

Przywiązanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu (FASD).

Badanie za pomocą Attachment Story Completion Task

Magdalena A. Pietrzak

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Otwarte Drzwi”, Poznań

Lucyna Bakiera*

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

Iwona Palicka

Centrum Stymulacji Rozwoju Dziecka, Poznań

THE STUDY OF ATTACHMENT IN CHILDREN WITH THE ATTACHMENT STORY COMPLETION TASK

The attachment between a parent and a child seems to be crucial. At the same time, it is a truly problematic issue for the general functioning of children with FASD. The teratogenic effects of alcohol on a child in prenatal period consist of, inter alia, risk of cell damage, difficulties in cell migration and disorders in the child's psychosocial functioning during the postnatal period (deficits in logical thinking, attention and memory, impulse control disorder, linguistic dysfunctions, difficulties in social relations). Considering the child's intellectual and interpersonal characteristics, the possibilities of examining the attachment are limited. Because of that, the narrative method, where a child can actively participate in interactions with a researcher, seems to be an attractive research technique. The reader can become acquainted with a detailed procedure description, indicators of particular attachment styles, illustrative children's reaction and rate scale. The authors indicate the characteristics of children with FASD, which appeared during diagnosis, and present conclusions about the advantages and difficulties associated with the use of the Attachment Story Completion Task. The success of the exploratory application of the ASCT method seems to be an attractive research technique in the study of Polish children.

Key words: attachment style, Attachment Story Completion Task, FASD, FAS

WPROWADZENIE

Zaburzenia ze Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder* – FASD), określane również jako Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (Astley, 2004), obejmują różnorodne objawy, dotyczące uszkodzeń organicznych, zaburzeń poznawczych, emocjonalnych i społecznych, które nastąpiły na skutek teratogennego działania alkoholu na organizm w fazie prenatalnej (Jadczyk-Szumilo, 2006, 2008; Klecka, 2007; Klimczak, 2011; Liszcz, 2011; Tyra, 1995). Do wspomnianych objawów należą także trudności w nawiązywaniu więzi przywiązaniowej z rodzicami obserwowane w pracy klinicznej przez profesjonalistów i relacjonowane przez opiekunów (Dorris, 1996; Klecka,

2007). W literaturze naukowej problematyka ta jest podejmowana bardzo rzadko.

Przywiązanie jest konstruktem uznawanym za jeden z najbardziej znaczących w rozwoju człowieka, a teorię przywiązania określa się jako jeden z najszerzej ujmowanych, najgłębiej eksplorowanych i dających największe możliwości twórczego podejścia wśród kierunków badań (Zazzo, 1978). W wieloletniej historii badań nad przywiązaniem stworzono różnorodne narzędzia pomiaru stylów przywiązania, poczynając od Procedury Obcej Sytuacji przeznaczonej dla niemowląt, aż po kwestionariuszowe metody stosowane obecnie do oceny stylu przywiązania u dorosłych. Natomiast badanie dzieci obciążonych deficytami poznawczymi i komunikacyjnymi związanymi z FASD jest niezmiernie trudne. Z tego względu narzędzia stosowane do badania dzieci zdrowych nie zawsze są użyteczne. W artykule zaprezentowano badania, w których zastosowano *Attachment Story Completion Task*, narzędzie dotąd nie stosowane w Polsce.

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Lucyna Bakiera, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskiego 89AB, 60-568 Poznań. e-mail: bakiera@amu.edu.pl

ALKOHOL A ROZWÓJ W OKRESIE PRENATALNYM

Świadomość negatywnego wpływu alkoholu na płód pojawiła się już w starożytności, czego przykładem są choćby starotestamentalne historie czy obserwacje Arystotelesa (Abel, 1980). Mimo to, zjawisko przez wiele lat było akceptowane, wręcz zgodne z tradycją i opinią społeczną. Kwestia została rozstrzygnięta przez badania, które potwierdziły negatywny wpływ alkoholu spożywanego przez matkę w trakcie ciąży na płód. Ważną datą w historii diagnozowania FAS był rok 1968, kiedy Paul Lemoine, francuski pediatra, opublikował pierwsze doniesienia na temat podobieństwa zaburzeń występujących u 127 dzieci, których matki piły w czasie ciąży (Streissguth, 1977). Doniesienia te nie wzbudziły jednak powszechnego zainteresowania. Dopiero opisane przez Jonesa i Smitha w artykule z 1973 roku obserwacje dymorficznych cech twarzy oraz zmian w układzie nerwowym u niespokrewnionych dzieci, które były wystawione na działanie alkoholu w okresie prenatalnym, wywołały burzliwą dyskusję (Kowalewski, 2011). Badania naukowe prowadzone od tego czasu pozwalają wnioskować, iż matki spożywające alkohol, niezależnie od przynależności rasowej, środowiska dorastania, rodzaju spożywanych napojów alkoholowych czy od używania innych środków odurzających w trakcie ciąży, rodzą dzieci wykazujące zaburzenia rozwoju.

Pełnoobjawową postacią konsekwencji prenatalnej ekspozycji na alkohol jest FAS (Fetal Alcohol Syndrome), które definiuje się jako „trwałe uszkodzenie płodu spowodowane spożywaniem alkoholu przez matkę w okresie ciąży” (Astley, 2004, s. 11). Natomiast FASD stanowi niepełnoobjawową postać skutków. Zgodnie z oświadczeniem National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS) i FASD Center of Excellence w Waszyngtonie z 2004 roku termin FASD obejmuje „zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się, które mogą trwać przez całe życie” (Klecka i Janas-Kozik, 2009, s. 8). FASD jest szeroką kategorią, obejmującą osoby o różnicowanych w poziomie nasilenia zmianach fizycznych i funkcjonalnych (Palicka, Klecka i Przybyło, 2016). Uszkodzenia obejmują m.in. obszar układu limbicznego, który związany jest z rozwojem przywiązania w okresie niemowlęctwa.

Alkohol w ciągu 40 minut od momentu spożycia przez matkę dostaje się do krwi dziecka, a jego stężenie jest podobne do stężenia w krwi matki (Klimczak, 2011). Krążąc w krwiobiegu płodu, uszkadza go w dwojaki sposób: bezpośredni oraz pośredni (Lichtenberg-Kokoszka i Straub, 2002). Bezpośrednio oddziałuje poprzez zaburzenie wzrostu i różnicowania komórek, a nawet powodowanie ich śmierci. Ogólnie uszkodzenia te można określić jako statyczną encefalopatię (Przystałowska, 2006). Szczególnie narażone na wpływ alkoholu są płaty czołowe, ciało modzelowate, hipokamp, mózdzek i jądra podstawy (Klecka i Janas-Kozik, 2009; Klimczak, 2011; Lichtenberg-Kokoszka i Straub, 2002). Powstające uszkodzenia tkanki nerwowej są stałe, a skutki w dużej mierze nieodwracalne.

Wpływ pośredni alkoholu ujawnia się poprzez obniżenie dopływu tlenu i substancji odżywczych, co osłabia ukrwienie łożyska i płodu, powodując jego niedotlenienie oraz niedożywienie. Pojawiają się także utrudnienia w transporcie aminokwasów, czyli źródeł energii organizmu (Klecka i Janas-Kozik, 2009). Dodatkowo alkohol pośrednio zaburza wytwarzanie hormonów, co utrudnia dojrzewanie i migrację części komórek nerwowych w mózgu. Na uszkodzenia tego typu dziecko narażone jest szczególnie w trzecim trymestrze życia płodowego, kiedy dojrzewa hipokamp.

FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE DZIECI Z FASD

W funkcjonowaniu dzieci z FASD wyróżnia się objawy pierwotne (przede wszystkim uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego) oraz wtórne (pojawiają się jako następstwo w funkcjonowaniu dziecka z FASD). Kwestia podziału objawów jest problematyczna. Jeśli chodzi o pierwszą z kategorii – pierwszym i najbardziej charakterystycznym objawem działania alkoholu jest mikroencefalopatia (Astley, 2014), natomiast łatwo zauważalną dla osób postronnych anomalią są dysmorfie twarzy. Należy do nich triada objawów pierwszorzędowych: skrócenie szpary powiekowej, wygładzenie rynienki podnosowej i ścięczenie górnej wargi (Klecka, 2012; Klecka i in., 2016). Poziom nasilenia cech dysmorficznych twarzy nie ma związku ze skutkami uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Deficyty neuropsychologiczne są niezależne od fizycznych cech związanych z FASD (Mattson i in., 1998). Natomiast objawami wtórnymi nazywane są trudności psychospołeczne, takie jak: uzależnienia, choroby psychiczne, nieprawidłowe zachowania seksualne, przekraczanie norm społecznych, samobójstwo (Streissguth i O'Malley, 2000; Streissguth i Kanton, 1997).

Prowadzenie badań z udziałem dzieci z FASD napotyka wiele trudności związanych z objawami w funkcjonowaniu psychospołecznym. W zakresie funkcji poznawczych występują m. in. deficyty uwagi i pamięci operacyjnej, co skutkuje łatwością w rozpraszaniu uwagi oraz krótkim czasem koncentracji (Jadczak-Szumilo, 2006, 2008). Dzieci z FASD ujawniają zaburzenia w przetwarzaniu informacji wzrokowo-przestrzennych i słuchowych (Crocker, Riley i Mattson, 2015), co powoduje, że często nie są w stanie zrozumieć złożonych komunikatów, szczególnie wówczas, gdy zawierają one wyrażenia niedosłowne (Klecka, 2007; Liszcz, 2011). Problematyczne dla nich jest uogólnianie i rozumowanie w formie logicznych ciągów przyczynowo-skutkowych. Charakteryzują się słabą kontrolą impulsów i labilnością emocjonalną (Palicka i in., 2016). Dzieci reagują na nieznaną sytuację silnym pobudzeniem i niepokojem, które rozładują wycofaniem lub zachowaniem agresywnym wobec otoczenia (Liszcz, 2011).

Kolejnym obszarem trudności są dysfunkcje językowe i zaburzenia kompetencji komunikacyjnej. Wskutek uszkodzenia prawej półkuli mózgu występuje opóźnie-

nie pojawienia się mowy i zdolności do budowania zdań (Tyra, 1995; Jadczak-Szumilo, 2008). U dzieci diagnozować można trudności w różnicowaniu fonemów, percepcji dźwięków i zmianach ich sekwencji, a także opóźnione i osłabione reakcje na dźwięki (Pawłowska-Jaroń, 2010). Pojawia się też problem w regulacji słownej, przejawiający się jako przymus głośnego informowania siebie w trakcie działania o tym co się robi, widzi, myśli. Dzieci mówią same do siebie bez świadomości tego, że inni również słyszą wypowiedź (Klecka, 2007).

Do zaburzeń funkcji społecznych należą problemy z analizą i przewidywaniem konsekwencji własnych zachowań oraz z reagowaniem na subtelne sygnały społeczne, dlatego dzieci z FASD mogą łamać przyjęte normy bez świadomości konsekwencji takiego działania. Mają trudności w interpretowaniu stanów emocjonalnych i mentalnych innych ludzi (Klecka i Janas-Kozik, 2009). Dodatkowo opóźnienie przetwarzania słuchowego oraz trudności komunikacyjne sprawiają, że nawiązywanie i utrzymywanie relacji społecznych jest problematyczne. Inna trudność w funkcjonowaniu społecznym to przywiązanie do schematycznego sposobu postępowania, co niekiedy skutkuje diagnozowaniem zaburzeń zachowania czy zachowań opozycyjno-buntowniczych (Klecka i Janas-Kozik, 2009).

Sytuacja dzieci z FASD jest szczególnie trudna w przedszkolu i szkole. Z jednej strony odnoszą porażki w edukacji, ponieważ poznawczo nie są w stanie opanować materiału w odpowiednim czasie. Szczególnie dotyczy to wymowy, złożonego rozwiązywania problemów, pamięci przestrzennej, uwagi (Liles i Packman, 2009). Z drugiej strony są odrzucane przez rówieśników ze względu na specyfikę swojego funkcjonowania (Przystałowska, 2006). Dzieci takie spotykają się z mniejszą tolerancją otoczenia, ze względu na niewiedzę o ich zaburzeniu lub brak znajomości specyfiki trudności w FASD (Hryniewicz, 2007; Liszcz, 2011). Opieka nad dzieckiem z FASD wymaga „adekwatnego rodzicielstwa”, dla którego szczególnie istotna jest ciągła troska i zapewnienie stabilnego bezpieczeństwa (Palicka i in., 2016, s. 557).

Mózg dzieci narażonych na działanie alkoholu kształtuje się chaotycznie, występuje u nich ograniczona zdolność do regulowania stanów emocjonalnych, kształtowania znaczących relacji i kontroli impulsów. Noworodki matek pijących alkohol w ciąży (lub będących w depresji) znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka występowania zaburzeń więzi. Z drugiej strony nadużywanie alkoholu zaburza regulację emocjonalną i organizacyjną u matki (Adubato i Cohen, 2011). Z badań wynika także, że alkohol negatywnie wpływa na zdolności dziecka do kształtowania przywiązania poprzez nadmierną aktywację obszaru limbicznego odpowiedzialnego za funkcje adaptacyjne oraz reakcje obronne walka/ucieczka (Schoore, 2002).

Dzieci z FASD mają wrodzoną dysregulację osi HPA (oś podwzgórze-przysadka-nadnercza, zwaną osią stresu, która jest biologicznym substratem reakcji na wydarzenia aktywizujące, o wysokim ładunku energetycznym)

w postaci większej reaktywności lub ciągłego reagowania (Kobor i Weinberg, 2011; Mead i Sarkar, 2014). Tożsamą aktywizację zanotowano u dzieci znajdujących się w nieprzychylnym środowisku opiekuńczym (van IJzendorp i in., 2011).

Prenatalna ekspozycja na alkohol związana jest z ryzykiem rozwoju pozabezpiecznego stylu przywiązania (O'Connor, 2011; O'Connor, Kogan i Findlay, 2002; O'Connor i Paley 2006, 2009; O'Connor, Sigman i Kasari 1992). Jednak dzieci matek, które dawały swoim dzieciom emocjonalne wsparcie, lepiej radziły sobie z frustracją. U takich dzieci obserwowano wyższy poziom bezpiecznego przywiązania (Olson, O'Connor i Fitzgerald 2001; O'Connor i in. 2002).

PRZYWIĄZANIE I MOŻLIWOŚCI JEGO POMIARU W DZIECIŃSTWIE

Według Johna Bowlby'ego (2007) dyspozycja do tworzenia emocjonalnych więzi międzyludzkich jest elementem natury człowieka. Dziecko utrzymuje relację z figurą przywiązania dokonując oceny obecności potencjalnego niebezpieczeństwa oraz miejsca pobytu i dostępności obiektu przywiązania (Bakiera i Stelter, 2011). Teoria przywiązania opiera się na założeniu, że interakcja dziecka z opiekunem w niemowlęctwie i okresie wczesnego dzieciństwa tworzy u dziecka wewnętrzny model zaufania do opiekuna (wewnętrzny model operacyjny). Dziecko, które czuje, że w razie potrzeby opiekun je ochroni, wykształci bezpieczny styl przywiązania, a tym samym będzie przejawiało zainteresowanie światem oraz nauką nowych umiejętności. W przeciwnym razie wykształci się jeden z pozabezpiecznych stylów przywiązania. Przyjmuje się, że pierwowzorem więzi, jakie jednostka tworzy w dorosłości jest stosunek dziecka do matki (lub innego stałego opiekuna, który stanowi figurę przywiązania). W tej relacji dziecko ćwiczy interakcje społeczne – przebywanie w bliskości z figurą przywiązania bądź w oddaleniu od niej. Jeśli style przywiązania łączące jednostkę z osobami bliskimi w dzieciństwie wpływają na typ relacji intymnych w dorosłym życiu, jak zauważają Cindy Hazan i Philip Shaver (1987), to można uznać, że poznanie więzi przywiazaniowej w dzieciństwie stanowi istotny aspekt diagnozy psychologicznej. W Tabeli 1. przedstawiono przykładowe metody badawcze przeznaczone właśnie do oceny przywiązania dzieci w kolejnych fazach rozwojowych.

Procedura Obcej Sytuacji (Strange Situation Procedure – SSP), służąca do badania niemowląt, stanowiła początek badań nad przywiązaniem. Na jej formułę wzorowali się kolejni badacze, którzy chcieli stworzyć narzędzia przeznaczone dla starszych dzieci. W ten sposób powstały metody pochodne do SSP. Jedne z najbardziej znanych to metoda stworzona przez Roberta S. Marvin i Jude Cassidy wraz z Mc Arthur Working Group on Attachment (1992, za: Moss i in., 2004), wykorzystywana w badaniach dzieci 3- i 4-letnich oraz metoda Mary Main i Jude Cassidy (1988) przeznaczona dla dzieci w wieku

Tabela 1
Przykładowe metody badania przywiązania w dzieciństwie

Metoda badawcza	Nazwa narzędzia	Autor, data utworzenia
Wiek niemowlęcy		
Metoda obserwacyjna	Strange Situation Procedure (Procedura Obcej Sytuacji)	Ainsworth i Witting, 1969
Wczesne dzieciństwo		
Metoda obserwacyjna	Attachment Q-Set	Waters i Deane, 1987
	Preschool Strange Situation	Marvin i Cassidy, McArthur Working Group, 1992 za: Moss i in., 2004
Średnie dzieciństwo		
Metoda obserwacyjna	Procedura Obcej Sytuacji wg Main i Cassidy	Main i Cassidy, 1988
	Preschool Assessment of Attachment	Crittenden, 1992
Metoda narracyjna	Separation Anxiety Test	Kaplan, 1987
	Attachment Doll Interwiew	Oppenheim, 1997
	Attachment Story Completion Task	Bretherton, Ridgeway, Cassidy, 1990

Opracowanie własne na podstawie: Bretherton, 2000; Bretherton, Ridgeway i Cassidy, 1990; Crittenden, 1992; Kaplan, 1987; Main i Cassidy, 1988; Moss i in., 2004; Oppenheim, 1997; van IJzendoorn i in., 2004; Waters, 1987

5-6 lat. Procedura opracowana przez Marvin i Cassidy trwa 17 minut. Rozpoczyna się od 3-minutowej rozgrzewki, potem następuje separacja od matki (3 min), następnie powrót matki (3 min), ponowna separacja (5 min) i powrót (3 min). W tym czasie w pomieszczeniu nie jest obecna żadna obca osoba, a matka nie otrzymuje żadnych szczegółowych instrukcji o tym, jak postępować w momencie powrotu (Cassidy i Marvin, 1992, za: McElwain, 2011). Przywiązanie w tej metodzie oceniane jest przez wyszkolonych obserwatorów, którzy na podstawie nagrania kwalifikują zachowanie dziecka do konkretnego wzorca przywiązania. Posługują się przy tym klasyfikacją PACS (Preschool Attachment Classification System) będącą klasyfikacją kategoryjną. Metoda wykazuje dobre współczynniki prognostyczne, szczególnie względem dzieci w wieku 3.5 – 5.5 lat (McLean, 2011).

Procedura zaadoptowana przez Main i Cassidy do badania starszych dzieci (w wieku 5-6 lat) zakłada dłuższy czas separacji. Badanie rozpoczyna się od 10-minutowej zabawy, po której następuje separacja. Następnie matka powraca do pokoju, nie otrzymując żadnych dodatkowych instrukcji. Sytuacje rozstania (45 min) i powrotu (5 min) powtarzają się. Zachowania dzieci są kodowane w odniesieniu do systemu klasyfikacyjnego stworzonego przez Main i Cassidy (1988). Jest on analogiczny koncepcyjnie do klasyfikacji PACS. Obie metody używane są aktualnie w badaniach dzieci w wieku 5-6 lat (Dexter i in., 2013; Humber i Moss, 2005; Lecompte i Moss, 2014; Moss i in., 2005).

Do metod obserwacyjnych stosowanych wśród dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa należy *Attachment Q-set*. Została ona skonstruowana w 1985 roku (Waters, Deane, 1985, za: van IJzendoorn i in., 2004). Stosowana jest do dzieci w wieku 12-18 miesięcy i polega na obser-

wacji w naturalnym, domowym środowisku. Po kilkunastu godzinnej obserwacji badacz ocenia zachowania dziecka przy użyciu skali składającej się z ponad 100 pozycji. Przykładowe z nich to: Dziecko dzieli się z matką rzeczami, jeśli ona o to poprosi. Kiedy dziecko wraca do matki po zabawie, jest czasem złe bez konkretnego powodu. Kiedy dziecko jest smutne, akceptuje pocieszenie od dorosłych innych niż matka. Dziecko postępuje delikatnie i ostrożnie z zabawkami i zwierzętami. Dziecko jest bardziej zainteresowane ludźmi niż rzeczami (Waters, 1987, s. 1-2). Badacz klasyfikuje daną pozycję w zależności od tego, jak bardzo jest ona charakterystyczna dla dziecka (Verissimo i Salvaterra, 2006). Ostateczna ocena przywiązania u dziecka mieści się na skali pomiędzy +1 (bezpieczne) do -1 (pozabezpieczone). Oceniana jest więc w postaci wymiaru, nie kategorii. Wynik uzyskany przez dane dziecko odnoszony jest do profilu prototypowo bezpiecznego dziecka, stworzonego przez ekspertów w dziedzinie przywiązania (van IJzendoorn i in., 2004). Przeprowadzenie tej metody trwa dłużej niż Procedury Obcej Sytuacji. Pozbawiona jest stresującego aspektu rozstania z matką.

Jedną z metod projekcyjnych służących do badania przywiązania, które używane są szczególnie często wśród dzieci przedszkolnych, jest *Separation Anxiety Test* (SAT). Został on początkowo stworzony do badania nastolatków, a następnie dostosowany do młodszych dzieci (Main, Hesse i Kaplan, 2005). Metodę zaadaptowała Nancy Kaplan (1987) i stosowana jest ona obecnie w sugerowanej przez badaczkę postaci. Dziecku prezentuje się sześć obrazków, które przedstawiają sytuacje związane z separacją:

1. Rodzic wychodzi i zostawia dziecko w domu.
2. Rodzic wyjeżdża na weekend i zostawia dziecko z krewnymi.

3. Rodzic zostawia dziecko pierwszego dnia w szkole.
4. Rodzic wyjeżdża i zostawia dziecku prezent.
5. W parku rodzice proszą dziecko, żeby poszło się pobawić, bo oni chcą porozmawiać.
6. Rodzice mówią dziecku dobranoc i opuszczają pokój.

Po przedstawieniu przez badacza historii związanej z obrazkiem, dziecko ma odpowiedzieć na pytania dotyczące tego, jak osoba na obrazku się czuje i co robi. Uzyskane odpowiedzi są kodowane według podręcznika Kaplan (*op. cit.*) i na tej podstawie określany jest styl przywiązania dziecka. Metoda ta sprawdza się w badaniach dzieci 5-7 letnich i wykazuje korelację z wynikami uzyskanymi przez niemowlęta w Procedurze Obcej Sytuacji (Granqvist, Ljungdahl i Dickie, 2007), co zwiększa jej wiarygodność w stosowaniu wśród dzieci.

Inną metodą badania przywiązania, która wykazuje pewne podobieństwo do SAT, jest *Attachment Doll Interview* opracowana przez Davida Oppenheim'a (1997). Badacz opowiada historyjki, które dodatkowo odgrywane są za pomocą lalek symbolizujących matkę, dziecko i niekiedy również ojca. Opowiadania dotyczą tematów związanych z przywiązaniem. Każde składa się z dwóch części dotyczących separacji lub stresora (np. mama i tata wyjeżdżają do kina, dziecko spadło i zraniło się) oraz powrotu rodziców lub rozwiązania (np. mama i tata są z powrotem w domu, dziecko biegnie do mamy). Po każdej historyjce badacz zadaje pytania: Jak czuje się dziecko? Co ono robi? Następnie opowiadanie dziecka oceniane jest pod względem emocjonalnej otwartości, stopnia konstruktywności rozwiązania i emocjonalnego tonu opowiadania.

Badanie przywiązania u dzieci z FASD wymaga niestandardowej procedury ze względu na wspomniane ograniczenia w ich funkcjonowaniu poznawczym i interpersonalnym. Z tego punktu widzenia zastosowanie przedstawionych narzędzi może być trudne i niemiarodajne. Atrakcyjnym narzędziem jest Attachment Story Completion Task, należące do procedur narracyjnych.

PROCEDURA ATTACHMENT STORY COMPLETION TASK – BADANIA WŁASNE

Metoda, opracowana przez Inge Bretherton i współpracowników (Bretherton, Ridgeway i Cassidy, 1990), służy do badania dzieci od 3 roku życia i jest jedną z nielicznych metod służących do oceny bezpieczeństwa przywiązaniowego u dzieci przedszkolnych (Stievenart i in., 2012) poza Procedurą Obcej Sytuacji. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje, że do tej pory nie była stosowana w Polsce, natomiast jest aktualnie używana w wielu badaniach dzieci w wieku przedszkolnym na całym świecie (Greeberg i in., 1996; Gullòn-Rivera, 2013; Verschueren, Marcoen i Schoefs, 1996; Page i Bretherton, 2001).

ASCT stanowi miarę semi-projekcyjną zawierającą pięć historii z tematem związanym z przywiązaniem. Historie zostały zaprojektowane w ten sposób, aby ukazać indywidualne różnice między dziećmi w zakresie przy-

wiązania. Odgrywane są one za pomocą figurek prezentujących członków rodziny. Jedną z nich symbolizuje dziecko tej samej płci co dziecko badane. Po opowiadaniu badacz podaje polecenie: Pokaż mi i powiedz, co zdarzyło się potem. W odpowiedzi dziecko może mówić i pokazywać swoje przekonania przy pomocy figurek. Historie są prezentowane zawsze w tej samej kolejności i formie przez badacza, a następnie kończone przez dziecko (Bretherton, Ridgeway i Cassidy, 1990):

0. Urodziny: mama przynosi tort urodzinowy (rozgrzewka).
1. Rozlany sok: dziecko rozlewa sok podczas rodzinnego obiadu. Aspekt przywiązania: figura przywiązania w autorytatywnej pozycji względem dziecka.
2. Zranione kolano: podczas zabawy w parku dziecko spada z kamienia, rani się w kolano i płacze. Aspekt przywiązania: ból jako czynnik wywołujący reakcje przywiązaniowe i zachowania ochronne.
3. Potwór w szafie: dziecko wybiega ze swojej sypialni i płacze z powodu potwora, który schował się w pokoju. Aspekt przywiązania: strach jako czynnik wywołujący reakcje przywiązaniowe i zachowania ochronne.
4. Separacja: rodzice wyjeżdżają autem na wycieczkę, a dziecko zostaje z opiekunką. Aspekt przywiązania: lęk separacyjny i umiejętności radzenia sobie z nim.
5. Powrót: rodzice wracają do domu. Aspekt przywiązania: powrót rodziców – powitanie a unikanie, upór, zdeorganizowane zachowania.

Badania dzieci z FASD za pomocą ASCT przeprowadzono w Centrum Stymulacji Rozwoju Dziecka w Poznaniu od marca do czerwca 2016r. W badaniu uczestniczyło ośmioro dzieci w wieku 3-6 lat, pięciu chłopców i trzy dziewczynki. Przebieg badania, za zgodą rodziców, nagrywano kamerą cyfrową. Procedurę zastosowano wprowadzając plastikowy domek jako pomoc badawczą zalecaną przez autorów metody. Dzieci w okresie płodowym były wystawione na oddziaływanie alkoholu spożywanego przez biologiczną matkę. Diagnostę pod kątem FASD dokonano w ośrodkach pomocy psychologicznej w oparciu o 4-Cyfrowy Kwestionariusz Diagnostyczny (Astley, 2004), który obejmuje cztery kryteria oceny: 1) niedobór wzrostu; 2) charakterystyczny fenotyp twarzy; 3) nieprawidłowości ośrodkowego układu nerwowego; 4) spożywanie alkoholu przez matkę w trakcie ciąży.

W związku z tym, iż 4-Cyfrowy Kwestionariusz Diagnostyczny FASD pozwala na uzyskanie 256 kombinacji kodów, które można pogrupować w 22 odrębne kategorie diagnostyczne różniące się od siebie nasileniem dysmorfii, niedoborów wzrostu i masy ciała oraz innych zaburzeń, do badania zakwalifikowano wyłącznie dzieci z rozpoznaniem FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy) i PFAS (Częściowy Płodowy Zespół Alkoholowy – z ang. *Partial Fetal Alcohol Syndrome*). Według wytycznych waszyngtońskich osoby z rozpoznaniem FAS i PFAS stanowią grupę homogeniczną o tożsamych trudnościach poznawczych i psychospołecznych, pomimo tego, iż wyłącz-

Tabela 2
Badanie przeprowadzone przy pomocy ASCT i przykładowe reakcje badanych dzieci

Funkcjonowanie dziecka z FASD	Przejawy w badaniu metodą ASCT
Trudności z koncentracją uwagi (Jadczak-Szumilo, 2008)	Rozproszenia w trakcie opowiadania historyjek, zmienianie wątków.
Trudności z komunikacją i tworzeniem narracji (Pawłowska-Jaroń, 2010)	Mały zasób słownictwa, tworzenie prostych zdań lub niezrozumiałych wypowiedzi.
Trudności z myśleniem abstrakcyjnych, funkcjonowanie na konkretnych (Klecka, 2007)	Trudności w opowiadaniu wyobrażonych historii; skupienie na właściwościach narzędzi badawczych, np. uderzanie w ściany domku; odbieranie historii dosłownie, np. szukanie potwora w łóżku.
Trudność z przyjmowaniem perspektywy drugiej osoby (Klecka i Janas-Kozik, 2009)	Brak umiejętności wejścia w rolę dziecka-figurki, np. – Kto posprzątał sok: mama czy Tomek (figurka)? – Ja (wskazując siebie).
Nadpobudliwość psychoruchowa (Liles i Packman, 2009)	Duża aktywność fizyczna w trakcie badania, częste zmienianie miejsca utrudniające nagrywanie.
Niska kontrola impulsów (Jadczak-Szumilo, 2006, 2008)	Niszczenie narzędzi badawczych; nagle, nieprzewidywalne reakcje.
Problemy z koordynacją ruchową (Jadczak-Szumilo, 2006, 2008)	Trudność w chwytaniu drobnych narzędzi badawczych i kierowaniu figurkami.

Źródło: opracowanie własne

nie pełnoobjawowy FAS jest rozpoznaniem klinicznym w kategoriach ICD-10: Q 86.0 Płodowy zespół alkoholowy (dysmorficzny) (Astley, 2014). W Tabeli 2. przedstawiono specyficzne przejawy zachowania dziecka z FASD zaobserwowane w trakcie badania.

Styl przywiązania jako specyficzny wzorzec relacji dziecka z pierwotnym obiektem przywiązania, najczęściej matką, ukształtowany w okresie niemowlęctwa i ujawniający się w funkcjonowaniu dziecka szacowano zbiorem wskaźników odnoszących się do odgrywania pięciu przedstawionych historii zawierających kolejno tematy przywiązaniowe. Dodatkowym wskaźnikiem dla diagnostyki jest sposób zachowania się dziecka w trakcie opowiadania historii.

Do oceny uzyskanych w badaniu wyników zastosowany został *Ottawa-Guelph Attachment Narrative Coding System* (OGANCS). Jest to system kodujący opracowany przez pracowników Uniwersytetu w Guelph w Kanadzie, dostępny w pełnej formie w publikacji Heather McLean (2011). System został zaprojektowany do kodowania zadań typu *attachment doll play tasks* dla dzieci w wieku 3-8 lat. Odwołuje się on do założeń teoretycznych ASCT. Badania wykazują, że wyniki uzyskiwane przy zastosowaniu ASCT korelują z rezultatami innych metod, m.in. Procedury Obcej Sytuacji (Bretherton, Ridgeway i Cassidy, 1990) i Cassidy Puppet Interview (Gullón-Rivera, 2013).

Wskaźniki przywiązania oceniane są na dziewięciu skalach odnoszących się do klasyfikacji przywiązania według Mary Main i Judith Solomon (1986, za: Senator, 2010; Goldberg, 2000), a mianowicie stylu bezpiecznego (B), unikającego (A), ambiwalentnego (dwa podtypy C1 i C2) i zdeorganizowanego (pięć podtypów: D1, D2, D3, D4, D5). Każda ze skal charakteryzuje się specyficznym wzorcem interakcji z opiekunem, który opisywany jest przez zestawienie następujących wskaźników (McLean, 2011):

- Styl bezpieczny (B) – dziecko wykazuje wysoką świadomość dystresu związanego z odgrywaną historią oraz potrzebę odpowiedzi rodzicielskiej; figurka-rodzic spontanicznie i adekwatnie odpowiada na potrzebę figurki-dziecka; figurka-dziecko powraca do eksploracji; między bohaterami historii występują interakcje wskazujące na wzajemne uczucia i poczucie przynależności.
- Styl unikający (A) – dziecko wykazuje niską świadomość potrzeb przywiązaniowych; w historii minimalizowana jest potrzeba pomocy figurki-rodzica; figurka-dziecko sama rozwiązuje trudność.
- Styl ambiwalentny (C1) – dziecko wykazuje niską potrzebę odpowiedzi rodzicielskiej; figurka-rodzic reaguje nieadekwatnie do sytuacji lub w sposób opóźniony, podważa potrzebę przywiązaniową dziecka; dystres figurki-dziecka w opowiadaniu jest długotrwały.
- Styl ambiwalentny (C2) – dziecko wskazuje w historii na brak wspólnych aktywności i uczuciowych interakcji między figurkami oraz na pojawianie się konfliktów interpersonalnych; figurka-dziecko po aktywacji systemu przywiązaniowego nie powraca do eksploracji.
- Styl zdeorganizowany chaotyczny (D1) – w historii opowiedzianej przez dziecko pojawiają się chaotyczne wydarzenia, przerażające postaci; bohaterowie są wrodozy i agresywni wobec siebie; figurka-rodzic porzuca figurkę-dziecko.
- Styl zdeorganizowany zahamowany (D2) – dziecko w trakcie badania wykazuje dysforyczny afekt oraz zahamowania i opór w formułowaniu odpowiedzi; próbuje zakończyć badanie lub opowiedzieć inną historię.
- Styl zdeorganizowany kontrolująco-opiekuńczy (D3) – w historii następuje zamiana ról rodzic-dziecko związana z opiekuńczością; figurka-dziecko trosz-

czy się o figurkę-rodzica, jest przesadnie z nim zgodna i wykazuje nadmiernie pozytywny afekt.

- Styl zdeorganizowany kontrolująco-karzący (D4) – dziecko podczas badania zachowuje się w sposób agresywny, prowokacyjny; często nie zgadza się z badaczem; pokazuje, że chce tworzyć własne historie.
- Styl zdeorganizowany nierozwiązany (D5) – tematy przywiązaniowe przedstawiane w historii są wyolbrzymiane i odgrywane więcej niż raz; dodawany jest kolejny temat przywiązaniowy; po zakończeniu historii bohaterowie nie są ponownie złączeni w bezpiecznym otoczeniu; zostaje odegrana strata głównego bohatera.

Historia tworzona przez badane dziecko oraz jego zachowanie oceniane są na skali od -3 do +3 w odniesieniu do 49 pozycji. Każdy z itemów przyporządkowany jest do innego stylu przywiązania, za wyjątkiem pozycji dla przywiązania bezpiecznego, które są odwrotnie punktowane dla przywiązania lękowego lub ambiwalentnego. Po obliczeniach, w oparciu o najwyższy uzyskany przez dziecko wynik przypisany jest mu jeden główny styl. Istotność skal szacowana w badaniach pierwotnych jest następująca: dla stylu bezpiecznego $\alpha=.89$; unikającego $\alpha=.83$; ambiwalentnego C1 $\alpha=.89$; ambiwalentnego C2 $\alpha=.57$; chaotycznego $\alpha=.70$; zahamowanego $\alpha=.85$; kontrolująco-opiekuńczego $\alpha=.71$; kontrolująco-karzącego $\alpha=.75$; nierozwiązanego $\alpha=.63$. Skala C2 została wycofana z oceny po badaniach, ponieważ wykazywała niską spójność wewnętrzną oraz niską wiarygodność między oceniaczami (McLean, 2011).

Skale zostały dodatkowo podzielone na trzy koncepcyjne grupy: styl przywiązania zorganizowany bezpieczny (B), styl przywiązania zorganizowany pozabezpieczny

(A, C1) i styl przywiązania pozabezpieczny zdeorganizowany (D1, D2, D3, D4, D5). Podstawą do dokonania takiego podziału były badania McLean (2011), w których podzielono style na zorganizowane i zdeorganizowane, a następnie – na podstawie inwersyjnej korelacji między skalą B a skalami A i C1 – na style zorganizowane bezpieczne i pozabezpieczne. Wskaźniki przedstawiono w Tabeli 3.

Przeprowadzone badania własne pozwalają wysunąć wnioski na temat walorów procedury *Attachment Story Completion Task*. Naszym zdaniem są one następujące:

- Forma badania jest interesująca zarówno z punktu widzenia dziecka, uczestniczącego w badaniu, jak i badacza. Dzieci były zaangażowane w odgrywanie historyjek, traktowały badanie jako zabawę.
- Forma badania i treść historyjek nie wzbudza poczucia zagrożenia. Sytuacja badania nie jest przyczyną dystresu.
- Istnieje możliwość rozmowy z rodzicem na tematy przywiązaniowe. Rodzice spontanicznie wspominają analogiczne sytuacje i zachowanie dziecka. Jednocześnie rodzice na podstawie obserwacji badania dokonują ewaluacji swoich zachowań względem dziecka.
- Interakcja badacza z dzieckiem jest nagrywana, co daje możliwość wnikliwej analizy zachowań dziecka.
- Nagranie pozwala dokonać oceny funkcjonowania dziecka pod kątem koncentracji uwagi, tworzenia narracji, zabawy symbolicznej.
- Zastosowanie systemu kodującego wyników badania ma postać danych jakościowych i ilościowych (określa się jednocześnie jakościowo reprezentatywny dla dziecka styl przywiązania, jak i wyznacza wynik dla wszystkich skal stylów przywiązania).

Tabela 3
Wskaźniki stylów przywiązania w badaniu ACST

Styl przywiązania zorganizowany bezpieczny	Styl przywiązania zorganizowany pozabezpieczny	Styl przywiązania zdeorganizowany
Figurka-rodzic jest obecna przy rozwiązaniu problemu, udziela natychmiastowej, kompletnej pomocy.	Figurka-rodzic nie jest obecna przy rozwiązaniu problemu lub jest obecna, ale udziela niekompletnej, opóźnionej pomocy.	Figurka-rodzic występuje jako postać kontrolująca lub karząca.
Opowiadanie dziecka jest spójne i kompletne. Nie zawiera przerażających elementów.	Opowiadanie dziecka jest spójne i kompletne. Nie zawiera przerażających elementów.	Opowiadanie dziecka jest chaotyczne i niedokończone. Pojawiają się niespodziewane, przerażające elementy opowiadania.
W opowiadaniu figurki wykazują troskę i czułość wobec siebie.	W opowiadaniu figurki nie okazują sobie nawzajem troski i czułości.	W opowiadaniu figurki zachowują się w sposób agresywny.
Problem przywiązaniowy jest rozwiązany.	Problem przywiązaniowy nie pojawia się w opowiadaniu dziecka lub rodzic rozwiązuje go tylko częściowo.	Problem przywiązaniowy pozostaje nierozwiązany.
Dziecko jest skupione na badaniu, jest posłuszne i uprzejme w kontakcie z badaczem.	Dziecko jest skupione na badaniu, jest posłuszne i uprzejme w kontakcie z badaczem.	Dziecko jest nadmiernie rozproszone, ma trudności z udzielaniem odpowiedzi, wykazuje agresję i nieposłuszeństwo wobec badacza.

Źródło: pracowanie własne na podstawie Mc Lean, 2011.

Nasuwają się również pewne wątpliwości, a mianowicie:

- Niektóre z dzieci koncentrowały się na domku oraz jego eksploracji, mniej zaś na tworzeniu historyjek, co sugeruje, że zastosowane pomoce badawcze mogą rozpraszać uwagę dziecka.
- Zastosowanie metody wymaga od rodzica pojawienia się w miejscu badania (lub badacza w miejscu zamieszkania dziecka) i poświęcenia około pół godziny na jedno badanie. Metoda wymaga ponadto zgody rodziców na nagranie dziecka w sytuacji badania.
- Opracowanie wyników na skali kodującej jest czasochłonne – dla jednego dziecka ok. 5-6 godzin (49 pozycji do przeanalizowania pod względem każdej z pięciu historyjek).
- Dzieci z grupy badanej prezentowały trudności poznawcze i komunikacyjne typowe dla FASD, co wymaga od badacza odpowiedniego podejścia.

PODSUMOWANIE

Prezentowane przez dzieci z FASD wzorce przywiązania stanowią ważny element w kontekście zaburzeń wywołanych prenatalną ekspozycją na alkohol. Ze względu na specyfikę funkcjonowania psychicznego i interpersonalnego badanie więzi przywiązaniowej dziecka z FASD wymaga szczególnej wrażliwości badacza. Zaprezentowana metoda Bretherton i współpracowników (1990) stanowi interesującą propozycję diagnostyczną.

Główną wartością procedury ASCT jest fakt, że aktualnie istnieje niewiele sposobów badania przywiązania dostępnych w polskich warunkach, szczególnie dla dzieci w wieku przedszkolnym. Z tego względu warte jest jej rozważenie w prowadzeniu badań naukowych. Narzędzie wydaje się również wartościowe pod kątem stosowania go w pracy klinicznej. Pozwala ocenić styl przywiązania dziecka, a jednocześnie wywołuje refleksje u obserwującego badanie rodzica i daje podstawę do przeprowadzenia rozmowy na temat relacji z dzieckiem.

Na podstawie eksploracyjnego zastosowania metody ASCT można stwierdzić, że w grupie przebadanych dzieci narzędzie sprawdziło się – zaangażowało uczestników na tyle, że możliwe było jego całkowite przeprowadzenie oraz ocena wyników. Dodatkowo wywoływało pozytywne reakcje zarówno u dzieci jak i u rodziców. W przypadku ponownego stosowania metody należy zwrócić uwagę na ewentualne wykluczenie domku jako narzędzia badawczego lub wykorzystanie mniej atrakcyjnego obiektu oraz zaangażowanie większej liczby badaczy w opracowywanie wyników badania w celu zwiększenia ich obiektywności.

LITERATURA

Adubato, S.A., Cohen, D.E. (2011). (red.) Prenatal alcohol use and fetal alcohol spectrum disorders: Diagnosis, assessment and new directions in research and multimodal treatment. Bentham Science Publishers Ltd: Bentham eBooks.

- Abel, E.L. (1980). Fetal alcohol syndrome: Behavioral teratology. *Psychological Bulletin*, 87, 1, 29-50.
- Ainsworth, M., Writing, B.A. (1969). Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. W: B.M. Foss (red.), *Determinants of infant behaviour* (s. 113-136). London: Methuen.
- Astley, S.J. (2004). Diagnostic guide for fetal alcohol disorders: The 4-digit diagnostic code (3 wyd.). Seattle: University of Washington Publication Services. <http://depts.washington.edu/fasdnpn/pdfs/guide04.pdf> – pozyskano: 02.03.2016.
- Astley, S.J. (2014). Invited commentary on Australian fetal alcohol spectrum disorder diagnostic guidelines. *BMC Pediatrics*, 14, 85. doi: 10.1186/1471-2431-14-85.
- Astley S.J. (2014). Reply to „Response to criticisms raised by Astley to clarifications of the IOM diagnostic criteria for FASD”. <https://depts.washington.edu/fasdnpn/htmls/literature.htm> – pozyskano 10.03.2007.
- Bakiera, L., Stelter, Ż. (2011). *Leksykon psychologii rozwoju człowieka* (tom 1 i 2). Warszawa. Wydawnictwo Difin.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bretherton, I. (2000). The origins of attachment theory. John Bowlby and Mary Ainsworth. W: S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (red.), *Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives* (s. 45-84). Londyn: The Analytic Press.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship. An Attachment Story Completion Task for 3-year-olds. W: M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (red.), *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention* (s. 273-308). Chicago, Londyn: The University of Chicago Press.
- Crittenden, P.M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241.
- Crocker, N., Riley, E.P., Mattson, S.N. (2015). Visual-spatial abilities relate to mathematics achievement in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Neuropsychology*, 29, 1, 108-116.
- Dexter, C.A., Wong, K., Stacks, A.M., Beeghly, M., Barnett, D. (2013). Parenting and attachment among low-income African American and Caucasian preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 27, 4, 629-638.
- Dorris, M. (1996). *Zerwana więź*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goldberg, S. (2000). Introduction. W: S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (red.), *Attachment theory. Social. Developmental and clinical perspectives* (s. 1-13). Londyn: The Analytic Press.
- Granqvist, P., Ljungdahl, C., Dickie, J.R. (2007): God is nowhere, God is now here: Attachment activation, security of attachment, and God's perceived closeness among 5 – 7-year-old children from religious and non-religious homes. *Attachment & Human Development*, 9, 1, 55-71.
- Greenberg, M.T., DeKlyen, M., Speltz, M.L., Endriga, M.C. (1997). The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children. W: L. Atkinson, K.J. Zucker (red.), *Attachment and psychopathology* (s. 196-222). Nowy Jork, Londyn: The Guilford Press.
- Gullón-Rivera, A.L. (2013). Puerto Rican kindergartners' self-worth as coded from the Attachment Story Comple-

- tion Task: correlated with other self-evaluation measures and ratings of child behavior toward mothers and peers. *Attachment and Human Development*, 15, 1, 1-23.
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 3, 511-524.
- Hryniewicz, D. (2007). Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA.
- Humber, N., Moss, E. (2005). The relationship of preschool and early school age attachment to mother-child interaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 1, 128-141.
- Jadczak-Szumilo, T. (2006). „Tylko mnie kochaj”. Sytuacja małego dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym. *Świat Problemów*, 158, 3, 26-30.
- Jadczak-Szumilo, T. (2008). Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA.
- Kaplan, N. (1987). Internal representations of attachment in six-year-olds. Referat wygłoszony na Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. Baltimore: 23-26.04.1987; <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED286590.pdf>; pozyskano 04.02.2017.
- Klecka, M. (2007). FAScynujące dzieci. Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM.
- Klecka, M. (2012). Walidacja polskiej wersji skali obrazkowej do oceny cech dysmorficznych charakterystycznych dla zaburzeń rozwojowych wywołanych alkoholem. Nie opublikowana rozprawa doktorska. Śląski Uniwersytet Medyczny.
- Klecka, M., Janas-Kozik, M. (2009). Dziecko z FASD. Rozpoznawanie różnicowe i podstawy terapii. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA.
- Klecka, M., Janas-Kozik, M., Jelonek, I., Siwiec A., Rybakowski J.K. (2016). Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Waszyngtońskiego do oceny spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych. *Psychiatria Polska*, 46, 1-13 DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/62014> – pozyskano 10.03.2017.
- Klimczak, J. (2011). Fetal Alcohol Syndrome – czyli skutki oddziaływania alkoholu na płód. W: M. Banach (red.), *Alkoholowy zespół płodu: teoria, diagnoza, praktyka* (s. 147-156). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kobor, M. S., Weinberg, J. (2011). Focus on: Epigenetics and fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol Research and Health*, 34, 1, 29-37.
- Kowalewski, I. (2011). Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód. W: M. Banach (red.), *Alkoholowy zespół płodu: teoria, diagnoza, praktyka* (s. 136-146). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Lecompte, V., Moss, E. (2014). Disorganized and controlling patterns of attachment, role reversal, and caregiving helplessness: Links to adolescents' externalizing problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 5, 581-589.
- Lichtenberg-Kokoszka, E., Straub, R. (2002). W okresie prenatalnym. *Świat Problemów*, 117, 10, 28-31.
- Liles, E.E., Packman, J. (2009). Play therapy for children with fetal alcohol syndrome. *International Journal of Play Therapy*, 18, 4, 192-206.
- Liszcz, K. (2011). Dziecko z FAS w szkole i w domu. Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Main, M., Cassidy, J. (1988) Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 3, 415-426.
- Main, M., Hesse, E., Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age. W: K.E. Grossmann, K. Grossmann, E. Waters (red.), *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies* (s. 245-304). New York: The Guilford Press.
- Mattson, S.N., Riley, E.P., Gramling, L., Delis, D.C, Jones, K.L. (1998). Neuropsychological comparison of alcohol-exposed children with or without physical features of fetal alcohol syndrome. *Neuropsychology*, 12, 1, 146-153.
- McElwain, N.L., Holland, A.S., Engle, J.M., Wong, M.S. (2011). Child anger proneness moderates associations between child-mother attachment security and child behavior with mothers at 33 months. *Journal of Family Psychology*, 26, 1, 76-86.
- McLean, H.R. (2011). Attachment representations in preschool: Predicting doll play representations from infant and maternal attachment measures (praca dyplomowa); <https://atrium.lib.uoguelph.ca> – pozyskano: 02.04.2016.
- Mead, E.A., Sarkar, D.K. (2014). Fetal alcohol spectrum disorders and their transmission through genetic and epigenetic mechanisms. *Frontiers in Genetics*, 5, 1-10.
- Moss, E., Bureau, J.F., Cyr, C., Mongeau, C., St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology*, 40, 3, 323-334.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J.F., Tarabulsy, G.M.; Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, 41, 5, 773-783.
- O'Connor, M.J. (2011). Socioemotional functioning of individuals with fetal alcohol spectrum disorders. *Encyclopedia on early childhood development: Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*. <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/dossiers-complets/en/fetal-alcohol-spectrum-disorders-fasd.pdf> – pozyskano: 10.03.2017.
- O'Connor, M.J., Kogan, N., Findlay, R. (2002). Prenatal alcohol exposure and attachment behavior in children. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 26, 10, 1592-1602.
- O'Connor, M.J., Paley, B. (2006). The relationship of prenatal alcohol exposure and the postnatal environment to child depressive symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 50-64.
- O'Connor, M.J., Paley, B. (2009). Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15, 3, 225-234.
- O'Connor, M.J., Sigman, M., Kasari, C. (1992). Attachment behavior of infants exposed prenatally to alcohol: Mediating effects of infant affect and mother-infant interaction. *Development and Psychopathology*, 4, 2, 243-256.
- Olson, H.C., O'Connor, M., Fitzgerald, H. (2001). Lessons learned from study of the developmental impact of parental alcohol use. *Infant Mental Health Journal*, 22, 3, 271-290.

- Oppenheim, D. (1997). The attachment doll-play interview for preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 4, 681-697.
- Page, T., Bretherton, I. (2001). Mother- and father-child attachment themes in the story completions of pre-schoolers from post-divorce families: Do they predict relationships with peers and teachers? *Attachment & Human Development*, 3, 1, 1-29.
- Palicka, I., Klecka, M., Przybyło, J. (2016). Neurodevelopmental disorders of children as the challenging context of caregiving and attachment development: An example of children with FAS/FASD. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21, 4, 555-572.
- Palicka, I., Śmigiel, R., Pesz, K., Janas-Kozik, M., Klecka, M. (2016). Diagnostyka FASD według 4-cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego S. Astley – znaczenie badania neuropsychologicznego. *Pediatrics*, 13, 1, 173-181.
- Pawłowska-Jaroń, H. (2010). Dziecko z Płodowym Zespołem Alkoholowym – specyfika mowy i myślenia. W: M. Michalik, A. Siudek (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia* (s. 127-134). Kraków: Collegium Columbinum.
- Przystałowska, M. (2006). Płodowy Zespół Alkoholowy. *Remedium*, 164, 10, 31-32.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 1, 9-30.
- Senator, D. (2010). Teoria więzi Johna Bowlby'ego. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 17-39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Stievenart, M., Roskam, I., Meunier, J.C., van de Moortele, G. (2012). Assessment of preschoolers' attachment security using the Attachment Q-set and the Attachment Story Completion Task. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12, 1, 62-80.
- Streissguth, A. (1977). Clinical maternal drinking and the outcome of pregnancy: Implications for child mental health. *Journal of Orthopsychiatry*, 47, 3, 422-431.
- Streissguth, A., Kanton, J. (1997). *The challenge of fetal alcohol syndrome: Overcoming secondary disabilities*. Seattle: University of Washington Press.
- Streissguth, A.P., O'Malley, K. (2000). Neuropsychiatric implications and long-term consequences of fetal alcohol spectrum disorders. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5, 3, 177-190.
- Tyra, T. (1995). Alkoholowy zespół płodowy – neurobehawioralne skutki prenatalnej ekspozycji na alkohol. *Psychiatria Polska*, 24, 5, 697-708.
- Van IJzendoorn, M.H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E.J., Gunnar, M.R., Vorria, P., McCall, R.B., Le Mare, L., Bakermans-Kranenburg, M.J., Dobrova-Krol, N.A., Juffer, F. (2011). Children in institutional care: Delayed development and resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 76, 4, 8-30.
- Van IJzendoorn, M.H., Vereijken, C.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Riksen-Walraven, J.M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75, 4, 1188-1213.
- Verissimo, M., Salvaterra, F. (2006). Maternal secure-base scripts and children's attachment security in an adopted sample. *Attachment and Human Development*, 8, 3, 261-273.
- Verschueren, K., Marcoen, A., Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child Development*, 67, 5, 2493-2511.
- Waters, E. (1987). Attachment Q-set (wersja 3). <http://www.johnbowly.com> – pozyskano 02.04.2016.
- Zazzo, R. (1978). Przywiązanie. W: R. Zazzo (red.), *Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne* (s. 27-64). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.