

WCZESNA RELACJA MATKA—DZIECKO I JEJ WPŁYW NA DALSZY ROZWÓJ EMOCJONALNY DZIECKA

THE EARLY MOTHER—CHILD RELATION AND ITS INFLUENCE ON THE CHILD'S FURTHER EMOTIONAL DEVELOPMENT

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. Jacek Bomba

W artykule przedstawione są koncepcje dotyczące tego, w jaki sposób rodzaj wczesnej relacji matki z dzieckiem wpływa na jego dalszy rozwój emocjonalny. Autorka prezentuje historię tych badań, poczynając od rozwoju koncepcji psychoanalitycznych, poprzez teorię kształtowania się więzi Johna Bowlby'ego i badania M. Ainsworth oraz doniesień na temat istnienia bogatej, złożonej komunikacji niewerbalnej, aż do badań z zakresu psychofizjologii, neuropsychologii, poszukujących zależności między jakością przywiązania, traumatycznymi doświadczeniami wczesnego dzieciństwa a rozwojem poszczególnych struktur mózgowych i dalszymi tego konsekwencjami dla funkcjonowania człowieka.

**attachment
mother—child relation**

Summary: The concepts of influence, that the early mother-child relation has on the child's further emotional development are presented. The history of this research, starting with the psychoanalysis, through John Bowlby's attachment theory and M. Ainsworth studies and reports on the rich, nonverbal communication till the psychophysiology, neuropsychology research and the dependences between attachment, traumatic experiences in early childhood and the development of various brain structures and their further consequences for the functioning of a human being is described.

Noworodek rozwija się dynamicznie; w żadnym innym okresie rozwoju nie przecho-
dzimy tak wielu zmian w sferze fizjologii, emocji, relacji społecznych. W pierwszym roku
życia dziecka, oprócz rozwoju funkcji poszczególnych układów, niezwykle istotny jest
rozwój sfery emocjonalno-społecznej. Stworzenie więzi jest kluczowym aspektem roz-
woju, który ma doniosłe znaczenie dla dalszego życia człowieka. Jakość wczesnych więzi
uczuciowych dziecka i ich wpływ na dalsze funkcjonowanie społeczne i emocjonalne są
ważne dla rozumienia różnorodnych nieprawidłowości występujących w zachowaniu dzieci
i adolescentów. Aktualnie coraz większym problemem społecznym stają się zaburzenia
zachowania, agresja oraz depresja, związane z procesami regulacji emocji. Poszukując
przyczyn zaburzeń obserwowanych u dziecka, dużą wagę przykładamy do sytuacji rodzin-
nej (struktury rodziny, statusu społecznego, sposobu funkcjonowania w obliczu trudności
wynikających z zachowania dziecka), do przebiegu rozwoju psychofizycznego dziecka
oraz analizy jego zachowań i emocji. Często pomijany jest problem wzajemnych relacji
pomiędzy rodzicami (lub innymi ważnymi opiekunami) a dzieckiem we wczesnym okresie
rozwoju, które tworzą podstawy jego funkcjonowania społecznego i emocjonalnego.

Zainteresowanie wpływem relacji z matką, lub innym ważnym opiekunem, na rozwój psychiczny dziecka, pojawiło się w latach 40. dwudziestego wieku. Badania i obserwacje dzieci wychowywanych w warunkach pozbawienia prawidłowej i ciągłej opieki ze strony jednej osoby wykazały, że brak lub zerwanie bliskiego związku emocjonalnego dziecka z dorosłym powoduje negatywne, często nieodwracalne dla rozwoju skutki.

Rene Spitz [1] chyba jako pierwszy opisał znaczenie, jakie dla prawidłowego rozwoju ma opieka i miłość matki. Badania prowadzone w domach dziecka w Ameryce Południowej wykazały, że rozwój niemowląt, które mogły nawiązać kontakt z jedną osobą w zindywidualizowanej relacji, przebiegał znacznie lepiej niż dzieci, które były tego kontaktu pozbawione. Symptomy utraty czy zerwania więzi opisał jako depresję analityczną; obserwowano dramatyczny regres w rozwoju tych dzieci, który nierzadko doprowadzał do śmierci.

Od początku dwudziestego wieku u pionierów psychoanalizy pojawiło się zainteresowanie obserwacją małego dziecka. W okresie tworzenia teorii były to głównie obserwacje dzieci psychoanalityków, np. Zygmunta Freuda pierwszą wersję pojęcia: „popęd śmierci” sformułował obserwując bawiącego się wnuka Ernsta. Psychoanalitycy zgadzali się co do znaczenia przeżyć wczesnodziecięcych dla rozwoju psychicznego. Kluczową rolę w psychoanalizie dziecięcej odegrały Anna Freud i Melanie Klein.

W 1925 roku Anna Freud włączyła do swojego projektu psychoanalitycznej psychologii dziecka bezpośrednią obserwację dzieci. Żmudne obserwacje dzieci ewakuowanych z bombardowanego Londynu i umieszczonych w Hampstead War Nurseries jednoznacznie dowodziły, jak ważna z perspektywy rozwoju emocjonalnego dziecka jest obecność matki — lepiej jest być z matką, nawet w bardzo trudnych warunkach, niż zyskać fizyczne bezpieczeństwo, płacąc za to rozstaniem z nią [2]. Koncepcja Anny Freud zmieniła oblicze pediatrii. Badaczka podkreślała, jaki wpływ na rozwój emocjonalny dziecka ma choroba, pobyt w szpitalu, zabiegi operacyjne i jak ważne jest odpowiednie przygotowanie do nich dziecka oraz towarzyszenie matki. Koncepcja Anny Freud miała również wpływ na współczesne prawo rodzinne i opiekuńcze — kładła nacisk na pomoc rodzinom dysfunkcyjnym zamiast umieszczania dziecka w placówce opiekuńczej.

Istotnym krokiem w rozwoju psychoanalizy było sformułowanie przez Melanię Klein teorii relacji z obiektem [3] — zasadniczą rolę w rozwoju dziecka przypisano w niej matce. Rzeczywiste relacje z matką we wczesnym dzieciństwie są zinternalizowane (uwewnętrzniane) i stają się podstawą tworzącej się struktury osobowości. W ujęciu teorii relacji z obiektem rozwój ma charakter stadialny. Klein uważa, że wszyscy ludzie przechodzą w swym rozwoju przez stany psychozopodobne, które określa jako pozycję schizoidalno-paranoidalną oraz depresyjną. W normalnym przebiegu faz rozwoju dziecka po pozycji paranoidalnej następuje pozycja depresyjna, jednak wskutek traumy psychiki czy też traumy relacji z obiektem (tj. matką) pozycja paranoidalna może zostać reaktywowana prowadząc do dekompensacji psychotycznej [3].

Współczesna wiedza dotycząca kształtowania się więzi i konsekwencji dla rozwoju emocjonalnego i społecznego człowieka w dużej mierze korzysta z założeń teorii przywiązania sformułowanej przez Johna Bowlby’ego [4]. Teoria ta stała się jednym z szeroko rozwijanych i eksplorowanych podejść do rozumienia uwarunkowań i mechanizmów rozwoju człowieka oraz inspiracją dla wielu współczesnych badaczy, którzy ją uszczegóławiali, modyfikowali i śledzili rozwój przywiązania w późniejszych okresach życia.

Dalsze badania i współpraca z M. Ainsworth, która obserwowała matki i niemowlęta w warunkach naturalnych (w Ugandzie i Baltimore), zaowocowały sformułowaniem teorii przywiązania, której kompletny opis Bowlby zawarł w trylogii „Przywiązanie i strata” — „Przywiązanie” [4], „Separacja” [5] oraz „Strata” [6].

Bowlby [4] określał przywiązanie jako instynktowną, opartą na mechanizmach biologicznych, głęboką więź uczuciową pomiędzy dzieckiem a opiekunem. Wiąż ta formuje się w pierwszym roku życia i staje się prekursorem późniejszych relacji społecznych jednostki. Bowlby twierdził, że zachowanie przywiązaniowe, czyli takie, którego celem jest osiągnięcie lub utrzymywanie bliskości z daną osobą, jest zachowaniem instynktownym, wykształconym w toku ewolucji i pełniącym istotną rolę w przetrwaniu gatunku. Odrzucił dotychczasowe poglądy mówiące o dominującej roli karmienia w powstawaniu więzi. Zachowanie przywiązaniowe jest systemem behawioralnym, różnym od zachowań związanych z karmieniem czy zachowań seksualnych. Sformułowanie przez Bowlby’ego założeń teorii przywiązania zbiegło się z obserwacjami etologów dotyczącymi interakcyjnych zachowań zwierząt, które nie były związane z ich potrzebami fizjologicznymi. Zjawisko imprintingu opisane przez Konrada Lorenza podczas jego badań nad niektórymi gatunkami ptaków zaczęto odnosić również do małych dzieci. Zaobserwowano, że po wykluciu pisklę wyraźnie preferuje jeden wybrany obiekt, za którym podąża, zbliża się do niego i nawołuje nie dlatego, że chce jeść czy oczekuje jakiejś nagrody — uznano, że ekwiwalentem podążania za matką może być u dziecka uśmiech lub śledzenie wzrokiem. Również badania małżeństwa Harlow na małpach wykazały niezależność tworzenia więzi emocjonalnych od potrzeby zaspokojenia głodu [7].

Hipoteza Bowlby’ego była prosta i jednoznaczna: charakter przywiązania niemowlęcia do podstawowego opiekuna zostanie zinternalizowany jako operacyjny model przywiązania. Jeśli model ten reprezentuje poczucie ufności, niemowlę będzie zdolne do eksploracji środowiska oraz do oddzielenia się od opiekuna i dojrzenia w zdrowy sposób. Jeśli relacja przywiązania jest problematyczna, wewnętrzny model przywiązania nie zapewni niemowlęciu poczucia bezpiecznej bazy i rozwój prawidłowych zachowań (takich jak zabawa, eksploracja oraz interakcje społeczne) będzie upośledzony [8].

W latach pięćdziesiątych dwudziestego wieku, w Ugandzie, M. Ainsworth prowadziła badania dotyczące rozwoju przywiązania, skoncentrowane głównie na określeniu momentu, w którym można zaobserwować wybiórczość zachowań przywiązaniowych [9]. Opublikowała wiele relacji z tych badań, w których m.in. opisała trzy rodzaje wzorców przywiązania dziecka do matki. Do badania różnic indywidualnych w przywiązaniu u niemowląt stworzyła procedurę nieznaną sytuacji (strange situation) polegającą na 20-minutowej rejestracji reakcji dziecka na dwukrotne rozstanie z opiekunem i jego powrót. Pozwoliło to określić trzy typy przywiązania — A, B i C.

Przywiązanie bezpieczne (typu B) kształtuje się wówczas, gdy dziecko jest pewne, że obiekt przywiązania (czyli osoba, z którą jest związane) jest łatwo dostępny i wrażliwie reaguje na sygnały płynące od niego, pomagając mu w sytuacjach trudnych. Aktywność matki i dziecka uzupełniają się wzajemnie w taki sposób, że zachowania matki są adekwatną odpowiedzią na potrzeby dziecka, co daje mu możliwość pewnego eksplorowania zewnętrznego otoczenia, swobodnego odnoszenia się do matki i poszukiwania w jej ramionach ukojenia w sytuacjach dystresu. Dziecko jest bardzo zainteresowane kontaktem z matką,

ale również przyjacielsko odnosi się do osób obcych. W chwilach rozłąki z matką reaguje dystresem, a po jej powrocie dąży do bliskości fizycznej i nawiązania interakcji [10].

Przywiązanie ambiwalentne (typu C) cechuje brak u dziecka pewności, że matka jest dla niego dostępna. Przejawia ono niepewność i silny lęk związany z separacją od niej. Nie jest zdolne do swobodnej eksploracji otoczenia, często wykazuje tendencję do lękowego przywierania do matki stawiając równocześnie opór przed kontaktem i interakcją z nią. Często złości się na matkę, przerywa kontakt fizyczny i nie jest skłonne do dzielenia się z nią swoimi przeżyciami. Ta ambiwalentna postawa wobec obiektu przywiązania (poszukiwanie bliskości vs unikanie) prowadzi do nieadaptacyjnych zachowań i zaburza rozwój emocjonalny. Rozwój takiego wzorca przywiązania determinuje postawa matki charakteryzująca się brakiem spójności i stabilności.

Przywiązanie unikające (typu A) charakteryzuje się brakiem u dziecka zaufania do matki. W przypadku potrzeby bliskości lub wsparcia, spodziewa się ono raczej odrzucenia i braku pomocy. Przewidując zranienie, prezentuje zachowania obronne i unika bliskiego kontaktu z matką. Jest przyjazne wobec obcych osób i nie przejawia reakcji dystresu na rozłąkę. Często w sytuacji rozdzielenia z matką reaguje obojętnością, a po jej powrocie nie dąży do kontaktu. Pozorna samowystarczalność dziecka zaburza jego rozwój emocjonalny. Kształtowanie się takiego wzorca przywiązania u dziecka jest wynikiem braku dostępności fizycznej i psychicznej obiektu przywiązania. Matka, w sytuacjach, gdy dziecko poszukuje bliskości i pocieszenia, nie nawiązuje z nim kontaktu, lecz stara się „odwracać” jego uwagę lub kierować jego potrzeby w stronę innych osób lub przedmiotów. Dąży do tego, by dziecko „pocieszało się samo”, bez niej. Matka może być także intruzywna wobec dziecka, niezdolna do emocjonalnej bliskości lub odrzucająca. Jej reakcje i motywy są dla dziecka nieprzewidywalne.

Podczas badania z zastosowaniem procedury nieznannej sytuacji, niektóre dzieci zachowywały się w sposób, który trudno było przypisać do jednej z wyżej opisanych kategorii, dlatego Main i Solomon [11] wyróżniły czwarty wzorec — przywiązania zdeorganizowanego (D). Dzieci nie prezentujące żadnego stałego czy spójnego wzorca przywiązania, w jednej chwili przejawiają silne zachowania przywiązaniowe, a następnie unikają kontaktu, zastygają w bezruchu lub wpatrują się w jeden punkt. Można u nich wówczas zaobserwować stereotypie ruchowe, przyjmowanie dziwnych póz, sztywnienie, zachowania wskazujące na lęk przed opiekunem, który jest dla dziecka, w tym przypadku, zarówno źródłem silnego dystresu, jak i źródłem komfortu. Przyczyn tego typu zachowania szuka się najczęściej w traumatycznych doświadczeniach dziecka (krzywdzenia, zaniedbywania przez opiekuna lub jego choroby psychicznej).

W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku badano wpływ jakości przywiązania na dalszy rozwój jednostki. Greenberg [12] wyróżnił cztery mechanizmy późniejszego nieprzystosowania, wynikające z niewłaściwego typu przywiązania w dzieciństwie: ustanowienie wewnętrznych modeli operacyjnych charakteryzujących się brakiem zaufania, gniewem i lękiem; nieprzystosowawcze wzorce zachowań; mechanizm motywacyjny związany ze społeczną orientacją jednostki oraz nieprawidłowa regulacja emocji (wywierająca wpływ także na organizację neuronalną struktur mózgowych).

Wzorce przywiązania i oparty na nich sposób funkcjonowania jednostki wykazują stałość także w okresie późnego dzieciństwa i adolescencji [13]. Każdy z wyżej przedstawionych wzorów przywiązania może być przyczyną specyficznych problemów czy

zaburzeń, które mogą ujawniać się w relacjach z rodzicami, a następnie być przenoszone na relacje z rówieśnikami.

Dzieci z bezpiecznym typem przywiązania są bezpośrednio, jasno komunikują swoje emocje, są empatyczne i mają możliwość uwzględniania perspektywy drugiej strony. Dominują u nich pozytywne emocje, a negatywne są zazwyczaj sygnałem frustracji lub konfliktu, ale charakteryzują się krótkotrwałością. Dzieci te łatwo nawiązują relacje z rówieśnikami.

Dzieci z lękowo-ambiwalentnym typem przywiązania w warunkach szkolnych charakteryzują się wycofaniem z relacji rówieśniczych, a w przypadku zachowań agresywnych ze strony innych uczniów często stają się ofiarami [14]. Mają skłonność do depresji z powodu poczucia alienacji.

Dzieci z unikającym typem przywiązania w relacjach z rówieśnikami charakteryzują nasilone zachowania agresywne, zwłaszcza wobec rówieśników skłonnych do wchodzenia w rolę ofiary. Wzorec ten również związany jest ze skłonnością do depresji z powodu bezradności.

Dzieci ze zdeorganizowanym typem przywiązania charakteryzują się brakiem koherentnej strategii regulacji emocji i radzenia sobie ze stresem. Przywiązanie to rozwija się często u dzieci pozostających w placówkach szkolno-wychowawczych pod wpływem zróżnicowanych relacji z wieloma, zmieniającymi się często opiekunami [15].

Niektóre badania pokazują, iż wzór przywiązania może być predyktorem specyficznych problemów czy zaburzeń, zwłaszcza przy odwołaniu się do teorii regulacji emocji. Jakość więzi z opiekunem to, w jaki sposób łagodzi on stany emocjonalne niemowlęcia, ma ogromny wpływ na wytworzenie się zdolności samoregulacji, czyli umiejętności odzyskiwania równowagi w zmieniających się warunkach środowiskowych. Procesy regulacji emocji stanowią ważny mechanizm ochronny, umożliwiający funkcjonowanie w emocjonalnie angażujących warunkach. Relacja między matką a dzieckiem korzystnie wpływa na rozwój funkcji samoregulacji u dziecka, jeżeli matka wykazuje wrażliwość (responsywność), czyli pewien stopień otwarcia na dziecko i jego potrzeby. Ta wrażliwość odnosi się również do gotowości odpowiedzi nie tylko na negatywne, ale również pozytywne reakcje dziecka. Badania Goldberga i wsp. [16] pokazują, że matki niemowląt bezpiecznie przywiązanych równie wrażliwie reagują na pozytywne i negatywne emocje dziecka. Matki niemowląt z unikającym typem przywiązania nie reagują na emocje negatywne wyrażane przez dziecko, z kolei matki niemowląt o lękowo-ambiwalentnym wzorcu przywiązania są obojętne na przejawy emocji pozytywnych swoich dzieci, uwrażliwione zaś na emocje negatywne. Izard i Kobak [17] w swoich badaniach dowodzą, że na rodzaj wzorca przywiązania u dziecka może wpływać ekspresja emocjonalna matki.

Badania Colwyna Threvertena [18] dotyczące interakcji między matką a dzieckiem dowodzą istnienia bogatej, złożonej i pełnej znaczenia niewerbalnej komunikacji, jeszcze przed pojawieniem się mowy. Zdolność odczytywania sygnałów (często niewerbalnych), które oznaczają potrzebę kontaktu lub oddalenia, leży u źródeł wzajemnego dostrojenia między matką a dzieckiem [18].

Naturę interakcji matka—dziecko charakteryzuje dwustronność — to rytmiczna wymiana emocji i zachowań w sekwencji dawania i przyjmowania, szczególnie widoczna na tle zaburzonych relacji. W swoim eksperymencie Field [19] obserwowała reakcje dzieci na kilkuminutowe znieruchomienie twarzy ich matek. Takie zachowanie wzbudzało dużo

złości i irytacji u wszystkich dzieci, poza dziećmi matek depresyjnych, które nie ujawniały takiej reakcji przystając na niedostępność emocjonalną matki.

Dostatecznie dobra matka, według Sroufe'a [20], podąża za potrzebami dziecka — w chwilach, gdy dziecko odwraca wzrok wycofując się z interakcji z matką (gdy odczuwa nadmiar impulsów płynących z kontaktu), ogranicza ona ze swojej strony dopływ bodźców, a kiedy jest ono gotowe do ponownego kontaktu — reaguje większym zaangażowaniem. Zdaniem Sroufe'a dziecko uczy się w ten sposób samoregulacji i radzenia sobie ze stanami podwyższonego napięcia.

W badaniach nad dziećmi udokumentowano, że relacja dziecko—opiekun jest kluczowa zarówno z perspektywy podatności, jak i funkcji ochronnych. Werner i Smith [21] prowadziły wieloletnie badania kohorty 700 dzieci urodzonych w jednym roku na wyspie Kauai (Hawaje). W związku z powikłaniami okołoporodowymi jedną trzecią badanych zaliczono do grupy „wysokiego ryzyka”. Wyniki badania pokazują, że dzieci, które mają wiele czynników ryzyka, radzą sobie dobrze, o ile czynniki te są równoważone przez odpowiednie zasoby w postaci czynników ochronnych (adekwatna opieka, system wsparcia). Podobnie w badaniach nad dorastającymi wykazano, że nieadekwatność opieki ma wpływ na ujawnienie się np. genetycznie uwarunkowanych zaburzeń zdrowia. Tienari i wsp. [22] badali losy oddanych do adopcji dzieci, których matki miały zdiagnozowaną schizofrenię. Grupę kontrolną stanowiły oddane do adopcji dzieci matek, które nie chorowały na schizofrenię. Badania zespołu dowiodły, że dobrze funkcjonujące rodziny adopcyjne całkowicie zrównoważyły genetyczne obciążenie (nie było przypadków psychoz), zaburzone zaś rodziny adopcyjne, które zaadoptowały dzieci matek z psychozami, były bardziej narażone na występowanie psychozy i innych zaburzeń psychicznych u dzieci, w porównaniu z adoptowanymi dziećmi bez genetycznej podatności.

W latach dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku rozwój techniki medycznej pozwolił neurologom wejrzeć w mózg niemowlaków i dzieci, i zobaczyć, jak formują się ścieżki w systemie nerwowym wskutek odpowiedzialnych za nie stymulacji.

Współczesny neuropsychoanalityk Allan Schore [23] przedstawił wielopoziomowe powiązanie ufnej relacji przywiązaniowej z rozwojem poszczególnych struktur mózgowych i mechanizmami neurohormonalnej regulacji u małego dziecka [23]. Od okresu późnej ciąży do drugiego roku życia dochodzi do intensywnych zmian reorganizacyjnych w mózgowiu, zwłaszcza w prawej półkuli mózgu, odpowiedzialnej, zdaniem autora, za rozwój funkcji przywiązania. Proces ten polega na tworzeniu i utrwalaniu nowych połączeń synaptycznych, obumieraniu nieużywanych oraz mielinizacji komórek nerwowych. Wiele badań wskazuje, że połączenia, które powstają w tym okresie (obejmujące prawy zakręt hipokampa oraz prawy płat nadoczodołowy), bezpośrednio związane są z doświadczeniami więzi przeżywanymi w relacji z matką.

Wykazano, że rozwój mózgu dziecka dokonuje się skokowo, a pierwsze wyraźne skoki rozwojowe następują w 2. i 8. miesiącu życia. Około ósmego tygodnia życia dziecko uzyskuje zdolność takiego przetwarzania informacji wzrokowych, które umożliwia odczytanie mimicznej ekspresji emocjonalnej opiekuna. Interakcja między matką a dzieckiem, na drodze wzajemnego patrzenia sobie w oczy, według wyników badań stymuluje rozwój połączeń między prawą korą czołową a układem limbicznym (ciałem migdałowatym),

pod warunkiem, że cechuje ją synchroniczność wzajemnych pobudzeń rozdzielonych sekundowymi przerwami [24].

Naukowcy dowodzą, że w wyniku traumatycznych doświadczeń z okresu wczesnego dzieciństwa może zostać zaburzone funkcjonowanie układu hipokamp-ciało migdałowe. Na przykład van der Kolk [25] twierdzi, że w wyniku stresu i nieregulowanego adekwatnie przez opiekuna pobudzenia dochodzi do zwiększonego wydzielania neurohormonów i nadmiernej stymulacji ciała migdałowego, co może zaburzać funkcję hipokampa. W rezultacie obniżona zostaje u dziecka zdolność kategoryzacji i zapamiętywania dziecka. W takiej sytuacji znaczenie i poznawcza ocena doświadczenia będą zahamowane. Werbalizacja traumatycznych przeżyć zmniejsza liczbę psychosomatycznych objawów, a niezdolność do wyrażania ich w sposób symboliczny nasila te symptomy oraz utrudnia kontrolę impulsów. Brak zdolności do symbolicznej reprezentacji swoich stanów wewnętrznych, mający korzenie w formowaniu się niewłaściwego przywiązania, powoduje natychmiastowe przechodzenie od impulsu do reakcji, a co za tym idzie — gwałtowne i nieodróżnicowane reagowanie na stres [25].

Badania z zakresu psychofizjologii, neuropsychologii, poszukujące zależności między jakością przywiązania, traumatycznymi doświadczeniami wczesnego dzieciństwa a rozwojem poszczególnych struktur mózgowych i dalszymi tego konsekwencjami dla funkcjonowania człowieka, są ciągle prowadzone.

Analizując wczesny rozwój relacji matka—dziecko, sposób kształtowania się więzi, zyskujemy istotne informacje dotyczące podstaw funkcjonowania społecznego, emocjonalnego, a także poznawczego dziecka. Pierwotne trudności w tworzeniu więzi emocjonalnych osłabiają zdolność do pozytywnego rozwiązywania kryzysów rozwojowych, zaburzają integrację kolejnych doświadczeń, co w rezultacie prowadzi do narastania trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym. Zatem doświadczenie adekwatnej opieki i stymulacji rozwojowej wydaje się kluczowe dla dalszego, zdrowego rozwoju.

Wyniki przytoczonych wyżej badań budzą nadzieję na sprawny i trafny dobór postępowania terapeutycznego, wskazują na prewencyjną rolę wczesnych oddziaływań psychoterapeutycznych nakierowanych na wspieranie matki w jej kształtowaniu przywiązania.

Piśmiennictwo

1. Spitz R. Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child* 1946; 2: 313–342.
2. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
3. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
4. Bowlby J. Attachment and loss (t. I). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
5. Bowlby J. Attachment and loss (t. II). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
6. Bowlby J. Attachment and loss (t. III). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1980.
7. Zazzo R. Przywiązanie. W: Zazzo R, red. Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1978.

8. Siegel DJ. *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
9. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby nad Mary Ainsworth. *Dev. Psychol.* 1992, 28: 759–775.
10. Ainsworth M, Blehar M, Waters M, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum; 1978.
11. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. W: Brazelton TB, Yogman MW, red. *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablem; 1986, s. 95–124.
12. Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. W: Cassidy J, Shaver Ph. R, red. *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press, 1999.
13. Sroufe A, Duggal S, Weinfield N, Carlson E. Relationships, development and psychopathology. W: Sameroff A, Lewis M, Miller S, red. *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000.
14. Guttman-Steinmetz S, Crowell JA. Attachment and externalizing disorders: a developmental psychopathology perspective. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2006; 4: 440–451.
15. Izjedorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment disorders and disorganized attachment. *Attach. Human Dev.* 2003; 5, 3: 313–320.
16. Goldberg S, MacKay-Soroka S, Rochester M. Affect, attachment and maternal responsiveness. *Inf. Beh. Develop.* 1994, 17: 335–339.
17. Izard CK, Kobak RR. Emotions system functioning and emotion regulation. W: Garber J, Dodge KA, red. *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991, 303–321.
18. Threvarthen C. Emotions in infancy: regulations of contacts and relationships with parents. W: Scherer K, Ekman P, red. *Approaches to emotion*. Hillsdale N. J.: Earlbaum; 1994.
19. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Beh. Develop.* 1995; 18: 1–13.
20. Sroufe LA. Considering normal and the abnormal together: the essence of developmental psychopathology. *Dev. Psychopath.* 1991; 2: 335–347.
21. Werner EE., Smith RS.: *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 2001.
22. Tienari P, Wynne LC, Moring J, Lahti I, Naarala M. The Finnish adoptive family study of schizophrenia: implications for family research. *Brit. J. Psychiatry* 1994; 23 (supl. 164): 20–26.
23. Schore AN. The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Ment. Health J.* 2001; 22: 7–66.
24. Bomba J. Przywiązanie a rozwój mózgu. *Przegl. Lek.* 2004; 11: 1272–1274.
25. Van der Kolk BA. The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. W: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth, red. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press; 1996, s. 214–241.

Adres: Agnieszka Słaboń-Duda
Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Szpitala Uniwersyteckiego
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a