



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Quality of attachment in adults diagnosed with foetal alcohol syndrome

Author: Monika Kornaszewska-Polak, Małgorzata Klecka, Małgorzata Janas-Kozik, Iwona Palicka

Citation style: Kornaszewska-Polak Monika, Klecka Małgorzata, Janas-Kozik Małgorzata, Palicka Iwona. (2019). Quality of attachment in adults diagnosed with foetal alcohol syndrome. "Psychiatria i Psychologia Kliniczna" (Vol. 19, iss. 2 (2019), s. 165-176), doi 10.15557/PiPK.2019.0017



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Monika Kornaszewska-Polak¹, Małgorzata Klecka^{2,3},
Małgorzata Janas-Kozik^{4,5}, Iwona Palicka⁶

Received: 13.07.2018
Accepted: 22.01.2019
Published: 28.06.2019

Quality of attachment in adults diagnosed with foetal alcohol syndrome

Jakość przywiązania u osób dorosłych ze zdiagnozowanym płodowym zespołem alkoholowym

¹ Institute of Psychology and Faculty of Theology, University of Silesia in Katowice, Katowice, Poland

² Laboratory of Diagnostics and Therapy for Developmental Disorders, Łędziny, Poland

³ Fastryga Foundation, Łędziny, Poland

⁴ Department of Psychiatry and Psychotherapy of Developmental Age, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

⁵ John Paul II Pediatric Centre, Sosnowiec, Poland

⁶ Centre for Child Development Stimulation, Poznań-Smochowice, Poland

Correspondence: Monika Kornaszewska-Polak, PhD, Faculty of Theology, University of Silesia in Katowice, Jordana 18, 40-043 Katowice, Poland,
tel.: +48 32 356 90 56, e-mail: monika.kornaszewska-polak@us.edu.pl

¹ Instytut Psychologii oraz Wydział Teologiczny, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice, Polska

² Pracownia Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych, Łędziny, Polska

³ Fundacja Fastryga, Łędziny, Polska

⁴ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

⁵ Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., Sosnowiec, Polska

⁶ Centrum Stymulacji Rozwoju Dziecka, Poznań-Smochowice, Polska

Adres do korespondencji: Monika Kornaszewska-Polak, Wydział Teologiczny, Uniwersytet Śląski w Katowicach, ul. Jordana 18, 40-043 Katowice,
tel.: +48 32 356 90 56, e-mail: monika.kornaszewska-polak@us.edu.pl

Abstract

Aim: The aim of the study was to define the patterns of attachment in adults with foetal alcohol syndrome from foster, adoptive and biological families. It was assumed that adults with foetal alcohol syndrome develop insecure attachment styles to a greater extent compared to the general population. **Material and methods:** Two groups of 30 people participated in this two-stage research. In the first stage, foetal alcohol syndrome was diagnosed in children using the University of Washington 4-Digit Diagnostic Code for foetal alcohol spectrum disorders. During the second stage, attachment style of young adults was assessed with the Polish version of the Experience in Close Relationships-Revised questionnaire. Furthermore, in-depth interviews were conducted with the parents or caregivers of individuals with foetal alcohol syndrome at both stages. In order to compare research results, a control group of 30 young adults with excluded foetal alcohol syndrome was formed. **Results:** Adults diagnosed with foetal alcohol syndrome achieved high scores in insecure attachment where a significant role is played by avoidant attachment and the fear of building close relationships. The degree of secure attachment in persons with foetal alcohol syndrome is markedly higher compared to the general population. Findings showed that in terms of attachment prototypes, the preoccupied type was prevalent (40%) and was followed by secure type (27%), and dismissing-avoidant type (23%) in the foetal alcohol syndrome group, whereas secure style dominated (61%) in the control group, and it was followed by the preoccupied (21%) and avoidant (13%) styles. **Conclusions:** The research showed that insecure attachment styles based on avoidance and anxiety dominate in adults diagnosed with foetal alcohol syndrome, which can cause disorders in creating bonds. Difficulties with developing close relationships in adults with foetal alcohol syndrome may significantly decrease the quality of their lives.

Keywords: foetal alcohol syndrome, attachment, adulthood

Streszczenie

Cel: Celem badania było określenie charakteru wzorców przywiązania w grupie dorosłych osób z płodowym zespołem alkoholowym (*foetal alcohol syndrome*, FAS) pochodzących z rodzin zastępczych, adopcyjnych i biologicznych. Zakładano, iż osoby te rozwijają pozabezpieczne style przywiązania w większym stopniu, niż to ma miejsce w populacji ogólnej. **Materiał i metoda:** W badaniu uczestniczyły dwie grupy po 30 osób. Procedura badania składała się z dwóch faz. W pierwszej wykonano diagnozę występowania objawów FAS u dzieci na podstawie Czterocyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD – tzw. Kwestionariusza Waszyngtońskiego. Miało to na celu ocenę spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych. W drugiej fazie zbadano charakter przywiązania u 30 osób z FAS będących obecnie młodymi dorosłymi, wykorzystując do tego polską wersję kwestionariusza Experience in Close Relationships-Revised. Dodatkowo w obu fazach

przeprowadzono poszerzone wywiady z rodzicami lub opiekunami badanych z FAS. W celu porównania wyników tych osób w stosunku do populacji ogólnej zbadano grupę kontrolną – 30 osób młodych dorosłych z wykluczonym FAS. **Wyniki:** Dorosłe osoby ze zdiagnozowanym FAS osiągały wysokie wyniki w przywiązaniu pozabezpiecznym, w którym znaczącą rolę odgrywały unikanie przywiązaniowe i obawa przed tworzeniem bliskich relacji. Stopień braku ufności przywiązaniowej wśród osób z FAS jest znacząco wyższy niż w populacji ogólnej. Wśród wskazanych prototypów przywiązaniowych w grupie osób z FAS dominował typ zaabsorbowany – 40%, mniej częsty był ufny – około 27% – i oddalająco-unikający – około 23%. W grupie kontrolnej dominował typ ufny – dotyczyło to ponad 61% osób. Rzadziej odnotowano typ zaabsorbowany – około 21% – oraz lękowo-unikający – około 13%. **Wnioski:** W przywiązaniu osób dorosłych ze zdiagnozowanym FAS dominują pozabezpieczne style przywiązania oparte na unikaniu i niepokoju, które mogą prowadzić do zaburzeń w kształtowaniu więzi. Trudności w tworzeniu bliskich związków u dorosłych osób z FAS mogą prowadzić do znacznego obniżenia poziomu jakości życia.

Słowa kluczowe: płodowy zespół alkoholowy, przywiązanie, dorosłość

INTRODUCTION

Prenatal alcohol exposure (PAE) causes irreversible changes in the central nervous system (CNS) and leads to characteristic symptoms called foetal alcohol syndrome (FAS). Foetal alcohol spectrum disorder (FASD) includes physical (organic), cognitive and behavioural dysfunctions leading to developmental and adaptive problems resulting in deficits in emotional control and social behaviour (Kelly et al., 2000; Klecka, 2007)¹. Clinical FAS symptoms are divided into primary, inborn CNS disorders and secondary, long-term consequences in children with this syndrome. Early, teratogenic effects of alcohol on the foetus are irreversible and have lifelong consequences (O'Connor and Paley, 2009). It is estimated that FASD children account for at least 1% of live births in the US (May and Gossage, 2001), while in Poland 900 children with full-blown FAS, and ten times more with FASD are born each year (Banach, 2011). Longitudinal studies show that people with FASD are in the group at an increasing risk of developing mental health disorders and a low level of social adaptation (O'Connor, 2011). Both FAS diagnosis and knowledge of health consequences affecting the functioning of an individual, including the ability to develop relationships with other people in adulthood, are insufficient.

The mother-child relationship in early childhood is of special importance as it develops lifelong attachment bonds (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Recent studies indicate that both prenatal and postnatal factors influence the biological basis of creating bonds (Palicka et al., 2016). Child's first experiences in the contact with a sensitive mother responsive to their needs have an influence on creating attachment patterns (internal operational models) based on the sense of security, trust, availability, support and the possibility of getting help (basic attachment figure)² (Bowlby, 1969). This attachment

¹ Additionally, these disorders are related to encephalopathy (Astley, 2014) and FASD (Astley, 2004). They can be diagnosed on the basis of facial dysmorphic features (Klecka, 2012; Klecka et al., 2017).

² According to the Bowlby's theory, father, grandmother or caregiver can also become a principal attachment figure instead of mother. However, in order to fulfil this role, this person must have constant physical contact with child from its birth and take care of the child.

WSTĘP

Wczesna, prenatalna ekspozycja na alkohol (*prenatal alcohol exposure*, PAE) jest związana z nieodwracalnymi zmianami neurorozwojowymi w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) i przyczynia się do powstania charakterystycznych objawów określanych mianem płodowego zespołu alkoholowego (*foetal alcohol syndrome*, FAS). Spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych (*foetal alcohol spectrum disorder*, FASD) obejmuje fizyczne (organiczne), poznawcze i behawioralne dysfunkcje, które prowadzą do trudności rozwojowych i adaptacyjnych, a w konsekwencji do deficytów w kontroli emocjonalnej i w zachowaniach społecznych (Kelly et al., 2000; Klecka, 2007)¹. Kliniczne objawy FAS dzielimy na pierwotne, wrodzone uszkodzenia OUN oraz wtórne – późne skutki funkcjonowania dziecka z tym syndromem. Wczesne, teratogenne działanie alkoholu na płód uszkadza go w sposób nieodwracalny i pociąga za sobą konsekwencje całościowe (O'Connor i Paley, 2009). Szacuje się, iż minimum 1% wszystkich żywych urodzeń w Stanach Zjednoczonych stanowią dzieci z FASD (May i Gossage, 2001). Natomiast w Polsce rodzi się rocznie około 900 osób z pełnoobjawowym FAS, a 10-krotnie więcej przychodzi na świat z FASD (Banach, 2011). Badania podłużne pokazują, iż osoby z FASD znajdują się w grupie rosnącego ryzyka niekorzystnych następstw związanych z zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego oraz ze słabą adaptacją społeczną (O'Connor, 2011). Zarówno diagnostyka zespołu FAS, jak i wiedza o konsekwencjach zdrowotnych mających wpływ na funkcjonowanie jednostki – w tym o zdolności do nawiązywania relacji w dorosłym życiu – wciąż nie są wystarczająco rozpowszechnione. Relacje dziecka z matką w okresie wczesnego dzieciństwa mają szczególne znaczenie, ponieważ kształtują wzorce przywiązania na całe życie (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Ostatnie badania pokazują, że czynniki zarówno prenatalne, jak i postnatalne wpływają na biologiczne podłoże

¹ Dodatkowo zaburzenia te mają charakter encefalopatii (Astley, 2014) oraz spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych (Astley, 2004). Mogą być diagnozowane na podstawie dysmorfii twarzy (Klecka, 2012; Klecka et al., 2017).

has a specific form in alcoholic mothers, who are not able to fully fulfil their parental duties, which causes serious deficits in creating bonds. Children with FAS present with disturbed emotional regulation, poor impulse control, emotional lability and they react with strong agitation and anxiety in unfamiliar situations, releasing these emotions through withdrawal or aggressive behaviour towards their environment (Klecka and Janas-Kozik, 2009; Liszcz, 2011).

Mothers of children with FAS are usually socioeconomically disadvantaged, have low education level, and many of them are unemployed single parents (O'Connor et al., 2002). Furthermore, some of these mothers suffer from depression or addiction to other psychoactive substances and tend to use violence in stressful situations (Bergin and McCollough, 2009). Their lack of parental competences results from low sensitivity and involvement, a tendency to ignore child's needs, emotional coldness or irritability, anger, negligence in daily care and feeding, and leaving a child to their own devices. Children of these mothers have also lower predispositions to develop bonds due to a number of developmental problems (Klecka, 2007). All these factors lead to developing an insecure attachment style in children with FAS, and this style also displays characteristics of a disorganised attachment (Bergin and McCollough, 2009; O'Connor et al., 2002; Pietrzak et al., 2017)³.

Problems with functioning of children with FAS, particularly in their social relations, increase during puberty. Their contact with their biological parents is usually broken off due to parental dysfunctionality and inability to raise children with serious behavioural dysregulation. This often leads to placing children in institutional care, foster or adoptive families (O'Connor et al., 2006). Changes in child's environment make it necessary for the child to build new relationships, which consequently increases their sense of loneliness. In a new environment, children and adolescents with FAS experience the following problems with building social relationships: communication problems, lack of adequate reactions, difficulties with cooperation, inability to predict consequences of one's behaviour (breaking norms) as well as aggressive behaviour or withdrawal in unfamiliar situations (Kelly et al., 2000; Klecka and Janas-Kozik, 2009; Liszcz, 2011). Failures in social contacts and inadequate social support increase depression, mental health problems, suicidal attempts and, consequently, lead to social maladjustment (O'Connor and Paley, 2009).

Attachment bonds in adults were described by Hazan and Shaver (1994) based on John Bolby's theory, but in the case of adulthood they gained a new aspect – sexual bond between partners. However, developing and maintaining these bonds pose many problems for persons with FAS. Despite social expectations, adults with FAS still need

³ Not all mothers abusing alcohol, also during pregnancy, present with dysfunctional behaviour. Research revealed that some mothers were able to provide the child with high level of support. As a result, the children showed better coping skills and more secure attachment styles (O'Connor et al., 2002).

formowania więzi (Palicka *et al.*, 2016). Pierwsze doświadczenia dziecka w kontakcie z wrażliwą, responsywną na jego potrzeby matką oddziałują na kształtowanie się wzorców przywiązania (wewnętrzne modele operacyjne). Opierają się one na poczuciu bezpieczeństwa, zaufania, dostępności, wsparcia oraz możliwości uzyskania pomocy od matki (podstawowej figury przywiązania)² (Bowlby, 1969). Przywiązanie to przybiera specyficzną formę w przypadku matek nadużywających alkoholu. Nie są one bowiem w stanie realizować swych obowiązków rodzicielskich w pełni, co prowadzi do poważnych deficytów w kształtowaniu więzi. Dzieci z zespołem FAS mają zaburzoną regulację emocjonalną, słabą kontrolę impulsów, wykazują labilność emocjonalną oraz reagują na nieznaną sytuację silnym pobudzeniem i niepokojem. Rozładowują te uczucia wycofaniem lub zachowaniem agresywnym wobec otoczenia (Klecka i Janas-Kozik, 2009; Liszcz, 2011).

Matki dzieci z zespołem FAS wywodzą się przeważnie z obszarów ubóstwa: mają niski status socjoekonomiczny, słabe wykształcenie, często są samotnymi, bezrobotnymi rodzicami (O'Connor *et al.*, 2002). Część z nich wykazuje także depresję, uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych oraz skłonność do stosowania przemocy w sytuacjach stresu (Bergin i McCollough, 2009). Ich braki w kompetencjach wychowawczych polegają głównie na małej wrażliwości, niskim poziomie zaangażowania, ignorowaniu potrzeb dziecka, chłodzie emocjonalnym lub rozdrażnieniu, złości, zaniedbaniach w codziennej opiece oraz karmieniu, pozostawianiu dziecka samemu sobie. Dzieci tych matek mają obniżone predyspozycje do nawiązywania więzi z powodu wielu problemów rozwojowych (Klecka, 2007). Wszystko to prowadzi do ukształtowania pozabezpiecznego stylu przywiązania u dzieci z FAS, który wykazuje także cechy przywiązania zdeorganizowanego (Bergin i McCollough, 2009; O'Connor *et al.*, 2002; Pietrzak *et al.*, 2017)³.

W okresie dorastania osób z FAS ich trudności w funkcjonowaniu pogłębiają się i uwidaczniają się szczególnie w relacjach społecznych. Kontakt z rodzicami biologicznymi przeważnie zostaje zerwany, ponieważ dysfunkcjonalność zachowań rodzicielskich i brak możliwości wychowania dzieci z poważną dysregulacją zachowania prowadzą często do przeniesienia dzieci do opieki instytucjonalnej, rodzin zastępczych lub adopcyjnych (O'Connor *et al.*, 2006). Zmieniające się środowiska życia dziecka powodują konieczność budowania relacji na nowo, a w konsekwencji pogłębienie poczucia osamotnienia. W nowych środowiskach dzieci

² Podstawową figurą przywiązania w teorii Johna Bowlby'ego może stać się także inna osoba w miejsce matki, np. ojciec, babcia, opiekunka. Aby taka osoba mogła grać rolę figury przywiązania, musi jednak mieć bezpośredni, stały kontakt fizyczny z dzieckiem od momentu jego urodzenia, musi się nim opiekować i o nie troszczyć.

³ Nie wszystkie matki nadużywające alkoholu, także podczas ciąży, przejawiają potem wobec dziecka zachowania dysfunkcyjne. W badaniach zauważono, że część matek dzieci narażonych na kontakt z alkoholem w okresie prenatalnym była w stanie im zapewnić wysoki poziom wsparcia. Dzięki temu dzieci te wykazywały lepsze umiejętności radzenia sobie i bezpieczniejsze relacje przywiązaniowe (O'Connor *et al.*, 2002).

various kinds of support in the process of becoming independent: finding a flat and a job, transport and managing finances (Astley, 2014). Longitudinal studies conducted at the University of Washington and including persons with FAS showed that 79% of them had employment problems, 60% had conflicts with the law and 35% presented with drug and alcohol abuse (Astley, 2004; O'Connor, 2011). These people tend to engage in risky sexual behaviours and children conceived in such relationships frequently experience lack of parental care. Insecure attachment styles acquired in childhood deepen in adulthood and lead to avoidance, anxiety or disorganisation (Brennan et al., 1991; Hesse and Main, 2000), though not everyone with FAS must be condemned to such a destiny.

AIM AND STAGES OF THE STUDY

The aim of the study was to investigate the nature of attachment bonds in FAS adults from foster, adoptive and biological families. This group is reported to have an increased risk of developing insecure attachment styles (Kelly et al., 2000; Pietrzak et al., 2017). A differential hypothesis assumed that adults diagnosed with FAS develop mostly insecure attachment styles compared to persons with excluded FAS, who mainly develop secure attachment styles (cf. Brennan et al., 1991).

Research procedure consisted of two stages. The first stage involved a diagnosis of FAS symptoms and confirming early exposure to alcohol in children in 1990–2000. The diagnosis was made in “Fastryga” FASD Clinic in Łędziny. The diagnosis was compliant with the criteria of the 4-Digit Diagnostic Code for FASD (Astley, 2004), and involved:

1. assessment of physical development (weight, height);
2. assessment of the FAS facial phenotype and confirming three key FAS facial dysmorphic features;
3. assessment of the extent of CNS dysfunction;
4. assessment of the risk of prenatal exposure to alcohol.

Also, thorough interviews were conducted in biological, adoptive and foster families in order to obtain data on the quality of parental care.

The second stage, which was conducted in 2017, focused on attachment assessment in young adults with FAS (aged 17–27 years) who were patients of “Fastryga” Clinic⁴. To this end, parents and caregivers of FAS patients were contacted by phone. They were informed about the research and were also asked to give their consent to sending electronic questionnaires to research participants to investigate Experience in Close Relationships-Revised (ECR-R) attachment. Patients gave written consent to participate in the study. Apart from that, a short interview was conducted with a parent/caregiver to obtain basic demographic data required for the research. Both participants and parents/caregivers were informed about the general purpose

⁴ The assessment was made by a team including M. Klecka, M. Fojcik and A. Adamczyk. It was a part of an empirical project – one of the course modules taught at the SWPS University in the Institute of Clinical Psychology.

oraz młodzież z FAS wykazują takie problemy w budowaniu relacji społecznych, jak: trudności w komunikowaniu się, brak adekwatnych reakcji, trudności we współpracy, brak przewidywania konsekwencji własnych zachowań (łamanie norm) oraz reagowanie agresją lub wycofaniem na nieznane sytuacje (Kelly et al., 2000; Klecka i Janas-Kozik, 2009; Liszcz, 2011). Niepowodzenia w kontakcie społecznym oraz nieadekwatne wsparcie społeczne skutkują narastaniem depresji, problemami ze zdrowiem psychicznym, podejmowaniem prób samobójczych, co prowadzi do niedostosowania społecznego (O'Connor i Paley, 2009).

Wzorce przywiązania osób dorosłych zostały scharakteryzowane w badaniach Hazan i Shavera (1994) na podstawie teorii Johna Bowlby'ego, jednak w przypadku dorosłości zyskały nowy aspekt, jakim jest więź seksualna pomiędzy partnerami. Nawiązywanie jej oraz utrzymanie napotykają wiele trudności w przypadku osób z FAS. Pomimo społecznych oczekiwań dorośli z FAS nadal potrzebują różnych rodzajów wsparcia w procesie usamodzielniania się: znalezienia mieszkania czy zatrudnienia, transportu oraz zarządzania pieniędzmi (Astley, 2014). Badania longitudinalne na Uniwersytecie Waszyngtońskim z udziałem osób z FAS ujawniły, iż 79% miało problemy z zatrudnieniem, 60% – problemy z prawem, a 35% – z narkotykami i alkoholem (Astley, 2004; O'Connor, 2011). Osoby te wykazują skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, a dzieci poczęte w takich związkach doświadczają często braku opieki rodzicielskiej. Nabyte w dzieciństwie pozabezpieczne style przywiązania pogłębiają się w dorosłości – w kierunku zachowań unikających, lękowych albo zdeorganizowanych (Brennan et al., 1991; Hesse i Main, 2000). Warto jednak zauważyć, że nie każda osoba z zespołem FAS musi być skazana na taki los.

CEL I PRZEBIEG BADAŃ

Celem badania było określenie charakteru wzorców przywiązania w grupie dorosłych osób z FAS pochodzących z rodzin zastępczych, adopcyjnych i biologicznych. Jak wynika z badań, jest to grupa podwyższonego ryzyka wystąpienia pozabezpiecznych stylów przywiązania (Kelly et al., 2000; Pietrzak et al., 2017). Postawiono hipotezę różnicową, iż osoby dorosłe ze zdiagnozowanym FAS rozwijają głównie pozabezpieczne style przywiązania w porównaniu z osobami z wykluczonym FAS, wykazującymi głównie bezpieczne style przywiązania (por. Brennan et al., 1991).

Na procedurę badania składały się dwie fazy. Pierwszą z nich było przeprowadzenie diagnozy występowania objawów FAS wraz z potwierdzeniem wczesnej ekspozycji na alkohol u dzieci w latach 1990–2000. Diagnozę postawiono w Poradni FASD Ośrodka „Fastryga” w Łędzinach. Była ona zgodna z kryteriami Czterocyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD – tzw. Kwestionariusza Waszyngtońskiego (Astley, 2004) – i obejmowała:

1. ocenę rozwoju fizycznego (waga i wzrost);
2. ocenę fenotypu twarzy i potwierdzenie trzech kluczowych dla FAS cech dysmorficznych twarzy;

Group characteristics Charakterystyka grupy	Group 1, with confirmed FAS Grupa pierwsza, z potwierdzonym FAS n = 30	Group 2, with excluded FAS Grupa druga, z wykluczonym FAS n = 39	χ^2 /Fisher's test (Ft) χ^2 /test Fishera (Ft)	p
Age during second research stage: Wiek w momencie II fazy badania: • mean średnia • standard deviation odchylenie standardowe	22.33 27.26	20.17 25.72	- -	- -
Gender: Płeć: • female kobiety • male mężczyźni	19 (63.33%) 11 (36.67%)	36 (92.31%) 3 (7.69%)	8.8 8.8	0.003** 0.003**
Marital status: Stan cywilny: • single panna/kawaler • informal relationships związek nieformalny • married małżeństwo	18 (60.00%) 7 (23.33%) 5 (16.67%)	15 (38.46%) 18 (46.15%) 6 (15.38%)	3.2 3.8 Ft	0.08 0.05* 1.00
Education: Wykształcenie: • higher/tertiary wyższe • secondary and college średnie i niepełne wyższe • vocational zawodowe • lower high school gimnazjalne	- 4 (13.33%) 14 (46.67%) 12 (40.00%)	2 (5.13%) 36 (92.31%) - 1 (2.56%)	Ft 43.4 22.8 15.5	0.5 0.001*** 0.001*** 0.001***
*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001.				

Tab. 1. Characteristics of the study group
 Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

of the research and ensured of anonymity of their personal data. Each parent/caregiver was informed that he/she could help the participant by explaining questionnaire instructions, but it was emphasised that questionnaire is to be completed solely by the participant.

In the next stage of the research the ECR questionnaire was sent electronically to FAS participants who completed it once and then sent it back at the provided address. Two weeks later another phone call was made. Its purpose was to check if the questions were understood by the study participants. The last stage involved collecting data and their statistical analysis.

- ocenę stopnia dysfunkcji OUN;
- ocenę ryzyka ekspozycji na alkohol w okresie prenatalnym.

Dokonano także poszerzonego wywiadu w celu określenia jakości opieki rodzicielskiej w domach biologicznych oraz w domach adopcyjnych i zastępczych.

W drugiej fazie badania – przeprowadzonej w 2017 roku – podjęto się oceny przywiązania u osób z FAS, które były już młodymi dorosłymi, wchodzącymi stopniowo w dojrzałe życie (przedział wieku: 17–27 lat), a jednocześnie pozostawały pacjentami Ośrodka „Fastryga”⁴. W tym celu wykonano rozmowy telefoniczne z opiekunami i rodzicami pacjentów ze zdiagnozowanym FAS. Poinformowano ich o prowadzonym badaniu i poproszono o zgodę na przesłanie ankietowanemu kwestionariusza w formie elektronicznej, sprawdzającego style przywiązania (Experience in Close Relationships-Revised, ECR-R). Pacjenci wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu. Równocześnie przeprowadzono krótki wywiad z opiekunem lub rodzicem na temat podstawowych danych demograficznych potrzebnych do badania. Uczestnikom oraz ich opiekunom przedstawiono ogólny cel badań oraz zagwarantowano anonimowość. Każdego opiekuna lub rodzica poinformowano o tym, że może udzielić pomocy podopiecznemu w zakresie wyjaśnienia poleceń, jednak zwracano uwagę na konieczność samodzielnego wypełnienia kwestionariusza przez każdą ankietowaną osobę. Kolejnym etapem badania było przesłanie arkusza ECR-R drogą elektroniczną. Osoby z FAS wypełniały kwestionariusze w postaci elektronicznej jednokrotnie i odsyłały je na wskazany adres. Do rozmowy telefonicznej powrócono po upływie dwóch tygodni. Miała ona na celu sprawdzenie stopnia zrozumiałości pytań przez osoby badane. Ostatnim etapem było zebranie wyników, a następnie ich analiza statystyczna.

MATERIAŁ

Uczestnikami drugiej fazy badania były dwie grupy. Pierwsza z nich to 30 osób (młodych dorosłych) ze zdiagnozowanym FAS, wychowanych w rodzinach adopcyjnych, zastępczych oraz biologicznych. Drugą grupę stanowiło 30 osób (młodych dorosłych) dobranych losowo z wykluczonym FAS. Badanie miało charakter indywidualny. Zostało przeprowadzone na wiosnę 2017 roku. Kryteria włączenia osób do pierwszej grupy: pacjenci Ośrodka „Fastryga” w Łędzinach ze zdiagnozowanym FAS na podstawie Czterocyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD oraz z potwierdzoną ekspozycją na alkohol. Osoby te obecnie przebywają w rodzinach adopcyjnych, zastępczych lub biologicznych (tab. 1).

W badanych grupach wiek osób był zbliżony; test *t*-Studenta dla grup niezależnych wykazał, że średnia wieku grupy kontrolnej [$M = 20,17$; odchylenie standardowe (*standard*

⁴ Ocenę tę przeprowadził zespół w składzie: M. Klecka, M. Fojcik i A. Adamczyk w ramach projektu empirycznego – jednego z modułów kształcenia na Uniwersytecie SWPS, na kierunku psychologia kliniczna.

RESEARCH MATERIAL

Two groups participated in the second stage of the research. The first group consisted of 30 diagnosed young adults with FAS raised in adoptive, foster and biological families. The second group consisted of 30 randomly selected young adults with excluded FAS. The research was individual, and it was conducted in spring 2017. Inclusion criteria for the first group were as follows: patients of "Fastryga" Clinic in Łędziny diagnosed with FAS based on the Washington Questionnaire (4-Digit Diagnostic Code for FASD) and confirmed alcohol exposure. Currently the patients live in adoptive, foster and biological families (Tab. 1).

The participants in both groups were of similar age: the Student's *t*-test for independent samples showed that the mean age of the control group ($M = 20.17$, standard deviation, $SD = 25.72$) did not differ statistically significantly from the mean age in the FAS group ($M = 22.33$, $SD = 27.26$), $t(67) = 0.34$; $p < 0.73$. However, there was a difference in the proportion of men and women as there were more women in the control group ($\chi^2 = 8.8$; $p < 0.003$) and more men in the FAS group ($\chi^2 = 8.8$; $p < 0.003$). Participants' marital status was similar, but there were more informal relationships declared by single men or women in the control group ($\chi^2 = 3.8$; $p < 0.05$). As for education level, its distribution proved disproportionate as the majority of participants in the first group completed lower high school education and vocational education (86.67%), while in the second group there was a dominance of people with secondary and college education (92.31%), which is directly related to cognitive problems in persons with FAS. Nevertheless, it should be emphasised that gender, marital status and educational level are more indirectly cooperating factors in attachment processes, rather than factors determining the basic attachment pattern shaped in early childhood (cf. Bowlby, 1969, 1973, 1980; Hazan and Shaver, 1994).

Variable <i>Zmienna</i>	<i>n</i>	Mean <i>Średnia</i>	Standard deviation <i>Odchylenie standardowe</i>
FAS anxiety <i>FAS niepokój</i>	30	68.90	19.24
FAS avoidance <i>FAS unikanie</i>	30	62.77	20.97
CG anxiety <i>KON niepokój</i>	30	63.90	21.15
CG avoidance <i>KON unikanie</i>	30	51.00	12.81

FAS – FAS group; CG – control group.
FAS – grupa osób z FAS; KON – grupa kontrolna.

Tab. 2. Mean and standard deviation for "attachment anxiety" and "attachment avoidance" variables in the investigated groups

Tab. 2. Średnia i odchylenie standardowe dla zmiennych: „niepokój” i „unikanie przywiązaniowe” w badanych grupach

deviation, SD) = 25,72] nie różni się statystycznie istotnie od średniej wieku grupy z FAS ($M = 22,33$; $SD = 27,26$), $t(67) = 0,34$; $p < 0,73$. Niemniej jednak proporcje płci były zróżnicowane: w grupie kontrolnej znajdowało się więcej kobiet niż mężczyzn ($\chi^2 = 8,8$; $p < 0,003$), a w grupie osób z FAS – więcej mężczyzn ($\chi^2 = 8,8$; $p < 0,003$). Stan cywilny osób badanych pozostawał zbliżony, z tym że w grupie kontrolnej występowało więcej aktualnych związków nieformalnych, które deklarowali kawalerowie bądź panny ($\chi^2 = 3,8$; $p < 0,05$). Rozkład wykształcenia był nieproporcjonalny, ponieważ w grupie pierwszej przeważały osoby o wykształceniu gimnazjalnym i zawodowym (86,67%), natomiast w grupie drugiej – osoby o wykształceniu średnim i niepełnym wyższym (92,31%). Jest to bezpośrednio związane z trudnościami w sferze poznawczej osób ze zdiagnozowanym FAS. Niemniej jednak należy podkreślić, że płeć, stan cywilny i poziom wykształcenia są czynnikami współdziałającymi pośrednio w procesach przywiązania, a nie czynnikami determinującymi podstawowy wzór przywiązania ukształtowany we wczesnym dzieciństwie (por. Bowlby, 1969, 1973, 1980; Hazan i Shaver, 1994).

NARZĘDZIA I METODA

W badaniu użyto dwóch narzędzi: Czterocyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD oraz kwestionariusza do pomiaru przywiązania u osób dorosłych ECR-R. Do pomiaru występowania zespołu FAS użyto Czterocyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD, tzw. Kwestionariusza Waszyngtońskiego (The 4-Digit Diagnostic Code for FASD, Third Edition) (Astley, 2004) – polska walidacja kwestionariusza została dokonana przez Klecką (2012). Do przeprowadzenia badania (walidacja tzw. Kwestionariusza Waszyngtońskiego) uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (nr KNW/0022/KB1/51/1/10). Diagnoza za pomocą tego kwestionariusza polega na ocenie stopnia nasilenia czterech kluczowych cech diagnostycznych FASD:

- niedobór wzrostu (rozumiany jako niedobór masy i długości ciała);
- charakterystyczny dla FAS fenotyp twarzy;
- nieprawidłowości w obrębie OUN;
- ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym.

Stopień nasilenia każdej cechy oceniany jest według czterostopniowej skali Likerta, gdzie „1” oznacza całkowity brak cechy typowej dla FAS, a „4” – zdecydowaną obecność cechy typowej dla FAS. Skala obrazkowa do oceny cech dysmorfii twarzy okazała się narzędziem przydatnym w diagnostyce klinicznej i tworzeniu procedur diagnostycznych w warunkach polskich, gdzie po raz pierwszy w Europie została poddana procedurze walidacyjnej (Klecka *et al.*, 2017). Do pomiaru zmiennej zależnej – charakteru wzorców przywiązania – wykorzystano kwestionariusz ECR-R, skonstruowany przez Brennan, Clark i Shavera (1998). Wyróżniono w nim dwa wymiary przywiązania: „niepokój przywiązaniowy” oraz „unikanie przywiązaniowe”. Polskiej adaptacji

Prototype <i>Prototyp</i>	Level of anxiety <i>Poziom niepokoju</i>	Level of avoidance <i>Poziom unikania</i>
Secure <i>Ufny</i>	Low <i>Niski</i>	Low <i>Niski</i>
Preoccupied <i>Zaabsorbowany</i>	High <i>Wysoki</i>	Low <i>Niski</i>
Dismissing-avoidant <i>Oddalająco-unikający</i>	Low <i>Niski</i>	High <i>Wysoki</i>
Fearful-avoidant <i>Lękowo-unikający</i>	High <i>Wysoki</i>	High <i>Wysoki</i>

Tab. 3. Attachment prototypes according to Bartholomew
 Tab. 3. Prototypy przywiązania wg Bartholomew

TOOLS AND METHOD

Two tools were used in the research: 4-Digit Diagnostic Code for FASD and the ECR-R questionnaire for measuring attachment in adults.

The 4-Digit Diagnostic Code for FASD, Third Edition was used (Astley, 2004) for FAS measurement. Its Polish validation was prepared by Klecka (2012). The study was approved by the Bioethics Committee of Medical University of Silesia (no. KNW/0022/KB1/51/1/10) (validation of the so-called Washington Questionnaire). The diagnosis using the Washington Questionnaire is based on the assessment of intensity of four FAS key diagnostic features:

- growth deficiency i.e. short height, low body weight;
- characteristic FAS facial phenotype;
- CNS abnormalities;
- exposure to alcohol in the prenatal period.

Intensity of each feature is assessed according to the 4-point Likert's scale where "1" indicates a complete lack of typical FAS symptoms and "4" strongly confirms the presence of typical FAS symptoms. The pictorial scale for the assessment of facial dysmorphism proved useful in clinical diagnosis and the development diagnostic procedures in Poland, where it was validated for the first time in Europe (Klecka et al., 2017).

Prototype <i>Prototyp</i>	Persons with FAS <i>Osoby z FAS</i>		Control group <i>Grupa kontrolna</i>		χ^2 /Fisher's test (Ft) <i>χ^2/test Fishera (Ft)</i>	<i>p</i>
	χ	%	χ	%		
Secure <i>Ufny</i>	8	26.66	24	61.54	8.3	0.004*
Preoccupied <i>Zaabsorbowany</i>	12	40.00	8	20.51	3.1	0.07
Dismissing-avoidant <i>Oddalająco-unikający</i>	7	23.33	2	5.13	Ft	0.35
Fearful-avoidant <i>Lękowo-unikający</i>	3	10.00	5	12.82	Ft	1.00

* $p < 0.01$.

Tab. 4. Intensity of attachment prototypes in the group with FAS (n = 30) and in the control group (n = 39)

Tab. 4. Rozkład liczebności prototypów przywiązania w grupie osób z FAS (n = 30) oraz w grupie kontrolnej (n = 39)

kwestionariusza ECR-R i jego skrócenia dokonał zespół Lubiewskiej (2016). ECR-R jest przeznaczony do badania różnic indywidualnych w zakresie przywiązania i składa się z 36 pytań (18 pytań stanowi wskaźnik niepokoju, a kolejne 18 – wskaźnik unikania). Przykładowe pytania kwestionariusza są następujące: „Rzadko martwię się o to, że bliska mi osoba mogłaby mnie zostawić”, „Dzieląc się swoimi prywatnymi myślami i uczuciami z bliską mi osobą, czuję się dobrze”, „Zazwyczaj rozmawiam o moich problemach i troskach z bliską mi osobą”, „Ważna dla mnie osoba naprawdę rozumie mnie i moje potrzeby”. Osoba badana ma za zadanie ustosunkować się do każdego ze stwierdzeń poprzez wybranie odpowiedzi na siedmiostopniowej skali Likerta: od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Wyniki badania skalą ECR-R opisywane są w kategoriach różnic pomiędzy grupami. Rzetelność podskal niepokoju oraz unikania wyniosła odpowiednio: $\omega = 0,86$, $\alpha = 0,92$ oraz $\omega = 0,76$, $\alpha = 0,88$ (Lubiewska et al., 2016).

WYNIKI

Przedstawiono wyniki analizy statystycznej badanych zmiennych w dwóch grupach porównawczych, a następnie dokonano analizy jakościowej uzyskanych wyników w stosunku do zmiennej „przywiązanie” i stworzono na tej podstawie sugerowany model stylów (prototypów) przywiązania u osób z FAS.

Statystyki opisowe oraz uzyskane średnie dla zmiennych „niepokój przywiązaniowy” i „unikanie przywiązaniowe” w grupie pierwszej – osób z FAS oraz w grupie drugiej – kontrolnej przedstawiono w tab. 2.

W celu przeprowadzenia testu *t*-Studenta dotyczącego różnic między grupami sprawdzono następujące założenia: rozkład zmiennej zależnej był zgodny z rozkładem normalnym, spełniono założenie o jednorodności wariancji w porównywanych grupach, co wskazało, że grupy można porównywać.

Test *t*-Studenta dla grup niezależnych wykazał, że lęk przywiązaniowy nie różnicuje grupy osób z FAS i grupy kontrolnej w statystycznie istotny sposób: $t(58) = 1,8$ przy $p < 0,77$. Ustalono także, że z kolei unikanie przywiązaniowe istotnie różnicuje grupę osób z FAS i grupę kontrolną: $t(47,65) = 2,9$ przy $p < 0,006$, d Cohena = 0,762. Średnia unikania przywiązaniowego w grupie osób z FAS ($M = 62,77$; $SD = 20,97$) jest statystycznie istotnie wyższa niż średnia unikania przywiązaniowego w grupie kontrolnej ($M = 51,00$; $SD = 12,81$). Dodatkowo – celem rozszerzenia analizy – na podstawie otrzymanych wyników podjęto próbę zaklasyfikowania osób badanych z obu grup do czterech zaproponowanych przez Bartholomew stylów przywiązania (Bartholomew, 1990; Brennan et al., 1998). Zabieg ten wydał się konieczny, ponieważ wiele współczesnych analiz polega na wyznaczeniu indywidualnych stylów przywiązania, co umożliwia porównywanie tych badań oraz ich replikację. Jednak, jak stwierdzają Fraley i wsp. (2000), klasyfikacja do określonych stylów przywiązania na podstawie kwestionariusza ECR-R

The dependent variable (character of attachment bond) was measured using the ECR-R questionnaire constructed by Brennan, Clark and Shaver (1998). In the questionnaire, two attachment dimensions were distinguished: "attachment anxiety" and "attachment avoidance." Polish adaptation of the questionnaire was prepared by Lubiewska et al. (2016). The ECR-R is used for analysing individual differences in attachment styles. It consists of 36 questions (18 questions related to anxiety indicator and 18 questions related to avoidance indicator). A few sample statements/questions from the questionnaire are as follows: "I rarely worry about being left by a close person"; "I feel good sharing my personal thoughts and feelings with a close person"; "I usually talk about my problems with a close person"; "A person important to me really understands me and my needs". An examined person's task is to relate to each statement by choosing an answer on the 7-Point Likert scale with answers ranging from "I definitely disagree" to "I definitely agree." The results of the ECR-R scale are described in terms of differences between both groups. The reliability of the Anxiety and Avoidance subscales: $\omega = 0.86$, $\alpha = 0.92$ and $\omega = 0.76$, $\alpha = 0.88$, respectively (Lubiewska et al., 2016).

RESULTS

The results of statistical analysis of the analysed variables obtained in the two groups were presented, next a qualitative analysis of the obtained results was conducted in relation to the "attachment" variable and, on this basis, a suggested model of attachment styles (prototypes) in patients with FAS was created.

Descriptive statistics and the obtained mean values for variables: "attachment anxiety" and "attachment avoidance" in group 1 (FAS-diagnosed) and group 2 (control group) are shown in the Tab. 2.

In order to conduct the Student's *t*-test of differences between groups, the following assumptions were verified: the distribution of the dependent variable was consistent with normal distribution, the assumption of homogeneity of variance in the compared groups was met, the groups were parallel.

The Student's *t*-test for independent samples showed no statistically significant differences in attachment anxiety between the group of patients with FAS and the control group, $t(58) = 1.8$ and $p < 0.77$. The Student's *t*-test for independent samples showed significant differentiates in attachment avoidance between the FAS study group and controls, $t(47.65) = 2.9$ and $p < 0.006$, d Cohen = 0.762. The mean of attachment avoidance in the group with FAS ($M = 62.77$, $SD = 20.97$) was statistically significantly higher than the mean of attachment avoidance in the control group ($M = 51.00$, $SD = 12.81$).

Additionally, in order to extend the analysis, an attempt was made to classify the participants from the FAS group and the control group into four attachment styles suggested by Bartholomew (Bartholomew, 1990; Brennan et al., 1998) based on the obtained scores. This seemed necessary

musi być dokonana precyzyjnie, a wyniki należy interpretować z dużą ostrożnością. Stąd Fraley i wsp. proponują raczej wskazać poziom danego prototypu: ufne, lękowo-unikającego, oddalająco-unikającego lub zaabsorbowanego.

Korzystając ze średnich arytmetycznych w grupie z FAS wyznaczonych w tab. 1 (niepokój $M = 68,90$; unikanie $M = 62,77$) oraz w grupie kontrolnej (niepokój $M = 63,90$; unikanie $M = 51,00$), podzielono otrzymane wyniki na wysoki poziom niepokoju i niski poziom niepokoju oraz wysoki poziom unikania i niski poziom unikania. Dzięki temu podziałowi otrzymujemy cztery prototypy przywiązaniowe, jak wskazano w tab. 3.

Opierając się na powyższym podziale, otrzymano prototypy przywiązaniowe dla osób z grupy z FAS oraz osób z grupy kontrolnej (tab. 4). Najwięcej osób z pierwszej grupy zakwalifikowało się do prototypu zaabsorbowanego (40%), a następnie do ufne oraz oddalająco-unikającego. Najwięcej osób z grupy kontrolnej zakwalifikowało się do prototypu ufne (61%), a następnie do prototypu zaabsorbowanego. Najbardziej istotną statystycznie różnicę między badanymi grupami odnotowano w prototypie bezpiecznym ($\chi^2 = 8,3$; $p < 0,004$). Wyniki grupy kontrolnej są zgodne z innymi wynikami badań w obrębie stylów przywiązaniowych (por. Feeny i Noller, 1990) – poza wynikiem prototypu zaabsorbowanego, który w populacji ogólnej osiąga zazwyczaj kilka procent (por. Grant *et al.*, 2008).

OMÓWIENIE

Celem badania było wykazanie różnicy pomiędzy dorosłymi osobami z FAS a tymi z populacji ogólnej w obszarze przywiązania, w szczególności niepokoju przywiązaniowego oraz unikania przywiązaniowego. Jak pokazały wyniki analizy statystycznej, osoby z FAS różniły się od grupy kontrolnej zwłaszcza w wymiarze unikania przywiązaniowego – w taki sposób, iż osoby z FAS wykazały istotnie wyższy jego poziom ($p < 0,005$). Wyniki analizy jakościowej – prototypów przywiązaniowych – wskazały na niższą proporcję prototypu bezpiecznego wśród osób z FAS w stosunku do grupy kontrolnej. Obie te analizy potwierdziły zakładaną hipotezę, iż osoby dorosłe ze zdiagnozowanym FAS rozwijają głównie pozabezpieczne style przywiązania (73,34% w stosunku do bezpiecznych 26,66%) w odróżnieniu od osób z wykluczonym FAS, rozwijających głównie bezpieczne style przywiązania (61,54% w stosunku do pozabezpiecznych 38,46%).

Wysokie natężenie unikania przywiązaniowego jest związane głównie z tendencją do unikania bliskich relacji z innymi, niskiego zaangażowania w relacje intymne, przybierania postaw wrogich i odrzucających w sytuacjach stresujących oraz angażowania się w aktywności pozaspołeczne (Feeny i Noller, 1990; Hazan i Shaver, 1994; Hesse i Main, 2000). Prototyp oddalająco-unikający w przywiązaniu charakteryzuje się wysoką pozytywną samooceną – w przeciwieństwie do niskiej oceny innych, unikaniem intymności, silnym poczuciem niezależności i samowystarczalności

as many contemporary studies are based on individual attachment styles, which allows comparing different studies and replicate them. However, as pointed out by Fraley et al. (2000), classification into specific attachment styles based on the ECR-R questionnaire must be precise and scores must be interpreted with great caution. Therefore, rather than attachment style, Fraley et al. suggested indicating the intensity of a specific prototype: secure, fearful-avoidant, dismissing-avoidant or preoccupied.

Using arithmetic means (Tab. 1) in the FAS group (anxiety $M = 68.90$; avoidance 62.77) and in the control group (anxiety $M = 63.90$; avoidance 51.00), the obtained scores were divided into high anxiety level, low anxiety level, high avoidance level and low avoidance level. This division generated four attachment prototypes, as illustrated in Tab. 3. Based on the above division, the following attachment prototypes were obtained for people in the FAS group and the control group – see Tab. 4. The majority of FAS patients were qualified as a preoccupied prototype (40%), followed by secure and dismissing-avoidant prototypes. In the control group, the majority of participants were qualified as the secure prototype (61%), followed by the preoccupied prototype. The most statistically significant difference between the study groups was noted for the secure prototype ($\chi^2 = 8.3$; $p < 0.004$). The scores in the control group are compliant with the findings in other studies related to attachment styles (cf. Feeney and Noller, 1990), except for the score for the preoccupied style, which usually accounts for a few per cent in the general population (cf. Grant et al., 2008).

DISCUSSION

The purpose of this research was to find a difference between adults with FAS and adults from the general population in the area of attachment, attachment anxiety and attachment avoidance in particular. The quantitative analysis of attachment prototypes showed that individuals with FAS differed from controls, particularly for attachment avoidance – the avoidance level was significantly higher $p < 0.005$. The qualitative analysis of attachment styles showed lower proportion of secure prototype in individuals with FAS compared to the control group. Both analyses confirmed the hypothesis assuming that adults diagnosed with FAS develop mainly insecure attachment styles (73.34% insecure vs. 26.66% secure) unlike persons with excluded FAS, who mostly develop secure attachment styles (61.54% secure, vs. 38.46% insecure).

High intensity of attachment avoidance is connected mainly with a tendency to avoid close relationships with others, limited involvement in intimate relationships, adoption of hostile, rejecting attitudes in stressful situations and getting involved in unsocial activities (Feeney and Noller, 1990; Hazan and Shaver, 1994; Hesse and Main, 2000). The dismissing-avoidant prototype is characterised by a high positive self-esteem opposed to a negative opinion of other people, avoiding intimacy, strong sense of independence

(Bartholomew, 1990), obronną asertywnością oraz skłonnością do zaprzeczania kłopotom i niepodejmowania odpowiedzialności (Main et al., 2008). Natomiast prototyp zaabsorbowany cechuje silna potrzeba intymności i zależności od innych osób, które jednak nie mają takich samych potrzeb w stosunku do człowieka o zaabsorbowanym przywiązaniu. W wyniku tego czuje się on niekomfortowo poza bliskimi relacjami, martwi się, że inni nie doceniają go w takim stopniu, jak on docenia ich (Bartholomew, 1990). Osoby takie starają się za wszelką cenę utrzymać związek intymny kosztem obniżenia skuteczności w wykonywaniu innych zadań, silnego dystresu i doświadczanej złości (Hazan i Shaver, 1994).

Z powyższego opisu przywiązania osób dorosłych z zespołem FAS wyłaniają się dwa obrazy o przeciwstawnych cechach. Duża część przedstawicieli tej grupy (40%) cechuje się silną potrzebą zależności oraz konieczności pozostawania w bliskich (choć czasem niesatysfakcjonujących) relacjach. Natomiast prawie jedna czwarta osób z FAS (23,33%) o oddalająco-unikającym przywiązaniu odznacza się wysoką potrzebą niezależności i niechęcią do angażowania się w bliskie relacje; zaprzecza istniejącym problemom oraz angażuje się w zadania niezwiązane z kontaktami społecznymi.

Generalnie można zaobserwować dużą przewagę tendencji pozabezpiecznych w przywiązaniu u osób z FAS (trzy czwarte próby) w stosunku do tendencji ufnych (jedna czwarta próby). Te wyniki korespondują z innymi doniesieniami pochodzącymi z badań na temat stylów przywiązania u osób z FAS (Brennan et al., 1991; Pietrzak et al., 2017). Uzyskane wyniki można także odnieść do niedawno przeprowadzonych analiz na polskiej próbie dzieci z FAS z rodzin adopcyjnych i zastępczych. Tendencje rozłożyły się tam w następujący sposób: styl unikający – 50%, styl bezpieczny – 37,5%, styl lękowo-ambiwalentny – 12,5% (Pietrzak, 2016). Jak widać, wysoki stopień unikania przywiązaniewego charakteryzuje zarówno dorosłych z zespołem FAS, jak i dzieci z FAS.

Dla tych osób głównym motywem unikania bliskości i intymności w relacjach może być wczesna trauma z dzieciństwa, polegająca na braku możliwości zbudowania prawidłowej, pełnej miłości relacji z podstawową figurą przywiązania, którą jest zazwyczaj matka. Próby nawiązania takich bliskich więzi z dysfunkcyjnym rodzicem dla wielu dzieci kończą się niepowodzeniem i głęboko doznawanym cierpieniem, od którego próbują uciec w dorosłym życiu (Bowlby, 2007). Kontakty społeczne stanowią dla tych osób duże wyzwanie, dlatego reagują one brakiem ufności oraz wysokim poziomem niepokoju, zwłaszcza w relacjach romantycznych w dorosłym życiu (Kelly et al., 2000; Kornaszewska-Polak, 2015). Należy wziąć także pod uwagę konieczność zmiany podstawowego środowiska rodzinnego oraz przeniesienie dzieci z FAS do rodzin zastępczych i adopcyjnych⁵. Często ta sytuacja powoduje ko-

⁵ Zdecydowano się na dobór osób z FAS z różnym kontekstem środowiskowym, ponieważ dostępność tych osób jest bardzo utrudniona. Nie udało się wyróżnić trzech grup osób z FAS – pochodzących z rodzin adopcyjnych, zastępczych i biologicznych.

and self-sufficiency (Bartholomew, 1990), defensive assertiveness, avoidance of responsibility and tendency to deny problems (Main et al., 2008). The preoccupied prototype, in turn, is described as a strong need of intimacy and dependence on other people, who, however, do not feel the same needs towards a person with preoccupied attachment. Consequently, such a person feels uncomfortable outside of close relationships, worried that others do not appreciate him/her as much as she/he appreciates them (Bartholomew, 1990). Such people attempt to maintain an intimate relationship at any price, even if it means decreasing effectiveness of completing other tasks, feeling strong distress or experiencing anger (Hazan and Shaver, 1994).

Two opposite pictures of adults with FAS emerge from this description. A large proportion of people with FAS (40%) have a strong need for dependence and staying in close relationships (even if they are unsatisfactory). By contrast, almost a quarter of patients with FAS (23.33%) with dismissing-avoidant attachment have a strong need for independence, are not interested in building close relationships, deny existing problems and get involved in tasks that do not involve social contacts.

Generally, a significant dominance of insecure tendencies can be observed among individuals with FAS (75% of the sample) compared to secure styles (25% of the sample). These results correspond with other research reports on attachment styles in persons with FAS (Brennan et al., 1991; Pietrzak et al., 2017). The obtained results can also be related to recent research in a Polish sample of FAS children from adoptive and foster families, which revealed the following tendencies: avoidant style accounts for 50%, secure style for 37.5% and fearful-avoidant for 12.5% (Pietrzak, 2016). As can be seen, high level of attachment avoidance is characteristic of both adults and children with FAS.

The main reason for avoidance of closeness and intimacy may be an early childhood trauma resulting from the lack of possibility of building a correct loving relationship with the basic attachment figure, usually mother. Attempts to create such close relationships with dysfunctional parents are unsuccessful for many children and result in their deep suffering from which they try to escape during adulthood (Bowlby, 2007). Social contacts pose a big challenge for these people, which is why they react with distrust and high anxiety level, particularly in romantic relationships during adulthood (Kelly et al., 2000; Kornaszewska-Polak, 2015). Also, the need for changing the basic family environment and transferring children with FAS to foster and adoptive families should be taken into consideration⁵. This situation frequently causes further adaptive problems and multiplies trauma. Therefore, these children require time and effort on the part of caregivers to build appropriate attachments. As shown in our research, this is possible only in some cases (26.66%). Dominating

lejne trudności adaptacyjne oraz zwiłokrotnia doświadczenie traumy. Dlatego takie dzieci potrzebują czasu i wysiłku ze strony opiekunów do stworzenia prawidłowych więzi. Jak pokazują wyniki niniejszego badania, udaje się to osiągnąć jedynie w części przypadków (26,66%). Dominujący wzorzec przywiązania pozabezpiecznego wśród osób z FAS w decydującym stopniu wpływa na obniżenie poziomu jakości życia i satysfakcji ze związków romantycznych w dorosłości.

Należy także wspomnieć o trudnościach metodologicznych przeprowadzenia niniejszego badania. Próba osób z zespołem FAS jest stronnica ze względu na fakt wczesnej diagnozy i różnych kolei ich życia po diagnozie. Część z nich pochodziła z rodzin biologicznych, ale także z zastępczych oraz adopcyjnych. Dla nich wszystkich naturalne wydają się problemy z adaptacją do trudnych warunków zewnętrznych – zarówno środowiskowych, jak i społecznych – jednak z pewnością nie w takim samym stopniu te warunki były trudne dla wszystkich osób. Wydaje się, że ilość i jakość różnorodnych kontaktów społecznych jest także dodatkowym istotnym czynnikiem wpływającym na umiejętność tworzenia więzi w dorosłości. Badanie tak niewielkiego dostępnego grona osób z FAS może być podatne na stronniczość ze względu na kliniczny charakter grupy oraz zawiązać ryzyko pozabezpiecznych zachowań przywiązaniowych z powodu ekspozycji na alkohol w dzieciństwie. Problemem badawczym była także trudność z niedoszacowaniem określonych wartości związanych z zachowaniami przywiązaniowymi. Część osób badanych była bowiem pytana o związki romantyczne w obecności rodziców lub opiekunów, a w konsekwencji mogły one nie w pełni wyrażać swoje opinie i charakteryzować własne zachowania (por. O'Connor i Paley, 2009).

Dalsze analizy stylów przywiązania osób z zespołem FAS powinny być badaniami podłużnymi, uwzględniającymi zmiany zarówno rozwojowe, jak i środowiskowe, doświadczane w trakcie upływu lat. Rozpoznanie unikalnych potrzeb osób z FAS na ważnych etapach życia – takich jak dzieciństwo, dojrzewanie czy dorosłość – może prowadzić do większych sukcesów w leczeniu, osłabiania objawów negatywnych (O'Connor, 2011), a w konsekwencji do podwyższania jakości życia tych osób poprzez nawiązywanie prawidłowych i satysfakcjonujących więzi z innymi.

WNIOSKI

1. Problematyka FAS i jego konsekwencji całonocowych, pomimo podejmowanych prób opisu w literaturze klinicznej, jest obszarem stosunkowo słabo zbadanym.
2. Przywiązanie u dzieci i osób dorosłych ze zdiagnozowanym FAS ma podobny charakter. Dominują w nim pozabezpieczne style przywiązania – zwłaszcza ten oparty na unikaniu – stąd można podejrzewać, że jest ono w niedużym stopniu podatne na zmianę.
3. Osoby dorosłe z FAS w znaczącym stopniu różnią się od populacji ogólnej pod względem braku ufności przywiązaniowej, czego konsekwencją są trudności

⁵ It was decided to include individuals with FAS with different environmental backgrounds as the availability of these people is very limited. This is the reason for failure to distinguish three groups of individuals with FAS from adoptive, foster and biological families.

insecure attachment in individuals with FAS decisively affects the quality of life and romantic relationships during adulthood.

What needs to be mentioned here are methodological problems with conducting this research. The sample of patients with FAS is biased due to an early diagnosis and diverse experiences and life conditions in their lives after the diagnosis. Some of the individuals with FAS came from biological families; others came from foster and adoptive families. However, it is obvious that difficulties related to these conditions differed within the group. The number and the quality of various social contacts seem to be an additional significant factor influencing the ability to create bonds in adulthood. Investigating such a small FAS group is vulnerable to bias due to the clinical nature of the group, which may increase the risk of insecure attachment behaviour caused by exposure to alcohol in childhood. Another research problem might have resulted from underestimating certain values connected with attachment behaviours as some of the interviewed participants were asked about romantic relationships in the presence of their parents or caregivers and, consequently, they might not have fully expressed their opinions or characterised their own behaviour (cf. O'Connor and Paley, 2009).

Further research into attachment in persons with FAS should be based on longitudinal investigation, considering both developmental and environmental changes experienced over the course of years. Recognising specific needs of persons with FAS during important life stages, such as childhood, puberty or adulthood, might lead to more effective treatment, reduced negative symptoms (O'Connor, 2011) and, consequently, improved quality of life of these individuals through developing correct and satisfying relationships with other people.

CONCLUSIONS

1. Despite attempts to describe issues related to FAS and its lifelong consequences, this area seems to have been poorly explored.
2. Attachment in children and adults diagnosed with FAS is similar. It is characterised by insecure attachment styles, the avoidance-related style in particular. Thus, it seems that it is susceptible to changes only to a limited extent.
3. Adults with FAS significantly differ from the general population in terms of lack of attachment trust, which results in difficulties in developing stable lasting bonds in romantic relationships. Thus a therapeutic approach in this group of patients should be based on setting realistic expectations to improve life quality and satisfaction at least to some extent.
4. Problems with proper identification of various needs in individuals with FAS can lead to problems in therapeutic intervention, deterioration of symptoms over the years as well as high personal and social costs.

w ukształtowaniu stabilnych i trwałych więzi w związkach romantycznych. Należy więc formułować realistyczne oczekiwania w podejściu terapeutycznym do tej grupy, aby choć w pewnym stopniu wpłynąć na podniesienie poziomu satysfakcji z życia.

4. Problemy z właściwym rozpoznaniem różnorodnych potrzeb osób z zespołem FAS mogą prowadzić do trudności w interwencji terapeutycznej, pogarszania się symptomów zaburzeń w trakcie upływu lat oraz ponoszenia wysokich kosztów osobistych i społecznych.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Conflict of interest

Authors declare that they have no financial or personal links with other individuals or organisations that might negatively influence the content of publication or claim the right to this publication.

References / Piśmiennictwo

- Astley SJ: Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. 3rd ed., University of Washington, Seattle 2004. Available from: <http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide04.pdf> [cited 28 January 2018].
- Astley SJ: Invited commentary on Australian fetal alcohol spectrum disorder diagnostic guidelines. *BMC Pediatr* 2014; 14: 85.
- Banach M (ed.): Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnoza, praktyka. Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.
- Bartholomew K: Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *J Soc Pers Relat* 1990; 7: 147–178.
- Bergin C, McCollough P: Attachment in substance-exposed toddlers: the role of caregiving and exposure. *Infant Ment Health J* 2009; 30: 407–423.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment. Hogarth Press, London 1969.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger. Basic Books, New York 1973.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. Penguin, Harmondsworth 1980.
- Bowlby J: Przywiązanie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Brennan KA, Clark CL, Shaver PR: Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (eds.): Attachment Theory and Close Relationships. Guilford Press, New York 1998: 46–76.
- Brennan KA, Shaver PR, Tobey AE: Attachment styles, gender and parental problem drinking. *J Soc Pers Relat* 1991; 8: 451–466.
- Feeney JA, Noller P: Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 281–291.
- Fraley RC, Waller NG, Brennan KA: An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78: 350–365.
- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al.: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 533–545.
- Hazan C, Shaver PR: Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq* 1994; 5: 1–22.
- Hesse E, Main M: Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48: 1097–1127; discussion 1175–1187.
- Kelly SJ, Day N, Streissguth AP: Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicol Teratol* 2000; 22: 143–149.
- Klecka M: FAScynuujące dzieci. Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2007.
- Klecka M: Walidacja polskiej wersji skali obrazkowej do oceny cech dysmorficznych charakterystycznych dla zaburzeń rozwojowych wywołanych alkoholem. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2012.
- Klecka M, Janas-Kozik M: Dziecko z FASD. Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii. PAMPEDIA, Warszawa 2009.
- Klecka M, Janas-Kozik M, Jelonek I et al.: Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Waszyngtońskiego do oceny spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 335–347.
- Kornaszewska-Polak M: Przywiązanie i osamotnienie w bliskich relacjach. *Roczniki Pedagogiczne* 2015; 7 (3): 25–43.
- Liszc K: Dziecko z FAS w szkole i w domu. Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011.
- Lubiewska K, Głogowska K, Mickiewicz K et al.: Skala Experience in Close Relationships-Revised: struktura, rzetelność oraz skrócona wersja skali w polskiej próbie. *Psychologia Rozwojowa* 2016; 21: 49–63.
- Main M, Hesse E, Goldwyn R: Studying differences in language usage in recounting attachment history: an introduction to the AAI. Clinical Applications of the Adult Attachment Interview. In: Steele H, Steele M (eds.): Clinical applications of the Adult Attachment Interview. Guilford Press, New York 2008: 31–68.
- May PA, Gossage JP: Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Res Health* 2001; 25: 159–167.
- O'Connor MJ: Socioemotional functioning of individuals with fetal alcohol spectrum disorders. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV (eds.); O'Connor MJ, topic ed.: Encyclopedia on Early Childhood Development. 2011. Available from: <http://www.child-encyclopedia.com/fetal-alcohol-spectrum-disorders-fasd/according-experts/socioemotional-functioning-individuals-fetal> [cited: 28 January 2018].
- O'Connor MJ, Paley B: Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Dev Disabil Res Rev* 2009; 15: 225–234.
- O'Connor MJ, Kogan N, Findlay R: Prenatal alcohol exposure and attachment behavior in children. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 1592–1602.
- O'Connor MJ, McCracken JT, Best A: Under recognition of prenatal alcohol exposure in a child inpatient psychiatric setting. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities* 2006; 9 (4): 5–9.
- Palicka I, Klecka M, Przybyło J: Neurodevelopmental disorders of children as the challenging context of caregiving and attachment development: an example of children with FAS/FASD. *Pol Forum Psychol* 2016; 21: 555–572.
- Pietrzak MA: Styl przywiązania dziecka z zaburzeniami ze Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu (FASD) do matki adopcyjnej/zastępczej. Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań 2016 (niepublikowana praca magisterska).
- Pietrzak MA, Bakiera L, Palicka I: Przywiązanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu (FASD). Badanie za pomocą Attachment Story Completion Task. *Czas Psychol* 2017; 23: 137–146.