

Aleksandra Hytroś-Kiwała¹, Monika Dacka²

**ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT.
PERSPEKTYWA ROZWOJOWA I PSYCHOANALITYCZNA**
**INFANT MENTAL HEALTH.
A DEVELOPMENTAL AND PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE**

¹Zespół Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie

²Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

mental health
infancy
mental health factor

Streszczenie

Artykuł ma charakter teoretyczny. Jego celem jest przegląd wybranych uwarunkowań zdrowia psychicznego niemowląt z perspektywy psychologii rozwoju człowieka i psychoanalizy. Połączenie obu punktów widzenia pozwala na całościowe ujęcie potrzeb rozwojowych okresu niemowlęcego i przyjrzenie się początkowi życia człowieka, kładąc nacisk na zdrowie psychiczne jako podstawę „prawdziwego Ja”. Rozpoznanie potencjału rozwojowego niemowlęcia zapisanego nie tylko w dyspozycji temperamentalnej, neurobiologicznej, poznawczej, motorycznej, ale także emocjonalnej i społecznej możliwe jest dzięki wnikliwej i czulej obserwacji delikatnej matrycy tworzenia wczesnych więzi w sprzyjającym środowisku.

Okres niemowlęcy to czas intensywnego rozwoju dziecka i doskonalenia wielu umiejętności, w tym naśladowania i tworzenia relacji. Dotychczasowe badania i obserwacje wskazują, że pozbawienie dziecka prawidłowej i ciągłej opieki może negatywnie wpływać na jego rozwój. Ogranicza lub hamuje zdolności w zakresie tworzenia więzi, a także podejmowanie kolejnych kroków rozwojowych w obszarze mowy, motoryki, rozwoju emocjonalnego i społecznego.

W artykule podjęto próbę wskazania istotnego znaczenia zdrowia psychicznego niemowlęcia, jego uposażenia biologicznego, indywidualnego sposobu doświadczania rzeczywistości, własnej podmiotowości, regulacji emocjonalnej, komunikowania własnych emocji, eksploracji otoczenia oraz więzi z opiekunem.

Rozwojowa część artykułu skoncentrowana została wokół tematyki kształtowania umiejętności psychomotorycznych dziecka, przywiązania oraz komunikacji. W części psychoanalitycznej nawiązano do czynników teorii relacji z obiektem sprzyjających instalacji dobrego obiektu wewnętrznego i umożliwiających rozwój umysłu oraz ego niemowlęcia. Opisano także taniec intymności i interakcji między matką i niemowlęciem, rozróżniając funkcjonowanie niemowlęcia zdrowego i chorego. Szczególną uwagę zwrócono na warunki stwarzające szansę na zbudowanie matrycy porozumienia sprzyjającego rozwojowi emocjonalnemu niemowlęcia i rozwojowi w ogóle.

Summary

This article is theoretical in nature. Its aim is to review selected determinants of infant mental health from the perspectives of human development psychology and psychoanalysis. The combination of both perspectives allows for a holistic view of the developmental needs of infancy and a look at the beginning of a person's life, emphasising mental health as the basis of the "true self". Recognising the developmental potential enshrined not only in the temperamental, neurobiological, cognitive, and motor dispositions but also in the emotional and social dispositions is possible through careful and sensitive observation of the delicate matrix of early bond formation in a supportive environment. The infancy period is a time of intense child development and the honing of many skills, including imitation and relationship formation. Research and observations to date indicate that depriving a child of proper and continuous care can negatively affect their development. It limits or inhibits the ability to form bonds, as well as to take further developmental steps in the areas of speech, motor, emotional and social development.

The article attempts to identify the vital importance of an infant's mental health, biological endowment, individual way of experiencing reality, one's own subjectivity, emotional regulation, communication of one's own emotions, exploration of the environment and bonding with the caregiver. The developmental part of the article focused on the formation of the infant's psychomotor skills, attachment and communication. In the psychoanalytic part, reference is made to the factors of object relations theory that foster the installation of a good internal object and enable the infant's mind and ego to develop. The dance of intimacy and interaction between mother and infant is also described, distinguishing between the functioning of the healthy and sick infant. Particular attention was paid to the conditions that provide an opportunity to build a matrix of understanding conducive to the infant's emotional development and development in general.

Wstęp

Konceptualizacja zagadnienia zdrowia psychicznego dostarcza wielu problemów. Trudno jest połączyć „zdrowie psychiczne” z niemowlęstwem. Najczęściej utożsamiane ono bywa z bezpieczeństwem, regulacją emocjonalną, odkrywaniem najbliższego otoczenia. Zeanah i Zeanah [1, s. 6] definiują zdrowie psychiczne jako „zdolność małego dziecka do doświadczania, regulowania i wyrażania emocji, tworzenia bliskich i bezpiecznych relacji oraz eksplorowania środowiska i uczenia się”. Wszystkie umiejętności składowe związane ze zdrowiem psychicznym będą możliwe do osiągnięcia przy adekwatnym rozpoznaniu indywidualnych potrzeb niemowlęcia oraz możliwości ich zaistnienia w kontekście troskliwego środowiska (obejmującego matkę, ojca, rodzinę, sąsiedztwo, wymagania kulturowe) [2]. Prowadzone dotychczas badania nad zdrowiem psychicznym niemowląt na płaszczyźnie psychiatrii i psychologii rozwojowej wykazały, że rola opiekuna, a zwłaszcza bezpieczne przywiązanie do niego i wrażliwość, mają ważne znaczenie dla zdrowia psychicznego najmłodszych [3]. Coraz częściej nacisk kładziony jest na „matczyną świadomość” [4] lub „funkcję refleksyjną” [5] opiekuna. Sameroff [6] zwrócił uwagę na to, że zdrowie i zaburzenia psychiczne niemowląt są wynikiem „interakcyjnych zmian rozwojowych zachodzących w sposób ciągły między dzieckiem a środowiskiem” [7, s. 238].

W artykule podjęto próbę wskazania czynników zdrowia psychicznego dzieci w okresie niemowlęcym. Szczególnie istotne znaczenie miała analiza relacji między matką a dzieckiem oraz dostrzeżenie zasobów występujących w środowisku dziecka.

Zdrowie psychiczne niemowląt i jego wybrane uwarunkowania

Zdrowie psychiczne niemowląt to pole działań badawczych wielu dyscyplin, obejmujących teorię i praktykę, a także poszukiwania metod zapobiegania cierpieniu, leczenia go oraz wzmacniania kompetencji małych dzieci. Z uwagi na niesamodzielność psychiki niemowlęcia, jego zależność od rodziców i tego, w jakim zakresie wzmacniają lub utrudniają oni rozwój dziecka, niemowlęstwo bywa uznawane za najbardziej kruchy rozwojowo okres. Zgłębianie zagadnienia zdrowia psychicznego niemowląt obejmuje bliższe przyglądanie się intymności kontaktu w pierwotnych relacjach. Służy do tego między innymi obserwacja psychoanalityczna. Dostrojenie i znajomość głębokich reakcji emocjonalnych umożliwiają rozpoznanie przeciwp przeniesień oraz przebiegu nieświadomych i utajonych procesów emocjonalnych.

Badania nad rozwojem mózgu, wpływem stresu i traumy oraz trudności środowiskowych pomogły w rozpoznaniu czynników ryzyka, skutkujących zaburzeniami psychicznymi w dorosłości (depresja, uzależnienia, choroby serca, nowotwory, otyłość i cukrzyca). Im wcześniej w rozwoju istniała trudność, tym bardziej narażony na choroby i problemy psychologiczne był człowiek dorosły, stąd niemowlęstwo uznano za krytyczny okres w rozwoju mózgu, co zostało potwierdzone badaniami.

Model zdrowia psychicznego niemowląt zakłada rozpoznanie silnych stron w funkcjonowaniu dziecka i tego, jak pomagają mu one radzić sobie z obecnymi trudnościami. Podkreśla się podmiotowość dziecka w przeżywaniu rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej oraz wagę stabilnej relacji z opiekunem, która z czasem buduje psychikę niemowlęcia. Należy również brać pod uwagę system rodzinny, jakość relacji małżeńskiej oraz poziom rodzicielskich i uwarunkowanych kulturowo przekonań, dotyczących tego, co jest zdrowe, a co wymaga zmiany lub opieki.

Za behawioralne wskaźniki silnych stron uznano: regulację emocjonalną, umiejętność komunikowania emocji, aktywną eksplorację otoczenia [1]. U starszych dzieci o stanie zdrowia psychicznego w niemowlęctwie świadczą kompetencje społeczne, między innymi prężność (zdolność podnoszenia się po porażkach i radzenia sobie w sytuacjach stresowych), adekwatne zachowania adaptacyjne, zasoby emocjonalne i poznawcze. Obecność troskliwego opiekuna, który rozpoznaje potrzeby, jest dostępny i potrafi wspomagać rozwój dziecka w czasie, jest najbardziej istotnym czynnikiem budującym zasoby zdrowia psychicznego najmłodszych [1]. Badania National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) [8, 1] wymieniają kilka wskaźników trudności występujących u dzieci, które wymagają profilaktyki w zakresie kompetencji obejmujących zdrowie psychiczne wczesnego okresu rozwojowego. Są nimi: agresja (w wieku 2 i 9 lat dzieci wykazują wysoką reaktywność i słabą regulację); objawy PTSD (badania wykazały słuszność psychoterapii matka — dziecko i jej skuteczność); autyzm — możliwy do rozpoznania już w 2. roku życia; lęk separacyjny w wieku 2 lat [1].

Specyfika okresu niemowlęcego

Okres niemowlęcy to intensywny etap w rozwoju dzieci, związany z kształtowaniem więzi z opiekunami, rozwijania umiejętności chodzenia, mówienia oraz nabywania po-

czucia odrębności [9]. Badania Naumovej i współpracowników [10] wykazały, że etap ten jest szczególnie istotny dla rozwoju dzieci ze względu na zwiększoną plastyczność mózgu oraz budowanie interakcji matka — dziecko, sprzyjającej rozwojowi emocjonalnemu i poznawczemu najmłodszych w dalszych etapach życia. W pierwszym roku życia intensywnie zachodzi rozwój psychoruchowy związany z wzajemnymi relacjami między percepcją, aktywnością, pamięcią oraz dojrzewaniem układu nerwowego dziecka.

Piaget [11] wykazał istnienie związku między rozwojem motorycznym i poznawczym u dzieci. Stwierdził, że istotne znaczenie w rozwoju poznawczym ma „konstruktywna strukturalizacja” [11, s. 44], w której „dziecko konstruuje wszystkie poznawcze podstruktury, które będą stanowić punkt wyjścia dla jego późniejszego rozwoju percepcyjnego i intelektualnego” [11, 3]. W teorii Piageta [12] występują cztery stadia rozwoju poznawczego: sensomotoryczne, myślenia przedoperacyjnego, operacji konkretnych i formalnych.

Stadium sensomotoryczne (od urodzenia do 24. miesiąca życia¹⁾) cechuje się dużą wrażliwością dziecka na bodźce sensoryczne i zdolnością do reagowania odruchowego. Są to ważne elementy rozwijającej się inteligencji. W tym stadium kształtuje się podstawowa wiedza dziecka o sobie i otaczającym świecie, powstają pierwsze schematy o charakterze sensoryczno-motorycznym, sprzyjające nawiązywaniu interakcji z otoczeniem. Zachodzi rozwój inteligencji praktycznej oraz pojawia się zdolność myślenia sytuacyjnego, pozwalająca dziecku lepiej dostosować się do funkcjonowania w środowisku rozwojowym. W tym czasie kształtuje się również stałość przedmiotu [13, 14].

W pierwszym stadium wyróżnionych zostało sześć podstadiów. Pierwsze z nich to ćwiczenie odruchów (od urodzenia do 1. miesiąca życia) — zachodzi tutaj modyfikacja odruchów, następuje łączenie przyczyny i skutku dzięki spontanicznym reakcjom odruchowym. Dzieci przejawiają reakcje odruchowe na określone stymulacje. Drugie podstadium to reakcje okrężne pierwotne (od 2. do 4. miesiąca życia) — dziecko w tym czasie powtarza czynności stanowiące nabyte przystosowania, które ograniczają się do własnego ciała (np. ssanie placów rąk i nóg, wokalizacje, kopanie). Trzecie podstadium stanowią reakcje okrężne wtórne (od 4. do 8. miesiąca życia), dziecko zaczyna wówczas chwycić rzeczy i wykonywać z nimi określone ruchy, na przykład postukiwanie, potrząsanie. Dzieci na tym etapie nie do końca rozumieją, dlaczego podejmowane działania prowadzą do określonych rezultatów [13, 14]. Czwarte podstadium to koordynacja schematów wtórnych (od 8. do 12. miesiąca życia). Dziecko na tym etapie łączy schematy, a dzięki intencjonalności jest zdolne podejmować działania ukierunkowane na cel [13, 14]. Piąte podstadium stanowią reakcje okrężne trzeciego rzędu (od 12. do 18. miesiąca życia). Dziecko dzięki podejmowanym próbom działania z przedmiotami zaczyna tworzyć wiedzę o nich. Na tym etapie celem dziecka jest poznanie wszystkich właściwości przedmiotu za pomocą metody prób i błędów. Zostaje również ukształtowana stałość przedmiotu [13, 14]. W szóstym podstadium — reprezentacji symbolicznych (wglądu; od 18. do 24. miesiąca życia) — tworzą się schematy umysłowe (reprezentacje poznawcze działań oraz przedmiotów), które umożliwiają dziecku zastąpienie realnych obiektów i czynności. Pewnymi dowodami istnienia obrazów umysłowych są na przykład naśladownictwo odróżnicowane (naśladowanie zachowania po pewnym czasie od jego ekspozycji), zabawa symboliczna (inaczej

¹⁾ Większość prac Piageta wskazuje czas trwania tego okresu na pierwsze dwa lata życia.

zabawa w udawanie, w której dziecko zastępuje określony przedmiot zastępczym), mowa czy wgląd (wewnętrzny sposób rozwiązania problemu). Myślenie dziecka zaczyna stawać się coraz bardziej symboliczne i uwewnętrznione.

Stadium drugie — myślenia przedoperacyjnego — trwa od 2. do 7. roku życia. Charakteryzuje się brakiem jasnej granicy między światem zewnętrznym a wewnętrznym. Dziecko w tym czasie rozwija pięć umiejętności reprezentacyjnych, mających znaczenie dla umysłowej manipulacji przedmiotami, między innymi naśladowanie odróżnicowane (odroczone), obrazy umysłowe, zabawę symboliczną, rysunek symboliczny oraz język. Myślenie przedoperacyjne cechuje egocentryzm, realizm, animizm i antropomorfizm. Najmłodszy zaczyna odtwarzać zachowania zauważone w otoczeniu, stosując własną symbolikę oraz powoli rozpoczynają rozumieć zasady społeczne [13,14].

Stadium operacji konkretnych (od 7. do 11. roku życia) charakteryzuje się dostrzeganiem związków przyczynowo-skutkowych, lepszym radzeniem sobie z rozwiązywaniem problemów mających wyraźny związek z rzeczywistością fizyczną. Na tym etapie zostają ukształtowane pojęcia niezmienności, stałości, liczby, objętości, ciężaru.

Ostatnie stadium — operacji formalnych (od 11. do 16. roku życia) — cechuje się zdolnościami do wyższych operacji umysłowych z zastosowaniem materiału abstrakcyjnego oraz doskonalenia rozumienia logicznego [13, 14].

Rozwój poznawczy, emocjonalny, motoryczny i komunikacyjny sprzyjają kształtowaniu czynników odpowiedzialnych za zdrowie psychiczne.

Przychodząc na świat, dzieci są wyposażone w zdolność naśladowania. Wczesną formą komunikacji między dzieckiem i opiekunem są gesty, ruchy, kontakt wzrokowy czy gaworzenie. Zdaniem Hobsona [15] podstawę powstającej relacji między dzieckiem a rodzicem stanowią emocje. Około 8. miesiąca życia pojawiają się relacje triadyczne (między dzieckiem, opiekunem, przedmiotem lub wydarzeniem). Okres niemowlęcy określany jest jako kluczowy dla rozwijania i kształtowania bezpiecznej więzi z rodzicem [16]. Czynnikiem determinującym rozwój przywiązania są emocjonalna i fizyczna dostępność opiekuna, jego wrażliwość oraz gotowość do reagowania na sygnały kierowane do niego przez dziecko.

Rozwój przywiązania i komunikacji

Według teorii przywiązania [17] regulacja emocji stanowi podstawę relacji opiekuńczej. W pierwszym roku życia niemowlęta potrzebują bliskości, która spełnia funkcje ochronne oraz jest pomocna w radzeniu sobie ze stresem i zaspokajaniem potrzeb [18]. Przywiązanie stanowi długotrwałą, głęboką więź powstającą między osobami, której zadaniem staje się utrzymanie bliskości [19]. Zdaniem Bowlby'ego [20] przywiązanie dziecka do danej osoby wiąże się ze skłonnością do szukania bliskości i kontaktu z nią w różnych sytuacjach, szczególnie tych trudnych. Ważnym elementem jest „system behawioralny przywiązania”, który wiąże się z systemem zachowań (związanych z bliskością oraz ochroną biologiczną dzieci przez rodziców). Według Bowlby'ego [18] na system ten składają się oparte na doświadczeniu „wewnętrzne modele robocze” siebie oraz opiekuńczego środowiska. Stanowią one „rdzeń wewnętrznego świata każdego z nas, istotę tego, jak skłonni jesteśmy postrzegać siebie i innych, jak rozumiemy relacje i czego się po nich spodziewamy — to

matryca, na podstawie której tworzymy kolejne więzi w naszym życiu” [21, s. 187]. Postulując te komponenty poznawcze i ich wykorzystanie przez system przywiązania, teoria ta umożliwia wyjaśnienie mechanizmu, za pomocą którego doświadczenie dziecka w postaci przywiązania wpływa na kształtowanie się wzorca przywiązania.

W ujęciu Bowlby’ego „żadna koncepcja w ramach przywiązania nie jest bardziej centralna dla psychiatrii rozwojowej niż koncepcja bezpiecznej bazy” [22, s. 163–164]. Termin „bezpieczna baza” ma dwa znaczenia. Pierwsze z nich wiąże się ze swobodną eksploracją otoczenia przez dziecko, drugie zaś odnosi się do bezpiecznej przystani, do której może ono wrócić w sytuacjach doświadczanego niepokoju. Poczucie bezpieczeństwa oparte jest na pewności niemowlęcia, że rodzic odpowiednio zareaguje na wysyłane przez nie sygnały, „szczególnie, gdy zmęczy się lub przestraszy” [22, s. 132].

Zachowanie przywiązaniowe bywa określane jako „poszukiwanie i utrzymywanie bliskości z inną jednostką” [19, s. 227]. Dzieci już od najmłodszych lat próbują wchodzić w kontakt z opiekunami przez pewne zachowania, na przykład płacz, ssanie czy uśmiech. Kształtująca się relacja rodzic — dziecko w okresie niemowlęcym ma duże znaczenie dla rozwoju społecznego oraz emocjonalnego dzieci [23]. Istotą zdrowego dorastania psychicznego jest to, że „niemowlę i małe dziecko powinno doświadczać ciepłej, intymnej i ciągłej relacji z matką (lub stałą matką zastępczą), w której oboje znajdują satysfakcję i radość” [24, s. 11].

Styl przywiązania jest znaczącym predyktorem regulacji emocji, strategii radzenia sobie, a także dostosowania się do stresorów. Stanowi również wskaźnik podatności na trudności ze zdrowiem psychicznym [25]. Zdaniem Bowlby’ego [26] rozwój stylu przywiązania przypada zwłaszcza na okres niemowlęcy i poniemowlęcy. W tych okresach zachodzą trzy fazy: orientowanie się i sygnały kierowane bez rozróżniania osób; orientowanie się i sygnały kierowane do jednej lub więcej wybranych osób; utrzymywanie bliskości wobec wybranej osoby za pomocą sygnałów i lokomocji. Pierwsza z faz rozpoczyna się w momencie urodzenia i trwa od 8 do 12 tygodni. W tym czasie dominuje aktywność opiekuna. Dziecko wykorzystuje pewne wrodzone zasoby (płacz, krzyk), by utrzymać z nim kontakt. Odwraca głowę w jego stronę, wokalizuje, uśmiecha się. Orientowanie się i sygnały kierowane są do jednej lub więcej wybranych osób. Z czasem dziecko ukierunkowuje wysyłane sygnały do jednej, konkretnej osoby (to druga faza, która trwa od 2.–3. miesiąca do 6. miesiąca życia). Osoba główna przywiązania staje się adresatem jego sygnałów. Nie są to tylko sygnały skłaniające do działań zabawowych. Dzieci próbują dopasować swoje zachowania do działań opiekuna. W trzeciej fazie dziecko nawiązuje przyjacielskie relacje z większą grupą osób, z którą jest w kontakcie. Matka w tym czasie staje się główną postacią przywiązania.

Zdaniem Rescorli [27] niektóre umiejętności społeczno-poznawcze służą jako społeczno-poznawcze składowe języka. Niemowlęta już po urodzeniu rozpoczynają komunikację z opiekunami przez wysyłane sygnały behawioralne, takie jak płacz, gruchanie czy ruchy ciała. Celem aktywności niemowląt jest zaangażowanie opiekunów w zaspokojenie ich potrzeb [28]. W ciągu pierwszych 3 miesięcy niemowlęta wyrażają swoje potrzeby przez wchodzenie w interakcje z otoczeniem i uśmiechanie się [29]. W okresie między 6. a 9. miesiącem używają gestów symbolicznych [30].

Bezpieczne przywiązanie wiąże się z tym, że rodzice właściwie oraz konsekwentnie reagują na potrzeby dzieci [17]. Najmłodszy postrzegają opiekunów jako bezpieczną bazę

eksploracji otoczenia oraz kształtowania swojej niezależności. W okresie wczesnego i średniego dzieciństwa stanowi to ważny wskaźnik dostosowania emocjonalno-społecznego [31]. Tworzy wyznaczniki zdrowia psychicznego, umożliwiając realizację potencjału rozwojowego. Zdaniem Czub [32] przywiązanie i wynikające z niego skutki mają znaczenie dla rozwoju emocjonalnego i społecznego dzieci w przyszłości. Warto zauważyć, że dzieci z bezpiecznym przywiązaniem mają zdolność do regulacji emocji nawet pod nieobecność opiekuna, co jest kolejną kompetencją z zakresu zdrowia psychicznego [33].

Przywiązanie pozabezpieczne rozwija się wtedy, gdy rodzic reaguje nieadekwatnie do potrzeb dziecka [20]. Niemowlęta doświadczają wówczas niespójnych, negatywnych lub odrzucających reakcji ze strony opiekuna. Towarzyszy im lęk, strach i dezorientacja. Taki styl przywiązania może również powodować pewne trudności w opiece macierzyńskiej [34]. Prowadzi to do tego, że niemowlę nie szuka opiekuna w sytuacji, gdy jest zestresowane kontaktem z nim, doświadcza odrzucenia, braku wrażliwości i niespójności ze strony osoby znaczącej [35]. Traumatyczne trudności w okresie niemowlęcym i niestabilność przywiązania są postrzegane jako czynniki zwiększające podatność na zaburzenia psychiczne w życiu dorosłym [36]. Do pozabezpiecznych stylów przywiązania należą między innymi styl unikający, lękowo-ambiwalentny oraz zdeorganizowany.

Pierwszy rozwija się, gdy dziecko doświadcza frustracji z powodu niezaspokojenia podstawowych potrzeb przez opiekuna, traktując to jako odrzucenie i brak akceptacji [19, 37]. Unikające przywiązanie związane jest z trudnościami internalizacyjnymi i wycofaniem społecznym, a także z trudnościami w regulacji emocji [38]. Najmłodsi próbują regulować swoje emocje, ale ich próby dostosowania okazują się nieskuteczne [39]. Dzieci mają problemy z identyfikacją emocji, negatywnie oceniają sytuacje obciążające je emocjonalnie oraz stosują mało adaptacyjne strategie radzenia sobie z nimi [40].

Lękowo-ambiwalentny styl przywiązania przekłada się na tworzenie niespójnych, niestabilnych schematów opieki wobec dzieci. Rodzic raz reaguje, a innym razem nie odpowiada na sygnały wysyłane przez dziecko. Dzieci z jednej strony naturalnie pragną bliskości z opiekunem, z drugiej zaś przeżywają lęk przed bliskością z nim [37]. Przywiązanie lękowo-ambiwalentne wiąże się ze zwiększoną podatnością na doświadczanie lęku, skłonnością do zamartwiania się [41]. Dzieci z przywiązaniem lękowo-ambiwalentnym starają się regulować swoje emocje, ale ich próby okazują się nieskuteczne [39]. Ponadto mają one problemy z identyfikacją emocji, negatywnie oceniają sytuacje obciążające je emocjonalnie oraz stosują mniej adaptacyjne strategie radzenia sobie [40]. Zdeorganizowany styl przywiązania cechuje się oszołomieniem, zagubieniem, obawami. Dziecko może zmierzać w kierunku matki i jednocześnie unikać z nią kontaktu wzrokowego (matka stanowi jednocześnie źródło komfortu i stresu). Doświadcza silnego lęku, przejawia nietypowe zachowania, na przykład zastyga, wpatruje się, przybiera dziwne pozy. W sytuacji kontaktu z matką czuje się dezorientowane.

Konsekwencją stylów pozabezpiecznych są trudności w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, przyczyniające się w dłuższej perspektywie do zaburzeń zdrowia psychicznego. Prowadzone dotychczas badania wskazują, że dzieci, które budują bezpieczne przywiązanie z rodzicami czy opiekunami, w przyszłości przejawiają mniej zachowań internalizujących i eksternalizujących [42]. Mają lepiej ukształtowane kompetencje społeczne i budują znaczącą jakościowo przyjaźnię. Dzieci tworzące przywiązanie pozabezpieczne wykazują zwiększoną

skłonność do chorób fizycznych, funkcjonują gorzej pod względem kompetencji społecznych i psychologicznych [43]. Niemowlęta, które doświadczają niepewności ze strony opiekuna, w sytuacji odczuwanego dyskomfortu nie poszukują go. Rodzic/opiekun wydaje się im nie-spójny, nieczuły i odrzucający [35]. Badania Ainsworth i współpracowników [19] wykazały, że wrażliwość matki na sygnały dziecka jest pozytywnie związana z kształtowaniem ufności przywiązania. Zdaniem Ainsworth wypracowana we wczesnym dzieciństwie więź zależy od wrażliwości opiekuna na sygnały, jakie wysyła dziecko oraz od jego temperamentu [44].

Metody badawcze stosowane w psychologii rozwojowej umożliwiają dostrzeżenie prawidłowości oraz trudności w rozwoju dzieci, mogących przyczyniać się do nieprawidłowości w zakresie ich funkcjonowania psychicznego, zaś teorie psychoanalityczne pozwalają na pogłębioną analizę czynników kształtowania rozwoju najmłodszych z uwzględnieniem procesów wskazujących na kompetencje przyczyniające się do rozwoju umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego.

Teorie psychoanalityczne — sposób rozumienia czynników kształtowania rozwoju dziecka i zdrowia psychicznego

Psychoanalityczne rozumienie rozwoju dziecka obejmuje dynamikę procesów nieświadomych, co w teoriach relacji z obiektem powiązane jest z procesem stopniowej introjekcji obiektów w życiu dziecka i umieszczeniu ich wewnątrz jego psychiki. Możliwość pozytywnego instalowania obiektu wewnętrznego tworzy zasoby niemowlęcia w zakresie podwalin zdrowia psychicznego.

Kiedy niemowlę doświadcza trzymania (holdingu) [45], ma poczucie bycia kochanym. W ten sposób buduje się świat wewnętrzny, umożliwiający rozwój fantazji dziecka. Holding zapoczątkowuje nawiązywanie kontaktu i uczenie się samoregulacji, stanowiąc prototyp zdolności do zabawy. Dzięki temu niemowlę nabywa umiejętności modyfikowania i przekształcania doświadczanego lęku, czyli jednej z kluczowych kompetencji tworzących zdrowie psychiczne. Matka poprzez holding, zwyczajną opiekę i troskę kształtuje umysł dziecka. Połączenie między umysłami matki i niemowlęcia kładzie podwaliny uczenia się drugiego i doświadczania rzeczywistości na bazie rezonansu i intuicji. Wystarczająco dobra matka instynktownie stara się rozpoznać potrzeby niemowlęcia, nazywać je, a następnie stopniowo uczy się przewidywać jego działanie i odpowiadać na nie, adekwatnie rozkodowując znaczenie gestów i odzwierciedlając je. Tworząc strukturę znaczeń, wspiera dziecko w rozwoju w okresie prewerbalnym. Pomaga niemowlęciu stopniowo opanowywać wewnętrzny chaos, w ten sposób umożliwiając integrację. Przeprowadza instynkt w kierunku rozwoju i samourzeczywistniania. Buduje podstawy stabilnego poczucia wartości i wiary w siebie. Umożliwia niepoddawanie się w procesie rozwojowym, dodając siłę i poczucia sprawstwa.

Dzięki tej matczynej funkcji dziecko ma możliwość doświadczenia „myślącej piersi”, tego co Bion [46] nazywa instynktem poszukiwania prawdy i rozróżniania jej od fikcji. W procesie macierzyńskiego *reverie*² matka utrzymuje własny i dziecięcy niepokój

²⁾ *Reverie* — macierzyńskie zamyślenie — „umożliwia odbiór doznań, które niemowlę przekazuje metodą realistycznej identyfikacji projekcyjnej, i nadanie im znaczenia, dzięki zamyśleniu są więc one przekształcane, a niemowlę otrzymuje je z powrotem jako coś znośnego, co może włączyć do swojej osobowości” [42, s. 108].

w umyśle, przetwarzając w ten sposób pierwotne lęki w możliwe do zniesienia dla dziecka. Dodając mu odwagi, buduje możliwości w zakresie podejmowania kolejnych kroków rozwojowych. Brak aktywnej, odzwierciedlającej obecności matki i jej opisanych wyżej zdolności zostawia niemowlę na łasce prymitywnych stanów psychicznych, blokuje realizację kroków rozwojowych.

W klasycznym eksperymencie *still-face* Tronick [47] rozpoznawał reakcje niemowląt na zastygłą niespodziewanie twarz matki, nienawiązującej nagle, po okresie wcześniejszych interakcji, kontaktu z nimi. Ujawnił, że niemowlę przy braku kontaktu z matką „doświadcza gwałtownego otrzeźwienia i zaczyna być nieufne i czujne. Podejmuje szereg prób, żeby przywrócić interakcję do normalnego, wzajemnego rytmu. Kiedy próby te zawodzą, niemowlę wycofuje się i kieruje swoją twarz i ciało w stronę przeciwną od matki. Na twarzy można zobaczyć desperację, poczucie bezradności i wycofanie” [48, s. 452]. Zastygła twarz matki wysyła do dziecka jednocześnie sprzeczne sygnały „witaj” i „do widzenia”, co powoduje uwięzienie emocjonalne niemowlęcia, które podejmuje próby rozpoznania stanu mentalnego opiekunki, a także zaangażowania jej ponownie do żywego kontaktu „twarzą w twarz”, aż do momentu rezygnacji z inicjatywy i poczucia bezradności.

Trevarthen [49], powołując się na eksperyment *still-face*, zwraca uwagę na znaczenie intersubiektywności w zakresie fundamentalnych procesów pierwotnej percepcji, doświadczania emocji i rozpoznania, tworzące system regulacji napięć i afektu między matką a dzieckiem [46]. Procesy opisane w eksperymencie widać na zewnątrz w depresyjnych reakcjach dziecka. Wewnętrznie dotyczą one załamania się stanów macierzyńskiego zamyslenia. Dziecko, będąc w uwięzieniu emocjonalnym, zamiast uczyć się myśleć, rozwija umiejętności nadmiernej identyfikacji projekcyjnej; stara się za wszelką cenę rozpoznać stan matki. „Zapomina” o sobie i swoich potrzebach. Broniąc się przed doświadczanym nadmiarem nieopracowywanych wzajemnie bodźców, odcina się od doświadczeń, wpada w pustkę i uruchamia potrzebę stosowania mechanizmów obronnych już od najwcześniejszych chwil. Przy braku „psychologicznej skóry”, na skutek niewystarczającego kontenerowania emocjonalnego, jest zmuszone używać innych form ochrony, na przykład poprzez przywieranie do martwych przedmiotów, tworząc „drugą skórę” [50]. Radzi sobie z bólem, nie modyfikując doświadczeń w relacji diadycznej, lecz ewakuując impulsy. Jeśli nie trafią one na receptywną emocjonalnie osobę, wracają do dziecka w postaci bezmiennego przerażenia, prowadząc do stanów fragmentacji i depresji.

Stany te obserwowane były w klasycznym eksperymencie dotyczącym małp, z którego wnioski zostały później ekstrapolowane na ludzi i ich wrodzone zachowania związane z poszukiwaniem ciepła i czułości. Harlow [51] wykazał, że małpy preferowały spędzanie czasu ze szmacianą matką zastępczą i wołały ją od drucianej matki, która miała pokarm dla dziecka. Eksperyment Harlowa podważył założenia teorii związanych z popędami, które widziały głód i zaspokajanie go jako źródło motywacji do działań i rozwoju umiejętności. Okazało się, że małpki motywowane były przez ciekawość obiektu i potrzebę uzyskania od niego ciepła i przytulenia. Eksperyment Harlowa uznawany jest za „studium miłości”, wynioskowano z niego bowiem, że chęć poszukiwania ciepła i czułości jest wrodzona, miłość nie pochodzi z głodu konkretnego pożywienia, ale braku ciepła i miłości [51].

Obecność matki, jej ciepło, rezonans i aktywny udział w procesach instynktownej komunikacji i ewakuacji stopniowo, w utajony sposób przekształca doświadczenia sensoryczne.

Umożliwia uporządkowanie doznań i przetworzenie ich w symbol. Konkretnie doświadczenia, takie jak głód i inne potrzeby, mogą być nie tylko przeżywane, ale też można o nich pomyśleć. Symbolizacja jest efektem uczenia się na bazie doświadczeń. Rozpoznawanie tego, co rzeczywiste i doświadczenie braku sprawia, że dziecko może znosić frustracje i stopniowo uznać odrębność obiektu. Za nowo ukształtowaną poznawczą umiejętność rozwojową — stałością obiektu — idą umiejętności emocjonalne doświadczania straty oraz wdzięczności. Modyfikują one mechanizmy obronne, a także zawiść i wszechmocną kontrolę nad obiektem. Niemowlę osiąga kolejny krok w rozwoju emocjonalnym i zaczyna funkcjonować, przechodząc z doświadczeń pozycji schizoidalno-paranoidalnej do depresyjnej [52]. Pierwotnie połączone z matką, na tym etapie może już zacząć budować odrębną przestrzeń, pójść w stronę procesów indywidualnych. Brak wymienionych kompetencji i rozwoju umysłu sprawia, że dziecko doświadcza rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej jako niezrozumiałej. Zatrzymuje się w procesie rozwojowym, opierając się na prymitywnych mechanizmach obronnych związanych z zaprzeczeniem i identyfikacją projekcyjną. Działa na zasadzie przetrwania i tworzy „fałszywe Ja”. Zdobywa umiejętności, ale nie idą one w parze z rozwojem kompetencji emocjonalnych i regulowaniem się w więzi, co w konsekwencji blokuje możliwości przekształcania lęku oraz dalsze etapy rozwoju umysłu i rozwoju w ogóle. Brakuje mu kompetencji emocjonalnych kluczowych dla zdrowia psychicznego.

Mahler [53] zauważyła, że początki życia wiążą się z przechodzeniem przez fazy rozwoju prowadzące do drugich narodzin o charakterze psychologicznym, kiedy to dziecko wyłania się jako byt psychologiczny obdarzony własnym Ja i odrębną tożsamością. Dochodząc do procesu narodzin w obecności wystarczająco dobrej matki, przechodzi przez fazy: normalnego autyzmu (do pierwszego miesiąca życia), kiedy koncentruje się na własnych procesach, a świat zewnętrzny dla niego nie istnieje; symbiozy (2.–5. miesiąc życia) — w którym rozpoczyna się intrapsychiczny stan połączenia i zaangażowanie uczuciowe wobec matki; fazę separacji-indywiduacji, która dzieli się na podfazy: różnicowania (6.–9. miesiąc życia) — kiedy rozpoczyna się odróżnianie siebie od matki i pojawia się lęk przed obcymi; eksperymentowanie z ciałem matki i umiarkowaną frustracją, praktyki (10.–15. miesiąc życia) — kiedy dziecko protestując, zaznacza własną odrębność, chce kontaktu ze światem, a jednocześnie obawia się zbyt dużego oddalenia; ponownego zbliżenia (16.–23. miesiąc życia) — kiedy dziecko przeżywa konflikt między autonomią i zależnością, chce ponownego zbliżenia, a jednocześnie obawia się wchłonięcia; konsolidacji (24.–30. miesiąc życia) — kiedy dziecko nabywa umiejętności rozpoznania stałości obiektu, ma poczucie granic Ja, rozpoznaje siebie jako kogoś odrębnego, widzi rodzica wielowymiarowo i potrafi odrzucać gratyfikację. Dzieci z trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego nie mają kompetencji w osiąganiu kolejnych kroków rozwojowych. Mimo że rosną i są starsze, nie mają możliwości wykształcenia się poczucia własnego Ja [54, s. 20].

Rytm wzajemnej intymności, komunikacja i stałość jako elementy tańca między matką a niemowlęciem

W zdrowej relacji z matką zdrowe psychicznie niemowlę do 5. miesiąca życia uczy się „używać matki jako »znaku nawigacyjnego«, punktu orientacyjnego. Matka jest niczym stałe źródło światła, dzięki któremu dziecko czuje się bezpieczne w eksplorowaniu świata, a następnie bezpiecznie wraca do portu” [54, s. 20]. Obecność matki pomaga dziecku wydobywać się z pomieszczenia, nadaje poczucie sensowności czasu i przestrzeni, instaluje poczucie istnienia wewnętrznej matki, to jest wewnętrznego obiektu, opiekuńki obecnej nawet w przypadku oddzielenia. Dziecko zdrowe może jej zaufać i budować dzięki temu zaufanie do siebie, własnych kompetencji i wyruszyć w podróż rozwojową. Chore nosi w sobie obiekt niekompetentny, zaburzony, wymagający uwagi, któremu nie może zaufać, stąd też przeżywa stany przerażenia zarówno w sytuacji symbiozy, jak i oddzielenia, a te oscylacje rujną kolejne kroki rozwojowe. Jego ego jest kruche, trudno mu utrzymać impulsy, regulować się i doświadczać rzeczywistości. Niemowlęciu brakuje kompetencji emocjonalnych w zakresie zdrowia psychicznego.

Początki życia niemowlęcia pokazują, że istota ludzka potrzebuje obiektu macierzyńskiego, jego ciepła, zdolności przylegania, absorbowania i odczuwania pierwotnych stanów, zgłębiania „potencjału rozpacz i rozczarowania” [54]. Dzięki gotowości matki do przyjęcia emocji niemowlęcia ustala się taniec gestów, spojrzeń, dotyku i komunikacji między nimi. Przepląta on przez umysły dziecka i matki. Wskutek procesów sensoryczno-emocjonalnych [55] możliwe jest zaistnienie komunikacji poprzez fantazję. Powstaje matryca nieświadomego porozumienia, ustalane są znaczenia tego, co jest wyrażane oraz sposoby odczytywania rzeczywistych gestów i rozpoznawania autentycznych intencji, potrzeb i pragnień. Rozpoznanie tej matrycy zawiera się w zdolności rodzicielskiej refleksji i umiejętnościach mentalizacyjnych [56]. Kontakt z rodzicem w zwyczajnej opiece jest pierwszym doświadczeniem intymności. Jest ona możliwa dzięki rezonansowi emocjonalnemu, nabywaniu umiejętności rozpoznawania, widzenia drugiej osoby i przepływu w kontakcie z nią. Komunikacja ta stanowi dialog pomiędzy połączeniem, regresem i chęcią powrotu do najwcześniejszych doświadczeń w brzuchu mamy a jednocześnie chęcią zdobywania kompetencji, wyodrębniania się i wolności. Dzięki jej trwaniu, w rozwoju dziecka pojawia się szansa na pogodzenie dążeń — stałość [55]. Wielokrotnie w trakcie rozwoju, szczególnie podczas trwania normalnych kryzysów rozwojowych, stałość zostaje podważona, umożliwiając dziecku realne istnienie i rozumienie odrębności Ja w odniesieniu do innych ludzi. Dziecko zaczyna rozumieć, co to znaczy moje, twoje, mieć lub nie mieć, dawać, zabierać, być zazdrosnym i mieć władzę. Możliwe jest powstanie zrębów ego — domu psychologicznego; połączenia między ciałem i umysłem, stabilizującego Ja, poczucia własnej wartości, granic i odrębności. Kształt stałości ustala potencjał zdrowia psychicznego niemowlęcia i jego opiekuna.

Otwarcie matki/rodzica na ponowne ożywienie i przeżywanie okresu niemowlęcego tworzy nieświadome połączenie z dzieckiem. Uaktywnia umiejętności zapisane w matce oraz umożliwia gotowość do adaptacyjnych zmian.

Mikroanaliza interakcji między matką a dzieckiem wprowadzona przez Beebe [3] pomaga rozpoznać nieświadome i utajone procesy regulacji emocji i aktywizacji pla-

styczności neuronalnej zapoczątkowującej zdolności uczenia się, a także umiejętności przyjęcia dziecka, przeżywania zachwyty i entuzjazmu oraz traumy i nieświadome lub ukrywane ślady zakłóceń w rodzinach. Matka, jej zdolności kontenerujące i jej umysł stają się środowiskiem rozwoju dla kruchego ego niemowlęcia. Również środowisko, w którym przebywa matka, może być wsparciem dla niej, sprzyjać tworzeniu relacji i naprawie wcześniejszych zakłóceń lub utrudniać nawiązanie intymności. Wspierające środowisko pomaga matce zastąpić stan jednoci w ciąży bliskością poza brzuchem, tworzeniem rytmów opieki. Umożliwia rozwój poprzez przekształcanie relacji wyłącznych — dwójkowych w trójkowe, stabilizujące w konflikcie edypalnym. Daje szansę na doświadczenia grupowe i odnoszące się do konwencji kulturowych. Dziecko, zanurzone w swoim środowisku, jest świadome jego wpływów wyłącznie wtedy, kiedy wymagają one naprawy [56]. Dzieje się to w sytuacji, kiedy zagrożone jest jego zdrowie psychiczne i kiedy poprzez nieadekwatność środowiskową doświadcza kryzysów o charakterze emocjonalnym.

Zeedyk [57] zaznacza, że interakcje między dorosłym a niemowlęciem są intymne i transformujące dla obojga. Budują doświadczenie przyjemności poprzez modyfikację nagromadzonego niepokoju i regulację zaskoczenia. Pozwalają odnaleźć rytm kontaktu oraz wzajemnie stabilizować fizjologię i emocje. Trevarthen [58, s. 119] mówi, że „jeśteśmy urodzeni, by generować stany fluktującego samoświadomienia i by okazywać je innym ludziom, prowokując zainteresowanie i emocjonalne zaangażowanie”, a żywa i intensywna odpowiedź emocjonalna ze strony matki jest najlepszym fundamentem do budowy zdrowego psychicznie funkcjonowania w przyszłości. Proces zakochiwania się dziecka w matce i matki w dziecku wspierany jest wzajemnymi czułymi gestami, wymianą podczas karmienia i wzajemnego kontaktu. Zdaniem Kaplan [54, s. 54] „W swoim romansie z matką dziecko jest artystą (...)”, a dziecięcy romans ze światem to autentyczny akt stworzenia. Dzięki połączeniu z rodzicem dziecko ma szansę znaleźć swoje miejsce w świecie pełnym interakcji między ludźmi.

Dziecko doświadczające deficytów w obszarze kontaktu z pierwotnym obiektem nie doznaje wsparcia w radzeniu sobie z nadmiarem emocjonalnym. Jego świat wewnętrzny zalewany jest przez destrukcję i pozbawiony wszelkiej delikatności. Trauma emocjonalna w pierwotnej relacji dotyczy „nieobecności psychicznej matki” mimo obecności „matki fizycznej”. Zdaniem De Masi [55, s. 58] „doświadczenie kliniczne potwierdza, że wczesne zniekształcenie komunikacji emocjonalnej między umysłami dzieci i rodziców ma następstwa traumatyczne (...) gdy doszło już do identyfikacji z chorym rodzicem, pacjent wyczuwa obecność inwazyjnego obiektu w swoim świecie wewnętrznym i jednocześnie odnosi wrażenie, iż zawładnęły nim jakieś obce i niezrozumiałe obiekty. To tak, jakby absorbował podeksycytowaną lub psychotyczną część rodzica i identyfikował się z nią, postrzegając ją jako część siebie, a jednocześnie ta część wprowadzała pomieszanie w relacjach z innymi ludźmi”. W takiej sytuacji dziecko wzrasta, nie mając poczucia Ja, a jego funkcjonowanie będzie zagrożone załamaniem psychicznym ze względu na brak wewnętrznych kompetencji emocjonalnych i potencjałów w zakresie zdrowia psychicznego.

Podsumowanie

Analiza zdrowia psychicznego oraz jego elementów jest istotna dla prawidłowego rozumienia rozwoju i przyszłego funkcjonowania dzieci. Pozwala powiązać rozpoznawany poziom rozwojowy dziecka z czynnikami nieświadomymi, dotyczącymi więzi i głębokich wzorców samoregulacyjnych, wynikających zarówno z dyspozycji biologicznych, jak i z psychologicznego uposażenia dziecka oraz jego środowiska. Celem działań w zakresie zdrowia psychicznego niemowląt jest zredukowanie lub wyeliminowanie cierpienia i zabezpieczenie niekorzystnych skutków zaniedbań, takich jak: niepowodzenia szkolne, trudności rówieśnicze, izolacja, konflikty, opóźnienia rozwojowe lub zaburzenia, a także promocja zdrowia poprzez wzmocnienie kompetencji społecznych i prężności. Takie interwencje akcentują zmiany u niemowlęcia oraz w zachowaniu rodzica i funkcjonowaniu całej rodziny, by umożliwić uitorowanie rozwoju i wprowadzenie dziecka na bezpieczniejsze i korzystniejsze rozwojowo tory. Korzystna jest także psychoterapia rodzic–niemowlę i rozpoznanie wzorców związanych z traumą międzygeneracyjną.

Specyfika okresu niemowlęctwa pozwala dostrzec zmieniający się obraz objawów i trudności dziecka w adaptacji oraz utrzymywanie się na przestrzeni czasu sztywnych łańcuchów zachowań. Widoczna w tym okresie specyfika temperamentu dziecka i jego neurobiologiczne uposażenie wskazują na potencjał możliwości zaistnienia dziecka w świecie. Pokazuje się też skomplikowanie interakcji w świecie zewnętrznym i wewnętrznym niemowlęcia, a także jego kruchość i potrzeba wsparcia. Wczesne i adekwatne rozpoznanie potrzeb rodziny pomaga wstrzymać negatywną transformację wczesnych objawów deprywacji i traumy oraz ukształtowanie stałych perwersji charakteru i osobowości. Pozwala też na działanie elastyczne wtedy, kiedy dziecko jest małe, a rodzic gotowy na nabywanie nowych doświadczeń.

Zdrowie psychiczne niemowląt stanowi zagadnienie ważne i ciągle analizowane. Szczególnie istotne jest dostrzeżenie czynników warunkujących zdrowie psychiczne najmłodszych i podejmowanie prób, by skutecznie je chronić. Dokonane na płaszczyźnie psychologii rozwojowej i psychoanalitycznej analizy pozwoliły dostrzec znaczenie relacji zachodzącej między matką a dzieckiem, w tym wagę przywiązania i regulacji emocji oraz rolę wsparcia i zasobów środowiska, w którym rozwija się i funkcjonuje dziecko. Zdrowie psychiczne oznacza elastyczność i ciepło kontaktu, a także możliwość napraw w przerwany lub nieadekwatnie odzwierciedlony kontakt dzięki instalacji dobrego obiektu wewnętrznego, co umożliwia stopniowe zaistnienie komunikacji uwzględniającej różnice indywidualne między dzieckiem a jego otoczeniem. Właściwa stymulacja dziecka i zaspokajanie jego potrzeb sprzyja rozwojowi i efektywnemu funkcjonowaniu oraz przyczynia się do zachowania zdrowia psychicznego.

Piśmiennictwo

1. Zeanah CH, Zeanah PD. Infant mental health: The science of early experience. W: Zeanah CH, ed. Handbook of infant mental health. New York, London: New Guilford Publications; 2018, 5–24.
2. Zero to Three, Early Connections last a lifetime. 2001. <https://www.zerotothree.org/about/>

3. Beebe B, Jaffe J, Markese S, et al. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attach Hum Dev*. 2010; 12(1–2): 3–141.
4. Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42(5): 637–648.
5. Slade A. Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Dev*. 2005; 7(3): 269–281.
6. Sameroff A. ed. The transactional model of development: How children and contexts shape each other. Washington DC: American Psychological Association; 2009.
7. Lingiard V, McWilliams N. PDM-2. Podręcznik diagnozy psychodynamicznej, tom 3. Dzieciństwo. Niemowlęstwo i wczesne dzieciństwo. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2020.
8. National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network. (2004). Trajectories of physical aggression from toddlerhood to middle childhood: Predictors, correlates and out-comes. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2004; 69 (Serial No. 278): 1–144.
9. Kielar-Turska M, Białecka-Pikul M. Wczesne dzieciństwo. W: Harwas-Napierała B, Trempała J. red. *Psychologia rozwoju człowieka*, tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014; 47–82.
10. Naumova OY, Lee M, Rychkov SY, Vlasova NV, Grigorenko EL. Gene expression in the human brain: the current state of the study of specificity and spatiotemporal dynamics. *Child Dev*. 2013; 84(1): 76–88.
11. Piaget J, Inhelder B. *The psychology of the child*. New York, NY: Basic Books; 1969.
12. Piaget J. The development of time concepts in the child. W: Hoch PH, Zubin J, eds. *Psychopathology of childhood*. New York, NY: Grune & Stratton; 1955, 34–44.
13. Trempała J. red. *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
14. Newman BM, Newman PR. *Teorie rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2024.
15. Hobson P. *The cradle of thought*. London: Macmillan; 2002.
16. Piaget J. *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 1966.
17. Bowlby J. *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety, and anger*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
18. Bowlby J. *Attachment and loss*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
19. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situations*. Hillsdale, NY: Erlbaum; 1978.
20. Bowlby J. *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
21. Król-Kuczkowska A. Zastosowanie teorii przywiązania w psychoterapii osób cierpiących na zaburzenie typu borderline (BPD) na podstawie prac Petera Fonagy'ego. W: Józefik B, Iniewicz G (red.). *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008; 75–89.
22. Bowlby J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books; 1988.
23. Brumariu LE. Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2015; 2015 (148): 31–45.

24. Bowlby J. *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization; 1952.
25. Bosmans G, Van de Walle M, Bijttebier P, et al. Children's Attention to Mother and Adolescent Stress Moderate the Attachment-Depressive Symptoms Link. *Psychol Belg*. 2020; 60(1): 294–314.
26. Bowlby J. *Attaccamento e perdita: Volume I: L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati-Boringhieri; 1999.
27. Rescorla L. Late-talking toddlers: A 15-year follow up. W: Rescorla LA, Dale PS, eds. *Late talkers: Language, development, intervention, and outcomes*. Baltimore, MD: Brookes; 2013, 219–239.
28. Tanaka JW, Wolf JM, Klaiman C, et al. The perception and identification of facial emotions in individuals with autism spectrum disorders using the Let's Face It! Emotion Skills Battery. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(12): 1259–1267.
29. Lavelli M, Fogel A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. *Dev Psychol*. 2005; 41(1): 265–280.
30. Rodriguez C. The construction of executive function in early development: The pragmatics of action and gestures. *Human Development*. 2022; 66(4–5): 239–259.
31. McIntosh JE, Olsson CA, Schuijers M, et al. Exploring Perinatal Indicators of Infant Social-Emotional Development: A Review of the Replicated Evidence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2021; 24(3): 450–483.
32. Czub M. Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświatowe*. 2003; 2(29): 31–49.
33. Kerns KA, Abraham MM, Schlegelmilch A, Morgan TA. Mother-child attachment in later middle childhood: assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attach Hum Dev*. 2007; 9(1): 33–53.
34. Pospiszył K. *Psychologia kobiety*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1978.
35. Chambers J. *The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes*. Psychodeny Psychiatry. 2017; 45(4): 542–563.
36. Schore AN. *Affect regulation & the repair of the self*. New York: W. W. Norton; 2003.
37. Płopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Impuls; 2008.
38. Groh AM, Roisman GI, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Dev*. 2012; 83(2): 591–610.
39. Thompson RA. Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. W: Vasey MW, Dadds MR, eds. *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press; 2001; 160–182.
40. Brumariu LE, Kerns KA, Seibert A. Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*. 2012; 19(3): 569–585.
41. Colonesi C, Draijer EM, Stams GJJM, Van der Bruggen CO, Bögels SM, Nool MJ. The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011; 40(4): 630–645.
42. Brumariu LE, Kerns KA. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol*. 2010; 22(1): 177–203.
43. Snyder R, Shapiro S, Treleaven, D. *Attachment Theory and Mindfulness*. *J Child Fam Stud*. 2012; 21: 709–717.

44. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev*, 1987; 58: 1459–1473.
45. Winnicott D. Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko. *Badania nad teorią rozwoju emocjonalnego*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2018.
46. Bion W. O rozwoju umysłu. Idee Biona i przekształcenia w praktyce klinicznej. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2018.
47. Tronick E, Brazelton TB, Als H. The Structure of face-to face interaction and its developmental functions. *Sign Language Studies*, Spring 1978, 1–16 Gallaudet University Press.
48. Weinberg MK, Beeghly M, Olson KL, Tronick E. Still Face Paradigm for young children. 2 ½ year old children's reactions to maternal unavailability during the still face. *The Journal of Developmental processes*, 2008, vol. 3, issue 1.
49. Trevarthen C. The concept and foundations of infant intersubjectivity. W: Braten S, ed. *Inter-subjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: University Press; 1998; 15–46.
50. Bick E. Doświadczenie skóry we wczesnych relacjach z obiektem. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1967; 49: 484–486.
51. Harlow HF. The nature of love. *American Psychologist*. 1958; 13(12): 673–685.
52. Waddell M. *Inside Lives. Psychoanalysis and the growth of the personality*. London, New York: Karnac Books; 2002.
53. Mahler M, Autism and Symbiosis, Two extreme Disturbances of Identity. *Int J Psychoanal*. 1958; 39(2–4): 77–83.
54. Kaplan LJ. Jedność i oddzielenie od niemowlęcia do odrębnej jednostki. Koszalin: Centrum Pracy z Ciałem Joanna Olchowik; 2014.
55. De Masi F. *Praca z trudnymi pacjentami. Od nerwicy do psychozy*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2017.
56. Chrzan-Dętkoś M. Chroniąca funkcja rodzicielskiej mentalizacji. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2018; 17(4): 9–27.
57. Zeedyk MS. From Intersubjectivity to Subjectivity: The Transformative Roles of Emotional Intimacy and Imitation. *Infant and Child Development*. 2006; 15(3): 321–344.
58. Trevarthen C. What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*. 2011; 20(1): 119–135.

Adres: aleksandrahytros@yahoo.co.uk