

**O ROLI RODZINY I RÓWIEŚNIKÓW W INKLUZYJNEJ EDUKACJI  
I REHABILITACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**DOI: [https://doi.org/10.59444/2024MONredJan\\_2\\_3](https://doi.org/10.59444/2024MONredJan_2_3)**Maria Stec**

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

**O POTRZEBIE SZCZĘŚLIWEGO RODZICA  
DLA DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJU.  
RELACYJNO-ROZWOJOWE PODEJŚCIE  
DO WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU****On the need for a happy parent for children  
with developmental disabilities.****A relational and developmental approach to early childhood support**

**Summary.** This article presents the most important aspects of the relational-developmental approach to early childhood development support together with the main theoretical foundations of this approach. The happy parent in his/her natural function is shown to be crucial in supporting the development of children with developmental disorders. The difficulties of the parent in communicating with a child with developmental disorders as well as desirable parenting behaviours and states that serve the child's development are discussed. In particular, the role of play and parental attunement to the child's behaviour was highlighted so that the child can experience a strong positive connection with his or her parent. The final section discusses the characteristics and interventions of early intervention professionals for parents of children with developmental disorders.

**Key words:** early childhood support, relation parent – child, children with developmental disabilities, play, supporting the parent

**Streszczenie.** Artykuł przedstawia najważniejsze aspekty relacyjno-rozwojowego podejścia do wczesnego wspomaganie rozwoju wraz z głównymi podstawami teoretycznymi tego podejścia. Szczęśliwy rodzic w swej naturalnej funkcji jest ukazany jako kluczowy dla wspierania rozwoju dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Omówiono trudności rodzica w komunikacji z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju, jak i pożądane zachowania i stany rodzicielskie, które służą rozwojowi dziecka. Szczególnie uwypuklono rolę zabawy oraz rodzicielskiego dostrojenia się do zachowań dziecka, tak aby dziecko mogło doświadczać silnego pozytywnego połączenia ze swoim rodzicem. W końcowej części omówiono cechy i interwencje specjalistów z zakresu wczesnego wspomaganie w stosunku do rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju.

**Słowa kluczowe:** wczesne wspomaganie rozwoju, relacja rodzic-dziecko, dzieci z zaburzeniami rozwoju, zabawa, wspieranie rodzica

## Wprowadzenie

O tym, że rodzic jest najważniejszą osobą dla swojego dziecka i że jakość więzi pomiędzy rodzicem i dzieckiem jest kluczowa dla rozwoju, nie należy już na szczęście nikogo przekonywać. W wielu badaniach w ostatnich dziesięcioleciach opisywano ten fenomen w różnorodnych aspektach. Zostało to udowodnione w klasycznych, powszechnie znanych już badaniach Harlowa (1978), Spitz (1945), Robertsona (za: Bowlby 1960), Bowlbiego (2007) czy Olechnowicz (1957). Wyniki tych badań zostały ponadto potwierdzone w latach późniejszych w rumuńskich sierocińcach (Porges 2021). Relacja z matką stanowi dla małego dziecka niezbędny warunek do życia i rozwoju. Relacje rówieśnicze nie są w stanie zastąpić relacji z podstawowym opiekunem (Neufeld, Mate 2013).

### Unikatowa relacja dziecka ze swoim rodzicem

Ludzkie niemowlę rodzi się zupełnie bezbronnie i to od dorosłego zależy jego przetrwanie w kategoriach potrzeb biologicznych: pożywienia, utrzymywania temperatury ciała i zdrowia, ochrony przed drapieżnikami. Także w kategoriach społecznych i psychicznych mały człowiek bezapelacyjnie potrzebuje relacji z matką. To dzięki niej może on tworzyć późniejsze satysfakcjonujące bliskie relacje, poznawać przedmioty i uczyć się je wykorzystywać do własnych celów. Z tego powodu najwcześniejszą formą aktywności małego dziecka jest aktywność komunikacyjna z matką (i z innymi pierwotnymi opiekunami), na której sygnały jest szczególnie uwrażliwione (Trevarthen 2007). Pierwotnie komunikacja z matką odbywa się na poziomie biochemicznym między organizmem matki a płodem. Rozwój tej komunikacji jest opisywany jako trzy nabudowujące się na sobie kolejne piętra: neurohormonalne, psychiczne oraz behawioralne. Prenatalna komunikacja odgrywa znaczną rolę w ustalaniu się temperamentalnych predyspozycji dziecka (które dotąd w nauce były ujmowane jako przeważająco genetycznie uwarunkowane<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> Jeśli matka często doświadcza negatywnych przeżyć, to strumień wydzielanych przez jej organizm substancji chemicznych docierających do mózgowych ośrodków emocji dziecka niejako „nastawia” je na utrzymanie poziomu neurohormonalnego odpowiadającego tym stanom emocjonalnym. Kształtuje się w ten sposób ogólna „orientacja emocjonalna” dziecka, która może zostać utrwalona w postaci predyspozycji do trwania w stanie rozluźnienia lub napięcia, poczucia bezpieczeństwa lub zagrożenia, optymizmu lub pesymizmu (Kornas-Biela, 2013: 166-167). Także Sue Gerhardt (2010) wskazuje na znaczenie procesu pierwotnych interakcji społecznych w kształtowaniu się temperamentalnych tendencji jednostki. Dziecko ustala swoje punkty nastawcze na podstawowy poziom pobudzenia fizjologicznego, do którego organizm stara się konsekwentnie powracać. Następuje to nawet wtedy, gdy stan ten jest dla organizmu niekorzystny, jak np. w pozabezpiecznych relacjach przywiązaniowych. Autorka (Gerhardt 2010: 16) przytacza opinię badaczy temperamentu, takich jak Sroufe i Wolke, S. James-Robert, którzy uznają temperament przede wszystkim za styl reagowania

W opisanej wymianie hormony odgrywają rolę głównego mediatora. Zestawy hormonów, będące korelatami samopoczucia matki, „nastawiają” stan neurohormonalny dziecka na współbrzmiały. Ten poziom komunikacji jest kontynuowany podczas karmienia piersią, ponieważ w składzie mleka matki znajdują się hormony, a w trakcie karmienia dochodzi do kontaktu „skóra do skóry”, który zapewnia wymianę składników pomiędzy organizmem matki i dziecka (Eliot 2003; Stec 2008; Sapolsky 2010; Kornas-Biela 2013). Stymulację procesów biochemicznych w organizmie dziecka, które są niezbędne do utrzymania życia i udanego rozwoju, uruchamiają nie tylko sygnały *stricte* biologiczne, ale także sygnały społeczne, szczególnie te wysyłane przez matkę. Tak więc po urodzeniu niemowlę potrzebuje nieprzerwanego strumienia komunikacji ze swoją matką. Jeśli zostanie on przerwany, choćby na krótką chwilę, niemowlę jest zdezorientowane i protestuje. Dziecko ludzkie ma wrodzoną preadaptację społeczną, która uzdalnia je w sensie adaptacyjnym do przeżycia, i oczekuje traktowania siebie jako istoty społecznej, a interpretacji swoich zachowań jako sygnałów komunikacyjnych (Trevarthen 1977; Schaffer 2006a; Stec 2011). W tym miejscu można przytoczyć procedurę kamiennej twarzy (*still face procedure*), która została opracowana niezależnie, w jednym czasie, przez dwa zespoły: jeden kierowany przez Edwarda Tronicką oraz drugi kierowany przez Colwyna Trevarthena i Lynne Murray (Kmita 2013). W trakcie procedury matka jest proszona, aby, po epizodzie swobodnej zabawy, zachowała przez krótki czas kamienny wyraz twarzy, po czym powróciła do swobodnej interakcji z dzieckiem. Mikroanaliza badania pokazuje, sekunda po sekundzie, niezadowolenie kilkumiesięcznego dziecka z powodu przerwania procesu komunikacji z matką oraz jego aktywne działania mające na celu nakłonienie jej do powrotu do wzajemnej wymiany interakcyjnej. Najciekawsze dla mnie w tej sytuacji jest to, że niemowlę praktycznie od pierwszej sekundy orientuje się, że matka zachowuje się inaczej, i protestuje. Stan wzajemnego dostrajania się komunikacyjnego musi być więc dla dziecka bardzo ważny, skoro od razu reaguje na jego brak. W istocie stan ten, będąc sednem komunikacji międzypersonalnej, angażuje wielopoziomowo całość układu nerwowego, oddziałując na niego integrująco. Tego aspektu wynikowego nie zawierają inne rodzaje zachowań komunikacyjnych, na przykład samo przetwarzanie informacji lub trenowanie skryptów komunikacyjnych bez osiągnięcia poziomu kontaktu osobowego. Uwidacznia się tutaj pewna unikatowość ludzkiej komunikacji, na którą zwraca uwagę Tomasello: zainteresowanie subiektywnymi przeżyciami drugiej osoby i zdolności do ich podzielenia oraz koordynowania ze swoimi. Dzięki temu jesteśmy w stanie koordynować także nasze punkty widzenia, nasze cele oraz nasze działanie na rzecz nawet

---

przejawiany w zachowaniu. Zwracają oni uwagę, że ani temperament trudny, ani jakiegokolwiek inny nie występują w tak wczesnym okresie życia, lecz pojawiają się dopiero później, jako wynik współdziałania matki i dziecka w ramach konkretnych uwarunkowań ujmowanych jak najszerszej.

odległych, a przez to abstrakcyjnych celów (Tomasello za: Gutstein 2013). Uzyskujemy niezwykłą zdolność rozważania i interpretowania informacji przekazywanych w procesach komunikacyjnych, czyli mentalizację (Allen, Fonagy, Bateman 2013). Nie są to jednak umiejętności wrodzone. Rozwój mózgu jest zależny od ciągłego procesu komunikacji między dzieckiem a jego opiekunami. Na poziomie neurobiologicznym za proces mentalizacji oraz koordynowania naszego działania z działaniami innych osób odpowiada kora oczodołowa, która w całości rozwija się w okresie postnatalnym, a swoje dojrzewanie rozpoczyna w okresie poniemowlęcym, około 10. miesiąca życia (Gerhardt 2010; Porges 2021). Jest to centrum integrowania informacji z rzeczywistości zewnętrznej z informacjami o stanach wewnętrznych jednostki. Kontroluje prawą półkulę, która w niemowlęctwie dominuje, oraz łączy sferę podkorową z korą nową. Monitoruje jednocześnie stan organizmu i świata zewnętrznego oraz, przewidując zachowania innych, podejmuje decyzje o strategii zachowania (Schore 2001; Siegel 2011). To tylko jeden z najbardziej kluczowych przykładów, ukazujący, że mózg ludzki jest organem zależnym od doświadczenia społecznego, naszym podstawowym narzędziem przystosowania się do środowiska. Co więcej, współcześni badacze mózgu wyrażają przekonanie, że nie istnieje coś takiego jak pojedynczy mózg (Schore 2001; Cozolino 2006). Mózg jest zawsze spleciony z mózgami tych, z którymi wchodzi w interakcje, albo też jest kształtowany przez brak kluczowych interakcji lub relacji. Czynności opiekuńcze to często pierwsze, o czym myślimy w kontekście interakcji z małym dzieckiem. Psychologowie zwracają uwagę, że dla rozwoju dziecka nie są najważniejsze szybkość czy precyzja wykonania, ale dzielenie uwagi pomiędzy sam zabieg a dziecko i jego dobrostan. Uwaga skierowana na dziecko i pewna powolność, żeby się dopasować do tempa postrzegania i przetwarzania poznawczego niemowlęcia, są tu kluczowe (Stiffelman 2017).

Bardzo ważnym elementem jest współdzielenie rytmów między opiekunem i dzieckiem: są one źródłem przyjemności, a nawet intelektualnej satysfakcji. Gruszczyk-Kolczyńska (2009) dowodzi, że rytmy, których dziecko doświadcza w bliskiej relacji z rodzicem: rytmiczna, naprzemienna stałość w codziennych aktywnościach, rytmy w ruchu i języku, melodie i wyliczanki, stanowią podstawę do uczenia się matematyki. Dziecko już w okresie prenatalnym uczy się wychwytywać pewne rytmy podczas naprzemiennych okresów aktywności i odpoczynku matki. Zaburzenie rytmiczności działań czy poszczególnych ruchów matki, gwałtowne przyspieszenie lub znaczące zwolnienie rytmu serca daje informacje o stresie i samo w sobie jest dla dziecka źródłem niepokoju znajdującym odpowiedź w jego układzie hormonalnym. Jerome Bruner (za: Kmita 2013; Gruszczyk-Kolczyńska 2009) zaznacza, że dziecko rozwija reprezentacje enaktywne (ruchowe) już w łonie matki, gdy jest poruszane i gdy porusza się z nią rytmicznie. W okresie postnatalnym cykle zwyczajnej aktywności dnia codziennego

oraz rytmy doświadczane w bliskim kontakcie cielesnym z opiekunem, takie jak na przykład przytulanie, pozwalają niemowlęciu na odbiór i naukę rozróżniania rytmów fizjologicznych własnych od opiekuna, a także rozpoznawanie poszczególnej osoby poprzez porównywanie rytmów różnych opiekunów.

Rusztowanie, które zapewnia interakcje zarówno z głównym opiekunem, jak i z pobocznymi opiekunami, kształtuje strukturę mózgu małych dzieci oraz jego funkcjonowanie. To od jakości tej opieki zależy, czy jako dorośli będą umieć czerpać radość z życia, budować satysfakcjonujące bliskie relacje oraz osiągać swoje życiowe cele.

### **Kluczowa rola zabawy w rozwoju dziecka**

Zdrowe dziecko, rodząc się, jest bardziej zainteresowane ludźmi niż przedmiotami i to na nich ogniskuje swoją uwagę. Gdy obserwuje ludzi, jak gestykulują czy zbliżają się do niego twarzą w twarz, jest emocjonalnie zmotywowane do podjęcia komunikacji. Dochodzi wtedy do protokonwersacji, czyli rozmowy bez słów. W pełnym emocjonalnym zaangażowaniu w diadzie zachodzi naprzemienna wymiana gestów, mimiki, ruchów ciała, kontaktu wzrokowego oraz głużenia czy gaworzenia. W protokonwersacji przekazywane są także subiektywne stany emocjonalne, wrażenia, a nawet nastawienia. Wzajemna wymiana ma wpływ nie tylko na dziecko, ale także na matkę – oboje doświadczają przyjemności z kontaktu i wzajemnego dopasowania (Trevvarthen 2008; Cozolino 2012). Ekspresja emocjonalna twarzy oraz kontakt wzrokowy i wzajemne dostrojenie pogłębiają więź między opiekunem i dzieckiem, a także stanowią podbudowę pod zręby tworzącego się dziecięcego „ja”. Allan Schore (2001) twierdzi nawet, że w pierwszych dwóch latach życia radość we wzajemnych interakcjach w diadzie opiekun–dziecko jest o wiele ważniejsza od jakości samego przywiązania.

W miarę rozwoju dziecka akcent wspólnej aktywności przemieszcza się z protokonwersacji na swobodną zabawę. Jak zauważa Cohen: „Od pierwszej chwili, gdy rodzice i niemowlęta zaczynają patrzeć na siebie z miłością, sięgają po zabawę jako sposób na zbudowanie więzi” (Cohen 2012: 12).

Wielu badaczy zwraca uwagę, że im bardziej inteligentne zwierzę, tym więcej czasu poświęca na zabawę (Schore 1994; Sroufe 1995; Cohen 2012). Poprzez zabawę dziecko uczy się najwięcej w pierwszych latach życia zarówno o świecie, jak i o ludziach. Później zabawa pełni przede wszystkim funkcję regulującą oraz budującą relacje. Zabawę możemy traktować jako nieustrukturyzowaną formę komunikacji, w której dziecko najpełniej może wyrazić siebie i doświadczyć głębokiego połączenia z innymi (Sroufe 1995; Trevvarthen 1998; Kmita 2007; Cohen 2012). Zabawa dla dzieci pełni także funkcję terapeutyczną i jest podstawową aktywnością proponowaną dzieciom w gabinetach psychologów dziecięcych (Erikson 2000; Kmita 2011). Tak zwane nicnierobienie lub

prowadzenie niezobowiązujących rozmów, gawędzenie, przebywanie w swojej obecności bez konieczności skupienia się na konkretnym wspólnym celu, problemie do rozwiązania lub zadaniu do wykonania stanowi wspianą okazję do afirmowania dziecka oraz uczenia go, że człowiek jest ważniejszy niż zadania czy przedmioty. Współcześni badacze ukazują nam, jak ważna jest rola zabawy i ugruntowanej bezpiecznej relacji dla optymalnego rozwoju dziecka (Trevarthen 2007; Stern 1985; Stern 1995; Schore 2001). Są to działania o wiele ważniejsze niż przedwczesne edukowanie dziecka oraz wprowadzanie go w dyrektywną relację nauczania, co niestety wciąż jest potocznie rozumiane, nawet częściowo w środowisku pedagogicznym, jako działania w najlepszym interesie wspomagania rozwoju dziecka. Dziecko bez umiejętności tworzenia relacji, a także bez głębokiego, związanego z pozytywnym afektem poczucia swojego „ja”, nie jest gotowe na sformalizowaną edukację.



**Rysunek 1.** Piramida kolejności obszarów rozwoju  
Źródło: opracowanie własne na podstawie Trevarthen 2008.

Dla naszego tematu najważniejszy jest obszar rozwoju pomiędzy rodzicem a dzieckiem, który najpełniej zawiera się w jakości relacyjnej: „kochać”, choć może być zawarty również w obszarach zabawy i pracy, jeśli wiążą się one z towarzyszeniem oraz współpracą opiekuna (por. rys. 1). Ta relacja nie jest statyczna ani jednowymiarowa, rozwija się także zgodnie z pewnym rozwojowym planem i hierarchią jakości relacyjnych.

## **Charakterystyka wspierającej relacji rodzicielskiej**

W tworzeniu relacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem stroną odpowiedzialną za to, co się w niej wydarzy, jest zawsze dorosły, ponieważ ma on z założenia dostęp do szerszego repertuaru działań i reakcji, do refleksyjności, w końcu do odpowiedzialności. Podstawowe znaczenie ma uważne dostrajanie się do zachowań i stanów dziecka, tak aby możliwe było ich moderowanie oraz uczenie współpracy. Dostrajanie się oznacza, że najpierw uważnie i życzliwie obserwujemy dziecko, tak aby zaoferować mu

adekwatną do jego aktualnej sytuacji, potrzeb oraz stanu psychicznego pomoc dorosłego. Niezbędna do tego jest zdolność rodzica do pewnej zdystansowanej do siebie samego refleksyjności. Dostrajanie się jest opozycyjne w stosunku do wyłącznego skupienia na przeprowadzaniu swojego z góry założonego planu (bez uwzględnienia aktualnych możliwości dziecka) oraz na skupieniu głównie na swoim stanie psychicznym. Dostrajanie daje nam możliwość korygowania swojego zachowania w odniesieniu do tego, co w daną sytuację wnosi dziecko, z szacunkiem zarówno dla niego, jak i dla siebie i swoich potrzeb.

W tym miejscu warto wspomnieć o tym, że tak jak największa konwergencja nie jest jak najbardziej pożądana, tak samo najlepsze dopasowanie w relacji nie oznacza największego stopnia dopasowania (Bull 2002; Heller, Lapierre 2010). W tym niepożądanym wypadku zachodzi bowiem brak odrębności osób, zlanie się ze sobą, strata własnego „ja” na rzecz pozornej harmonijnej wspólnoty. Respektowanie stanów i potrzeb dziecka nie oznacza przecież spełniania jego domagań i brania „na poważnie” wszystkich jego słów lub zachowań, ale zagłębienie – niejako „pod podszewkę” tego, co prezentuje dziecko, tak aby zrozumieć jego stany i potrzeby, konflikty i trudności. Gutstein (2013) zwraca uwagę, że momenty rozłamu porozumienia i konflikty są bardzo ważnym doświadczeniem dla obojga zaangażowanych stron. Powodują rozbudowę świadomego „ja” (uświadamiamy sobie, co jest dla nas ważne lub trudne i dlaczego), zwiększają umiejętności naprawy relacji bez straty dla siebie samego, wreszcie uczą nas różnorodności i pluralizmu. Widzimy więc, że jakość zachowań rodzicielskich jest tak ważna, ponieważ na ich podstawie dziecko uwewnętrznia, niekoniecznie świadome w późniejszym biegu życia, ale zawsze widoczne w reagowaniu, przekonania o sobie samym, o innych i o świecie.

Wyłaniające się poczucie siebie rozwija się w relacji z bliskimi opiekunami, w podstawowym doświadczeniu bycia z drugimi i jeśli zabraknie tego aspektu w rozwoju, to konsekwencją jest również brak stabilnego poczucia własnego „ja” na bardzo podstawowym poziomie, który ma związek ze wstydem jako emocją dominującą wówczas, gdy zachowania komunikacyjne niemowlęcia nie spotykają się z wystarczającą odpowiedzią (Stern 1985; Stern, 1995; Gilligan 2001; Holinger 2006; Gerhardt 2010). Współcześni badacze zwracają uwagę, że pierwotna emocja wstydu jest silnie związana z faktyczną lub przewidywaną utratą lub zagrożeniem utratą więzi emocjonalnej (Czub 2003). Ujawnia się już w pierwszym roku życia w sytuacjach niepowodzenia w skutecznym osiągnięciu swoich celów, spośród których pierwsze to nakłonienie opiekuna do uzyskiwania trwałego kontaktu emocjonalnego, ochrony i opieki (Czub 2003; Siegel 2009; Gerhardt 2010). U niemowląt „wstyd zależy od braku potwierdzenia i akceptacji [...] wiąże się z poczuciem niższości” (Holinger 2006: 35), który może być zagrażający dla ich zdrowia psychicznego.

Powtarzające się przywracanie równowagi jest przechowywane jako pamięci: trzewna, czuciowa, ruchowa i emocjonalna, dzięki czemu uwewnętrznienie pozytywnego rodzicielstwa staje się doświadczeniem całego ciała. U dzieci pozostawionych na długo w stanie wstydu może nastąpić trwałe rozregulowanie czynności autonomicznych (Cozolino 2012: 148).

Colwyn Trevarthen (2007) w swoich pracach konsekwentnie zwraca uwagę na centralny mechanizm kontaktu interpersonalnego w rozwoju każdego człowieka. Uznaje, że komunikacja zachodzi wtedy, gdy można ją zdefiniować jako wymianę międzyosobową. Dlatego termin „komunikacja” rezerwuje dla wymiany informacji między ludźmi, natomiast kontakt z przedmiotami nazywa manipulacją. Trevarthen wraz ze swoim zespołem badawczym udowodnił, że niemowlę tworzy rozróżnienie pomiędzy osobami a przedmiotami i w stosunku do tych dwóch kategorii odmiennie organizuje swoje zachowanie. Badacz stoi na stanowisku, że naturą naszej świadomości od samego urodzenia jest „bycie doświadczanym przez innych” (Jennings 2011: 106). Widać to bardzo wyraźnie na nagraniach filmowych oglądanych klatka po klatce: niemowlę wykonuje pewien gest, grymas twarzy lub wydaje dźwięk i „oczekuje” na reakcje z drugiej strony. Jeśli osoba pozostająca z nim w interakcji wykona jakiś gest lub grymas, niemowlę skutecznie, choć często z pewnym opóźnieniem, powtórzy go. Badania przeprowadzane w ramach psychologii prenatalnej (Eliot 2003) przekonują nas, że nawet przed urodzeniem się dziecko żywo reaguje na sygnały od innych ludzi, w pierwszym rzędzie oczywiście od swojej matki, ale nie tylko. Dwadzieścia minut po urodzeniu niemowlę ludzkie jest już zdolne naśladować wyraz twarzy osoby, jeśli znajduje się ona w odległości około 20 centymetrów, czyli tyle, na ile nastawiony jest punkt fiksacji wzroku noworodka (Trevarthen, Aitken 2003). Zdolność obdarzania uwagą i dostrajania się są konieczne do udanego, pełnego porozumienia kontaktu, umiejętność zaś nazywania zachowań i emocji dziecka to podstawa mądrego kierowania dzieckiem i jego rozwojem. Dorosły ułatwia dziecku rozwijanie intersubiektywności i narracji emocjonalnej dzięki adekwatnej i potwierdzającej odpowiedzi na jego sygnały (Kmita 2003). Co więcej, dzięki pozostawianiu w interakcjach z innymi niemowlę nabywa wiele narzędzi do zrozumienia świata (Trevarthen 2008). Dzięki zanurzeniu w świecie w bezpiecznej bliskości z opiekunami oraz zakorzenieniu w swoim ciele dziecko może rozwijać tożsamość. Trevarthen uważa ponadto, że optymalna konstrukcja całościowej tożsamości musi się opierać na tych trzech filarach – trzech obszarach harmonijnego zaangażowania: własne ciało, inni ludzie (obszar społeczny) i przedmioty (rzeczywistość materialna). Trevarthen zwrócił bardzo wyraźnie uwagę, że podstawową, niezbywalną, kluczową i najważniejszą cechą osoby opiekuna jest dla niemowlęcia sama więź emocjonalna. Nie da się jej zredukować jedynie do realizacji zadań opieki i ochrony, tak jak opisywane jest to w przypadku przywiązania. Oprócz opieki i ochrony innymi

ważnymi funkcjami więzi emocjonalnych są na przykład: radosne towarzyszenie, współdziałanie, współpraca oraz poczucie współprzyjemności, szczególnie w zabawie, jak również w procesie uczenia dziecka (Trevarthen 1977; Trevarthen 1998; Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska 2000; Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska 2004).

### **Wpływ zaburzenia rozwoju u dziecka na funkcjonowanie rodziców**

Pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością, szczególnie jeśli jest to pierwsze dziecko, wiąże się z kryzysem szczególnego rodzaju. Rodzice nie tylko muszą poradzić sobie z nową organizacją strukturalną swojej rodziny, wdrożeniem w nowe obowiązki i znalezieniem własnego stylu bycia rodzicem, ale stają także przed koniecznością zmierzenia się z samą niepełnosprawnością swojego dziecka i jego semantycznego oznaczenia zarówno w swoim indywidualnym życiu, jak i w życiu całej rodziny. Niezależnie od liczby dzieci w rodzinie, jak słusznie zauważa Twardowski (2005), pojawienie się dziecka niepełnosprawnego powoduje na każdym etapie życia rodziny zmiany w warunkach jej życia, wymagając przekształcenia dotychczasowej struktury funkcjonowania domowników. Nierzadko niesie to ze sobą, przede wszystkim na pierwszym etapie godzenia się z niepełnosprawnością, dezorganizację życia rodzinnego, kłótnie, łącznie ze wzajemnymi oskarżeniami o to, kto zawinił w danej sytuacji. Może to doprowadzić też do sytuacji izolowania się rodziny od reszty krewnych lub społeczności, w której żyje.

Najbardziej znaczącą i podkreślaną przez badaczy i praktyków cechą rodziny z dzieckiem o zaburzonym rozwoju jest permanentny stan podwyższonego stresu. Cechuje on większość, jeśli nie wszystkich członków rodziny, a dla każdej z osób w rodzinie ma on inny profil i objawia się odmiennie. Podwyższony stan napięcia, o czym rzadko się pamięta, cechuje często również samo dziecko z niepełnosprawnością, wpływając bezpośrednio na swój rozwój i funkcjonowanie. Dzieje się tak choćby z powodu „stanu łączności”, który cechuje relację rodzica i dziecka: podwyższony stan napięcia rodzicielskiego przekłada się poprzez relację na podwyższony stan napięcia dziecka. Jak pisze Cozolino (2012: 194):

Często nie dostrzegamy urazu u niemowląt i w ogóle uważamy je za nadzwyczaj odporne. Jednak na poziomie biologicznym doświadczenie depresji matki powoduje u niemowlęcia takie same zmiany jak te zachodzące u dorosłych pod wpływem sytuacji zagrażających życiu. Życie niemowlęcia i budowa jego mózgu zależy przecież przede wszystkim od pozytywnych interakcji z rodzicami. Brak obecności, zaangażowania i energii matki może być doświadczane przez niemowlę (na poziomie biologicznym) jako zagrożenie życia.

Stres doświadczany przez rodziców upośledza wrażliwość i responsywność rodzicielską poprzez zaburzony rozwój funkcji refleksyjnej, która jest niezbędna do tego, aby adekwatnie dostrajać się do potrzeb dziecka (Kmita 2003; Kmita 2007). Martwiąca się matka ma niewiele przestrzeni psychicznej, aby myśleć o dziecku i o jego potrzebach, koncentruje się głównie na sobie i swoich problemach. Zadanie sobie pytania: „czego teraz potrzebuje moje dziecko?” wymaga najpierw wewnętrznego uspokojenia się rodzica. Tylko wtedy rodzice są w stanie uważnie i adekwatnie reagować na sygnały wysyłane przez ich dzieci (Stec 2011). Jest to kolejny powód, dla którego specjaliści w pierwszej kolejności powinni zabiegać o zdrowie psychiczne rodziców lub innych głównych opiekunów dziecka z niepełnosprawnością. Rodzic sfrustrowany i niezadowolony ze swojego życia częściej stosuje kary, krzywdzenie emocjonalne, a nawet fizyczne (Madsen 2007). Wtedy też częściej pojawia się dyrektywność jako generalna cecha relacji rodzice–dziecko. Dodatkowo rodziców (lub samo dziecko z zaburzeniami rozwoju) może cechować zaburzenie po stresie traumatycznym, na przykład jeśli poród lub proces leczenia był bardzo trudny (*Klasyfikacja diagnostyczna DC 0–3...* 2007). Pisula (1998; 2007) opisuje zmienność profilu stresu rodzicielskiego w zależności od niepełnosprawności dziecka. Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu w niezależnych badaniach ujawniają najwyższy poziom stresu. Tłumaczone jest to dwoma głównymi powodami: dziecko autystyczne nie przedstawia swoim zewnętrznym wyglądem niepełnosprawności (np. brak defektów morfologicznych ciała), która jednocześnie wiąże się z dużym stopniem nieprzewidywalności poziomu funkcjonowania w okresie dorosłości, a także z dużą dozą zachowań agresywnych i autoagresywnych (Jaklewicz 1993; Pisula 2003; Randall, Parker 2010). Wspomnieć można, że nie tylko charakter wydarzeń urazowych, ale sama długość utrzymującego się stresu ma również poważne konsekwencje na poziomie psychicznym i biologicznym (Pisula 2004; Sapolsky 2010). Dlatego tak ważne jest w praktyce pomocy specjalistycznej wypracowanie z rodzicami sposobów radzenia sobie z podwyższonym napięciem, a także zbudowanie lokalnej sieci wsparcia społecznego, która skutecznie będzie chronić przed marginalizacją oraz patologizacją rodziny.

Często najbardziej krytycznym wydarzeniem w początkowym okresie procesu akceptacji niepełnosprawności dziecka jest moment przekazania rodzicom diagnozy na temat zaburzeń rozwojowych czy chorób dziecka. Choć dla wielu rodziców kończy ona etap niepokoju i niepewności związany z pytaniem: „co jest nie tak z moim dzieckiem?”, to sam sposób przekazywania diagnozy w odczuciu rodziców ma charakter traumatyzujący i najczęściej wypowiadają się o tym wydarzeniu bardzo negatywnie (Kopeć 2004; Kopeć 2013). Specjaliści powinni dołożyć wszelkich starań, aby w sposób delikatny i taktowny przekazywać rodzicom ważne informacje o dziecku. Jednakże pojawiają się także w literaturze głosy wątpliwości (które i ja podzielam), czy jesteśmy w stanie

na tyle złagodzić ciężar złej wiadomości, że stanie się ona łatwa do przyjęcia (Pisula 2004). Nawet stosując się w pełni do wskazówek odnośnie do modelowej procedury informowania, nie jesteśmy przecież w stanie zapobiec uczuciom cierpienia u rodziców.

Kmita (2004; 2007) podkreśla, że informacja o niepełnosprawności dziecka powoduje zmiany we własnej reprezentacji *self* rodzica. Implikuje to nagłą potrzebę takiej pracy terapeutycznej z rodzicami, która dotyczyłaby także konstrukcji tożsamości indywidualnej rodzica (Kmita 2011). Pomoc udzielana rodzinie z dzieckiem o zaburzonym rozwoju powinna także obejmować aspekt bycia rodzicem dziecka z niepełnosprawnością, ponieważ od wielu lat zwraca się uwagę, że przebieg procesu żałoby przekłada się na zdrowienie całej rodziny i rozwój dziecka z niepełnosprawnością. Rodzice dziecka z niepełnosprawnością, aby móc skupić się na relacji ze swoim realnym dzieckiem i trwale się w nią zaangażować, powinni pożegnać się z wyobrażonym i oczekiwanym zdrowym, pełnosprawnym dzieckiem. W innym wypadku wciąż mogą się starać zmniejszyć dystans pomiędzy dzieckiem oczekiwanym a realnym poprzez nieustający i wyczerpujący proces usprawniania i nauczania swojego potomka w każdej jego sytuacji życiowej. Czasem ten niekorzystny efekt może być wzmacniany przez postawę samych specjalistów, którzy ogniskują uwagę i wysiłki rodziców na osiągnięciu przez dziecko z niepełnosprawnością umiejętności przynależnych do rozwoju normalnego dla dzieci w ich wieku metrykalnym. Skupiają się tym samym na ciągłym „oczekiwaniu symptomów normalności”, a przecież ich zadaniem powinna być pomoc w budowaniu realnego i zarazem pozytywnego obrazu własnego dziecka w oczach rodziców. Takie sytuacje, gdy spotykamy je w praktyce pomagania, ukazują nam za każdym razem, jak niezbędna jest osobowa i zarazem pozytywna optyka w rozważaniu sytuacji osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin (Pisula 1988; Twardowski 2003; Kopeć 2004; Kopeć 2013; Pisula 2007; Chrzanowska 2011).

Specjaliści powinni pamiętać o specyficznym miejscu rodziców w systemie rodzinnym oraz o ich szczególnej roli w działaniach pomocowych podejmowanych na rzecz dziecka z niepełnosprawnością, która często ujmowana jest w literaturze angielskojęzycznej jako *first line workers* (Madsen 2007). Należy pamiętać, że realizacja partnerskiego modelu diagnozowania, która powinna być podstawą skutecznego pomagania i edukacji, rozpoczyna się od postawy szacunku i doceniania rodziców (por. Twardowski 2005; Janiszewska-Nieścioruk 2007; Chrzanowska 2011; Twardowski 2014).

Współcześnie w dyskursie nauk społecznych oraz w potocznym, dominującym odczuciu społeczeństw, rodzina koncentruje się wokół dzieci i ich dobra. Tendencja ta tłumaczona jest wyraźną reakcją na wcześniejsze zaniedbania wokół pozycji dziecka w rodzinie i społeczeństwie (przemiany społeczno-przemysłowe) oraz pogłębiającym się zrozumieniem osoby dziecka, uwarunkowań jego rozwoju ze strony naukowej. I choć docenienie dzieciństwa oraz dziecka jako unikatowej osoby stanowi niezaprzeczalnie

wartość naszych czasów, to należy przyznać, że podejście takie ma również swoje negatywne konsekwencje. Może prowadzić do zaniedbania roli systemu małżeńskiego czy rodzicielskiego jako relacji ważnej samej w sobie, której stan odpowiada w największym stopniu za rozwój holistycznie pojmowanego zdrowia w całej rodzinie. Wielu naukowców i terapeutów wyraża z tego powodu zaniepokojenie, uważając, że dziecko może się rozwijać szczęśliwie tylko wtedy, gdy małżeństwo rozwija swoją miłość w sposób udany (Satir 2002; Juul 2011; Hart, Hodson 2012). Co więcej, wyniki badań pokazują, że dzieci uczą się poprzez modelowanie tego, w jaki sposób traktować rówieśników, obserwując, jak w stosunku do siebie odnoszą się rodzice (Goleman 1995). Badacze są zgodni w ustaleniach, że dobre relacje pomiędzy rodzicami współwystępują z niskim poziomem stresu w rodzinie (Twardowski 2022).

### **Komunikacja w diadzie rodzic–dziecko o zaburzonym rozwoju**

Porozumiewanie się rodzica z dzieckiem o zaburzonym rozwoju napotyka wiele trudności. Część z nich jest spowodowana obiektywnymi warunkami – na przykład w przypadku dzieci niewidomych lub niesłyszących, część dotyczy indywidualnego procesu dziejącego się w rodzinach lub uwarunkowań psychologicznych rodzica. Ograniczenia dzieci to przede wszystkim wspomniane już niepełnosprawności związane ze zmysłami, nieprawidłowe napięcie mięśniowe, nieprawidłowości genetyczne lub uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego zaburzające adekwatną percepcję bodźców oraz neuroregulację, szczególnie w obszarze regulowania emocji (Kubiak 2011). Powoduje to, że dzieci mogą z jednej strony rzadziej i słabiej odpowiadać na inicjatywy kontaktu i same kontakt inicjować, z drugiej zaś wysyłać mniej jasne sygnały o swoich potrzebach.

Przykładowo, dzieci niewidome często prezentują rodzicom „puste spojrzenie”, które pozostaje bez związku z ich stanem emocjonalnym, ze względu na to, że nie mogą korzystać z różnorodnych komunikacyjnych funkcji spojrzenia i wzroku (Schaffer 2006b). W efekcie tego rodzice mogą czuć się zdezorientowani i zaniepokojeni, mogą się usztywniać komunikacyjnie w relacji z dzieckiem. Mogą się też utwierdzać w zaburzonym obrazie dziecka jako niezainteresowanego kontaktem z nimi, upartego lub leniwego (Trevvarthen 2002; Stec 2011; Twardowski 2022). Dlatego najszerszej i najczęściej poruszanej w literaturze charakterystyką komunikacji rodzica z dzieckiem o zaburzonym rozwoju jest dyrektywność (Pisula 2003). Jest to cecha wyrażająca asymetryczność, gdzie jedna osoba przejmuje prowadzenie w interakcji, a druga jest stroną dostosowującą się lub bierną. Matki są opisywane jako nadaktywne, inicjujące interakcje, a nawet intruzywne, kiedy przerywają aktywność dziecka, aby zaproponować

własne działanie. Mogą w dalszej konsekwencji być zbyt kontrolujące i nadopiekuńcze w stosunku do swoich dzieci.

Dyrektywność można także rozumieć jako przeciwieństwo wrażliwości macierzyńskiej określonej w wymiarach: współpraca/dostrojenie, pozytywność oraz dostępność (Lubiewska 2019). Dyrektywny opiekun, działając w kontakcie z dzieckiem, nie jest źródłem przyjemności i wsparcia dla dziecka. Nie ma pozytywnej postawy wobec dziecka i często ma obniżony, drażliwy nastrój, a jego dostępność psychologiczna w stosunku do aktualnego stanu dziecka jest ograniczona, szczególnie jeśli dziecko go ignoruje. Warto zwrócić uwagę, że w tej sytuacji także funkcja refleksyjna rodzica – mentalizacja – jest niewystarczająca, a co za tym idzie – niewystarczająca jest również responsywność (konkretne działanie wypływające ze zdolności refleksyjności). Rodzice mogą rzadziej rozumieć zachowania i stany umysłowe dziecka oraz rozważać ich znaczenie w kontekście swoich reakcji i prób zapewnienia dziecku bezpieczeństwa. Stres związany z niepełnosprawnością dziecka może być tak dominujący, że rodzic zajęty jego przeżywaniem może być dla dziecka opryskliwy lub nieprzyjemny, postrzegając je jako swego rodzaju przeszkodę.

Naśladowanie i dołączanie się do działań dziecka to dwa potężne, kluczowe narzędzia ustanowienia kanału komunikacyjnego i rozwoju kontaktu, często – mam wrażenie – wyniesione z mniej lub bardziej potocznej wiedzy z zakresu wspomagania rozwoju dziecka (Davies *et al.* 2008). Często niestety także specjaliści wybierają nienaukowy typ praktyki (*nonsience type*; Cozolino 2006: 11), lekceważąc wagę dostrojonego kontaktu i symetrycznego współdziałania z dzieckiem. W tym miejscu należałoby zapytać o cel usprawniania komunikacji pomiędzy opiekunami a dzieckiem o zaburzonym rozwoju. Wiemy już, że rozwój do trzeciego roku życia przebiega przede wszystkim w diadzie. Czy więc chodzi „tylko” o zapewnienie figury przywiązania oraz o zapewnienie wrażliwej opieki ze względu na to, że te jakości przekładają się bezpośrednio na rozwój dziecka? Podejście takie wydaje mi się zdecydowanie redukcjonistyczne.

My, ludzie, jesteśmy stworzeniami społecznymi. Potrzebujemy czuć się połączeni z innymi ludźmi, śmiać się z nimi, dzielić historie, ustalać wspólne plany i siedzieć zadowoleni w ciszy razem z nimi (w towarzystwie) (Zeedyk 2008: 7).

Charakterystyka ta dotyczy wszystkich ludzi, zarówno tych z niepełnosprawnościami intelektualnymi, jak i tych z licznymi ograniczeniami fizycznymi, jak w mózgowym porażeniu dziecięcym, czy wreszcie tych z poważnym stresem społecznym i interakcyjnym, jak w spektrum zaburzeń autystycznych. Każda osoba pragnie i potrzebuje oraz ma zdolność do współbycia, przyjemnego i radosnego współtowarzyszenia (*companionship*) (Trevvarthen 1998). Poczucie głębokiego połączenia z drugim „innym” ma fundamentalne znaczenie terapeutyczne.

## Relacyjno-rozwojowe podejście do wczesnego wspomagania rozwoju

Potrzeby dziecka o zaburzonym rozwoju są niezmiennie: poczucie bezpieczeństwa, odpoczynek, zabawa, bycie kochanym i akceptowanym w rodzinie, bycie zauważonym, potrzeba osiągnięć, przynależności społecznej, potrzeba bycia równorzędnym partnerem w interakcji itd. Wyrażanie i realizacja tych potrzeb może być odmienna, ale potrzeby są wspólne dla wszystkich dzieci. Dobrym przykładem może być tutaj sytuacja starszego dziecka w spektrum autyzmu, które jest spragnione kontaktu społecznego, ale niekoniecznie kontaktu dotykowego, bliskości w przestrzeni fizycznej i intensywnego wpatrywania się w oczy. Pewnie chciałoby móc się samo przytulić, kiedy tego potrzebuje, a zastosowanie urywanego kontaktu wzrokowego i siedzenie w pewnej odległości, bokiem, pozwoliłoby na spokojniejsze zaangażowanie w satysfakcjonującą interakcję społeczną. Udana modyfikacja realizacji określonej potrzeby u dziecka wymaga wielu zabiegów – w pierwszym rzędzie wrażliwości na sygnały kierowane od dziecka, pewnego rodzaju diagnozy interakcyjnej, następnie zaś zadbania o zasoby emocjonalne i poznawcze opiekuna (lub terapeuty), aby mógł uruchomić swoją funkcję refleksyjną oraz pełne afirmacji, dostrajające się zachowanie w stosunku do dziecka. Takie działanie jest według mnie najbardziej centralnym procesem we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka: aby dbając o zasoby rodzica, uczyć go „czytania” dziecka oraz modyfikowania swoich zachowań w taki sposób, aby zapewnić dziecku optymalny poziom bezpieczeństwa i rozwoju bez wyrzekania się swojego dobrostanu. Ważne jest, żeby specjaliści, wprowadzając zalecenia terapeutyczne i kolejne zajęcia, nie stracili z pola widzenia matki i dziecka w ich osobowym i relacyjnym wymiarze. Żeby pomimo trudności, jakich doświadczają w swoim życiu, i rodzic, i dziecko mogli mieć przyjemność z przebywania ze sobą.

Tylko wtedy, kiedy specjaliści skupią się na rodzicu jako osobie, którą można afirmować, próbować zrozumieć jej potrzeby i zmagania, towarzyszyć w różnorodnych emocjach – tych potocznie nazywanych pozytywnymi i negatywnymi, rodzic będzie mógł z tego skorzystać dla dobra swojego dziecka, dając mu to, co sam najpierw otrzymał we wspierających relacjach ze specjalistami.

Współczesne propozycje konkretnych modeli wczesnego wspomagania rozwoju konstruowane są często zgodnie z nadrzędną zasadą planowania interwencji w rozwój na zasadzie „mniej znaczy więcej” (*less is more*). Oznacza to minimalistyczne podejście do podziału zadań i przebiegu terapii, tak aby zapewnić spójność rozwoju dziecka i umożliwić rodzinie koherentne funkcjonowanie. „Więcej” nie zawsze znaczy „lepiej” – dziecko może być przemęczone liczbą aktywności w ciągu dnia lub tygodnia. W konsekwencji może wykazywać podwyższony, chroniczny poziom napięcia,

a jego układ immunologiczny będzie przeciążony, procesy uczenia w mózgu będą zaś przebiegały wolniej. Do tego dochodzi jeszcze nierzadka kwestia spójności zalecanych oddziaływań i ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych, które mogą się okazać nierealistycznie dobrane pod względem możliwości środowiska rodzinnego lub też po prostu wewnętrznie sprzeczne. Typowym negatywnym przykładem dla omawianego zagadnienia może być terapia mowy, szczególnie u osób ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*, w skrócie ASD). „Przepisywane” do realizacji behawioralne scenariusze lub „metody logopedyczne” nauczania mowy często zamieniają się w „wymuszanie” mowy zamiast „wprowadzania w rozwój mowy”. Mowa oparta na pamięciowych ośrodkach mowy, poprzez rozbudowywanie słownictwa, nie jest w stanie pełnić swojej funkcji komunikacyjnej, a nawet wtórnie blokuje jej rozwój. Wtedy jest to mówienie bez pozostawiania w kontakcie interpersonalnym, słowo bez interakcji, niepodzielana komunikacja (Babska, Shugar 1986; Bokus, Shugar 2007; Piełuc, Flundra 2010). Dlatego też nowoczesne wczesne wspomaganie rozwoju dziecka proponuje rozwijać kompetencje naturalne, czyli pojawiające się podczas normatywnego przebiegu rozwoju, a także te, które pozwalają sobie radzić w realnym świecie, w jakim żyje konkretna osoba.

Dobra znajomość psychologii rozwoju małego dziecka zwiększa szansę na to, że zaprojektowany harmonogram działań będzie się składał z interwencji kluczowych, które niejako „dźwigają rozwój na dobrą ścieżkę”. Tak więc „mniej” we wczesnym wspomaganiu małego dziecka oznacza działanie bardziej holistyczne i harmonijne, prowadzone w sposób przemyślany, respektujące rozpoznane dotychczas zasady przebiegu rozwoju małego dziecka, działanie dopasowane do możliwości i potrzeb rodziny (Bakermans-Kranenburg, IJzendoorn van, Juffer 2007; Ziv 2007; Honore 2011; Gutstein 2013).

Lepsze „mniej” we wczesnym wspomaganiu rozwoju oznacza dla mnie przejście od nauki do zabawy, od „wymagam” do „dopasowuję się”, od bycia terapeutą dla swojego dziecka do bycia rodzicem, od realizowania kolejnych zadań terapeutycznych do „pełnego obecności bycia z”. Wymiar „usprawnianie” – bycie rodzicem wydaje mi się kluczowy. Jest bowiem oczywiste, że dzieci, żeby się zdrowo rozwijać, potrzebują rodzica. Żadne dziecko nie rozwinie się bez rodzica. Strata podstawowego opiekuna jest jedną z najtrudniejszych do uleczenia ran dzieciństwa. Nie dotyczy to tylko wymiaru biologicznego, gdy rodzic umiera, lub fizycznego – gdy następuje fizyczne oddzielenie od rodzica. Stracić rodzica można również symbolicznie, tracąc z nim kontakt psychiczny, kiedy rodzic oddala się od dziecka mentalnie, kiedy jest zaabsorbowany tylko swoimi sprawami, wreszcie, kiedy zamiast być blisko swojego dziecka, zajmuje się kompensacją jego deficytów oraz usprawnianiem jego funkcjonowania.

## Bibliografia

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2013), *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Babska Z., Shugar G.W. (1986), *Idea dwu-podmiotowości interakcji dorosły–dziecko w procesie wychowania w pierwszych latach życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Bakermans-Kranenburg M.J., IJzendoorn van M., Juffer F. (2007), *Why less is more: from the dodo bird verdict to evidence-based interventions on sensitivity and early attachments*, [w:] *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*, eds. L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, M.T. Greenberg, The Guilford Press, New York–London, s. 297–312.
- Bokus B., Shugar G.W. (2007), *Psychologia języka dziecka – stare pytania, nowe dane, nowe hipotezy*, [w:] *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*, red. B. Bokus, G.W. Shugar, GWP, Gdańsk, s. 9–32.
- Bowlby J. (1960), *Grief and mourning in the infancy and early childhood*, „The Psychoanalytic Study of the Child”, XV, s. 3–39.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, PWN, Warszawa.
- Bull P. (2002), *Communication under the microscope: theory and practice of microanalysis*, Routledge, New York.
- Chrzanowska I. (2011), *Wstęp*, [w:] *Miejsce innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Inny wobec wyzwań współczesnego świata*, red. I. Chrzanowska, B. Jachimczak, D. Podgórska-Jachnik, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi Łódź, s. 13–14.
- Cohen L.J. (2012), *Rodzicielstwo przez zabawę*, Mamania, Warszawa.
- Cozolino L.J. (2006), *The neuroscience of human relationships. Attachments and developing of social brain*, W.W. Norton & Company, London.
- Cozolino L.J. (2012), *Neuronauka i psychoterapia. Budowa i przebudowa ludzkiego mózgu*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Czub T. (2003), *Znaczenie wstydu w procesie socjalizacji*, [w:] *Ukryte źródła: szanse rozwoju w okresie dzieciństwa*, red. A. Brzezińska, S. Jabłoński, M. Marchow, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, s. 71–83.
- Davies C.E., Zeedyk M.S., Walls S., Betts N., Parry S. (2008), *Using imitation to establish channels of communication with institutionalised children in Romania: bridging the gap*, [w:] *Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*, ed. M.S. Zeedyk, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia, s. 84–101.
- Eliot L. (2003), *Co tam się dzieje?: jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, Media Rodzina, Poznań.
- Erikson E.H. (2000), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Gerhardt S. (2010), *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gilligan J. (2001), *Wstyd i przemoc. Refleksje nad śmiertelną epidemią*, Media Rodzina, Poznań.
- Goleman D. (1995), *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań.
- Gruszczyk-Kolczyńska E. (2009), *Rytm. Wdrażanie dzieci do wychwytywania prawidłowości i korzystania z nich w nabywaniu umiejętności matematycznych*, [w:] *Wspomaganie rozwoju umysłowego oraz edukacja matematyczna dzieci w ostatnim roku wychowania przedszkolnego i pierwszym roku edukacji szkolnej*, red. E. Gruszczyk-Kolczyńska, Edukacja Polska, Warszawa, s. 92–103.
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (2000), *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*, WSiP, Warszawa.

- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (2004), *Wspomaganie rozwoju umysłowego czterolatków i pięcioletków. Książka dla rodziców, terapeutów i nauczycieli przedszkola*, WSiP, Warszawa.
- Gutstein, S.E. (2013), *Księga RDI. Wytaczanie nowych ścieżek w autyzmie, zespole Aspergera i PDD z Programem Rozwoju Relacji*, Fundacja Rozwiązać Autyzm, Warszawa.
- Harlow H.F. (1978), *Uczuciowość*, [w:] *Przywiązanie: ujęcie interdyscyplinarne*, red. D. Anzieu, PWN, Warszawa, s. 67-83.
- Hart S., Hodson K. (2012), *Szanujący rodzice. Szanujące dzieci. Jak zmienić rodzinne konflikty we współdziałanie?*, Wydawnictwo MiND, Warszawa.
- Heller L., LaPierre A. (2010), *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz samego siebie i zdolność tworzenia związków*, Wydawnictwo Instytutu Terapii Psychosomatycznej, Wrocław.
- Holinger P.C. (2006), *Co mówią dzieci zanim nauczą się mówić. Dziewięć sygnałów używanych przez dzieci do wyrażania uczuć*, Media Rodzina, Poznań.
- Honore C. (2011), *Pod presją. Dajmy dzieciom święty spokój!*, Drzewo Babel, Warszawa.
- Jaklewicz H. (1993), *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnostyka, przebieg, leczenie*, GWP, Gdańsk.
- Janiszewska-Nieścioruk Z. (2007), *Perspektywy i zagrożenia społecznej integracji osób z niepełnosprawnością*, [w:] *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 195-210.
- Jennings S. (2011), *Healthy attachments and Neuro-Dramatic-Play*, Jessica Kingsley Publishers, London-Philadelphia.
- Juul J. (2011), *Twoja kompetentna rodzina. Nowe drogi wychowania*, MiND, Warszawa.
- Klasyfikacja diagnostyczna DC 0-3 R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa* (2007), Oficyna Wydawnicza Fundament, Warszawa.
- Kmita G. (2003), *Psychologiczna pomoc w traumie wczesniactwa*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność niepełnosprawności*, red. M. Kościelska, B. Aouil, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz, s. 90-100.
- Kmita G. (2004), *Wczesna interwencja psychologiczna wobec dzieci urodzonych przedwcześnie i ich rodzin w warunkach oddziały intensywniej opieki noworodkowej i patologii noworodka*, [w:] *Wczesna interwencja. Miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną*, red. G. Kmita, T. Kaczmarek, Wydawnictwo EMU, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa, s. 45-64.
- Kmita G. (2007), *Przedwczesne narodziny. O odkrywaniu radości z bycia razem i rozwoju regulacyjnych funkcji self*, [w:] *Małe dziecko i jego rodzina. Z teorii i praktyki wczesnej interwencji psychologicznej*, red. G. Kmita, Wydawnictwo EMU, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa, s. 75-84.
- Kmita G. (2011), *Obserwacja interakcji niemowlę-rodzice. Rola mikroanalizy zachowania*, [w:] *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny*, red. M. Świąćicka, Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa, s. 43-56.
- Kmita G. (2013), *Od zaciekawienia do zaangażowania. O rozwoju samoregulacji w interakcjach z rodzicami niemowląt urodzonych skrajnie wcześnie, przedwcześnie i o czasie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Kopeć D. (2004), *Diagnostyka w procesie rehabilitacji osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 137-145.
- Kopeć D. (2013), *Rzeczywistość (nie)edukacyjna osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Zbiór instrumentalnych studiów przypadku*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

- Kornas-Biela D. (2013), *Okres prenatalny*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 147-171.
- Kubiak H. (2011), *Samodzielność dzieci z porażeniem mózgowym*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Lubiewska K. (2019), *Przywiązanie. W kontekście wrażliwości rodzicielskiej, socjalizacji oraz wpływów kulturowych*, PWN, Warszawa.
- Madsen W.C. (2007), *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*, The Guilford Press, New York-London.
- Neufeld G., Mate G. (2013), *Więź. Dlaczego rodzice powinni być ważniejsi od kolegów*, Galaktyka, Łódź.
- Olechnowicz H. (1957), *Choroba szpitalna (hospitalizm) u małego dziecka wychowywanego poza rodziną*, „Pediatria Polska”, 7, s. 837-849.
- Piełuc M., Flundra M. (2010), *Wiedotrening Komunikacji jako metoda wspierająca rozwój emocjonalno-społeczny dziecka z trudnościami w komunikowaniu się werbalnym*, „Psychologia Rozwojowa”, 15 (1), s. 89-97.
- Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Pisula E. (2003), *Autyzm i przywiązanie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Pisula E. (2004), *Potrzeby rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, [w:] *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*, red. W. Dykcik, A. Twardowski, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań, s. 43-54.
- Pisula E. (2007), *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Porges S. (2021), *Neurofizjologiczne podstawy emocji i przywiązania w teorii poliwalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Randall P., Parker J. (2010), *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, GWP, Sopot.
- Sapolsky, R.M. (2010), *Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu*, PWN, Warszawa.
- Satir V. (2002), *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk.
- Schaffer H.R. (2006a), *Początki społecznienia dziecka*, PWN, Warszawa.
- Schaffer H.R. (2006b), *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Schore A.N. (1994), *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, New Jersey.
- Schore A.N. (2001), *Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health*, „Infant Mental Health Journal”, 22 (1-2), s. 7-66.
- Siegel D. (2009), *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Siegel D. (2011), *Psychowzroczność: przekształć własny umysł zgodnie z regułami nowej wiedzy o empatii*, Media Rodzina, Poznań.
- Sroufe L.A. (1995), *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Stec M.M. (2008), *Przyjazne powitanie*, „Remedium”, 1 (179), s. 10-11.
- Stec M.M. (2011), *Wiek niemowlęcy – pomiędzy brakiem więzi a zaufaniem do ludzi*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny w otoczeniu społecznym*, red. A. Jakoniuk-Diallo, H. Kubiak, Wydawnictwo Difin, Warszawa, s. 11-30.

- Stec M.M. (2023), *Zastosowanie metody Wideotreningu Komunikacji w usprawnianiu porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju* [niepublikowany maszynopis pracy doktorskiej], UAM, Poznań.
- Stern D.N. (1985), *The Interpersonal World of The Infant*, Basic Books, New York.
- Stern D.N. (1995), *The motherhood constellation. A unified view of parent–infant psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Stiffelman S. (2017), *Uważne rodzicielstwo. Wychowaj dziecko na świadomego, pewnego siebie i czułego człowieka*, Galaktyka, Łódź.
- Spitz R.A. (1945), *Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*, „The Psychoanalytic Study of the Child”, 1, s. 53–74.
- Trevarthen C. (1977), *Descriptive analyses of infant communicative behavior*, [w:] *Studies in mother–infant interaction*, ed. H.R. Schaffer, Academic Press, London–New York–San Francisco, s. 227–270.
- Trevarthen C. (1998), *Explaining emotions in attachment*, „Social Development”, 7, s. 269–272.
- Trevarthen C. (2002), *Autism, sympathy of motives and music therapy*, „Enfance”, 54, s. 86–99.
- Trevarthen C. (2007), *Podstawy intersubiektywności. Rozwój rozumienia innych ludzi i rozumienia kooperacyjnego u małych dzieci*, [w:] *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*, red. B. Bokus, G.W. Shugar, GWP, Gdańsk, s. 101–123.
- Trevarthen C. (2008), *Intuition for human communication*, [w:] *Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*, ed. M.S. Zeedyk, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia, s. 23–38.
- Trevarthen C., Aitke K.J. (2003), *Regulation of brain development and age-related changes in infants' motives: The developmental function of regressive periods*, [w:] *Regression Periods In Human Infancy*, ed. M. Heimann, Erlbaum, New York, s. 107–184.
- Twardowski A. (2003), *Wczesne wspomaganie rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne intelektualnie*, [w:] *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 101–111.
- Twardowski A. (2005), *Współpraca nauczycieli i rodziców w procesie wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] *Współprzestrzenie edukacji. Szkoła – rodzina – społeczeństwo – kultura*, red. M. Nyczaj-Drag, M. Głazewski, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 87–96.
- Twardowski A. (2014), *Nowa koncepcja wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami*, „Forum Pedagogiczne”, 1, s. 15–33.
- Twardowski A. (2022), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Zeedyk M.S. (2008), *Briding a spectrum of communicative impairments*, [w:] *Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*, ed. M.S. Zeedyk, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia, s. 7–20.
- Ziv Y. (2007), *Attachment-Based Intervention Programs: Implications for Attachment Theory and Research*, [w:] *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*, eds. L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, M.T. Greenberg, The Guilford Press, New York–London, s. 61–78.

