duże, co wskazuje na konieczność rozszerzenia tych badań z udziałem większej próby. Ponadto wywiady jakościowe wydają się dodawać mocy wynikom ilościowym dotyczącym poczucia samoskuteczności w roli rodzicielskiej oraz wrażliwości na potrzeby dziecka – rodzice podali opisowe przykłady wzrostu pewności siebie w pełnieniu roli rodzicielskiej, większej uważności na sygnały wysyłane przez dziecko oraz nowego rozumienia przywiązania.

Chociaż rodzice jednoznacznie przypisywali te pozytywne zmiany omawianej interwencji, to potrzebne są dalsze badania z udziałem grupy kontrolnej, aby móc z całą pewnością powiązać otrzymane wyniki z udziałem tych rodzin w programie.

Spodziewaliśmy się, że poprawa wrażliwości rodzicielskiej nastąpi dzięki wzrostowi poziomu mentalizowania. W wywiadach jakościowych rodzice deklarowali, że dzięki uczestnictwu w programie lepiej rozumieją komunikaty dziecka, co stanowi istotę podejścia opartego na mentalizowaniu. Te informacje sugerują, że ów cel kliniczny został osiągnięty – przynajmniej w wypadku rodziców, z którymi przeprowadzono wywiady – ale nie znalazło to potwierdzenia w danych ilościowych otrzymanych poprzez zakodowanie wywiadów PDI-R na skali refleksyjności (RF). Brak istotności statystycznej wyników może być następstwem nieczułości systemu kodowania na wywołane przez terapię zmiany w dolnej części skali. Kilka przeprowadzonych w ostatnim czasie większych badań również nie wykazało poprawy w zakresie tego wskaźnika, mimo że inne narzędzia ujawniły korzystne efekty terapii (Fonagy, Slead, Baradon, 2016; Ordway i in., 2014).

Co niezwykle ważne, wydaje się, że program MBT „Latarnia morska” został bardzo dobrze przyjęty przez rodziców, z którymi pracujemy, a którzy na ogół mają trudności z zaangażowaniem się w tego rodzaju programy. W części przypadków toczyło się postępowanie w sądzie rodzinnym (aktualnie lub w przeszłości), a wszystkie dzieci były objęte planami ochrony dzieci (CP). Wszyscy rodzice w dzieciństwie doświadczyli traumy, zaniedbywania bądź obu tych przeżyć. Zarówno postępowanie sądowe, jak i plany ochrony dzieci wywierają na rodzicach ogromną presję skłaniającą ich do udziału w programie, co jednak zaskakujące, ani w przeszłości badanych rodziców, ani w wypadku innych rodziców kierowanych do naszych placówek, plany CP, a nawet postępowanie sądowe wcale nie gwarantowały uczestnictwa. Wywiady jakościowe ujawniły niezwykle pozytywny odbiór programu. Większość rodziców opisała go jako coś, co „odmieniło ich życie”, chociaż jedna z matek nie miała poczucia, że program naprawdę jej pomógł, a pewne jego aspekty (np. zajęcia w dużej grupie) wydawały jej się niekomfortowe.



Ujawniony wzrost zaufania ma istotne znaczenie teoretyczne i kliniczne w badanej grupie, w której tak częste są problemy z przywiązaniem. W teorii przywiązania ostatnio podkreśla się wagę ufności epistemicznej w relacjach przywiązaniowych – wiarę w autentyczność i osobiste znaczenie wiedzy przekazywanej interpersonalnie (Fonagy, Allison, 2014). To sugeruje, że relacja terapeutyczna mogła wywołać u rodziców otwartość na nowe sposoby myślenia o sobie i o świecie społecznym, co może mieć istotne implikacje dla przerywania zamkniętego koła trudności przywiązaniowych u rodziców, u których pod wpływem dziecięcych doświadczeń wykształciła się nieufność epistemiczna wobec wsparcia oferowanego przez innych. To przypuszczenie należy jednak rzetelnie zweryfikować w przyszłych badaniach dotyczących omawianego modelu.

Niniejsze badanie ujawniło kilka ograniczeń programu „Latarnia morska”. Jak wspomniano wcześniej, nie stwierdzono istotnie niższych wyników na skalach lęku i depresji. Co prawda te dwa problemy nie były bezpośrednio przedmiotem terapii, ale spodziewaliśmy się istotnych zmian w tym zakresie. Chociaż otrzymane wyniki pozostają w zgodzie z danymi dotyczącymi innych programów dla rodziców, nasuwa się pytanie, czy omawiany program nie powinien koncentrować się bardziej bezpośrednio na tych problemach.

Kolejnym wspomnianym wcześniej ograniczeniem jest czas trwania terapii. Programy MBT dla dorosłych z zaburzeniami osobowości są skuteczne, gdy trwają 18 miesięcy i rozpoczynają się od 12 grupowych sesji psychoedukacji. Czas trwania sesji grupowych wynosi zwykle 75 minut. Tymczasem sesje programu MBT dla rodziców „Latarnia morska” trwają 2 godziny, a psychoedukacja i terapia grupowa od początku są prowadzone równocześnie. Z biegiem czasu komponent psychoedukacyjny zajmuje coraz mniej miejsca, a na pierwszy plan wysuwa się proces grupowy. Aktualna długość programu – 20 sesji – jest poważnym ograniczeniem, a w naszym zespole toczą się rozmowy na temat korzyści wynikających z jego wydłużenia (w szczególności z dobrowolnej kontynuacji pracy w grupie po zakończeniu zasadniczego programu). Będziemy uważnie obserwować wpływ tego czynnika w kolejnych badaniach i ewaluacjach. Docelowo chcielibyśmy, aby omawiany program był dostępny wraz z interwencjami ukierunkowanymi na poprawę zdrowia psychicznego osób dorosłych. Program mógłby się rozpoczynać po zakończeniu 18-miesięcznej terapii MBT, bądź też byłby realizowany równoległe z nią, przy czym zaczynałby się po pewnym czasie, kiedy terapia MBT byłaby już dość mocno zaawansowana (np. po 6–12 miesiącach).

## ZAKOŃCZENIE

Reasumując, refleksje rodziców na temat omawianego programu wskazywały na wysoki poziom jego akceptacji i potwierdziły, że terapia oparta na mentalizacji jest potencjalnie skutecznym podejściem w pracy z trudno dostępnymi rodzinami, które na ogół nie odnoszą korzyści z programów adresowanych do rodziców. Badanie przyniosło obiecujące wskaźniki obniżenia poziomu czynników ryzyka krzywdzenia dzieci (stresu rodzicielskiego) oraz wzmocnienia czynników chroniących (wrażliwości rodzicielskiej; poczucia samoskuteczności w roli rodzicielskiej), pomimo bardzo małej wielkości próby. Zgromadzone dane pilotażowe wskazują na potrzebę przeprowadzenia dalszych badań na większej próbie, z udziałem grupy kontrolnej oraz z wykorzystaniem bardziej bezpośrednich wskaźników krzywdzenia, aby zweryfikować owe obiecujące wstępne ustalenia dotyczące skuteczności programu MBT dla rodziców *Lighthouse*.

## PODZIĘKOWANIA

Autorzy dziękują rodzicom za wielką przysługę, jaką wyświadczyli innym rodzinom – przyszłym uczestnikom programu *Lighthouse* – przekazując nam informacje zwrotne na temat swojego doświadczenia uczestnictwa w programie, a także utalentowanym klinicytom, których refleksje w dużej mierze ukształtowały ów program, w szczególności Nicoli Connolly, Mary Lacy i Gabrielle Lees. Autorzy składają szczególne podziękowania Sheenie Webb i Eii Ase, pomysłodawczyniom metafor „celownika” i „mgły”, a także Matthewowi Ruggiero za cenne uwagi na temat jednej z wcześniejszych wersji tego artykułu.

## FINANSOWANIE

Autorzy nie otrzymali środków finansowych przeznaczonych na badania ani opracowanie lub publikację tego artykułu.

## KODY IDENTYFIKACYJNE ORCID

Gerry Byrne: <https://orcid.org/0000-0001-9438-5260>.

Peter Fonagy: <https://orcid.org/0000-0003-0229-0091>.

E-mail autora: [gerry.byrne@oxfordhealth.nhs.uk](mailto:gerry.byrne@oxfordhealth.nhs.uk) (Gerry Byrne).

Wytyczne dotyczące ponownego wykorzystywania artykułu: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journ%C3%A1ls-permissions>.

Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(24), 680–693. <https://doi.org/10.1177%2F1359104518807741>.

Przedruk za zgodą pierwotnego wydawcy (SAGE Publishing), tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak-Młynikowska.

## BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index: Professional manual* (3 wyd.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Altafim, E. R. P., Linhares, M. B. M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention*, 25, 27–38.
- Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., Stewart-Brown, S. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005463. Pobrane z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005463.pub2/epdf/standard>.
- Bateman, A., Bolton, R., Fonagy, P. (2013). Antisocial personality disorder: A mentalizing framework. *FOCUS*, 11, 178–186. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.178>.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalizationbased treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 181–194. <https://doi.org/10.1002/jclp.20451>.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16, 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>.

- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Buisman, R. S. M., Pittner, K., Compier-de Block, L. H. C. G., van de Berg, L. J. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. (2017). The past is present: The role of maltreatment history in perceptual, behavioral and autonomic responses to infant emotional signals. *Child Abuse & Neglect*, 77, 23–34.
- Centre for Social Justice. (2008). *Breakthrough Britain: The next generation: A policy report from the early years Commission*. Londyn: The Centre for Social Justice.
- Chen, M., Chan, K. L. (2015). Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A metaanalysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 17, 88–104. <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>
- Crouch, J. L., Behl, L. E. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 25, 413–419.
- Desai, C. C., Reece, J. A., Shakespeare-Pellington, S. (2016). The prevention of violence in childhood through parenting programmes: A global review. *Psychology, Health & Medicine*, 22, 166–186.
- De Wolff, M. S., van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 247–255. <https://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>.
- Fishburn, S. L., Meins, E., Greenhow, S., Jones, C., Hackett, S., Biehal, J. I., . . . Wade, J. E. (2017). Mindmindedness in parents of looked after children. *Developmental Psychology*, 53, 1954–1965.
- Fonagy, P., Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. W: N. Midgley, I. Vrouva (red.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (s. 11–34). Londyn: Routledge.
- Fonagy, P., Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>.
- Fonagy, P., Campbell, P., Bateman, A. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67, 176–201.

- Fonagy, P., Slead, M., Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent–infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37, 97–114.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).
- Kroenke, K., Spitzer Robert, L., Williams Janet, B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- Mikton, C., Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*. Pobrane z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/08-057075/en/>.
- Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan: Psytec.
- Mulcahy, G., Badger, J., Wright, H., Erskine, C. (2014). 'What happened next': A study of outcomes for maltreated children following care proceedings. *Adoption & Fostering*, 38, 314–330. <https://doi.org/10.1177/0308575914553362>.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999). Child care and mother-child interaction in the first three years of life. *Developmental Psychology*, 35, 1399–1413.
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C., Fonagy, P., Mayes, L. C., Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(816), 816.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9, e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>.
- Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., Close, N., Mayes, L., Slade, A. (2014). Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 29, 3–13.
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C., Levitan, R. (2012). Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 433–437.
- Reijneveld, S. A., van der Wal, M. F., Brugman, E., Hira Sing, R. A., Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, 364, 1340–1342. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17191-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17191-2).

- Richey, A., Brown, S., Fite, P. J., Bortolato, M. (2016). The role of hostile attributions in the associations between child maltreatment and reactive and proactive aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25, 1043–1057.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., Kaplan, M. (2004). *The parent development interview revised*. Nowy Jork, NY: The City University of New York.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918–929.
- Vlahovicova, K., Melendez-Torres, G. J., Leijten, P., Knerr, W., Gardner, F. (2017). Parenting programmes for the prevention of child physical abuse recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(3), 351–365.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28, 877–888. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.010>.

## LIGHTHOUSE PARENTING PROGRAMME: DESCRIPTION AND PILOT EVALUATION OF MENTALIZATION-BASED TREATMENT TO ADDRESS CHILD MALTREATMENT

*This article introduces an innovative mentalization-based treatment (MBT) parenting intervention for families where children are at risk of maltreatment. The Lighthouse MBT Parenting Programme aims to prevent child maltreatment by promoting sensitive caregiving in parents. The programme is designed to enhance parents' capacity for curiosity about their child's inner world, to help parents 'see' (understand) their children clearly, to make sense of misunderstandings in their relationship with their child and to help parents inhibit harmful responses in those moments of misunderstanding and to repair the relationship when harmed. The programme is an adaptation of MBT for borderline and antisocial personality disorders, with a particular focus on attachment and child development. Its strength is in engaging hard to reach parents, who typically do not benefit from parenting programmes. The findings of the pilot evaluation suggest that the programme may be effective in improving parenting confidence and sensitivity and that parents valued the programme and the changes it had helped them to bring about.*

KEYWORDS

MALTREATMENT, NEGLECT, CHILD ABUSE, MENTALIZING, MENTALIZATION-BASED TREATMENT, DISORGANIZED ATTACHMENT, PARENTING INTERVENTION, LIGHTHOUSE PARENTING

Cytowanie:

Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, P., Mein, C., Bateman, A., Fonagy, P. (2021). Program dla rodziców *Lighthouse* – opis i pilotażowa ewaluacja opartej na mentalizacji terapii mającej na celu przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(3), 160–182.



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

MINISTERSTWO  
SPRAWIEDLIWOŚCI  
[www.ms.gov.pl](http://www.ms.gov.pl)



FUNDUSZ  
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości