

Reactive attachment disorder

from Wikipedia, the free encyclopedia

Zespół zaburzenia więzi

polskie tłumaczenie strony z Wikipedii nt RAD

(wersja robocza)

Zespół zaburzenia więzi (**RAD**) jest terminem diagnostycznym na określenie ostrych i względnie nietypowych zaburzeń więzi, które dotyczą dzieci. W większości sytuacji RAD charakteryzuje się wyraźnie zaburzonymi i niewłaściwymi pod względem rozwojowym sposobami nawiązywania więzi społecznych. Może przyjmować formę stałej niemożności zainicjowania lub odpowiedzenia na większość interakcji społecznych w odpowiedni sposób, zgodnie z etapem rozwoju — co nazywamy formą "zahamowaną" — lub też może objawiać się jako bezkrytyczna towarzyskość, w postaci przesadnej poufałości z nieznanymi — nazywana "formą niehamowaną". Termin ten stosowany jest zarówno w Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów o Podłożu Zdrowotnym WHO^[1] oraz w DSM-IV-TR, w poprawionej czwartej edycji Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (DSM)^[2]. W przypadku ICD-10, formę zahamowaną nazywamy RAD, zaś formę niehamowaną (charakteryzującą się bezkrytyczną towarzyskością) nazywamy „niehamowanym zaburzeniem więzi" lub „DAD". W przypadku DSM, obie formy nazywamy RAD; dla ułatwienia w tym artykule opisywać będziemy obie formy jako zespół zaburzenia więzi.

RAD bierze się z niemożności utworzenia normalnych więzi z podstawowymi opiekunami we wczesnym dzieciństwie. Taka sytuacja może wynikać z poważnych wczesnych doświadczeń zaniedbania, przemocy, nagłego oddzielenia od opiekunów między wiekiem sześciu miesięcy i trzech lat, częstych zmian opiekunów lub braku odzewu ze strony opiekuna na wysiłki komunikacyjne wykazywane przez dziecko. Nie wszystkie ani nawet nie większość takich doświadczeń prowadzi do tego zaburzenia^[3]. Różni się on od dominującego zaburzenia rozwoju lub opóźnienia rozwoju oraz od prawdopodobnie współistniejących stanów, takich jak upośledzenia psychiczne, z których wszystkie mogą mieć wpływ na zachowania w więzi z drugim człowiekiem. Kryteria diagnozowania zespołu zaburzenia więzi są bardzo różne od kryteriów stosowanych przy ocenianiu lub klasyfikacji modeli utrzymywania więzi, takich jak niestabilny lub chaotyczny.

Uznaje się, że dzieci cierpiące na RAD mają poważnie zaburzone wewnętrzne modele działania w związkach z innymi ludźmi, co w późniejszym życiu może prowadzić do zaburzeń w kontaktach międzyludzkich i w zachowaniu. Przeprowadzono niewiele badań nad długoterminowymi efektami RADu i nie ma jasności co do pojawienia się tego zaburzenia u dzieci starszych niż pięcioletki.^{[4][5]}

Jednakże otwarcie sierocińców we Europie Wschodniej po zakończeniu Zimnej Wojny we wczesnych latach dziewięćdziesiątych XX w. przyniosło możliwości przeprowadzania badań nad niemowlętami i dziećmi uczącymi się chodzić, wychowywanymi w bardzo trudnych warunkach. Takie badania pogłębiły zrozumienie występowania, przyczyn, mechanizmu i ocen zaburzeń więzi i dały początek wysiłkom od późnych lat dziewięćdziesiątych XX w. i później do rozwoju programów leczenia i prewencji oraz lepszych metod oceny. Dominujący teoretycy w tej dziedzinie wyszli z propozycją, aby poza obecną klasyfikacją zdefiniować szerszy zakres zaburzeń wynikających problemów związanych z więziami.^[6]

Wiodące programy leczenia i prewencji, które wzięły sobie za cel RAD oraz inne problematyczne wczesne zachowania w więzi z drugim człowiekiem opierają się na teorii więzi i koncentrują się na zwiększaniu odzewu i wrażliwości opiekuna, lub, jeśli to nie jest możliwe, umieszczenie dziecka u innego opiekuna.^[7] Większość takich strategii podlega na razie procesowi oceny. Wiodący praktycy i teoretycy mają wyraźnie krytyczne nastawienie do diagnozy i leczenia podejrzanego zespołu zaburzenia więzi lub zaburzenia więzi w ramach medycyny komplementarnej i alternatywnej, powszechnie znanej jako terapia więzi. Terapia więzi ma niekonwencjonalne, teoretyczne podstawy i stosuje kryteria diagnostyczne lub listy symptomów, które nie są związane z kryteriami ICD-10 lub DSM-IV-TR, czy też zachowań więzi. W terapii więzi stosuje się dużą różnorodność w sposobach podejścia do leczenia, z których niektóre są fizycznie represyjne i uznawane za sprzeczne z teorią więzi.^[8]

Oznaki i symptomy

Pediatrzy są często pierwszymi profesjonalistami w dziedzinie zdrowia, którzy dokonują oceny i zaczynają podejrzewać RAD u dzieci z tym zaburzeniem. Początkowe pojawienie się tego zaburzenia waha się w zależności od wieku rozwojowego i rzeczywistego dziecka, chociaż zawsze łączy się z zakłóceniami w interakcji społecznej. U niemowląt do ok. 18–24 miesięcy życia *można* zaobserwować nieorganiczne zatrzymanie w rozwoju i anormalne reakcje na bodźce. Badania laboratoryjne niczym się nie wyróżniają, pomijając kwestie wynikające z niedożywienia lub odwodnienia, podczas gdy poziomy hormonu wzrostu serum są w normie lub podniesione.^[9]

Podstawową cechą jest to, że w modelu utrzymywania więzi przez dzieci dotknięte tym zaburzeniem obecne są albo bezkrytyczne, albo przesadne próby uzyskania pociechy i uczucia od jakiegokolwiek dostępnej osoby dorosłej, nawet względnych nieznanymi — starsze dzieci i nastolatki mogą również kierować swoje próby na rówieśników — albo skrajna niechęć do inicjowania lub przyjmowania pociechy i uczucia, nawet od znanych osób dorosłych, zwłaszcza w stanie przygnębienia.^[10] Zaburzenie to wynika z poważnego braku zachowań więziowych odpowiednich dla danego etapu rozwoju oraz odpowiednich więzi społecznych.

Podczas gdy RAD może pojawić się w następstwie zaniedbania bądź nadużycia, nie można postawić diagnozy automatycznej wyłącznie na tej jednej podstawie, ponieważ dzieci mogą tworzyć stabilne więzi i relacje międzyludzkie pomimo znacznych nadużyć i zaniedbań.^[11]

Narzędzia do oceny

Nie istnieje jeszcze powszechnie przyjęty protokół diagnostyczny dla zespołu zaburzenia więzi. Często w badaniach i diagnozie stosuje się szeroki zakres środków. Uznane metody oceny modeli przywiązania, trudności lub zaburzeń obejmują Procedurę Dziwnej Sytuacji (Strange Situation Procedure, stworzoną przez psychologa rozwojowego Mary Ainsworth) [12] [13] [14], procedurę oddzielenia i ponownego połączenia oraz przedszkolną ocenę przywiązania, [15] Kartę Obserwacyjną Środowiska Opiekunów, [16] Attachment Q-Sort [17] oraz całą gamę technik narracyjnych z zastosowaniem historyjek z życia dziecka (stem stories), lalek lub obrazków. W przypadku starszych dzieci można zastosować rzeczywiste wywiady, takie jak Wywiad o Przywiązaniu Dziecka oraz Autobiograficzny Dialog Wydarzeń Emocjonalnych. Opiekunowie mogą być oceniani przy pomocy narzędzi, takich jak Praktyczny Model Wywiadu z Dzieckiem. [18]

W najnowszych badaniach stosuje się również Wywiad o Zaburzeniach Więzi (DAI) stworzony przez Smyke i Zeanah (1999). [19] DAI jest wywiadem o niepełnej strukturze stworzonym do stosowania przez klinicystów i opiekunów. Zawiera on 12 punktów, mianowicie "posiadanie faworyzowanej osoby dorosłej", "poszukiwanie pociechy w stanie przygnębienia", "odpowiadanie na zaoferowaną pociechę", "wzajemność społeczna i emocjonalna", "regulacja emocjonalna", "wycofywanie się po odejściu od opiekuna", "powściągliwość wobec nieznanymi osob dorosłych", "gotowość do odejścia ze względnie nieznanymi osobami", "zachowania samozagrażające", "przesadna lepkość emocjonalna", "czujność/przesadna uległość" oraz "odwrócenie ról". Ta metoda została stworzona, aby poprawić stan dzieci cierpiących nie tylko na RAD, ale również proponowane nowe kategorie zaburzeń więzi.

Diagnoza

RAD jest jednym z najmniej przebadanych i najsłabiej zrozumianym zaburzeniem w ramach w DSM. Istnieje niewiele systematycznych danych epidemiologicznych dotyczących RADu, jego przebieg nie został ustalony i trudno go dokładnie zdiagnozować. [20] Brakuje jasności w kwestii pojawiania się zaburzeń więzi u dzieci powyżej piątego roku życia i są trudności z rozróżnieniem aspektów zaburzeń więzi, więzi chaotycznej lub konsekwencji maltretowania. [5]

Według Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dzieci i Nastolatków (AACAP), dzieci, które wykazują oznaki zespołu zaburzenia więzi wymagają wnikliwej oceny psychiatrycznej oraz zindywidualizowanego planu leczenia. Oznaki lub symptomy RADu można również odnaleźć w innych zaburzeniach psychiatrycznych i AACAP odradza nadawania dziecku takiej etykiety lub diagnozy bez wnikliwej oceny. [21] Uważają oni, że ocena zespołu zaburzenia więzi wymaga dowodów uzyskanych bezpośrednio z serii obserwacji dziecka w interakcji z jego lub jej podstawowymi opiekunami oraz z historii (jeśli jest dostępna) modeli zachowań zawierania i utrzymywania więzi dziecka z tymi opiekunami. W dodatku wymaga ona obserwowania zachowań dziecka przy nieznanymi osobach dorosłych oraz wyczerpującej historii z wczesnych lat opieki nad dzieckiem, na przykład, od pediatrów, nauczycieli lub opiekunów społecznych. [4] W Stanach Zjednoczonych, wstępne oceny mogą być przeprowadzane przez psychologów, psychiatrów, wyspecjalizowanych licencjonowanych klinicznych pracowników socjalnych lub pielęgniarki psychiatryczne. [22]

W Wielkiej Brytanii, Brytyjskie Stowarzyszenie ds. Adopcji i Rodzin Zastępczych (BAAF) uważa, że tylko psychiatra może zdiagnozować zaburzenie więzi i że jakkolwiek ocena musi zawierać wnikliwą ocenę indywidualnej historii dziecka i jego rodziny. [23]

Zgodnie z Praktycznym Parametrem AACAP (2005) nie znaleziono odpowiedzi na pytanie, czy zaburzenia więzi mogą być rzetelnie zdiagnozowane u starszych dzieci i dorosłych. Zachowania w więzi z drugim człowiekiem używane do diagnozowania RADu zmieniają się znacznie wraz z rozwojem i zdefiniowanie analogicznych zachowań u starszych dzieci jest trudne. Nie ma solidnie potwierdzonych miar więzi w środkowych latach dzieciństwa lub wczesnych latach młodzieńcych. [4] Ocena RADu w wieku poszkolnym może nie być w ogóle możliwa, ponieważ do tego czasu dzieci rozwijają w sobie indywidualne cechy do takiego stopnia, że wczesne doświadczenia więzi stanowią tylko jeden czynnik wśród wielu, które determinują emocje i zachowanie. [24]

Kryteria diagnostyczne

ICD-10 opisuje zespół zaburzenia więzi w dzieciństwie, znany jako RAD, i niehamowane zaburzenie więzi, mniej znane jako DAD. DSM-IV-TR opisuje również zespół zaburzenia więzi u niemowląt lub we wczesnym dzieciństwie, dzieląc go na dwa podtypy, typ hamowany i typ niehamowany, oba znane jako RAD. Te dwie klasyfikacje są podobne i obie zawierają:

- znacznie zaburzone i nieodpowiednie pod względem rozwoju nawiązywanie kontaktów społecznych w większości kontekstów;
- zaburzenia nie można wyjaśnić wyłącznie opóźnieniem w rozwoju i nie spełnia ono kryteriów dominującego zaburzenia rozwoju;
- początek przed piątym rokiem życia;
- historia poważnego zaniedbania;
- brak rozpoznawalnej, ulubionej osoby, do której dziecko jest przywiązane.

W przypadku formy zahamowanej ICD-10 twierdzi, że zespół ten prawdopodobnie pojawia się jako bezpośredni efekt poważnego zaniedbania ze strony rodziców, wykorzystywania lub poważnego nadużycia. DSM uważa, że w przypadku obu form musi istnieć historia "opieki patogenetycznej" co definiuje się jako stałe lekceważenie podstawowych potrzeb emocjonalnych i fizycznych dziecka, lub ciągłe zmiany podstawowego opiekuna, który nie dopuszcza do utworzenia się więzi dyskryminacyjnych i wybiórczych, co uznaje się za przyczynę pojawienia się zaburzenia. Z tego powodu część diagnozy polega raczej na przyjrzeniu się historii opieki nad dzieckiem aniżeli obserwacji symptomów.

W DSM-IV-TR formę zahamowaną opisuje się jako stałą niemożność podejmowania inicjatywy lub wykazania odzewu w sposób odpowiedni do rozwoju w przypadku większości interakcji społecznych, co objawia się w przesadnie zahamowanych, super-czujnych lub wysoce ambiwalentnych i sprzecznych odzewach (np. dziecko może odpowiadać opiekunom mieszaniną zbliżenia się, unikania i oporu na pocieszanie, lub może ukazywać "zimną czujność", super-czujność, jednocześnie zachowując beznamietną i spokojną postawę). [2] Takie niemowlęta nie szukają i nie przyjmują pocieszenia w czasie zagrożenia, niepokoju lub cierpienia, nie utrzymując "bliskości", podstawowego elementu zachowania

w więzi z drugim człowiekiem. W formie niezahamowanej obserwuje się rozmyte więzi, które objawiają się w bezkrytycznej towarzyskości z wyraźną niemożnością wykazania odpowiednich więzi selektywnych (np. przesadna poufałość wobec względnie nieznanym osobom lub brak selektywności w wyborze osób, z którymi nawiązują i utrzymują więź).^[2] Z tego względu istnieje brak "specyficzności" osób, z którymi nawiązują i utrzymują więź, co stanowi drugi podstawowy element ich zachowania w więzi.

Opisy ICD-10 są porównywalne, biorąc pod warunkiem, że ICD-10 zawiera w swoich opisach kilka elementów nie uwzględnianych w DSM-IV-TR, a mianowicie:

- wykorzystywanie (psychologiczne lub fizyczne), oprócz zaniebdywania;
- związane z tym zaburzenia emocjonalne;
- słaba społeczna interakcja z rówieśnikami, agresja wobec siebie i innych, przygnębienie oraz zahamowanie wzrostu w pewnych przypadkach (wyłącznie w formie zahamowanej);
- dowody na umiejętność okazywania wzajemności oraz odzewu w kontaktach, widoczne w elementach normalnych kontaktów z dorosłymi, którzy nie odbiegają od normy i mają właściwe reakcje (wyłącznie w formie niezahamowanej).

Pierwszy z nich jest w pewnym sensie kontrowersyjny, gdyż jest to raczej wykonanie czegoś aniżeli zaniechanie i ponieważ samo wykorzystywanie nie prowadzi do zaburzeń więzi.

W formie zahamowanej istnieje większa tendencja do polepszenia kontaktów z odpowiednim opiekunem, podczas gdy forma niezahamowana więcej znosi.^[25] ICD-10 uważa, że forma niezahamowana "ma tendencję do utrzymywania się pomimo znacznych zmian w okolicznościach środowiskowych". Forma niezahamowana i zahamowana nie są przeciwieństwami w znaczeniu zaburzenia więzi i mogą razem występować u tego samego dziecka.^[26] Powstaje pytanie czy w rzeczywistości istnieją dwa podtypy.^[1] Światowa Organizacja Zdrowia uznaje, że istnieje niepewność co do kryteriów diagnostycznych i odpowiedniego podziału.^[27]

Diagnoza dyferencyjna

Te zawiłości diagnostyczne RADu oznaczają, że bez uważnej oceny diagnostycznej przeprowadzonej przez wyszkolonego specjalistę ds. zdrowia psychicznego z konkretną wiedzą dotyczącą diagnozy deferencyjnej się nie obejdzie.^{[28][29][30]} W kilku innych zaburzeniach, takich jak zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego i fobia społeczna, obserwujemy podobne symptomy i są one często współistniejące lub mylone z zespołem RAD, co prowadzi do wydawania zbyt poważnej lub zbyt słabej diagnozy. RAD można również pomylić z zaburzeniami neuropsychiatrycznymi, takimi jak: zaburzenia autystyczne, dominujące zaburzenie rozwoju, schizofrenia dziecięca oraz kilka zaburzeń genetycznych. Niemowlęta cierpiące na to zaburzenie można odróżnić od niemowląt chorych organicznie po szybkiej poprawie ich zdrowia fizycznego w przypadku hospitalizacji.^[9] Dzieci z zaburzeniami autystycznymi mają zwykle normalny wzrost i wagę i często wykazują pewien stopień opóźnienia psychicznego. Ich stan raczej nie ulega poprawie po zabraniu z rodzinnego domu. Ze względu na te zawiłości diagnostyczne, bez uważnej

oceny diagnostycznej przeprowadzonej przez wyszkolonego specjalistę ds. zdrowia psychicznego z konkretną wiedzą dotyczącą diagnozy deferencyjnej się nie obejdzie.^{[9][28][29][30]}

Diagnoza alternatywna

Ze względu na brak unormowanego systemu diagnozowania, stworzono wiele popularnych, nieformalnych systemów klasyfikacyjnych lub list kontrolnych, poza DSM i ICD, wynikających z doświadczenia klinicznego i rodzicielskiego w ramach dziedziny znanej jako terapia więzi. Listy te nie są wiarygodne, a krytycy uważają, że są one niedokładne, zbyt szeroko zdefiniowane lub stosowane przez niewykwalifikowane osoby. Wiele z nich można znaleźć na stronach internetowych terapeutów ds. więzi. Wspólne elementy tych list, takie jak kłamstwa, brak poczucia winy lub sumienia oraz okrucieństwo, nie stanowią części kryteriów diagnostycznych ani w ramach DSM-IV-TR, ani ICD-10.^[31] Wielu dzieciom wydaje się diagnozę, że cierpią na RAD ze względu na problemy w zachowaniu, które wykraczają poza wspomniane kryteria.^[28] Podczas terapii więzi stawia się nacisk na agresywne zachowania jako na symptom tego, co opisuje się jako zaburzenie więzi, podczas gdy dominujący teoretycy uważają te zachowania za współistniejące, uzewnętrznione zachowania wymagające odpowiedniej oceny i leczenia, aniżeli zaburzenia więzi. Jednocześnie, wiedza na temat więzi może przyczynić się do etiologii i leczenia uzewnętrznionych zaburzeń.^[32]

Kwestionariusz Zaburzenia Więzi Randolpha lub RADQ jest jedną z lepiej znanych list kontrolnych i jest ona stosowana przez terapeutów więzi i innych.^[33] Ta lista kontrolna zawiera 93 zachowania decydujące, z których wiele albo nakłada się na inne zaburzenia, takie jak zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze, albo nie jest związanych z trudnościami w więzi z drugim człowiekiem. Krytycy uważają, że jest on niewiarygodny^[34] brakuje mu szczegółowości.^[35]

Historia i podstawy teoretyczne

Zespół zaburzenia więzi po raz pierwszy pojawił się w standardowych klasyfikacjach zaburzeń psychologicznych w DSM-III, 1980r., po zebraniu dowodów na dzieciach wychowanych w domach dziecka. Kryteria obejmowały wymóg pojawienia się zaburzenia przed 8 miesiącem życia i zostały przyrównane do nieprawidłowego rozwoju. Obie cechy zostały odrzucone w DSM-III-R w 1987r.. Zamiast tego okres pojawienia się zaburzenia został zmieniony na pierwsze 5 lat życia, a samo zaburzenie podzielono na dwie podkategorie; zahamowaną i niehamowaną. Zmiany te wynikały z dalszych badań nad wykorzystywanymi dziećmi i dziećmi z domów dziecka i pozostały w obecnej wersji, DSM-IV, z 1994r., oraz jej wersja tekstowa z 2000r., DSM-IV-TR, jak również w ICD-10, z 1992r.. Obie klasyfikacje skupiają się na małych dzieciach, które są nie tylko w grupie podwyższonego ryzyka, jeśli chodzi o pojawienie się kolejnych zaburzeń, ale już wykazują kliniczne zaburzenia.^[36]

Ogólne podstawy teoretyczne aktualnych wersji RADu daje teoria więzi, oparta na badaniach przeprowadzanych od lat czterdziestych do osiemdziesiątych XX w. przez Johna Bowlby, Mary Ainsworth i René Spitz. Teoria więzi stanowi podstawy, w których stosuje się koncepcje psychologiczne, etologiczne i ewolucyjne, aby wyjaśnić zachowania społeczne typowe dla małych dzieci. Teoria więzi koncentruje się na tendencji niemowląt lub dzieci do *poszukiwania bliskości z konkretną postacią, z którą może nawiązać więź* (znajomym opiekunem) w sytuacjach niepokoju lub przygnębienia, zachowaniu, które wydaje się mieć wartość przetrwaniową.^[37] Fenomen ten jest znany

jako więzi dyskryminacyjne lub wybiórcze. Następnie dziecko zaczyna używać opiekuna jako podstawę bezpieczeństwa, z której może badać otoczenie, powracając co jakiś czas do znajomego opiekuna. Więź to nie to samo co miłość i/lub sympatia, chociaż są one często kojarzone. Więzi i zachowania w więzi mają tendencje do rozwoju między wiekiem sześciu miesięcy i trzech lat. Niemowlęta przywiązują się do dorosłych, którzy są wrażliwi i żywo reagujący w interakcji z niemowlęciem i którzy pozostają konsekwentnie opiekunami przez jakiś czas.^[38] Reakcje opiekuna pomagają w rozwoju modeli więzi, które z kolei prowadzą do utrwalonych wewnętrznych modeli, a te dyktują uczuciami danej osoby, jej myślami i oczekiwaniami w późniejszych związkach.^{[39][40]} W przypadku diagnozy zespołu zaburzenia więzi, historia dziecka oraz nietypowe zachowania społeczne muszą sugerować brak utworzenia się więzi dyskryminacyjnych i wybiórczych.

Patologiczny brak więzi dyskryminacyjnych i wybiórczych należy odróżnić od istnienia więzi z albo typowymi, albo w pewnym sensie nietypowymi modelami zachowań znanymi jako *style*. Istnieją cztery style więzi, które opisano i które stosuje się w ramach badań nad rozwojem więzi; *bezpieczny, lękowo-ambiwalentny, lękowo-unikający, (wszystkie zorganizowane)*^[12] oraz *zdezorganizowane*^{[13][14]}. Ostatnie trzy określa się jako *niepewne*. Podlegają one ocenie za pomocą Procedury Dziwnej Sytuacji, stworzonej bardziej do oceniania jakości więzi aniżeli do tego czy więź w ogóle istnieje.^[4]

Raczkujące dziecko pozostające w bezpiecznej więzi spontanicznie bada otoczenie, podczas gdy jego opiekun jest obok, nawiązuje kontakty z obcymi osobami, jest wyraźnie rozdrażnione, kiedy opiekun wychodzi i jest szczęśliwe, kiedy widzi, że wraca. Dziecko lękowo-ambiwalentne boi się badać otoczenie, wpada w rozpacz, kiedy opiekun wychodzi, ale zachowuje się ambiwalentnie, kiedy opiekun wraca. Dziecko lękowo-unikające nie bada otoczenia w dużym stopniu, unika bądź ignoruje rodzica – wykazując niewielkie emocje, kiedy rodzic wychodzi lub wraca – i traktuje osoby obce dość podobnie jak opiekunów, nie pokazując wielu emocji. Dziecko zdezorganizowane/zdezorientowane wykazuje brak spójnego stylu lub modelu naśladowczego. Dowody wskazują na to, że dzieje się tak, kiedy opiekun jest również obiektem strachu, co stawia dziecko w nierozwiązywalnej sytuacji zbliżania się i unikania. Przy ponownym spotkaniu z opiekunem dzieci te mogą wyglądać na oszołomione lub wystraszone, zamrożone w miejscu, zbliżające się tyłem lub z głową gwałtownie odwracaną od opiekuna, czy też wykazujące inne zachowania wskazujące na lęk wobec tej osoby. Uznaje się, że takie zachowania są odzwierciedleniem załamania się strategii więzi nieokreślonej i wydaje się, że ma to wpływ na nieumiejętność kontrolowania emocji.^[41]

Mimo że w ramach stylów istnieje bardzo wiele zaburzeń w nawiązywaniu i utrzymywaniu więzi, co może doprowadzić do zaburzeń emocjonalnych oraz wzrostu ryzyka wystąpienia psychopatologii, zwłaszcza w stylu niezorganizowanym, żaden ze stylów sam w sobie nie stanowi zaburzenia i żadnego nie można porównać z kryteriami RADu jako takiego.^[42] Zaburzenie w sensie klinicznym jest stanem wymagającym leczenia, w przeciwieństwie do czynników ryzyka kolejnych zaburzeń.^[4] Zespół zaburzenia więzi to raczej brak typowych zachowań występujących w więzi aniżeli styl nawiązywania i trwania w więzi, jednakże bez względu na to jak problematyczny może się wydawać styl, obserwuje się w nim niezwykle brak rozróżnienia między osobami znanymi i nieznanymi, w obu formach tego zaburzenia. Takie rozróżnianie istnieje jako cecha zachowań społecznych u dzieci z nietypowymi stylami nawiązywania i utrzymywania więzi. Zarówno DSM-IV, jak i ICD-10 przedstawia to zaburzenie raczej w kategoriach ogólnie dziwaczego zachowania pod względem społecznym aniżeli skupiania się konkretniej na zachowaniach obecnych w więzi jako takich. DSM-IV podkreśla nieumiejętność inicjowania lub reagowania na społeczne interakcje w wielu różnych związkach z ludźmi, zaś ICD-10

podobnie koncentruje się na sprzecznych lub ambiwalentnych reakcjach społecznych obecnych w różnych kontaktach społecznych.^[36]

Brakuje zgody co do dokładnego znaczenia terminu "zaburzenie więzi".^[43] Termin ten jest często używany zarówno jako alternatywa wobec zespołu zaburzenia więzi, jak i w rozważaniach o różnych proponowanych klasyfikacjach zaburzeń więzi wykraczających poza ograniczenia klasyfikacji ICD i DSM.^[36] Używa się go również w ramach terapii więzi, jak to jest w przypadku terminu zespół zaburzenia więzi, do opisywania wielu problematycznych zachowań nie mieszczących się w kryteriach ICD lub DSM, bądź też nie związanych bezpośrednio ze stylami nawiązywania i utrzymywania więzi lub zaburzeniami w ogóle.^[44]

Badania

Badania z późnych lat dziewięćdziesiątych XX w. wskazały na to, że istnieją zaburzenia więzi nie objęte DSM lub ICD i wykazały, że RAD można by wiarygodnie diagnozować bez przedstawiania dowodów na patogeniczną opiekę nad dzieckiem, w ten sposób ilustrując niektóre z konceptualnych zaburzeń ze sztywną strukturą aktualnej definicji RADu.^[45] Badania opublikowane w roku 2004 wykazały, że forma niehamowana może utrzymywać się obok zorganizowanego zachowania w więzi (dowolnego stylu) wobec stałych opiekunów dziecka.^[26]

Niektórzy autorzy proponują szersze continuum definicji zaburzeń więzi od RADu, przez różne trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu więzi, po bardziej problematyczne style więzi. Chociaż nie osiągnięto konsensusu w tej kwestii, C. H. Zeanah i N. Boris zaproponowali nowy zestaw parametrów zawierających trzy kategorie zaburzeń więzi. Pierwszy z nich to *zaburzenie więzi*, w którym małe dziecko nie ma ulubionego dorosłego opiekuna. Proponowana kategoria zaburzenia więzi jest porównywalna z RADem w jego zahamowanej i niehamowanej formie, zgodnie z definicją podaną w DSM i ICD. Druga kategoria to *wykrzywienie bezpiecznej podstawy*, gdzie dziecko ma ulubionego bliskiego opiekuna, ale związek między nimi jest taki, że dziecko nie może się czuć bezpiecznie w towarzystwie osoby dorosłej kiedy stopniowo bada otoczenie. Takie dzieci mogą narażać się na niebezpieczeństwo, są lękliwe wobec dorosłego, nadmiernie uległe lub wykazują zamianę ról, troszcząc się o dorosłego lub karząc go. Trzeci typ to *więź zakłócona*. Więź zakłócona nie została ujęta w kryteriach ICD-10 i DSM. Wynika ona z nagłej separacji lub utraty bliskiego opiekuna, z którym budowana jest więź.^[46] Ta forma kategoryzacji może wykazywać więcej dokładności klinicznej niż aktualna klasyfikacja DSM-IV-TR, ale wymaga dalszych badań.^{[47][6]} Parametry praktyczne dawałyby również podstawę do sporządzenia protokołu diagnostycznego.

Niektóre badania wskazują na to, że może istnieć ważne nałożenie między zachowaniami obecnych w formie zahamowanej RADu lub DADu oraz aspektami więzi niezorganizowanej, gdzie jest obecna zidentyfikowana osoba, do której dziecko się przywiązuje.^[41]

Stalym pytaniem jest to, czy o zaburzeniu RAD należy myśleć jako o zaburzeniu osobowości dziecka, czy wypaczeniu kontaktów między dzieckiem i konkretną osobą. Zauważono, że chociaż zaburzenia więzi są w swojej naturze zaburzeniami relacyjnymi, nie mieszczą się one w klasyfikacjach, które charakteryzują to zaburzenie jako skoncentrowane na tej osobie.^[48] Praca C.H. Zeanah^[26] wskazuje na to, że nietypowe zachowania w więzi mogą pojawić się wobec jednego opiekuna, a wobec drugiego

nie. Przypomina to sytuację, w którym konkretną ekspresję rodzica nacechowaną strachem podczas Procedury Dziwnej Sytuacji uznano za prawdopodobnie odpowiedzialną za zdeorganizowane/zdezorientowane zachowanie dziecka.^[49]

Przyczyny

Chociaż coraz większą liczbę problemów ze zdrowiem psychicznym dziecka zrzuca się na wady genetyczne,^[50] zespół zaburzenia więzi jest z definicji oparty na problematycznej historii opiekowania się dzieckiem i kontaktów społecznych. Nadużycia mogły się pojawić wraz z wymaganymi czynnikami, ale samo z siebie nie tłumaczy one zaburzenia więzi.^[51] Sugeruje się, że rodzaje temperamentów lub konstytucyjna reakcja na otoczenie może sprawić, że niektóre osoby będą podatne na stres nieprzewidywalnych lub wrogich kontaktów z opiekunami we wczesnych latach życia.^[52] W przypadku braku dostępnych i wrażliwych opiekunów, okazuje się, że niektóre dzieci są szczególnie podatne na zaburzenia więzi.^[53]

Nie wyjaśniono jeszcze dlaczego podobnie anormalne wychowanie może spowodować powstanie dwóch odmiennych form tego zaburzenia; zahamowaną i niehamowaną. Trzeba będzie jeszcze rozwiązać kwestię temperamentu i jego wpływu na rozwój zaburzeń więzi. Nigdy nie zgłaszano przypadku RADu przy braku poważnych przeciwności w otoczeniu dziecka, a jednak wyniki badań przeprowadzonych wśród dzieci wychowywanych w takim samym środowisku znacznie się od siebie różnią.^[54]

Przy omawianiu neurobiologicznych podstaw symptomów zaburzeń więzi i traumy podczas badania siedmioletnich bliźniąt, zasugerowano, że korzenie różnych form psychopatologii, włączając w to RAD oraz zespół stresu pourazowego (PTSD), można znaleźć w zaburzeniach regulacji afektu. Zagrożony zostaje kolejny etap rozwoju samoregulacji i ma to wpływ na tworzenie wewnętrznych modeli. W konsekwencji może to wpłynąć na "szablony" w umyśle odpowiedzialne za zorganizowane zachowanie w związkach. Potencjalne "doregulowywanie" (modulacja reakcji emocjonalnych w normalnym zakresie) w obecności "korygujących" doświadczeń (normalna opieka nad dzieckiem) wydaje się być niemożliwe. W tej słabo przebadanej dziedzinie powstaje wiele nowych alei pytań.^[55]

Epidemiologia

Dane epidemiologiczne są ograniczone, ale zespół zaburzenia więzi okazuje się być rzadko spotykany.^[56] Występowanie RADu nie jest jasne, ale jest ono dosyć rzadkie; inaczej wygląda sytuacja w populacjach dzieci wychowywanych w najbardziej skrajnym, ubogim otoczeniu, takim jak niektóre domy dziecka.^[53] Zaburzenia więzi mają tendencję do występowania w określonych kontekstach, takich jak niektóre rodzaje instytucji, w przypadku powtarzających się zmian podstawowego opiekuna lub gdy podstawni opiekunowie skrajnie zaniedbują dziecko i wykazują stałe lekceważenie jego podstawowych potrzeb więziowych, ale nie u wszystkich dzieci wychowywanych w takich warunkach rozwija się zaburzenie więzi.^[57] Badania prowadzone na dzieciach z sierocinców ze Wschodniej Europy od połowy lat dziewięćdziesiątych XX w. wykazały wyraźnie wyższe poziomy obu form RADu oraz niepewnych modeli więzi u dzieci z domów dziecka, bez względu na to jak długo tam przebywały.^{[58][59]}^[60] Wydaje się, że dzieci z tego typu instytucji nie są w stanie stworzyć więzi wybiórczych ze swoimi opiekunami. Różnica pomiędzy dziećmi z domów dziecka a grupą kontrolną zmniejszyła się podczas

kolejnego badania, które miało miejsce trzy lata później, chociaż dzieci z domów dziecka nadal wykazywały znacznie wyższy poziom bezkrytycznego zaprzyjaźniania.^{[58][61]} Jednakże nawet wśród dzieci wychowywanych w najbardziej ubogich warunkach instytucjonalnych większość nie wykazywała symptomów tego zaburzenia.^[62]

Przeprowadzone w roku 2002 badania dzieci z całodobowego żłobka w Bukareszcie, w którym zastosowano DAI, zakwestionowały aktualne pojęcia zaburzenia więzi DSM i ICD i wykazały, że zaburzenia zahamowane i niehamowane mogą występować razem w tym samym dziecku.^[9]

W Stanach Zjednoczonych istnieją dwa studia na temat występowania RADu związanego z dziećmi wysoka ryzyka oraz dziećmi wykorzystywanymi. W obu zastosowano ICD, DSM oraz DAI.^[59] Pierwsze, przeprowadzone w 2004r., wykazało, że dzieci z grupy wykorzystywanych znacznie częściej odpowiadały kryteriom jednego lub więcej zaburzeń więzi niż dzieci z pozostałych grup, jednakże była to głównie proponowana nowa klasyfikacja zakłóconego zaburzenia więzi aniżeli klasyfikacja RADu lub DADu proponowana przez DSM lub ICD.^[63] W drugim studium, również z 2004r., podjęto próbę oceny występowania RADu i odpowiedzi na pytanie, czy można go niezawodnie stwierdzić u *wykorzystywanych* raczej niż u *zaniedbanych* maluchów. Z 94 wykorzystywanych raczkujących dzieci w rodzinach zastępczych, u 35% stwierdzono ICD RAD, a u 22% - ICD DAD, 38% spełniało kryteria DSM dla RADu.^[26] W tym studium odkryto, że RAD można niezawodnie stwierdzić i że również formy zahamowana i niehamowana nie występują niezależnie. Jednocześnie studium to nasuwa pewne wątpliwości natury metodologicznej. Pewna liczba dzieci, u których stwierdzono, że spełniają kryteria RADu, miała w istocie bliską osobę, z którą mogła tworzyć więź.^[64]

Niektórzy w ramach terapii więzi sugerują, że RAD może dominować w przypadku maltretowania dziecka, co, jak wiadomo, zwiększa ryzyko powstawania RADu, i ponieważ dzieci, które są poddawane poważnym nadużyciom mogą wykazywać zachowania podobne do tych, które obserwuje się w zaburzeniu RAD.^[30] Grupa robocza APSAC uważa, że ten wniosek zawiera błędy i budzi wątpliwości.^[30] Poważnie wykorzystywane dzieci mogą wykazywać zachowania podobne do tych obserwowanych w zaburzeniu RAD, ale istnieje kilka znacznie bardziej powszechnych i wyleczalnych symptomów, które mogą lepiej świadczyć o istnieniu tych zaburzeń.^[65] Co więcej, wiele dzieci doświadcza poważnych nadużyć, a nie rozwijają się u nich zaburzenia natury klinicznej.^[65] Odporność jest wspólną i normalną ludzką cechą.^[66] RAD nie leży u podłoża wszystkich ani nawet większości problemów z zachowaniem lub emocjonalnych problemów obserwowanych u dzieci z rodzin zastępczych, dzieci adoptowanych lub dzieci wykorzystywanych i wskaźniki wykorzystywania dzieci i/lub zaniedbywania, czy też problemów z zachowaniem nie stanowią punktu odniesienia do oceny RADu.^[30]

Istnieje niewiele danych dotyczących zaburzeń współistniejących, ale jest kilka zaburzeń, które pojawiają się w tych samych okolicznościach, w których powstaje RAD, a mianowicie instytucjonalizacja lub wykorzystywanie. Są to głównie opóźnienia rozwojowe i zaburzenia języka kojarzone z zaniedbaniem.^[4] Zaburzenia zachowania, zaburzenie opozycyjno-buntownicze, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego i fobia społeczna mają wiele wspólnych symptomów i często współistnieją lub są mylone z zaburzeniem RAD.^{[30][67]} Zachowania w zespole zaburzenia więzi u dzieci z domów dziecka są zestawiane z problemami związanymi z uwagą i zachowaniem oraz kwestiami kognitywnymi, niemniej jednak wskazują na wyraźny zespół symptomów i zachowań.^[62]

Leczenie

Ocena bezpieczeństwa dziecka jest pierwszym krokiem, który określa, czy przyszła interwencja w rodzinie będzie konieczna, czy też dziecko należy przenieść do bezpiecznego środowiska. Interwencje mogą obejmować wsparcie rodziny przez służby psychologiczne i socjalne (wliczając w to pomoc finansową lub domową, wsparcie mieszkaniowe i socjalne), interwencje psychoterapeutyczne (wliczając w to leczenie rodziców cierpiących na choroby psychiczne, terapię rodzinną, terapię indywidualną), kształcenie (wliczając w to szkolenie w dziedzinie podstawowych umiejętności rodzicielskich oraz rozwoju dziecka), oraz monitorowanie bezpieczeństwa dziecka w środowisku rodzinnym.^[9]

W roku 2005 Amerykańska Akademia Psychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży przedstawiła wytyczne (ustalone przez N.W. Boris i C.H. Zeanah) oparte na opublikowanych przez siebie parametrach do diagnozowania i leczenia RADu. Zalecenia ujęte w tych wskazówkach obejmują następujące kwestie:

1. "Najważniejszą interwencją w przypadku małych dzieci, u których zdiagnozowano zespół zaburzenia więzi i którym brak jest więzi z wybranym opiekunem, jest zadbanie o to, aby dziecko miało osobę, z którą mogłoby nawiązać więź."
2. "Chociaż diagnoza zespołu zaburzenia więzi opiera się na symptomach, które wykazuje dziecko, ocena podejścia opiekuna do dziecka jest ważną przy wyborze sposobu leczenia."
3. "Uznaje się, że dzieci z zespołem zaburzenia więzi mają mocno zaburzone wewnętrzne modele nawiązywania więzi z innymi. Po zadbaniu o to, żeby dziecko znalazło się w bezpiecznym i stabilnym środowisku, skuteczne leczenie zaburzenia więzi musi koncentrować się na stworzeniu pozytywnych interakcji z opiekunami."
4. "Dzieci, które spełniają kryteria zespołu zaburzenia więzi i wykazują zachowania agresywne i opozycyjno-buntownicze wymagają uzupełniającego (dodatkowego) leczenia."

Dominujące programy prewencyjne i podejścia do leczenia zaburzeń więzi u niemowląt i młodszych dzieci są oparte na teorii więzi i koncentrują się na zwiększeniu odzewu i wrażliwości opiekuna, lub, jeśli to nie jest możliwe, umieszczeniu dziecka u innego opiekuna.^{[68][4][69]} Te podejścia są obecnie oceniane. Programy te niezmiennie zawierają szczegółową ocenę stanu więzi lub odpowiedzi ze strony dorosłego opiekuna, ponieważ więź jest procesem dwustronnym wymagającym odpowiednich zachowań i odzewu opiekuna.^[70] Niektóre z tych programów leczenia lub prewencji są konkretnie nakierowane raczej na opiekunów zastępczych aniżeli na rodziców, ponieważ zachowania więziowe niemowląt lub dzieci z zaburzeniami więzi często nie napotykają na odpowiednie reakcje opiekuna. Podejścia obejmują "Obserwuj, czekaj i zastanawiaj się",^[71] manipulację wrażliwymi reakcjami,^{[72][73]} zmodyfikowane "Wskazówki do interakcji"^[74], "Przedszkolną psychoterapię rodziców",^[75] "Cykl bezpieczeństwa",^[76] ^[77] "Nadrabianie zaległości więzi i zachowania" (ABC),^[78] Interwencję z New Orleans^{[79][80][81]} oraz psychoterapię rodzic-dziecko.^[82] Inne metody leczenia obejmują terapię rozwojową, opartą na indywidualnych różnicach oraz na związku (DIR również odnosi się do tego jako do *Floor Time*) stworzoną przez Stanleya Greenspana, chociaż DIR jest w zasadzie nakierowany na leczenie zaburzeń rozwojowych.^[83]

Związek tych podejść z interwencją w przypadku dzieci z rodzin zastępczych i dzieci adoptowanych cierpiących na RAD lub starszych dzieci mających historie nadużyć jest niejasny.^[92]

Poza dominującymi programami znajduje się forma leczenia ogólnie znana jako terapia więzi, podzbiór technik (i towarzyszącej im diagnozy) dla zaburzeń więzi obejmujących RAD. Ogólnie rzecz biorąc

terapię te koncentrują się na dzieciach adoptowanych lub dzieciach z rodzin zastępczych z myślą o stworzeniu w nich więzi z ich nowymi opiekunami. Podstawą teoretyczną jest kombinacja regresji i katarsis, wraz z metodami wychowawczymi, które podkreślają posłuszeństwo i rodzicielską kontrolę. Ta forma leczenia i diagnozowania jest bardzo mocno krytykowana, ponieważ nie została ona potwierdzona i rozwinęła się poza kręgiem naukowym.^[94] Istnieje niewiele lub brak jakichkolwiek dowodów na jej skuteczność, a jej techniki zmieniają się od nie represyjnej pracy terapeutycznej do bardziej skrajnych form fizycznych, konfrontacyjnych i represyjnych technik, z których najbardziej znanymi są terapia uścisku, ponowne narodziny, redukcja gniewu oraz model Evergreen. Te formy terapii mogą obejmować ograniczenia fizyczne, celową prowokację wściekłości i gniewu u dziecka przez środki fizyczne i słowne, wliczając w to głęboki masaż tkanek, awersyjne łaskotanie, wymuszony kontakt wzrokowy i konfrontację słowną, a nawet popychanie, aby ponownie zmierzyć dziecko z wcześniejszą traumą.^{[95][96]} Krytycy utrzymują, że te terapie nie znajdują się w ramach paradygmatu więzi, są potencjalnie obraźliwe,^[97] i sprzeczne z teorią więzi.^[8] Grupa Robocza APSAC w raporcie z 2006 roku uważa, że wiele z tych terapii koncentruje się bardziej na zmienianiu dziecka aniżeli opiekuna.^[98] Dzieci można opisać jako mające "RAD", "Radkids" lub "Radishes" i można poczynić skrajne przypuszczenia co do ich gwałtowności, jeżeli nie są poddawane terapii więzi.^[99]

Przebieg

W wytycznych AACAP czytamy, że dzieci cierpiące na zespół zaburzenia więzi mają znacznie zaburzone wewnętrzne modele tworzenia więzi z innymi.^[4] Jednakowoż przebieg RADu nie został jeszcze dobrze przebadany i poczyniono niewiele wysiłków w celu zbadania modeli symptomatycznych przez dłuższy okres czasu. Nieliczne istniejące badania obserwacyjne (zajmujące się zmianami rozwojowymi zachodzącymi z wiekiem przez pewien okres czasu) obejmują tylko dzieci z biednych domów dziecka z Europy Wschodniej.^[4]

Wyniki badań dzieci z domów dziecka z Europy Wschodniej wskazują na to, że występowanie modelu zahamowanego RADu jest rzadkie u dzieci adoptowanych z instytucji do unormowanych środowisk opiekuńczych. Jednocześnie istnieje bliski związek pomiędzy czasem trwania deprawacji i nasileniem zaburzonych zachowań więzi.^[65] Można wiele powiedzieć o jakości więzi, które te dzieci tworzą z kolejnymi opiekunami, ale prawdopodobnie nie spełniają one już kryteriów zahamowanej formy RAD.^[100] W tych samych badaniach sugeruje się, że mniejszość adoptowanych dzieci z domów dziecka wykazuje stałą bezkrytyczną towarzyskość nawet po tym jak zostały one przeniesione do bardziej normalnych środowisk opiekuńczych.^[56] Bezkrytyczna towarzyskość może utrzymywać się przez lata, nawet wśród dzieci, które nawiązują więź z ich nowymi opiekunami. Niektóre wykazują nadpobudliwość i problemy z koncentracją uwagi, jak również trudności z nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami.^[101] Badania obserwacyjne, w których przyglądano się dzieciom wykazującym zachowania bezkrytyczne aż do wieku dojrzewania, ujawniły, że dzieci te znacznie częściej mają słabe kontakty z rówieśnikami.^[102]

Badania nad dziećmi wychowywanymi w instytucjach sugerują, że są one mało uważne i nadpobudliwe, bez względu na to jaka jakość opieki, którą otrzymały. Jedne badania wykazały, że niektórzy chłopcy wychowywani w instytucjach są mało uważni, nadpobudliwi i znacząco bezkrytyczni w kontaktach społecznych, podczas gdy dziewczynki, dzieci wychowane w rodzinach zastępczych oraz niektóre dzieci wychowywane w instytucjach takie nie są. Nie jest jeszcze jasne, czy te zachowania należy uznać za część zaburzenia więzi.^[103]

W 1999r. opublikowano badanie przypadku maltretowanych bliźniąt (badanie to opublikowano ponownie w 2006r.) Przeprowadzono ocenę owych bliźniąt pomiędzy 19 i 36 miesiącem życia, kiedy to wiele razy były przenoszone z miejsca na miejsce.^[75] W pracy tej zbadano podobieństwa, różnice i współwystępowanie RADu, więzi zdeorganizowanej oraz stresu pourazowego. Dziewczynka wykazywała objawy formy zahamowanej RADu, podczas gdy chłopiec wykazywał objawy formy bezkrytycznej. Zauważono, że diagnoza RADu polepszała się, kiedy dzieci doświadczały lepszej opieki, ale symptomy stresu pourazowego i objawy więzi zdeorganizowanej powracały i odchodziły w miarę jak dzieci przechodziły przez liczne zmiany miejsc pobytu. W wieku trzech lat ewidentne były trwałe zaburzenia więzi.

W późniejszych badaniach, kiedy bliźnięta miały trzy i osiem lat, uwydatnił się brak badań obserwacyjnych nad maltretowanymi dziećmi względem dzieci z domów dziecka. Symptomy więzi zdeorganizowanej, występujące u dziewczynki, rozwinęły się w zachowania kontrolujące, co zostało dobrze udokumentowane. Chłopiec nadal wykazywał zachowania samozagrażające, nie w ramach kryteriów RAD, lecz w ramach "zaburzenia podstawy bezpieczeństwa" (gdzie dziecko ma bliskiego opiekuna, ale związek z nim jest taki, że dziecko nie potrafi użyć dorosłego, żeby zapewnić sobie bezpieczeństwo podczas stopniowego badania otoczenia). W wieku ośmiu lat dzieci oceniano różnymi środkami, wliczając w to środki do oceny systemów reprezentacji lub "wewnętrznych modeli pracy" dziecka. Symptomy bliźniąt miały wyraźnie inne trajektorie. Dziewczynka wykazywała symptomy uzewnętrznione (zwłaszcza oszukiwanie), sprzeczne informacje dotyczące bieżącego działania, chaotyczne opowiadania o osobistych sprawach, zmaganie się w przyjaźniach i brak zaangażowania emocjonalnego ze swoim opiekunem, co opisano w obrazie klinicznym jako "dosyć niepokojące". Chłopiec nadal wykazywał zachowania samozagrażające, jak również unikanie kontaktów z ludźmi, ekspresji emocjonalnej, lęk separacyjny oraz kłopoty z impulsywnością i uwagą. Ewidentne było, że stres miał inny wpływ na każde dziecko. Zastosowano środki narracyjne uznawane za pomocne przy odkrywaniu tego jak wczesne kłopoty z nawiązywaniem więzi wpływają na późniejsze oczekiwania w związkach.^[56]

W pewnej pracy z zastosowaniem kwestionariuszy stwierdzono, że dzieci w wieku od trzech do sześciu lat, ze zdiagnozowanym zaburzeniem RAD, uzyskiwały mniej punktów w dziedzinie empatii, ale więcej w dziedzinie monitoringu samych siebie (dopasowywanie swojego zachowania, „żeby wyglądać dobrze”). Te różnice stwierdzono zwłaszcza w oparciu o oceny rodziców i sugerowały one, że dzieci cierpiące na RAD potrafią systematycznie przekazywać swoje cechy osobowości w zbyt pozytywny sposób. Ich wyniki wykazały znacznie więcej problemów z zachowaniem niż wyniki dzieci poddanych badaniu.

Bibliografia:

1. World Health Organisation (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva: World health Organization.
2. American Psychiatric Association (2000). "[Diagnostic criteria for 313.89 Reactive attachment disorder of infancy or early childhood](#)", *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). ISBN 0890420254. Retrieved on [2008-07-10](#).
3. Prior & Glaser (2006), pp. 218–219.
4. Boris NW, Zeanah CH, Work Group on Quality Issues (2005). "[Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood](#)" (PDF). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **44** (11): 1206–19.
5. Prior & Glaser (2006), p. 228.
6. O'Connor TG, Zeanah CH (2003). "Attachment disorders: assessment strategies and treatment approaches". *Attach Hum Dev* **5** (3): 223–44.
7. Prior & Glaser (2006), p. 231.
8. O'Connor TG, Nilsen WJ (2005) "Models versus Metaphors in Translating Attachment Theory to the Clinic and Community". In Berlin LJ, Ziv Y, Amaya-Jackson L and Greenberg MT (Eds) *Enhancing Early Attachments: Theory, research, intervention, and policy*. pp. 313–26. The Guilford Press. Duke series in Child Development and Public Policy. (2005) ISBN [1593854706](#).
9. Sadock, BJ; Sadock VA (2004). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 570-72. ISBN [0-7817-5033-4](#).
10. Chaffin *et al.* (2006), p. 80. The APSAC Taskforce Report
11. Rutter M (2002). "Nature, nurture, and development: from evangelism through science toward policy and practice". *Child Dev* **73** (1): 1–21. doi:[10.1111/1467-8624.00388](#). PMID [14717240](#).
12. Ainsworth MD, Blehar M, Waters E, Wall S (1979). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates. ISBN [0-89859-461-8](#)
13. Main M, Solomon J (1986). "Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior". In Brazelton TB and Yogman M (Eds.) *Affective development in infancy*, pp. 95–124. Norwood, NJ: Ablex ISBN [0893913456](#)
14. Main M, Solomon J (1990). "Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation". In Greenberg M, Cicchetti D and Cummings E (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, pp. 121–60. Chicago: University of Chicago Press. ISBN [0226306305](#).
15. Crittenden PM (1992). "[Quality of attachment in the preschool years](#)". *Development and Psychopathology* **4**: 209–41. Retrieved on [2008-01-06](#).
16. [National Institute of Child Health and Human Development](#) (1996). "Characteristics of infant child care: Factors contributing to positive caregiving". *Early Childhood Research Quarterly* **11** (3): 269–306(38).
17. Waters E, Deane K (1985). "Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood". In Bretherton I and Waters E (Eds.) *Growing pains of attachment theory and research: Monographs of the Society for Research in Child Development* 50, Serial No. 209 (1–2), pp. 41–65.
18. Zeanah CH, Benoit D (1995). "Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* **43**: 539–554.

19. Smyke A, Zeanah CH (1999). "Disturbances of Attachment Interview". Available on the *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* website at www.jaacap.com via Article plus. [1] Retrieved on [2008-03-03](#).
20. Chaffin *et al.* (2006), p. 80. The APSAC Taskforce Report
21. [Reactive Attachment Disorder](#). American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Facts for Families, No. 85; Updated December 2002. Retrieved on [2008-02-13](#).
22. For examples see [Reactive Attachment Disorder](#), DCFS, State of Illinois and [DBHS Practice Protocol: Disturbances and Disorders of Attachment](#) (PDF), Arizona Department of Health Services, [2006-10-02](#). Retrieved on [2008-02-23](#).
23. [Attachment Disorders, their Assessment and Intervention/Treatment](#) (PDF). British Association for Adoption and Fostering, Position Statement 4, 2006. Retrieved on [2008-02-23](#)
24. Mercer (2006), p. 116.
25. Prior & Glaser (2006), pp. 220–21.
26. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris N, Heller S, Smyke A, Trapani J (August 2004). "Reactive Attachment Disorder in Maltreated Toddlers". *Child Abuse & Neglect: The International Journal* **8** (28): 877.
27. Zilberstein, K. (2006). Clarifying core characteristics of attachment disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 55-64.
28. Hanson RF, Spratt EG (2000). "Reactive Attachment Disorder: what we know about the disorder and implications for treatment". *Child Maltreat* **5** (2): 137–45.
29. Wilson SL (2001). "Attachment disorders: review and current status". *J Psychol* **135** (1): 37–51. [PMID 11235838](#).
30. Chaffin *et al.* (2006), p. 81. The APSAC Taskforce Report
31. Chaffin *et al.* (2006), pp. 82–83. The APSAC Taskforce Report
32. Guttman-Steinmetz S, Crowell JA (2006). "Attachment and externalizing disorders: a developmental psychopathology perspective". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **45** (4): 440–51.
33. Randolph, Elizabeth Marie. (1996). *Randolph Attachment Disorder Questionnaire*. Institute for Attachment, Evergreen CO.
34. Mercer J (2005). "[Coercive restraint therapies: a dangerous alternative mental health intervention](#)". *MedGenMed* **7** (3): 6. [PMID 16369232](#).
35. Cappelletty G, Brown M, Shumate S (2005). "Correlates of the Randolph Attachment Disorder Questionnaire (RADQ) in a Sample of Children in Foster Placement". *Child and Adolescent Social Work Journal* **22** (1): 71–84.. "The findings showed that children in foster care have reported symptoms within the range typical of children not involved in foster care. The conclusion is that the RADQ has limited usefulness due to its lack of specificity with implications for treatment of children in foster care"
36. Zeanah CH (1996). "Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy". *J Consult Clin Psychol* **64** (1): 42–52.
37. Bowlby [1969] (1997 edition) pp. 224–27.
38. Bowlby [1969] (1997 edition) pp. 313–17.
39. Bretherton I, Munholland KA (1999). "Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited". In Cassidy J and Shaver PR (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. pp. 89–111. Guilford Press [ISBN 1-57230-087-6](#).
40. Bowlby [1969] (1997 edition) p. 354.
41. Van Ijzendoorn M, Bakermans-Kranenburg M (September 2003). "Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different". *Attachment & Human Development* **5** (3): 313–20(8).
42. Thompson RA (2000). "The legacy of early attachments". *Child Dev* **71** (1): 145–52.
43. Chaffin *et al.* (2006), p. 77. The APSAC Taskforce Report
44. Chaffin *et al.* (2006), p. 82–83. The APSAC Taskforce Report
45. Boris NW, Zeanah CH, Larrieu JA, Scheeringa MS, Heller SS (1998). "[Attachment disorders in infancy and early childhood: a preliminary investigation of diagnostic criteria](#)". *Am J Psychiatry* **155** (2): 295–97. [PMID 9464217](#). Retrieved on [2008-01-31](#).
46. Boris NW, Zeanah CH (1999). "Disturbance and disorders of attachment in infancy: An overview". *Infant Mental Health Journal* **20**: 1–9.
47. Zeanah CH (2000). "Disturbances and disorders of attachment in early childhood". In Zeanah CH (Ed.) *Handbook of infant mental health* (2nd ed.) pp. 358–62. New York: Guilford Press. [ISBN 1593851715](#)
48. Greenberg MT (1999). *Attachment and Psychopathology in Childhood*. In Cassidy J and Shaver PR (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. pp. 469–96. Guilford Press [ISBN 1-57230-087-6](#)
49. Main M, Hesse E (1990) "Parents' unresolved traumatic experiences are related to infants' insecure-disorganized/disoriented attachment status: Is frightened or frightening behavior the linking mechanism?" In Greenberg M, Cicchetti D and Cummings E (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, pp. 161–182 Chicago: University of Chicago Press. [ISBN 0226306305](#).
50. Mercer (2006), pp. 104–05.
51. Prior & Glaser (2006), p. 218.
52. Marshall PJ, Fox NA (2005). "Relationship between behavioral reactivity at 4 months and attachment classification at 14 months in a selected sample". *Infant Behavior and Development* **28**: 492–502 Prior & Glaser (2006), p. 219.
53. Zeanah CH, Fox NA (2004). "Temperament and attachment disorders". *J Clin Child Adolesc Psychol* **33** (1): 32–41.
54. Heller SS, Boris NW, Fuselier SH, Page T, Koren-Karie N, Miron D (2006). "Reactive attachment disorder in maltreated twins follow-up: from 18 months to 8 years". *Attach Hum Dev* **8** (1): 63–86.
55. DSM-IV-TR (2000) [American Psychiatric Association](#) p. 129.
56. Prior & Glaser (2006), pp. 218–19.
57. Chisholm K, Carter M, Ames E, Morison S (1995). "Attachment Security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages". *Development and psychopathology* **7**, 283–94.

58. Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH (2002). "Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **41** (8): 972–82..
59. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E (2005). "Attachment in institutionalized and community children in Romania". *Child Dev* **76** (5): 1015–28.
60. Chisholm K (1998). "A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages". *Child Dev* **69** (4): 1092–106.
61. O'Connor TG, Rutter M (2000). "Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **39** (6): 703–12.
62. Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH (2004). "Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **43** (5): 568–77.
63. Prior & Glaser (2006), p. 215.
64. [DSM-IV American Psychiatric Association](#) 1994, as discussed in Chaffin *et al.* (2006), p. 81.
65. Bonanno GA (2004). "[Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?](#)" (PDF). *American Psychologist* **59** (1): 20–28.
66. Hinshaw-Fuselier S, Boris NW, Zeanah CH (1999). "Reactive attachment disorder in maltreated twins". *Infant Mental Health Journal* **20**: 42–59.
67. Prior & Glaser (2006), p. 231.
68. Bakermans-Kranenburg M, van IJzendoorn M, Juffer F (2003). "[Less Is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood](#)" (PDF). *Psychological Bulletin* **129**: 195–215.
69. Stovall KC, Dozier M (2000). "The development of attachment in new relationships: single subject analyses for 10 foster infants". *Dev. Psychopathol.* **12** (2): 133–56.
70. Cohen N, Muir E, Lojkasek M, Muir R, Parker C, Barwick M, Brown M (1999). "Watch, wait and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy". *Infant Mental Health Journal* **20**: 429–51.
71. van den Boom D (1994). "The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants". *Child Development* **65**: 1457–77.
72. van den Boom D (1995). "Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants". *Child Dev* **66** (6): 1798–816.
73. Benoit D, Madigan S, Lecce S, Shea B, Goldberg S (2002). "Atypical maternal behaviour toward feeding disordered infants before and after intervention". *Infant Mental Health Journal* **22**: 611–26.
74. Toth, S; Maughan A, Manly J, Spagnola M, Cicchetti D (2002). "The relative efficacy of two in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory". *Development and psychopathology* **14**: 877–908.
75. Marvin R, Cooper G, Hoffman K, Powell B (April 2002). "[The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver – pre-school child dyads](#)" (PDF). *Attachment & Human Development* **4** (1): 107–24. Cooper G, Hoffman K, Powell B and Marvin R (2005). "The Circle of Security Intervention; differential diagnosis and differential treatment". In Berlin LJ, Ziv Y, Amaya-Jackson L and Greenberg MT (Eds.) *Enhancing Early Attachments: Theory, research, intervention, and policy*. pp. 127–51. The Guilford Press. Duke series in Child Development and Public Policy. (2005) [ISBN 1593854706](#).
76. Dozier M, Lindheim O and Ackerman JP (2005) "Attachment and Biobehavioral Catch-Up: An intervention targeting empirically identified needs of foster infants". In Berlin LJ, Ziv Y, Amaya-Jackson L and Greenberg MT (Eds.) *Enhancing Early Attachments: Theory, research, intervention, and policy* pp. 178–94. Guilford Press. Duke series in Child Development and Public Policy. (2005) [ISBN 1593854706](#) (pbk)
77. Zeanah CH, Larrieu JA (1998). "Intensive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care". *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **7** (2): 357–71. [PMID 9894069](#).
78. Larrieu JA, Zeanah CH (2004). "Treating infant-parent relationships in the context of maltreatment: An integrated, systems approach". In Saner A, McDonagh S and Roesenblum K (Eds.) *Treating parent-infant relationship problems* pp. 243–64. New York. Guilford Press. [ISBN 1593852452](#)
79. Zeanah CH, Smyke AT (2005) "Building Attachment Relationships Following Maltreatment and Severe Deprivation". In Berlin LJ, Ziv Y, Amaya-Jackson L and Greenberg MT (Eds) *Enhancing Early Attachments: Theory, research, intervention, and policy* The Guilford Press. Duke series in Child Development and Public Policy. (2005) pp. 195–216. [ISBN 1593854706](#) (pbk)
80. Lieberman AF, Silverman R, Pawl JH (2000). "Infant-parent psychotherapy". In Zeanah CH (Ed.) *Handbook of infant mental health* (2nd ed.) p. 432. New York: Guilford Press. [ISBN 1593851715](#)
81. "[Dir/floortime model](#)". Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders (2007). Retrieved on [2008-02-02](#).
82. Newman L, Mares S (2007). "Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders". *Curr Opin Psychiatry* **20** (4): 343–8.
83. Chaffin *et al.* (2006), pp. 79–80. The APSAC Taskforce Report.
84. Chaffin *et al.* (2006), p. 85. The APSAC Taskforce Report
85. Chaffin *et al* (2006), p. 78–83. The APSAC Taskforce Report.
86. Speltz ML (2002). "[Description, History and Critique of Corrective Attachment Therapy](#)" (PDF). *The APSAC Advisor* **14** (3): 4–8. Retrieved on [2008-03-03](#).
87. Prior & Glaser (2006), p. 267.
88. Chaffin *et al.* (2006), p.79. The APSAC Taskforce Report.
89. Chaffin *et al* (2006), pp. 79–80. The APSAC Taskforce Report.
90. O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA (2003). "Child-parent attachment following early institutional deprivation". *Dev. Psychopathol.* **15** (1): 19–38..
91. O'Connor TG, Bredenkamp D, Rutter M, & The English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (1999). "Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation". *Infant Mental Health Journal* **20**: 10–29.

92. Hodges J, Tizard B (1989). "Social and family relationships of ex-institutional adolescents". *J Child Psychol Psychiatry* **30** (1): 77–97.
93. Roy P, Rutter M, Pickles A (2004). "Institutional care: Associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **45** (4): 866–73.
94. Hall SE, Geher G (2003). "Behavioral and personality characteristics of children with reactive attachment disorder". *J Psychol* **137** (2): 145–62.

Szczególnie polecane

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Text Revision* Washington, DC: American Psychiatric Association. [ISBN 0890420254](https://doi.org/10.1176/00007727090000000000000000000000)
- Bowlby J [1969] (1997). *Attachment and Loss: Attachment Vol 1 (Attachment and Loss)*. Pimlico; New Ed edition [ISBN 0712674713](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01671.x)
- Bowlby J (1973). *Attachment and Loss: Separation - Anxiety and Anger v. 2* (International Psycho-Analysis Library). London: Hogarth Press. [ISBN 0701203013](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1973.tb01671.x)
- Bowlby J (1980). *Attachment and Loss: Loss - Sadness and Depression v. 3* (International Psycho-Analysis Library). London: Hogarth Press. [ISBN 0701203501](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1980.tb01671.x)
- Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, *et al* (2006). "Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems". *Child Maltreat* **11** (1): 76–89.
- Mercer J (2006). *Understanding Attachment: Parenting, child care and emotional development*. Westport, CT: Praeger. [ISBN 0275982173](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01671.x)
- Prior V, Glaser D (2006). *Understanding Attachment and Attachment Disorders. Theory, Evidence and Practice*. Child and Adolescent Mental Health series, RCPRTU, Jessica Kingsley Publishers. [ISBN 978-1-84310-245-8](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01671.x) (pbk)

Tłumaczyła Małgorzata Majewska
Misja Nadziei
www.misjanadziei.org.pl