FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ

Dziecko Krzywdzone
Teoria Badania Praktyka

Zdrowie psychiczne niemowląt w systemie ochrony dziecka: perspektywa relacyjna wobec przemocy, zaniedbania i wczesnej traumy

Anna Brandt-Salmeri, Klaudia Wątor, Natalia Morawiec, Barbara Zajączkowska, Małgorzata Ayverdi, Wiktoria Krasowska

Instytut Psychologii Uniwersytet Śląski

W Polsce zdrowie psychiczne niemowląt (Infant Mental Health, IMH) pozostaje obszarem niewystarczająco obecnym zarówno w refleksji naukowej, jak i w praktyce ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji oraz ochrony dziecka. Choć okres niemowlęcy ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju regulacji emocjonalnej, wzorców relacyjnych i kompetencji społecznych, potrzeby najmłodszych dzieci nadal zbyt rzadko ujmowane są całościowo, z uwzględnieniem relacyjnego kontekstu rozwoju. Słabo rozwinięte pozostają zwłaszcza rozwiązania służące rozpoznawaniu trudności w obszarze IMH, wspieraniu diady dziecko – opiekun oraz włączaniu tej perspektywy do działań pomocowych i zapobiegawczych. Znaczenie problemu potwierdzają metaanalizy wskazujące, że przemoc fizyczna wobec niemowląt w pierwszych dwóch latach życia występuje częściej, niż sugerują oficjalne statystyki.

Celem artykułu jest przedstawienie zdrowia psychicznego niemowląt jako istotnego, a nadal słabo wyodrębnionego obszaru wspierania rozwoju i ochrony dziecka. W tekście omówiono wybrane sposoby konceptualizacji IMH, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy relacyjnej, w której podstawową jednostką rozumienia rozwoju i trudności nie jest wyłącznie samo niemowlę, lecz relacja dziecko – opiekun oraz szerszy kontekst środowiskowy. Przedstawiono także znaczenie tego ujęcia dla rozpoznawania potrzeb niemowląt i małych dzieci doświadczających przemocy, zaniedbania oraz innych form krzywdzenia.

Artykuł ma charakter przeglądowy i postulatywny. Oprócz uporządkowania podstawowych ujęć teoretycznych prezentuje wybrane rozwiązania stosowane w innych krajach, obejmujące kształcenie kadr, rozwój wyspecjalizowanych świadczeń oraz

 https://doi.org/10.63237/VHQI4007

włączanie perspektywy IMH do praktyki wspierania rodzin. Podkreślono, że silniejsza obecność IMH w kształceniu specjalistów, organizacji świadczeń i praktyce wsparcia może sprzyjać zarówno zapobieganiu krzywdzeniu dzieci, jak i projektowaniu adekwatnej pomocy najmłodszym dzieciom oraz ich opiekunom.

Słowa kluczowe:
zdrowie psychiczne niemowląt; relacja dziecko – opiekun; przemoc wobec dzieci; wczesna interwencja

1. Wprowadzenie: dlaczego zdrowie psychiczne niemowląt jest „niewidocznym wymiarem" ochrony dziecka?

Pojęcie zdrowia psychicznego niemowląt można rozumieć zarówno jako rozwijającą się u dziecka zdolność do doświadczania, regulowania i wyrażania emocji, tworzenia bliskich relacji, poznawania otoczenia i uczenia się, jak i jako interdyscyplinarny obszar badań, praktyki klinicznej oraz polityki społecznej, ukierunkowany na wspieranie prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego małych dzieci (Fitzgerald i in., 2011).

W Polsce nadal brakuje spójnego systemu wczesnego rozpoznawania trudności w obszarze zdrowia psychicznego niemowląt oraz relacyjnie ukierunkowanych form pomocy dla diady dziecko – opiekun. Jest to szczególnie istotne, ponieważ badania wskazują, że wczesna identyfikacja potencjalnych trudności oraz odpowiednio zaprojektowana interwencja mogą być zarówno ważnym czynnikiem wsparcia dla dzieci i ich rodzin, jak i odciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej (Ammitzbøll i in., 2019; Zeanah i in., 2005; ZERO TO THREE, 2016). Pod wieloma względami pierwszy rok życia stanowi krytyczną fazę rozwoju, charakteryzującą się intensywną dynamiką, podwyższoną wrażliwością oraz podatnością na zakłócenia (Nelson i in., 2019). Jednocześnie okres niemowlęcy wyróżnia się wysoką neuroplastycznością i dużymi możliwościami uruchamiania mechanizmów kompensacyjnych (DeMaster i in., 2019; Lazzouni i Lepore, 2014). Ta formatywna faza rozwoju mózgu wymaga zatem szczególnej uwagi zarówno ze strony badaczy, jak i systemu opieki. Istotne znaczenie ma również stan psychiczny głównego opiekuna, który odgrywa kluczową rolę dla dobrostanu dziecka oraz kształtującego się przywiązania (Goodman, 2019). Z tego względu w ocenie funkcjonowania niemowlęcia należy uwzględniać nie tylko samo dziecko, lecz także samopoczucie osoby sprawującej nad nim bezpośrednią opiekę (Pakmanesh i in., 2021).

Ograniczona obecność IMH w Polsce wiąże się zarówno z niedoborem danych populacyjnych i narzędzi przesiewowych, jak i z niejasnym miejscem tego obszaru w systemie opieki. Zdrowie psychiczne niemowląt znajduje się na styku wielu dziedzin, dlatego odpowiedzialność za rozpoznawanie trudności najmłodszych dzieci bywa rozproszona. Dodatkowo niemowlę często postrzega się głównie przez pryzmat zdrowia somatycznego i kamieni milowych, a rzadziej jako uczestnika relacji, którego trudności mogą ujawniać się w regulacji, kontakcie, śnie, karmieniu czy sposobie reagowania na opiekuna.

W okresie niemowlęcym skutki przemocy, zaniedbania i innych form krzywdzenia nie manifestują się zazwyczaj w postaci jednoznacznych objawów u dziecka, lecz częściej poprzez zakłócenia regulacji, relacji i wzorców rozwojowych, które wymagają uważnej obserwacji i interpretacji klinicznej (Howell i in., 2016). Wczesna ekspozycja na przemoc, w tym bycie świadkiem przemocy wobec opiekuna, wiąże się z konsekwencjami dla rozwoju społeczno-emocjonalnego i zdrowia psychicznego małego dziecka. Sam okres prenatalny i niemowlęcy uznawany jest przy tym za szczególnie wrażliwy na działanie przewlekłego stresu i zagrożenia relacyjnego (Hill i in., 2016; Howell i in., 2016; Mueller i Tronick, 2019). W tym sensie rozwój IMH nie jest wyłącznie kwestią poszerzania wiedzy klinicznej, ale także elementem wzmacniania systemu ochrony dziecka, zwłaszcza wtedy, gdy ze względu na wiek nie może ono samodzielnie ujawnić doznanych krzywd.

Choć obszar IMH pozostaje w Polsce nadal słabo rozwinięty, pojawiają się pierwsze inicjatywy badawcze ukierunkowane na adaptację narzędzi przesiewowych i budowanie podstaw wczesnej identyfikacji trudności u niemowląt (Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, b.d.). Tego rodzaju działania można traktować jako ważny pierwszy krok w kierunku tworzenia bardziej uporządkowanego zaplecza pojęciowego, badawczego i praktycznego dla dalszego rozwoju tego obszaru.

Niniejszy artykuł składa się z pięciu części. Pierwsza omawia zdrowie psychiczne niemowląt jako konstrukt teoretyczny i kliniczny oraz znaczenie wczesnych relacji, druga przedstawia empirycznie udokumentowane konsekwencje przemocy i zaniedbania, trzecia koncentruje się na miejscu IMH w systemie ochrony dziecka pokrzywdzonego przestępstwem, czwarta prezentuje wybrane modele wsparcia rozwijane w innych krajach, a piąta wskazuje na lukę systemową w Polsce oraz możliwe kierunki rozwoju tego obszaru.

2. Zdrowie psychiczne niemowląt jako konstrukt teoretyczny i kliniczny

2.1. Definicje i zakres pojęcia IMH

Korzenie współczesnego myślenia o zdrowiu psychicznym niemowląt wyrastają z teorii rozwoju emocjonalnego i przywiązania, które podkreślały znaczenie wczesnych relacji dla kształtowania się funkcjonowania psychicznego dziecka (Ainsworth i Bell, 1970; Bowlby, 1969; Freud, 1965; Winnicott, 1960). Pojęcie zdrowia psychicznego niemowląt (ang. *Infant Mental Health*, IMH) zostało pierwotnie wprowadzone przez Fraiberg i jej współpracowników jako podejście do wspierania rozwoju i dobrostanu niemowląt oraz małych dzieci w ramach bezpiecznej i stabilnej relacji rodzic – dziecko (Weatherston, 2000). Tak rozumiane IMH obejmuje zatem zarówno rozwijające się kompetencje dziecka, jak i obszar wiedzy oraz praktyki służące ich wspieraniu.

Już od połowy XX wieku badacze podkreślali, że rozwój psychiczny niemowlęcia nie może być rozumiany w oderwaniu od jakości opieki i wczesnych relacji z opiekunem. Anna Freud akcentowała znaczenie rozwoju emocjonalnego i społecznego, Erikson – rolę zdrowych relacji rodzinnych, a Bowlby, Ainsworth i Winnicott tworzyli podstawy myślenia o więzi, bezpieczeństwie i opiece jako warunkach rozwoju psychicznego dziecka (Ainsworth i Bell, 1970; Bowlby, 1958, 1969; Erikson, 1950; Freud, 1965; Simpson i in., 2016; Winnicott, 1960). Termin „zdrowie psychiczne niemowląt" można rozumieć także jako właściwość dziecka osadzoną w systemie relacyjnym (Zeanah i Zeanah, 2019). Zdolności te nie rozwijają się w izolacji, lecz kształtują się w szerszym kontekście rodzinnym, społecznym i kulturowym (ZERO TO THREE, 2017). W konsekwencji podstawową jednostką rozumienia zdrowia psychicznego niemowlęcia nie jest wyłącznie samo dziecko, lecz dziecko w relacji z opiekunem.

Rozwijanie zdolności do budowania relacji, regulacji i wyrażania emocji oraz eksploracji otoczenia jest równoznaczne ze zdrowym rozwojem społecznym i emocjonalnym (Zeanah i Zeanah, 2019; ZERO TO THREE, 2001). Nie oznacza to jednak, że każda trudność regulacyjna, relacyjna czy behawioralna u niemowlęcia powinna być automatycznie utożsamiana z zaburzeniem psychicznym. W perspektywie IMH kluczowe znaczenie ma ocena nasilenia, trwałości i współwystępowania problemów oraz ich osadzenia w relacji dziecko – opiekun i szerszym kontekście rozwojowym.

Negatywne doświadczenia wczesnodziecięce mogą niekorzystnie oddziaływać na rozwój mózgu i powodować długoterminowe konsekwencje, dlatego zdrowie psychiczne niemowląt jest fundamentem zdrowia psychicznego na każdym etapie

rozwojowym (Goodman, 2019; ZERO TO THREE, 2017). Utrzymujące się trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i relacyjnym niemowlęcia mogą stanowić wczesny wskaźnik ryzyka problemów ze zdrowiem psychicznym (ZERO TO THREE, 2017). Do możliwych przejawów zaburzeń zdrowia psychicznego u niemowląt należą m.in.: trudności w regulacji emocji i uwagi, nadmierna płaczliwość, problemy ze snem lub karmieniem, drażliwość, wycofanie albo trudności w kontakcie z opiekunem (Bolten, 2012).

Określenie dokładnych statystyk zaburzeń psychicznych u niemowląt i małych dzieci jest utrudnione z uwagi na niską świadomość społeczną oraz problemy z oceną i diagnozowaniem, przez co często pozostają one nierozpoznane (Lyons-Ruth i in., 2017). Szacunki dotyczące rozpowszechnienia trudności psychicznych u najmłodszych dzieci są zróżnicowane, co wynika m.in. z odmiennych definicji i metod badania. Dostępne dane wskazują jednak, że problemy emocjonalne, relacyjne i behawioralne we wczesnym dzieciństwie nie należą do zjawisk rzadkich; w zależności od przyjętych kryteriów ich rozpowszechnienie szacuje się na około 9,5–18% (Brauner i Stephens, 2006; Skovgaard i in., 2007; von Klitzing i in., 2015; Wichstrøm i in., 2012). Nieleczone zaburzenia mogą wpływać na różne obszary rozwoju dziecka oraz jego późniejsze funkcjonowanie. Jeśli jednak zostaną odpowiednio wcześnie rozpoznane, można zastosować odpowiednie interwencje wspierające zdrowy rozwój (ZERO TO THREE, 2017). Jednym z systemów wspierających diagnozę zaburzeń zdrowia psychicznego i zaburzeń rozwojowych u dzieci we wczesnym dzieciństwie jest klasyfikacja DC:0–5: Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa (ZERO TO THREE, 2016).

2.2. Perspektywa relacyjna

W obszarze zdrowia psychicznego niemowląt głównym celem diagnozy i interwencji jest relacja między dzieckiem a jego opiekunem. Wynika to z faktu, że niemowlęta są całkowicie zależne od relacyjnego i środowiskowego kontekstu opieki, obejmującego dostępność, responsywność i stabilność głównych opiekunów, a ich kompetencje rozwojowe kształtują się i różnią w zależności od jakości konkretnych więzi (Zeanah i Zeanah, 2019). Wspierające relacje z opiekunem we wczesnym dzieciństwie są kluczowe dla biologicznego rozwoju (Hostinar i in., 2014; Shonkoff i in., 2012). Bardzo ważnym elementem optymalnej relacji w diadzie jest wrażliwość matki, czyli jej zdolność do trafnego odczytywania sygnałów niemowlęcia i adekwatnego, warunkowego reagowania na nie. Taka responsywność pełni niezwykle istotną funkcję w regulacji stresu dziecka i jest jednym z najważniejszych czynników

dla bezpiecznego przywiązania w przyszłości (Goodman, 2019). Zdolność opiekuna do dokładnego odczytywania stanów psychicznych niemowlęcia i wnioskowania o ich znaczeniu pozwala na wrażliwe, dostrojone reakcje, które dają subiektywne doświadczenie bezpieczeństwa i wspierają rozwijającą się samoregulację (Bretherton i Munholland, 1999, za: Schechter i in., 2019). Responsywna opieka chroni wiele obszarów mózgu dziecka, ponieważ kształtuje i poprawia zdolność uczenia się, osiągania sukcesów w nauce oraz jakość życia (Britto i in., 2017; Luby i in., 2019). Podczas gdy matczyna wrażliwość stanowi fundament bezpiecznego przywiązania, jej brak – zwłaszcza w momentach, gdy niemowlę doświadcza dystresu lub wykazuje emocjonalną bezbronność – prowadzi do wykształcenia więzi pozabezpiecznych. Wrażliwość opiekuna na sferę afektywną dziecka bezpośrednio przekłada się na jego późniejszą biegłość w regulacji emocji i zachowania (Goodman, 2019).

Dla rozwoju zdolności regulacyjnych dzieci duże znaczenie ma współregulacja w diadzie – proces, w którym opiekunowie i niemowlęta regulują się wzajemnie za pomocą zachowań ukierunkowanych na cel oraz wyrażanych emocji (Lobo i Lunkenheimer, 2020). Zgodnie z teoriami wzajemnej regulacji (Tronick i Reck, 2009) oraz synchronizacji biobehawioralnej (np. Feldman, 2003) niemowlęta i matki uczestniczą w systemie komunikacji emocjonalnej, opartym na bieżącej koordynacji stanów afektywnych, ekspresji mimicznej, wokalizacji i ruchu (Weinberg, Beeghly i in., 2008; Weinberg, Tronick i in., 1999), a którego funkcją jest regulacja stanów emocjonalnych najmłodszych. Ponieważ w pierwszych latach życia dzieci są całkowicie zależne od dorosłych w rozpoznawaniu potrzeb i radzeniu sobie ze stresem, opiekunowie stanowią dla nich źródło niezbędnej regulacji zewnętrznej. Jakość opieki kształtuje „regulację afektu" – zdolność radzenia sobie ze stresem, pobudzeniem i emocjami. We współregulacji istotną rolę odgrywają zarówno dotyk, w którego oddziaływaniu pośredniczy oksytocyna (Negayama i in., 2023), jak i zachowania naśladowcze, dzięki którym niemowlęta nabywają kompetencji społecznych, komunikacyjnych i regulacyjnych (Verde-Cagiao i in., 2022). Umiejętności zarządzania emocjami są niezbędne do nauki i koncentracji uwagi, co jest kluczowe dla osiągania sukcesów w szkole (Cook i in., 2017, za: Mueller i Tronick, 2019; Perry, 2001).

Duże znaczenie dla rozwoju i zdrowia psychicznego ma również interakcja pomiędzy opiekunem a dzieckiem, nazwana „serve and return". Zgodnie z definicją Center on the Developing Child (b.d.) interakcje „serwowania" i „oddawania" kształtują architekturę mózgu. Kiedy niemowlę „serwuje" – gaworzy, gestykuluje lub płacze, a dorosły „odbija" – odpowiednio reaguje kontaktem wzrokowym, słowami lub przytuleniem, w mózgu dziecka powstają i wzmacniają się połączenia neuronowe, co wspiera rozwój komunikacji i umiejętności społecznych.

Ważną rolę w rozumieniu wagi relacji dla rozwoju niemowląt odegrał eksperyment nieruchomej lub kamiennej twarzy, znany również jako eksperyment „Still Face" (Adamson i Frick, 2003). Wyniki badań pokazują, że w sytuacji nagłego braku reakcji ze strony opiekuna niemowlęta najpierw podejmują próby ponownego zaangażowania go w interakcję, a następnie – wobec utrzymującej się jego niedostępności emocjonalnej – reagują nasilonym stresem, wycofaniem czy dysregulacją. Ta procedura stanowi jedno z klasycznych empirycznych potwierdzeń znaczenia responsywności opiekuna dla regulacji emocjonalnej i jakości relacji niemowlę – opiekun (Harrison i Tronick, 2022).

Wspomniany eksperyment wskazuje także na rolę intersubiektywności – terminu wyjaśniającego dynamiczne, jeszcze przedwerbalne dzielenie się zainteresowaniami, emocjami i intencjami podczas bezpośrednich interakcji diadycznych (Trevarthen, 1998, za: Kokkinaki i in., 2023). Niemowlęta i opiekunowie komunikują swoje uczucia i zamiary poprzez wymianę behawioralną, wykorzystując mimikę twarzy, gesty i wokalizację (Harrison, 2014, za: Harrison i Tronick, 2022). Badania nad intersubiektywnością wskazują, że już od pierwszych miesięcy życia dziecko uczestniczy w dynamicznej wymianie spojrzeń, wokalizacji, gestów i stanów afektywnych z rodzicem. W kolejnych miesiącach rozwija się także zdolność do wspólnej uwagi i triadycznego odnoszenia się do otoczenia (intersubiektywność wtórna), co ma istotne znaczenie dla rozwoju komunikacji i języka (Kokkinaki i in., 2023; Terrace i in., 2022; Yu i Smith, 2012).

Jednak kiedy opiekunowie reagują na niemowlę w sposób niespójny, agresywny, intruzywny lub zaniedbujący, małe dziecko może doświadczać intensywnego, trudnego do ukojenia stresu i pobudzenia (Streeck-Fischer i van der Kolk, 2000, za: Wotherspoon i Gough, 2008). Warto podkreślić, że urazy i przewlekłe napięcie doświadczane w okresie intensywnej organizacji mózgu, czyli we wczesnym dzieciństwie, mogą pociągać za sobą znacznie poważniejsze konsekwencje niż podobne doświadczenia w późniejszych etapach życia (Cleaver, 2025).

2.3. Szerszy kontekst środowiskowy

Choć specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym niemowląt koncentrują się przede wszystkim na wczesnej relacji między rodzicem a dzieckiem, należy pamiętać, że diada ta funkcjonuje w szerszym kontekście rodzinnym, społecznym i kulturowym (Zeanah i Zeanah, 2019). Jakość opieki i stabilność więzi są nierozerwalnie związane z warunkami środowiskowymi, w jakich na co dzień żyje rodzina. Czynniki te oddziałują na niemowlę przede wszystkim poprzez wpływ na dostępność, stabilność

i jakość opieki rodzicielskiej (Zeanah i Zeanah, 2019). Trzeba mieć również na uwadze, że rozwój dziecka zależy zarówno od interakcji diadycznych z matką czy ojcem, jak i od szerszych mechanizmów funkcjonowania całej rodziny, włączając w to chociażby jakość relacji małżeńskiej, która odgrywa jedną z najważniejszych ról w kształtowaniu się dziecka (Cummings i Davies, 2002; Zeanah i Zeanah, 2019). Perspektywa relacyjna ma znaczenie nie tylko dla opisu typowego rozwoju, lecz także dla rozumienia szkody. W przypadku przemocy, zaniedbania lub ekspozycji na traumę to właśnie relacja dziecko – opiekun staje się główną przestrzenią ujawniania się trudności, a ich obraz kliniczny ma często charakter swoisty rozwojowo i relacyjnie osadzony. Z tego względu niemowlęcia nie można traktować jako „zbyt małego", by doświadczało skutków wydarzenia traumatycznego. Przeciwnie – w tym okresie rozwojowym zagrożenie wpisuje się bezpośrednio w organizację regulacji, przywiązania i poczucia bezpieczeństwa (Scheeringa, 2011; Simonelli, 2013), a zdolność kodowania i przywoływania doświadczeń rozwija się już przed ukończeniem pierwszego roku życia. Natomiast w wieku około 24 miesięcy pamięć długotrwała jest już wyraźnie obecna, zwłaszcza przy powtarzalnych doświadczeniach (Schechter i in., 2019).

Szczególnie destrukcyjnym czynnikiem w szerszym systemie środowiskowym jest przemoc domowa. Małe dzieci doświadczają skutków przemocy między partnerami przede wszystkim poprzez jej wpływ na relacje z opiekunami (Zeanah i Zeanah, 2019). Skutki przebywania w takim otoczeniu bywają długotrwałe – dowody empiryczne wykazują, że u niemowląt i małych dzieci, będących świadkami lub ofiarami traumatycznych zdarzeń, m.in. przemocy małżeńskiej, diagnozuje się zjawisko zespołu stresu pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), które nie mija samoistnie i wymaga specjalistycznej interwencji (Zeanah i Zeanah, 2019). Co ważne, stan emocjonalny i psychiczny opiekunów ma bezpośrednie przełożenie na funkcjonowanie niemowląt. Wysoki poziom lęku matki, występowanie zaburzeń psychicznych (takich jak depresja) oraz zmaganie się ze stresującymi wydarzeniami życiowymi to istotne czynniki ryzyka zaburzające optymalny rozwój najmłodszych (Sameroff, 1998). Środowiskowe warunki socjalne, takie jak ubóstwo czy niski status społeczno-ekonomiczny, również odgrywają kluczową rolę w rozwoju poznawczym i społeczno-emocjonalnym dzieci (Sameroff, 1998).

Badania pokazują jednak, że to nie pojedynczy czynnik determinuje problemy rozwojowe, lecz skumulowanie się wielu negatywnych zjawisk (Sameroff, 1998). Dzieci i rodziny mogą sprostać powyższym wyzwaniom tylko wtedy, gdy mają dostęp do odpowiedniej pomocy – zarówno na szczeblu podstawowym, jak i specjalistycznym (Zeanah i Zeanah, 2019). Brak wsparcia społecznego to jeden z kluczowych predyktorów pogorszenia się funkcjonowania dziecka (Sameroff, 1998).

3. Zdrowie psychiczne niemowląt a ochrona dziecka pokrzywdzonego przestępstwem

3.1 Niemowlęta jako grupa szczególnie narażona – dlaczego perspektywa IMH jest potrzebna w obszarze krzywdzenia dzieci?

Dane dotyczące występowania różnych form przemocy i zaniedbań wobec niemowląt i małych dzieci są nieliczne. W Polsce brakuje ponadto systematycznych danych pozwalających odrębnie analizować doświadczenia krzywdzenia najmłodszych. Przykładowo, jak twierdzą Barth i współpracownicy (2013), liczba badań dotyczących rozpowszechnienia wykorzystania seksualnego w tej grupie wiekowej jest bardzo ograniczona. Skala przemocy wobec niemowląt również pozostaje słabo poznana (Keeney i in., 2026), ponieważ wiele takich przypadków nie jest zgłaszanych ani ujawnianych policji. Z tego właśnie powodu może być też niedoszacowana w ankietach i wywiadach (Cleaver i Rose, 2022, za: Cleaver, 2025). Według Keeney i współpracowników (2026) około jedno na dwadzieścia niemowląt w typowej próbie na całym świecie doświadcza przemocy fizycznej ze strony opiekunów w ciągu dwóch pierwszych lat życia, choć autorzy podkreślają różnorodność szacunków. Duże ogólnokrajowe badania, przeprowadzone przy użyciu metod nieanonimowych, wykazują, że wskaźnik przemocy fizycznej wynosi poniżej 1–2% (Finkelhor i Jones, 2006; Gilbert i in., 2012; Gilbert i in., 2009, za: Keeney i in., 2026). Z kolei anonimowe ankiety samooceny opiekunów ujawniają ukryte przypadki, co daje wskaźnik rozpowszechnienia na poziomie od 3% do 9% (z wyłączeniem form „łagodnych") i do prawie 30% (wliczając formy „łagodniejsze", takie jak klepnięcie w nadgarstek) (Fujiwara i in., 2016; Regalado i in., 2004; Theodore i in., 2005, za: Keeney i in., 2026). Dostępne źródła wskazują, że najwyższe wskaźniki maltretowania dotyczą dzieci w pierwszych latach życia, co podkreśla szczególną podatność niemowląt na doświadczanie krzywdy (Austin i in., 2020). Z danych pochodzących ze Stanów Zjednoczonych wynika, że najmłodsze dzieci dominują również wśród ofiar śmiertelnych znęcania się, co uwidacznia zwiększone ryzyko wystąpienia skutków przemocy w tej grupie oraz potrzebę rozwojowo wrażliwego systemu ochrony (U.S. Department of Health and Human Services, 2025). Mimo niedoszacowania statystyki te wskazują na poważny problem zdrowia publicznego, ponieważ dotyczą okresu w rozwoju kluczowego dla budowania trwałych fundamentów fizycznych, poznawczych i emocjonalnych. Zwracają także uwagę na potrzebę integracji perspektywy IMH w systemie pomocy i prewencji nadużyć wobec dzieci.

Zaniżenia w skali krzywdzenia niemowląt wynikają również z ograniczeń komunikacyjnych i poznawczych właściwych temu etapowi rozwoju – małe dziecko, nawet jeśli posługuje się językiem werbalnym, zazwyczaj nie ma wystarczającego zasobu słownictwa, by opowiedzieć, co się stało, poprosić o pomoc, a także nie rozumie powagi czy szkodliwości czynu. Wskutek tego nie mogą być wszczęte odpowiednie procedury prawne czy pomocowe. Trudności te potęguje ograniczona skuteczność części narzędzi służących do wczesnego wykrywania przemocy wobec dzieci. Systematyczny przegląd Bailhache i współpracowników (2013) wykazał, że dostępne rozwiązania diagnostyczne często charakteryzują się niewystarczającą trafnością lub pozwalają rozpoznawać nadużycia dopiero wtedy, gdy pojawiają się już bardziej wyraźne obrażenia. Fakt, że niemowlę nie jest w stanie zgłosić nikomu swojej krzywdy, a przeznaczone do jej ujawniania narzędzia nie zawsze są wystarczające do wczesnego wyodrębnia osób doświadczających nadużyć, ilustruje trudności w identyfikowaniu potrzeb najmłodszych. Warto także podkreślić, że niemowlęta są szczególnie narażone na urazy fizyczne i zaniedbanie, ponieważ nie potrafią uniknąć niebezpieczeństwa ani się bronić i pozostają w całkowitej zależności od swoich opiekunów (Cleaver, 2025). Dlatego w przypadku najmłodszych tak ważni są wrażliwi i czujni dorośli, którzy będą w stanie dostrzec niepokojące sygnały i zapewnić odpowiednie wsparcie.

Z perspektywy prawnej niemowlęta mogą doświadczać zarówno czynów skierowanych bezpośrednio przeciwko zdrowiu i życiu, jak i poważnych naruszeń obowiązków opiekuńczych, obejmujących m.in. uszkodzenie ciała, znęcanie się, porzucenie, wykorzystanie seksualne czy rażące zaniedbanie (Śmiałek, 2020; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, 1997). Z punktu widzenia psychologii istotne jest nie tylko to, czy dane doświadczenie zostanie formalnie zakwalifikowane jako przestępstwo, lecz przede wszystkim, w jaki sposób oddziałuje ono na rozwój, regulację i relacje dziecka. Objawy, które towarzyszą nieprawidłowościom w zdrowiu psychicznym tej grupy wiekowej, mogą manifestować się w wielu sferach, obejmując obszar motoryczny, kognitywny, językowy, socjalny oraz emocjonalny (Victorian Government, 2026). Trudności w identyfikacji krzywdzonych niemowląt wynikają również z wysoce niespecyficznego charakteru objawów – nie są one charakterystyczne dla określonego rodzaju przemocy lub zaniedbania, dlatego ich interpretacja wymaga osadzenia w kontekście relacji dziecko – opiekun, funkcjonowania opiekuna i szerszej sytuacji rodzinnej.

3.2. Sygnały alarmowe i konsekwencje w obszarze zdrowia psychicznego – obszary diagnozy

Z perspektywy rozwojowej przemoc i zaniedbanie nie stanowią jedynie epizodów krzywdy, lecz oddziałują na sam przebieg rozwoju, wpływając na regulację stresu, organizację przywiązania, rozwój poznawczy i społeczno-emocjonalny oraz trajektorie zdrowia psychicznego. Konsekwencje te nie mają charakteru jednorodnego ani liniowego; ich obraz zależy m.in. od czasu ekspozycji, nasilenia zagrożenia, dostępności ochronnej relacji z opiekunem oraz kumulacji innych czynników ryzyka (Mueller i Tronick, 2019; National Research Council & Institute of Medicine, 2014). Choć liczba badań odnoszących się wprost do IMH jako kategorii konceptualnej pozostaje ograniczona, istnieją dane empiryczne sugerujące, że przemoc, zaniedbanie i inne trudne doświadczenia mogą być powiązane z neurobiologią stresu, rozwojem poznawczym i językowym, relacjami, emocjami, zachowaniami oraz wzorcem przywiązania u najmłodszych dzieci (Mueller i Tronick, 2019; Schechter i in., 2019). Z tego względu można je traktować jako istotne dla rozumienia skutków tych doświadczeń w perspektywie zdrowia psychicznego niemowląt.

U ludzi szlaki neuronalne odpowiedzialne za pamięć rozwijają się stopniowo, dlatego niemowlęta nie mają takiej samej zdolności do świadomego przypominania sobie konkretnych wydarzeń jak starsze dzieci czy dorośli. Nie oznacza to jednak, że są odporne na skutki trudnych doświadczeń. Obwody neuronalne zaangażowane w regulację stresu cechują się dużą neuroplastycznością i we wczesnym dzieciństwie pozostają szczególnie podatne na wpływ doświadczeń (De Bellis, 2005). Sugeruje się, że doświadczenia mogą współkształtować rozwój tych obwodów, próg ich aktywacji oraz zdolność dziecka do odzyskiwania równowagi po pobudzeniu psychicznym i fizjologicznym związanym ze stresem. Kiedy niemowlę doświadcza stresu, uruchamiana jest fizjologiczna odpowiedź stresowa, obejmująca m.in. wydzielanie kortyzolu. W relacji rodzic – dziecko opiekun pełni ważną funkcję regulującą, pomagając dziecku radzić sobie z dyskomfortem, lękiem czy cierpieniem, co może wpływać na nasilenie i czas trwania reakcji stresowej. Jeśli jednak bardzo małe dziecko nie doświadcza przy nim poczucia bezpieczeństwa – np. w sytuacji przemocy, znęcania się lub zaniedbania – jego system reagowania na stres może pozostawać nadmiernie aktywny nawet przy braku bezpośredniego zagrożenia. Długotrwała ekspozycja na podwyższony poziom napięcia i przewlekle aktywowaną odpowiedź stresową może niekorzystnie oddziaływać na rozwój niemowlęcia (National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC], 2005, za: Wotherspoon i in., 2009).

Warto podkreślić, że nawet tak zwane pozornie bardziej „łagodne" zachowania (przykładowo klapsy) nie pozostają bez konsekwencji, szczególnie w przypadku niemowląt, a szkody, jakie przemoc domowa może wyrządzić dziecku, zaczynają się jeszcze przed narodzinami (Cleaver, 2025). Chodzi tu przede wszystkim o niekorzystny wpływ przewlekłego stresu i przemocy doświadczanej przez matkę na rozwój mózgu płodu, co może mieć znaczenie dla późniejszego funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i językowego dziecka. Płód rozwija się bowiem w środowisku biologicznie powiązanym z kondycją psychiczną i fizjologiczną matki, a w sytuacji długotrwałego stresu mechanizmy ochronne mogą okazać się niewystarczające. W konsekwencji ekspozycja na nasilony stres prenatalny może wiązać się ze zmianami w kształtowaniu struktur mózgowych zaangażowanych w rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy, takich jak jądro ogoniaste (Hiscox i in., 2023; Stoye i in., 2020). W tym kontekście warto dodać, że badania z kohorty MIND (Mother-Infant Neurobiological Development Study), współtworzone przez zespół Lyons-Ruth (2023), sugerują, iż doświadczenia maltretowania w dzieciństwie po stronie matki mogą być powiązane zarówno ze zmianami w objętości istoty szarej i ciała migdałowatego u niemowląt, jak i z odmiennymi wzorcami regulacji kortyzolu w diadzie matka – dziecko. Obserwacje te mogą wspierać hipotezę dotyczącą międzypokoleniowej transmisji ryzyka w obszarze regulacji stresu i rozwoju neurobiologicznego (Khoury i in., 2021; Lyons-Ruth i in., 2023). Istotny jest również wymiar relacyjny. Badania pokazują, że kobiety doświadczające przemocy w okresie ciąży mogą wykazywać słabszą więź z dzieckiem (Pires de Almeida i in., 2012, za: Cleaver, 2025), a ekspozycja na przemoc w tym czasie może dodatkowo zwiększać ryzyko opóźnień w rozwoju mowy i trudności neurologicznych u niemowląt i małych dzieci (Udo i in., 2016). Wyniki te wspierają tezę, że ryzyko przemocy i traumy może być przekazywane międzypokoleniowo zarówno przez mechanizmy relacyjne, jak i biologiczne.

Wykrycie istotnych sygnałów ryzyka w obszarze zdrowia psychicznego u krzywdzonych najmłodszych, którzy jeszcze nie opanowali mowy werbalnej, może być znacznie utrudnione. Poniżej omówiono sześć obszarów, w których mogą ujawniać się skutki przemocy, zaniedbania i przewlekłego stresu u niemowląt i małych dzieci: konsekwencje neurobiologiczne, poznawczo-językowe, emocjonalno-behawioralne, relacyjne, ograniczenie eksploracji oraz objawy traumy i psychopatologii. Nie są to wskaźniki swoiste dla krzywdzenia, dlatego każdorazowo wymagają różnicowania z problemami somatycznymi, neurorozwojowymi i środowiskowymi (Wotherspoon i Gough, 2008).

3.2.1. Neurobiologiczne konsekwencje przemocy i zaniedbania

Niemowlęta są szczególnie podatne na skutki przewlekłego stresu, ponieważ pierwsze lata ich życia stanowią okres wyjątkowo intensywnego rozwoju mózgu. Funkcjonowanie w warunkach chronicznego napięcia może prowadzić do zmian w wydzielaniu i metabolizowaniu kortyzolu i niekorzystnie wpływać na rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy dziecka, w tym na procesy związane z regulacją zachowania i podejmowaniem decyzji (Bick i Nelson, 2016; Hodel, 2018). W długofalowej perspektywie zmiany te mają istotne znaczenie dla regulacji emocji, uwagi, zachowania i funkcjonowania społecznego dziecka. Stwierdzono również, że doświadczanie przemocy domowej może wiązać się ze zmianami w strukturach mózgu odpowiedzialnych za czujność, co stanowi czynnik sprzyjający przewlekłemu pobudzeniu, zmniejszonej reaktywności czy tendencji do wycofywania się (SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative, 2014).

3.2.2. Konsekwencje poznawcze i językowe

Z perspektywy rozwoju poznawczego istotne znaczenie ma zdolność rodzica do dostrzegania i adekwatnego wspierania sygnałów zainteresowania płynących od dziecka (Goodman, 2019). Trudności w tym obszarze oraz brak odpowiedniego wspierania niemowlęcia w jego naturalnej potrzebie eksploracji środowiska wiążą się z ryzykiem mniej korzystnego rozwoju poznawczego. Z kolei wrogie postawy rodzicielskie uznawane są za istotny czynnik ryzyka problemów eksternalizacyjnych u dziecka, takich jak impulsywność czy zachowania agresywne, co może obciążać jego dalszą trajektorię rozwojową i utrudniać późniejszą adaptację społeczną (Goodman, 2019). Narażenie na doświadczenie zagrożenia i zaniedbania we wczesnych latach życia negatywnie wpływa na zdolności poznawcze i językowe dzieci (Anderberg i Moroni, 2020; Koenen i in., 2003, za: Cleaver, 2025). Może to wiązać się ze zdrowiem psychicznym i doświadczeniami samej matki – stanami depresyjnymi, wyczerpaniem i niską samooceną, które mogą znacząco utrudniać angażowanie się w rodzicielstwo. Bez odpowiedniej stymulacji niemowlęta mogą wykazywać znaczne opóźnienia w rozwoju mowy i ogólnym rozumieniu, a co za tym idzie – mieć potem trudności w rozpoczęciu nauki w przedszkolu lub szkole (Cleaver, 2025). Narażenie na traumę interpersonalną (przemoc fizyczną, seksualną, emocjonalną lub zaniedbanie, bycie świadkiem przemocy ze strony partnera rodzica) w okresie od urodzenia do piątego roku życia wiąże się z obniżeniem wyników badań poznawczych w wieku 24, 64 i 96 miesięcy (Enlow i in., 2012). Znęcanie się i narażenie

na przemoc psychiczną jest powiązane z opóźnieniem rozwoju językowego w zakresie słownictwa, produkcji struktur składniowych, a także zbioru terminów używanych przez jednostkę do opisywania emocji, potrzeb, procesów poznawczych (np. „myślę", „wiem") oraz stanów fizjologicznych (np. „głodny", „zmęczony") u siebie i innych (Beeghly i Cicchetti, 1994; Eigsti i Cicchetti, 2004, za: Schechter i in., 2019; Udo i in., 2016). Istnieją również badania wskazujące, że w wyniku zaniedbania dzieci wykazywały trudności rozwojowe (Royal College of Paediatrics and Child Health [RCPCH], 2022), co w perspektywie długofalowej może skutkować opóźnieniami poznawczymi i akademickimi (Wotherspoon i Gough, 2008).

3.2.3. Konsekwencje emocjonalne, behawioralne i relacyjne

Badania pokazują, że zakłócenia rozwoju mogą obejmować także obszary mózgu odpowiedzialnego za regulację emocji i zachowania społeczne (Naeem i in., 2022), co może wiązać się z trudnościami w rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych dziecka. W przypadku małych dzieci zadaniem opiekuna jest pełnienie funkcji zewnętrznego regulatora trudnych emocji i doznań, jednak narażenie na przemoc może zakłócać współregulację. Ponieważ najmłodsi doświadczają świata „z wnętrza" relacji przywiązaniowej, ich poczucie bezpieczeństwa jest nierozerwalnie związane z opiekunem. Zauważono również, że rodzic, który doświadczył przemocy, może stać się emocjonalnie niedostępny i nie reagować na sygnały swojego dziecka (Humphreys, 2007; McGee, 2000, za: Buchanan i in., 2013). Takie emocjonalne wycofanie niekorzystnie oddziałuje na proces budowania więzi i przywiązania, co wiąże się z ryzykiem lęku separacyjnego. Doświadczenia zaniedbania i przemocy mogą podważyć fundamentalne poczucie zaufania niemowlęcia do świata. Z powodu ograniczonej zdolności werbalizacji złożonych emocji, z którymi niemowlętom trudno sobie poradzić, zdarza się, że reagują one płaczem, oporem wobec pocieszenia, zachowaniami agresywnymi lub obniżonym nastrojem (Cleaver, 2025). Z kolei doświadczanie przemocy emocjonalnej zwiększa ryzyko prezentowania objawów związanych z depresją i dysregulacją emocjonalną (Carpenter i Trull, 2013; Christ i in., 2019).

Niemowlęta i małe dzieci, które boją się swoich opiekunów lub nie wykształciły w sobie oczekiwania na kojącą reakcję w odpowiedzi na sygnały stresu, często mają problemy z samoregulacją. Trudności te mogą początkowo objawiać się problemami z karmieniem (u starszych niemowląt przybierającymi postać gromadzenia jedzenia, zapychania policzków lub odmowy jedzenia), problemami trawiennymi, nieutulonym płaczem lub nadmierną złością niezwiązanymi z kolką lub chorobą,

skrajną biernością lub apatią, uporczywymi zachowaniami samouspokajającymi lub samostymulacyjnymi, takimi jak uderzanie głową, nadmierne kołysanie czy kompulsywne żucie niezwiązane z ząbkowaniem, a także epizodami zastygnięcia, dezorientacji lub wycofania i/lub dysocjacją (wyraźnymi okresami dezorientacji lub zastygania w bezruchu) (Maughan i Cicchetti, 2002, za: Wotherspoon i in., 2009; Wotherspoon i Gough, 2008). Do sygnałów ryzyka należą również m.in. tak zwany wrażliwy temperament, brak wyłonienia się rozwojowo prawidłowych rytmów zasypiania, snu (w tym nieregularność oraz nadmierna ilość snu w stosunku do wieku) czy wymioty lub kolki niewyjaśnione stanem somatycznym (Olsen i in., 2019; Wotherspoon i in., 2009).

Przemoc domowa obciąża system opiekuńczy również pośrednio poprzez wpływ na dostępność emocjonalną i psychiczną opiekuna niekrzywdzącego. Opiekun doświadczający przemocy może funkcjonować w stanie przewlekłego napięcia, lęku i wyczerpania, co utrudnia responsywne reagowanie na sygnały niemowlęcia oraz wspieranie jego regulacji emocjonalnej i fizjologicznej. W tym sensie skutki przemocy wobec opiekuna mogą przenosić się na dziecko poprzez jakość codziennych interakcji, karmienia, usypiania, pocieszania i ochrony. Dodatkowo wiadomo, że kobiety, które doświadczają przemocy, są trzy razy bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych, które objawiają się apatią, trudnościami w koncentracji, utratą poczucia własnej wartości i zdolności podejmowania decyzji, depresją, lękiem, fobiami, samookaleczeniami, somatyzacjami i zaburzeniami dysocjacyjnymi (Mahase, 2019, za: Cleaver, 2025; Roberts i in., 1998; Vichealth, 2004, za: Buchanan i in., 2013). Jednym z najważniejszych mechanizmów transmisji skutków przemocy na dziecko jest trauma opiekuna, która może obniżać jego dostępność emocjonalną, responsywność i zdolność do współregulacji (Schachter i in., 2019).

U niemowląt w wieku 0–20 miesięcy zaniedbanie wiąże się z unikaniem, brakiem poczucia bezpieczeństwa, zachowaniami pasywnymi lub wycofaniem (Royal College of Paediatrics and Child Health [RCPCH], 2022). Małe dzieci narażone na przemoc mogą stać się lękliwe i nadmiernie czujne, doświadczając zagrożenia i niepewności jako stałych elementów swojego życia. W ich przypadku lęk przed obcymi i lęk separacyjny, które osiągają szczyt około drugiego roku życia, oraz lęk przed porzuceniem mogą się nie osłabiać w ciągu życia. Stosowanie przez sprawcę przemocy czy przymusu może poważnie ograniczyć relacje towarzyskie, uniemożliwiając dziecku kontakt z rodziną lub przyjaciółmi, a przez to utrudnić mu rozwój umiejętności społecznych. Może to skutkować trudnościami z nauką zabawy i nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami (Cleaver, 2025), a także nauczyć je rozwiązywania konfliktów przez naśladowanie przemocowych zachowań swoich rodziców (DeVoe

i Smith, 2002, za: Cleaver, 2025). Nadużycia w dzieciństwie mogą też wiązać się z trudnościami interpersonalnymi oraz osłabieniem dostępnego wsparcia społecznego (Pfaltz i in., 2022; Sperry i Widom, 2013). W grupie wiekowej 20–30 miesięcy dzieci, które doświadczyły zaniedbania, wykazywały mniej pozytywnych interakcji społecznych i więcej internalizacyjnych zachowań – były bardziej bierne i spędzały więcej czasu w samotności (Royal College of Paediatrics and Child Health [RCPCH], 2022). Wiadomo też, że narażeni na przemoc najmłodsi mieli znacznie większe problemy z przystosowaniem się, szczególnie w odniesieniu do atypowych zachowań (np. wydawanie dziwnych dźwięków, powtarzalne ruchy) (McDonald i in., 2007, za: Howell i in., 2016). Długoterminowo dzieci zaniedbywane emocjonalnie w okresie niemowlęcym mogą charakteryzować się wycofaniem społecznym i ograniczonymi interakcjami z rówieśnikami (Wotherspoon i Gough, 2008). Jako sygnały alarmowe trwałego wycofania społecznego niemowląt Guedeney i Fermanian (2001) podają m.in. obszar mimiki dziecka, w którym uwagę mogą zwrócić ubogość czy brak spontaniczności w ekspresji. Zredukowany kontakt wzrokowy lub jego unikanie, niska aktywność motoryczna dziecka (również w odpowiedzi na pojawiające się bodźce), uboga wokalizacja lub jej brak (zarówno w aspekcie pozytywnym, jak i negatywnym, np. brak płaczu), spowolnienie lub brak reakcji na bodźce również mogą sygnalizować występowanie nieprawidłowości w tym obszarze. W kontekście podejrzenia przemocy znaczenie mogą mieć także silny lęk przed kontaktem fizycznym oraz brak spontanicznej komunikacji (Victorian Government, 2026). Duża pasywność, nietypowa bierność, brak kontaktu wzrokowego, apatia i brak zainteresowania (tzw. grzeczne dzieci) wskazywane są z kolei jako możliwe oznaki zaniedbania emocjonalnego (Wotherspoon i Gough, 2008).

3.2.4. Zakłócenia w relacji opiekun – dziecko

W przeciwieństwie do starszych dzieci i dorosłych najmłodsi doświadczają świata w kontekście pierwotnej relacji przywiązania. Ich poczucie bezpieczeństwa oraz oczekiwanie, że zostanie ono zapewnione, są zatem z natury związane z opiekunem. Aby zrozumieć wpływ przemocy na niemowlęta, konieczne jest uwzględnienie celów i mechanizmów relacji przywiązania, a także sposobów, w jakie trudne doświadczenia oddziałują na więzi (Schechter i in., 2019). Z perspektywy IMH istotne są takie aspekty relacji opiekuna z dzieckiem, jak sposób utrzymywania kontaktu fizycznego – w tym trzymanie dziecka na rękach, kontakt twarzą w twarz i wzrokowy – bliskość fizyczna w diadzie, emocje towarzyszące opiekunowi oraz jego ogólne nastawienie do dziecka (Phillips i Best, 2007).

Szczególnie istotna z perspektywy przywiązania jest sytuacja, w której opiekun staje się zarazem źródłem bezpieczeństwa i lęku. Niemowlę postrzega go wówczas jako „przerażającego" lub „przerażonego". Taki paradoks komunikacyjny jest uznawany za jeden z kluczowych mechanizmów sprzyjających dezorganizacji przywiązania (Hesse i Main, 2006; Lyons-Ruth i in., 1999). Dziecko jest w takim kontekście pozbawione spójnego punktu odniesienia, ponieważ doświadcza nierozwiązywalnego konfliktu między potrzebą zbliżenia się a koniecznością unikania źródła lęku (Marvin i in., 2002). Warto także zaznaczyć, że przymusowa separacja – np. w wyniku hospitalizacji opiekuna doświadczającego przemocy – może zaburzyć pierwotną relację przywiązania między rodzicem a dzieckiem (Robertson i Bowlby, 1952, za: Buchanan i in., 2013).

Sygnałami alarmowymi w obszarze zachowań opiekuna mogą być m.in. ignorowanie potrzeb dziecka, wyraźna intruzywność lub wycofanie, przypisywanie niemowlęciu wrogich intencji, gniew kierowany ku niemu, trudności związane z karmieniem i snem oraz brak adekwatnej interpretacji płaczu i innych sygnałów regulacyjnych (Clinton i in., 2016; Phillips i Best, 2007). W przypadku zaniedbania emocjonalnego rodzice mogą przejawiać wobec dziecka negatywne, zniekształcone lub nieadekwatne wyobrażenia, mieć trudności z przyjęciem jego perspektywy oraz z rozpoznawaniem i właściwym odczytywaniem sygnałów wysyłanych przez niemowlę. Do czynników zwiększających ryzyko zaniedbania emocjonalnego zalicza się m.in. depresję opiekuna, niepełnosprawność intelektualną, nadużywanie substancji psychoaktywnych, deficyty podstawowych umiejętności opiekuńczych oraz nierozwiązane doświadczenia traumy lub straty (Weatherston, 2000; Wotherspoon i Gough, 2008). Czynniki te nie powinny być traktowane deterministycznie, lecz jako przesłanki do pogłębionej oceny i wsparcia.

Dostępne dane wskazują również na związek między płaczem dziecka a ryzykiem przemocy fizycznej. Badanie Reijnevelda i współpracowników (2004) wykazało, że niemal 6% rodziców niemowląt w wieku sześciu miesięcy przyznało się do co najmniej jednego aktu przemocy fizycznej wobec dziecka w reakcji na jego płacz. Nowsze badania sugerują ponadto, że przedłużający się płacz może wiązać się z niższą jakością opieki i silniejszym negatywnym afektem u opiekunów o podwyższonym ryzyku stosowania przemocy fizycznej wobec dzieci (Crouch i in., 2022). Doniesienia te można interpretować jako wskazujące, że uporczywy płacz bywa dla części opiekunów silnym bodźcem przeciążającym, który wywołuje frustrację, bezradność i trudności w samoregulacji, a w konsekwencji może zwiększać ryzyko reakcji przemocowej.

3.2.5. Ograniczenie eksploracji

Dorastanie w chaotycznej i nieprzewidywalnej atmosferze wiąże się ze zmniejszeniem zainteresowania małego dziecka odkrywaniem otoczenia. Kiedy niemowlę nie jest pewne reakcji rodziców i boi się wywołać u nich gwałtowny wybuch emocji, może hamować swoją naturalną ciekawość (Cleaver, 2025). Wskutek tego zmniejszona eksploracja środowiska utrudnia rozwój umiejętności poznawczych związanych z gotowością szkolną (Moss i in., 1993, za: Mueller i Tronick, 2019).

3.2.6. Objawy traumy i psychopatologia

Choć przez długi czas zakładano, że bardzo małe dzieci nie rozwijają pełnoobjawowych reakcji pourazowych, współczesna literatura wskazuje, że mogą one przejawiać objawy odpowiadające PTSD, mimo że ich ekspresja ma swoją specyfiką rozwojową. Objawy te mogą obejmować m.in. zaburzenia snu, nadmierną czujność, lęk separacyjny, regres rozwojowy, wycofanie, dysregulację pobudzenia lub zachowania odtwarzające doświadczenie zagrożenia w formach adekwatnych do wieku dziecka (Scheeringa, 2011; Simonelli, 2013). W badaniach zwrócono uwagę na występowanie lęków nocnych, agresji, izolacji emocjonalnej czy nawet na dysocjację (Jenney i Sura-Liddell, 2007, za: Buchanan i in., 2013). Opisy niemowląt narażonych na przemoc obejmują także problemy z odżywianiem i zaburzenia nastroju (Layzer i in., 1986, za: Mueller i Tronick, 2019), gorszy ogólny stan zdrowia, większą drażliwość oraz częstsze krzyki i płacz (Alessi i Hearn, 2007, za: Mueller i Tronick, 2019), zwiększone pobudzenie i strach (Scheeringa i Zeanah, 1995; Zeanah i Gleason, 2010, 2015, za: Mueller i Tronick, 2019), nasilenie problemów fizycznych lub medycznych, takich jak częste przeziębienia, choroby czy dolegliwości ze strony układu pokarmowego (Cook i in., 2003, za: Wotherspoon i in., 2009). Wskazuje się też na zaburzenia rozwoju, np. czasową utratę już nabytych umiejętności, jak korzystanie z toalety, a nawet mówienie (Mueller i Tronick, 2019). Występują także problemy z zachowaniem, takie jak: buntowanie się, bicie, gryzienie, kopanie innych dzieci i dorosłych, nadmierna aktywność, trudności z odraczaniem reakcji i ze spełnianiem poleceń (Manly i in., 2001). Długofalowym skutkiem zaniedbań emocjonalnych w okresie niemowlęcym mogą być internalizacja problemów, depresja czy zaburzenia lękowe (Wotherspoon i Gough, 2008).

Warto jednak podkreślić, że dostępna literatura dokumentująca wpływ przemocy ze strony partnera rodzica na najmłodszych jest stosunkowo skromna w porównaniu z danymi dotyczącymi starszych dzieci (Howell i in., 2016). Wskazuje to

na konieczność prowadzenia projektów badawczych w tym zakresie. Szczególną lukę stanowi też niedostatek wiedzy dotyczącej wykorzystania seksualnego niemowląt i bardzo małych dzieci. Jak już wspomniano, dostępne doniesienia wskazują, że już samo ujawnienie takiego doświadczenia może uruchamiać głęboki kryzys u niekrzywdzących opiekunów, obejmujący szok, dezorientację i funkcjonowanie w „trybie przetrwania", co dodatkowo wpływa na zdolność rodziny do zapewnienia dziecku bezpiecznego i regulującego środowiska po odkryciu przemocy. W praktyce oznacza to, że pomoc najmłodszym wymaga równoległego wsparcia opiekuna i odbudowy warunków relacyjnego bezpieczeństwa (van Duin i in., 2022).

Wyniki przywołanych badań wskazują łącznie, że przemoc, zaniedbanie i inne formy wczesnego zagrożenia nie stanowią wyłącznie pojedynczych epizodów krzywdzenia, lecz oddziałują na samą organizację rozwoju niemowlęcia. Ich skutki ujawniają się w neurobiologii stresu, regulacji emocji, jakości relacji, wzorcach przywiązania, rozwoju poznawczym i językowym oraz w obrazie wczesnych objawów pourazowych. Z perspektywy IMH oznacza to konieczność rozumienia krzywdzenia najmłodszych dzieci jako zjawiska głęboko relacyjnego, rozwojowego i systemowo wymagającego wczesnej odpowiedzi.

3.3. Ograniczenia ścieżek pomocy dzieciom pokrzywdzonym

Analiza literatury i praktyki klinicznej wskazuje na co najmniej trzy powtarzające się ograniczenia. Po pierwsze, w praktyce często dominuje perspektywa somatyczna, skoncentrowana na obrażeniach ciała, stanie zdrowia fizycznego i rozwoju psychomotorycznego, podczas gdy objawy emocjonalne i relacyjne bywają traktowane jako wtórne lub mniej uchwytne. Po drugie, działania ochronne są często organizowane przede wszystkim wokół perspektywy prawnej, która koncentruje się na kwalifikacji czynu, sprawstwie i procedurze, a w mniejszym stopniu – na rozwojowych potrzebach dziecka. Po trzecie, wsparcie ma często charakter fragmentaryczny i rozproszony: dziecko, opiekun i ich relacja trafiają do różnych sektorów wsparcia, bez uwspólnionej wizji pomocy, wspólnego języka opisu trudności, a tym samym bez spójnej ścieżki interwencji. Z perspektywy IMH oznacza to, że niemowlę pokrzywdzone przestępstwem wymaga nie tylko ochrony prawnej i medycznej, lecz także rozwojowo wrażliwego, relacyjnie zorientowanego rozpoznania oraz pomocy obejmującej dziecko, opiekuna i ich wzajemną więź.

4. Rozwiązania systemowe i modele wsparcia w innych krajach

4.1. Elementy wspólne dojrzalszych systemów IMH

4.1.1. Instytucjonalizacja IMH w innych krajach

Współcześnie w krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się dynamiczny wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym niemowląt (IMH), przy czym zamiast pojedynczych, odseparowanych działań wdraża się zintegrowane formy wsparcia łączące różne obszary. W skład nowoczesnych systemów opieki (*systems of care*) wchodzą sektory zdrowia, pomocy społecznej oraz edukacji wczesnodziecięcej. W tym ujęciu IMH stanowi podejście interdyscyplinarne, integrujące wiedzę naukową i praktykę kliniczną, co pozwala na holistyczne reagowanie na potrzeby małych dzieci i ich rodzin (Fitzgerald i in., 2011) w ramach szerszych strategii polityki wsparcia społecznego (Horen i in., 2024; Reinsperger i in., 2025).

Jednym z elementów mających szczególne znaczenie dla skutecznej interwencji jest współpraca w zespołach interdyscyplinarnych, obejmujących specjalistów różnych profesji, tj. psychologii, pediatrii, psychiatrii, pracy socjalnej czy terapii rozwojowej. Sprzyja to bardziej kompleksowej ocenie potrzeb dziecka i rodziny oraz planowaniu adekwatnych interwencji (Lingras i in., 2022; Reinsperger i in., 2025).

Istotne jest również przedefiniowanie tradycyjnego rozumienia kompetencji zawodowych i wzbogacenie ich o wymiar interpersonalny. W takim podejściu kluczowy jest rozwój kompetencji relacyjnych i refleksyjnych poprzez wdrażanie standardów kompetencyjnych i systemów szkolenia specjalistów. Podkreśla się, że są one równie istotne jak wiedza kliniczna (Dealy i in., 2021; Reinsperger i in., 2025). Taki model można zaobserwować w wielu krajach – m.in. w państwach skandynawskich, Australii czy Stanach Zjednoczonych. W tych regionach wdrożono formalne ścieżki certyfikacji specjalistów, które obejmują kształcenie podyplomowe i programy szkoleniowe dla przedstawicieli różnych grup pomocowych pracujących z małymi dziećmi (Martin i in., 2022). Pozwala to nie tylko na integrację wiedzy IMH z praktyką w instytucjach, ale także na rozwijanie refleksyjności zawodowej, kształtowanie zdolności do rozumienia relacji dziecko – opiekun oraz wykorzystanie superwizji jako kluczowego elementu wsparcia profesjonalnego (Dealy i in., 2021).

Ważna jest także organizacja usług IMH, która umożliwia dopasowanie interwencji do potrzeb rodziny. Różne formy wsparcia mogą być oferowane w zależności od poziomu ryzyka – od promocji zdrowia psychicznego (np. wsparcie rodzicielstwa), przez profilaktykę (grupy ryzyka), interwencję (zaburzenia relacyjne),

aż po specjalistyczne leczenie (Fitzgerald i in., 2011). Centralne znaczenie przypisuje się relacji opiekun – dziecko, która stanowi fundament oddziaływań klinicznych i środowiskowych (Wotherspoon i in., 2009).

Znaczącą alternatywą dla rozbudowy kosztownych usług klinicznych są modele konsultacyjne (*IMH consultation*). Interwencje te, powszechnie stosowane w Stanach Zjednoczonych (IECMHC) i wdrażane w Wielkiej Brytanii, polegają na regularnej współpracy specjalistów zdrowia psychicznego z personelem pracującym z małymi dziećmi (np. nauczycielami, opiekunami w żłobkach). Ich celem jest systemowe wspieranie dzieci poprzez oddziaływania pośrednie, takie jak: doskonalenie kwalifikacji dorosłych w zakresie wspierania rozwoju społeczno-emocjonalnego dzieci i uwrażliwianie ich na dynamikę relacji w środowisku wychowawczym (Horen i in., 2024; Lambarth i Green, 2019).

IMH bywa też ściśle związane z systemami wczesnej interwencji (Early Childhood Intervention, ECI), np. w Niemczech czy Holandii. Horen i współpracownicy (2024) podkreślają znaczenie wczesnego diagnozowania trudności oraz szybkiej interwencji jako fundamentów skutecznej pomocy, natomiast Lakatos i współpracownicy (2024) szczególnie akcentują rolę ciągłości opieki w przypadku dzieci o złożonych potrzebach rozwojowych i zdrowotnych. Programy te obejmują nie tylko najmłodszych z grupy ryzyka, ale również ich rodziny. Działania realizowane są głównie w środowisku naturalnym dziecka (tj. domu, żłobku, placówkach opiekuńczych), łącząc elementy zdrowia psychicznego z usługami rozwojowymi, i są ukierunkowane na wzmacnianie relacji (Horen i in., 2024; Lakatos i in., 2024).

Choć poszczególne kraje różnią się organizacją usług, wspólnym mianownikiem rozwiniętych rozwiązań jest uznanie, że zdrowie psychiczne niemowląt wymaga jednocześnie widzialności systemowej, relacyjnego rozumienia i możliwości wczesnego reagowania.

4.1.2. Obszary dobrych praktyk

Zestawienie doświadczeń międzynarodowych pozwala na wyodrębnienie obszarów kluczowych dla efektywnego wdrożenia dobrych praktyk w IMH, opartych na wielowymiarowości i konieczności ścisłej współpracy między sektorami (Reinsperger i in., 2025).

W systemie ochrony zdrowia fundamentalne znaczenie ma integracja opieki pediatrycznej ze wsparciem psychologicznym – m.in. poprzez screening rozwoju społeczno-emocjonalnego we wczesnych latach życia czy zapewnienie obecności psychologów w strukturach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Umożliwia to

wczesną identyfikację trudności, co pozwala na szybsze podjęcie adekwatnych działań (Horen i in., 2024).

Równolegle w sektorze zdrowia psychicznego rozwijane są kompleksowe formy oddziaływań, takie jak terapia relacji opiekun – dziecko czy programy okołoporodowe, ze szczególnym uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka, w tym rodzin z doświadczeniem przemocy domowej, które mogą istotnie oddziaływać na rozwój i dobrostan niemowlęcia (Seager-Smith, 2024). Badania wskazują na kluczowe znaczenie ciągłości opieki, obejmującej okres od etapu perinatalnego do wczesnego dzieciństwa (Lakatos i in., 2024).

Z kolei struktury pomocy społecznej i edukacji wspierają system poprzez koordynację działań międzyinstytucjonalnych. Do ich zadań należą realizacja programów wizyt domowych z komponentem konsultacji IMH (Lambarth i Green, 2019), rozwój kompetencji zawodowych kadry oraz wdrażanie działań profilaktycznych ukierunkowanych na prewencję zaniedbań emocjonalnych i trudności w relacji dziecko – opiekun (The Benevolent Society, 2015; The National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC], 2013).

Istotne znaczenie ma także wsparcie środowisk zastępczych, co sprzyja lepszemu dopasowaniu interwencji do zróżnicowanych potrzeb rodzin. W obszarze edukacji rozwijane są również podejścia konsultacyjne i programy systemowe, których celem jest wzmacnianie kompetencji społeczno-emocjonalnych dzieci i opiekunów oraz poprawa jakości relacji w środowisku edukacyjnym (Martin i in., 2022).

4.2. Przykłady rozwiązań systemowych z innych krajów

4.2.1. Anglia: model uniwersalnego pierwszego kontaktu

W Anglii opieka nad małym dzieckiem jest osadzona w uniwersalnym modelu pierwszego kontaktu. Healthy Child Programme stanowi narodową ramę wspierania zdrowia i dobrostanu najmłodszych, a jego realizacja w pierwszych latach życia opiera się m.in. na pracy tzw. *health visitors*, czyli wyspecjalizowanych pielęgniarek środowiskowych. W ramach tego modelu dla każdej rodziny przewidziano co najmniej pięć obowiązkowych wizyt służących monitorowaniu zdrowia i rozwoju dziecka: w okresie prenatalnym, po jego urodzeniu, a następnie w wieku 6–8 tygodni, 1 roku oraz 2–2,5 roku (UK Department of Health and Social Care, 2026). Dokumenty rządowe podkreślają też, że pierwsze trzy z tych kontaktów powinny odbywać się w formie bezpośrednich wizyt w domu. Model ten może służyć wczesnemu rozpoznawaniu

trudności relacyjnych, regulacyjnych i rodzinnych w naturalnym środowisku życia dziecka (UK Department of Health and Social Care, 2026).

4.2.2. USA: model kompetencyjno-systemowy

W Stanach Zjednoczonych rozwój obszaru IECMH w dużej mierze opiera się na tworzeniu wspólnych ram kompetencji i organizacji wsparcia. Ważną rolę odgrywają tu tzw. *Competency Guidelines*, opracowane przez Alliance for the Advancement of Infant Mental Health, które porządkują zakres wiedzy i umiejętności potrzebnych w pracy z małym dzieckiem i jego rodziną, a także specjalny system obejmujący wymagania dotyczące wykształcenia, doświadczenia, szkoleń oraz tzw. refleksyjnej superwizji (*reflective supervision/consultation*) (Alliance for the Advancement of Infant Mental Health, 2017). Drugim istotnym elementem jest wdrażanie klasyfikacji DC:0–5 do praktyki klinicznej jako rozwojowo adekwatnego języka diagnozy i konceptualizacji trudności najmłodszych (Cohen i Andujar, 2021).

4.2.3. Australia/NPW: model wyspecjalizowanej opieki perinatalno-niemowlęcej

W Nowej Południowej Walii rozwijany jest model bardziej wyspecjalizowanej opieki perinatalno-niemowlęcej. Perinatal and Infant Mental Health Services (PIMHS) stanowią tam istotny element systemu opieki w zakresie zdrowia psychicznego, a ich funkcjonowanie wpisuje się w szerszy model zdrowienia skoncentrowanego na rodzinie (*family-focused recovery*) (New South Wales Ministry of Health, 2020, 2025). Akcentuje on jednocześnie zdrowie psychiczne rodzica, zdolność do opieki oraz relację dziecko – opiekun.

4.2.4. Dania: model populacyjno-przesiewowy w systemie wizyt domowych

Duński model wnosi szczególnie ważny komponent populacyjno-przesiewowy. Badania zespołu Skovgaard wykazały, że problemy zdrowia psychicznego pojawiają się już bardzo wcześnie i mogą być identyfikowane w populacji ogólnej małych dzieci (Skovgaard, 2010; Skovgaard i in., 2007). Równolegle rozwinięto Copenhagen Infant Mental Health Questionnaire/Screening (CIMHQ/CIMHS) jako narzędzie możliwe do wykorzystania przez pielęgniarki środowiskowe podczas wizyt domowych, a badania potwierdziły jego trafność w warunkach powszechnej opieki (Ammitzbøll, Thygesen i in., 2018, Ammitzbøll, Skovgaard i in., 2019).

4.3. Użyteczność modeli zagranicznych dla Polski

W krajach, w których obszar IMH jest lepiej rozwinięty, istotną rolę odgrywają zarówno koncepcja zdrowia relacyjnego (*relational health*), jak i klasyfikacja DC:0–5. Oba te ujęcia akcentują, że system opieki nad małym dzieckiem nie powinien ograniczać się do reagowania na już ujawnione zaburzenia, lecz także wzmacniać warunki sprzyjające zdrowemu rozwojowi w kontekście bliskiej relacji z opiekunem. Stosowanie wspólnego języka klinicznego i diagnostycznego mogłoby ułatwić komunikację między specjalistami, a zarazem sprzyjać większej standaryzacji opieki. Jak pokazują doświadczenia części stanów USA, rozwiązanie to może zwiększać dostępność usług oraz usprawniać organizację wsparcia (Cohen i Andujar, 2021).

Analiza rozwiązań stosowanych w innych krajach wskazuje na ograniczoną możliwość ich bezpośredniej adaptacji do warunków polskich ze względu na różnice systemowe, organizacyjne i finansowe. Z uwagi na elastyczność i możliwość szybkiego wdrożenia największy potencjał mają modele konsultacji relacyjnych, interdyscyplinarne programy szkoleniowe (np. w ramach kształcenia podyplomowego) czy integracja IMH z funkcjonującym w Polsce systemem Wczesnego Wspomagania Rozwoju (WWR). Z kolei systemy certyfikacji kompetencji IMH oraz zintegrowane modele opieki wymagają bardziej zaawansowanego dostosowania do warunków polskich ze względu na konieczność wprowadzenia zmian legislacyjnych i organizacyjnych. Najtrudniejsze do wdrożenia pozostają jednak rozwiązania zakładające pełną integrację sektorów oraz wielowymiarowe interwencje środowiskowe, w tym kompleksowe programy wizyt domowych.

Pomocny w porządkowaniu działań może być także model piramidalny (ZERO TO THREE, 2017), wyróżniający trzy poziomy: uniwersalny, selektywny i specjalistyczny. Na poziomie uniwersalnym zakłada on promocję dobrostanu relacyjnego oraz wzmacnianie kompetencji specjalistów pierwszego kontaktu, na poziomie selektywnym – wsparcie rodzin z grupy wysokiego ryzyka, natomiast na poziomie specjalistycznym – interwencje diadyczne, leczenie oraz pomoc w sytuacji przemocy lub traumy. Taka logika wydaje się spójna z podejściem *relational health* i może stanowić użyteczną ramę porządkowania działań również w polskich warunkach.

W związku z powyższym słuszne wydaje się przyjęcie założenia o stopniowym rozwijaniu systemu IMH poprzez wzmacnianie istniejących zasobów, podnoszenie kompetencji kadr oraz pilotażowe wdrażanie rozwiązań konsultacyjnych i interdyscyplinarnych (Dealy i in., 2021; Horen i in., 2024; Lingras i in., 2022; Reinsperger i in., 2025). Bardziej zasadne wydaje się przy tym nie tyle proste kopiowanie zagranicznych modeli instytucjonalnych, ile adaptowanie ich najważniejszych elementów,

takich jak np. proste procedury przesiewowej oceny zdrowia psychicznego najmłodszych, możliwe do stosowania w POZ, metody obserwacji relacji i regulacji oraz wyspecjalizowane formy wsparcia dla diady dziecko – opiekun (Horen i in., 2024; Reinsperger i in., 2025).

5. IMH w Polsce jako obszar o niskiej widzialności instytucjonalnej: luka systemowa i możliwe kierunki rozwoju

W Polsce brakuje danych populacyjnych dotyczących zdrowia psychicznego niemowląt. Niedobór badań można traktować nie tylko jako lukę poznawczą, lecz także jako przejaw pewnej marginalizacji tego obszaru w praktyce badawczej, klinicznej i dydaktycznej. Słabe zakorzenienie IMH w badaniach i kształceniu akademickim tworzy mechanizm błędnego koła: utrudnia rozwój wiedzy i kompetencji oraz ogranicza rozwój świadczeń, a brak świadczeń i praktyki klinicznej wtórnie zmniejsza możliwości gromadzenia danych. Jednym z powodów tego stanu rzeczy może być również to, że w okresie niemowlęcym trudności rzadko przybierają postać jednoznacznych objawów klinicznych, a częściej ujawniają się w subtelnych zakłóceniach regulacji, kontaktu i relacji, które dopiero z czasem stają się bardziej czytelne dla systemu.

Ponieważ IMH pozostaje obszarem wspólnym m.in. dla pediatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii, pedagogiki oraz wczesnej interwencji, odpowiedzialność za rozpoznawanie potrzeb i organizowanie wsparcia pozostaje rozproszona między różnymi profesjami i instytucjami (Humphreys i in., 2024). Warto podkreślić, że IMH nie stanie się widoczne, jeśli pozostanie jedynie „dodatkiem" do poszczególnych profesji; istnieje bowiem potrzeba wypracowania wspólnych standardów współpracy. Co więcej, wydaje się, że w myśleniu o najmłodszych nadal dominuje wśród specjalistów perspektywa somatyczna lub neurorozwojowa, a także przewaga myślenia o jednostce zamiast o relacji. Niemowlę jest zwykle widziane jako pacjent pediatryczny albo podmiot monitorowania rozwoju, rzadziej zaś – jako uczestnik relacji wymagającej pogłębionego rozumienia klinicznego. W obszarze zakłóceń regulacji dostrzega się pojedyncze trudności, jednak nadal brakuje narzędzi i ugruntowanej wiedzy, które pozwalałyby myśleć o bardziej wyraźnych profilach trudności. Niepokojące w polskim kontekście jest również to, że brakuje czytelnej ścieżki pomocy dla diady rodzic – dziecko, co wiąże się bezpośrednio z niewielką liczbą świadczeń, z których mogłyby korzystać rodziny. Nawet gdy ryzyko zostaje rozpoznane, pomoc bywa reaktywna, rozproszona i niespójna. Problem nie sprowadza się jedynie do braku pojedynczych świadczeń. Równie istotny jest brak wspólnego języka, jasno

opisanych kompetencji, ścieżek rozpoznawania trudności, modeli współpracy oraz usług ukierunkowanych na relację dziecko – opiekun.

Niezwykle istotny wydaje się również systematyczny rozwój kompetencji zawodowych specjalistów pracujących z niemowlętami i ich rodzinami. Obecnie można odnieść wrażenie, że praktyka opiera się częściej na indywidualnej intuicji specjalistów niż na jasno opisanych ramach kompetencyjnych. Współczesne badania podkreślają także znaczenie tzw. superwizji refleksyjnej w pracy z najmłodszymi dziećmi i ich opiekunami (Huffhines i in., 2023).

Słaba obecność IMH nie jest wyłącznie problemem badawczym i klinicznym, lecz ma także konsekwencje dla praktyki ochrony dziecka przed przemocą i zaniedbaniem. Utrudnia ona rozpoznawanie tych form pokrzywdzenia, które u najmłodszych dzieci ujawniają się przede wszystkim w obszarze relacji, regulacji i wzorców funkcjonowania, a nie w postaci jednoznacznej narracji o doznanej krzywdzie (Mueller i Tronick, 2019; Scheeringa, 2011).

W tym kontekście ważnym krokiem wydają się także krajowe inicjatywy badawcze. Przykładem może być Projekt Bobas, którego celem jest adaptacja narzędzi pomiaru zdrowia psychicznego niemowląt do warunków polskich, identyfikacja grup ryzyka oraz analiza związków między zdrowiem psychicznym dziecka i rodzica (Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, b.d.). Takie projekty mogą być ważnym początkiem budowania w Polsce narzędzi przesiewowych i własnych danych dotyczących zdrowia psychicznego najmłodszych. Szczególnie obiecujące wydają się przy tym rozwiązania, które po odpowiednim przeszkoleniu mogłyby zostać osadzone w rutynowej praktyce kontaktu z niemowlęciem, bez konieczności tworzenia odrębnej, wysoko specjalistycznej procedury badania.

6. Wnioski

Zdrowie psychiczne niemowląt to jeden z podstawowych wymiarów wczesnego rozwoju dziecka, stanowiący podstawę kształtowania się wzorców relacyjnych oraz odpowiedzi organizmu na stres i zagrożenie. Obszar ten nie powinien być traktowany jako wąska specjalizacja ani marginalny przedmiot refleksji klinicznej, lecz jako istotny wymiar ochrony dziecka. Szczególne znaczenie IMH ujawnia się w sytuacjach, w których podstawowe relacje opiekuńcze, zamiast pełnić funkcję ochronną i regulacyjną, stają się źródłem lęku, przeciążenia lub zagrożenia.

W przypadku niemowląt i małych dzieci przemoc nie stanowi wyłącznie pojedynczego zdarzenia urazowego, lecz jest doświadczeniem oddziałującym na samą organizację rozwoju, zwłaszcza w obszarze regulacji stresu, przywiązania i poczucia

bezpieczeństwa. Współczesna psychopatologia rozwojowa wyraźnie pokazuje, że relacje opiekuńcze stanowią centralny kontekst rozwoju dziecka, a we wczesnych latach życia mają szczególne znaczenie dla kształtowania trajektorii ryzyka i odporności (Humphreys i in., 2024). Oznacza to, że diagnoza i interwencja w obszarze IMH powinny koncentrować się nie tylko na samym niemowlęciu, lecz także na jakości relacji dziecko – opiekun, procesach współregulacji oraz funkcjonowaniu rodziny.

Przywołane w artykule dane wskazują również, że przemoc, zaniedbanie i inne formy wczesnego przeciążenia stresem mogą prowadzić do poważnych konsekwencji dla rozwoju emocjonalnego, społecznego, poznawczego i neurobiologicznego dziecka. Szczególnie istotne jest to, że u niemowląt doświadczenie krzywdy rzadko ujawnia się w formie jednoznacznych komunikatów, a częściej poprzez zakłócenia regulacji, kontaktu i relacji. Z tego względu perspektywa IMH powinna być traktowana jako ważny element systemu ochrony dziecka, zwłaszcza w odniesieniu do najmłodszych dzieci pokrzywdzonych przemocą lub zaniedbaniem. W niemowlęctwie podstawowym kontekstem przeżywania zagrożenia pozostaje relacja przywiązaniowa, dlatego przemoc szczególnie silnie oddziałuje wtedy, gdy źródło ochrony staje się jednocześnie źródłem lęku.

Przemoc wobec niemowląt powinna być zatem rozumiana nie tylko jako problem prawny lub medyczny, lecz również jako zjawisko głęboko relacyjne i rozwojowe, wymagające wczesnej interwencji uwzględniającej wymiar więzi. Na gruncie polskim oznacza to potrzebę stopniowego wzmacniania tego obszaru zarówno w badaniach, jak i w praktyce. Szczególnie istotne wydają się takie działania, jak rozwój narzędzi przesiewowych i diagnostycznych, kształcenie specjalistów pierwszego kontaktu, tworzenie wspólnego języka opisu trudności oraz rozwijanie relacyjnie ukierunkowanych form pomocy dla diady dziecko – opiekun.

E-mail głównej autorki: **anna.brandt-salmeri@us.edu.pl**

Bibliografia

Adamson, L.B., Frick, J.E. (2003). The still face: A history of a shared experimental paradigm. *Infancy*, *4*(4), 451–473. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0404_01

Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, *41*(1), 49–67. https://doi.org/10.2307/1127388

Alliance for the Advancement of Infant Mental Health. (2017). *Competency guidelines. Endorsement for culturally sensitive, relationship-focused practice promoting Infant and Early Childhood Mental Health*. https://www.infancyonward.org/wp-content/uploads/2021/03/IMH-ECMH-Competency-Guidelines.pdf

Ammitzbøll, J., Skovgaard, A.M., Holstein, B.E., Andersen, A., Kreiner, S., Nielsen, T. (2019). Construct validity of a service-setting based measure to identify mental health problems in infancy. *PLoS ONE*, *14*(3), e0214112. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214112

Ammitzbøll, J., Thygesen, L.C., Holstein, B.E., Andersen, A., Skovgaard, A.M. (2018). Predictive validity of a service-setting-based measure to identify infancy mental health problems: a population-based cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 711–723. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1069-9

Austin, A.E., Lesak, A.M., Shanahan, M.E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current Epidemiology Reports*, *7*(4), 334–342. https://doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3

Bailhache, M., Leroy, V., Pillet, P., Salmi, L.R. (2013). Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*, *13*(1), 202. https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-202

Banella, F.E., Tronick, E. (2019). Mutual regulation and unique forms of implicit relational knowing. W: G. Apter, E. Devouche, M. Gratier (red.), *Early Interaction and Developmental Psychopathology. Volume I: Infancy* (s. 35–53). Springer Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04769-6_3

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*, *58*(3), 469–483. https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1

Bick, J., Nelson, C.A. (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, *41*(1), 177–196. https://doi.org/10.1038/npp.2015.252

Bolten, M.I. (2012). Infant psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(1), 69–74. https://doi.org/10.1007/S00787-012-0364-8

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *39*, 350–373.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Tom 1. Attachment*. Basic Books.

Brauner, C.B., Stephens, C.B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: Challenges and recommendations. *Public Health Reports*, *121*(3), 303–310. https://doi.org/10.1177/003335490612100314

Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Matthews, S.G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L.C.H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J.F., Bhutta, Z.A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, *389*(10064), 91–102. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3

Buchanan, F., Power, C., Verity, F. (2013). Domestic violence and the place of fear in mother/baby relationships: „What was I afraid of? Of making it worse". *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(9), 1817–1838. https://doi.org/10.1177/0886260512469108

Carpenter, R.W., Trull, T.J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, *15*(1), 335. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2

Center on the Developing Child. (b.d.). *Serve and Return*. Pobrane 2 maja 2026 z: https://developingchild.harvard.edu/key-concept/serve-and-return/

Christ, C., de Waal, M.M., Dekker, J.J., van Kuijk, I., van Schaik, D.J., Kikkert, M.J., Goudriaan, A.E., Beekman, A.T.F., Messman-Moore, T.L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS ONE*, *14*(2), e0211882. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882

Cleaver, H. (2025). Domestic abuse and the impact on young children: A UK perspective. *Children and Youth Services Review*, *172*, 108236. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2025.108236

Clinton, J., Feller, A.F.,Williams, R.C. (2016). The importance of infant mental health. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *21*, 239–241. https://doi.org/10.1093/pch/21.5.239

Cohen, J., Andujar, P. (2021). Integrating DC:0–5 into state policy and systems: 5 years of progress. *ZERO TO THREE Journal*, *42*(2), 40–48.

Crouch, J.L., Bridgett, D.J., Milner, J.S., Cote, K., Lelakowska, G., Davila, A., McKay, E., Savoree, S. (2022). Prolonged infant crying: caregiving quality and child physical

abuse risk. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(3–4), 3298–3320. https://doi.org/10.1177/08862605221106137

Cummings, E.M., Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 31–63. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00003

De Bellis, M.D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, *10*(2), 150–172. https://doi.org/10.1177/1077559505275116

Dealy, J., Robinson, J., Eaves, T., Madeira, H. (2021). Sparking collaboration and instilling core competencies through training a statewide workforce in infant mental health: Report from the field. *Infant Mental Health Journal*, *42*(3), 413–422. https://doi.org/10.1002/imhj.21921

DeMaster, D., Bick, J., Johnson, U., Montroy, J.J., Landry, S., Duncan, A.F. (2019). Nurturing the preterm infant brain: Leveraging neuroplasticity to improve neurobehavioral outcomes. *Pediatric Research*, *85*(2), 166–175. https://doi.org/10.1038/s41390-018-0203-9

Enlow, M.B., Egeland, B., Blood, E.A., Wright, R.O., Wright, R.J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: A longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(11), 1005–1010. https://doi.org/10.1136/jech-2011-200727

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company.

Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: The coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, *24*(1), 1–23. https://doi.org/10.1002/imhj.10041

Fitzgerald, H.E., Weatherston, D.J., Sparrow, J. (2011). Infant mental health: An interdisciplinary framework for early social and emotional development. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *41*(7), 178–182. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2011.02.001

Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood: Assessments of development*. International Universities Press.

Goodman, J.H. (2019). Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, *33*(3), 217–224. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.010

Guedeney, A., Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *Infant Mental Health Journal*, *22*(5), 559–575. https://doi.org/10.1002/imhj.1018

Harrison, A., Tronick, E. (2022). Intersubjectivity: Conceptual considerations in meaning-making with a clinical illustration. *Frontiers in Psychology*, *12*, 715873. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.715873

Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *133*(3), 269–276. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023

Hiscox, L.V., Fairchild, G., Donald, K.A., Groenewold, N.A., Koen, N., Roos, A., Narr, K.L., Lawrence, M., Hoffman, N., Wedderburn, C.J., Barnett, W., Zar, H.J., Stein, D.J., Halligan, S.L. (2023). Antenatal maternal intimate partner violence exposure is associated with sex-specific alterations in brain structure among young infants: Evidence from a South African birth cohort. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *60*, 101210. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101210

Hodel, A.S. (2018). Rapid infant prefrontal cortex development and sensitivity to early environmental experience. *Developmental Review*, *48*, 113–144. https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.02.003

Hostinar, C.E., Sullivan, R.M., Gunnar, M.R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 256–282. https://doi.org/10.1037/a0032671

Howell, K.H., Barnes, S.E., Miller, L.E., Graham-Bermann, S.A. (2016). Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *Journal of Injury and Violence Research*, *8*(1), 43–57. https://doi.org/10.5249/jivr.v8i1.663

Huffhines, L., Herman, R., Silver, R.B., Low, C.M., Newland, R., Parade, S.H. (2023). Reflective supervision and consultation and its impact within early childhood-serving programs: A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, *44*(6), 803–836. https://doi.org/10.1002/imhj.22079

Humphreys, K.L., Garon-Bissonnette, J., Hill, K.E., Bailes, L.G., Barnett, W., Hare, M.M. (2024). Caregiving relationships are a cornerstone of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *36*(5), 2218–2231. https://doi.org/10.1017/S0954579424000300

Institute of Medicine, & National Research Council. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/18331

Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. (b.d.). *Zdrowie psychiczne niemowląt: adaptacja narzędzi pomiaru, identyfikacja grup ryzyka oraz zależności ze*

stanem psychicznym rodzica. Pobrane 9 maja 2026 z: https://us.edu.pl/instytut/ip/zdrowie-psychiczne-niemowlat-adaptacja-narzedzi-pomiaru-identyfikacja-grup-ryzyka-oraz-zaleznosci-ze-stanem-psychicznym-rodzica/

Keeney, C.L., Fairbrother, N., Kitchin, V., Stagg, B., Fawcett, E.J., Vaziri, A., Xu, C., Lahey, C.A., Fawcett, J.M. (2026). Prevalence of physical abuse by caregivers toward infants aged 0–24 months: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, *93*, 103812. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2026.103812

Khoury, J.E., Beeney, J., Shiff, I., Bosquet Enlow, M., Lyons-Ruth, K. (2021). Maternal experiences of childhood maltreatment moderate patterns of mother-infant cortisol regulation under stress. *Developmental Psychobiology*, *63*(6), 1309–1321. https://doi.org/10.1002/dev.22109

Kokkinaki, T., Delafield-Butt, J., Nagy, E., Trevarthen, C. (2023). Intersubjectivity: Recent advances in theory, research, and practice. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1220161. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1220161

Lakatos, P.P., Rodas, N.V., Matic, T., Williams, M.E., Samora, L.L., Carson, M.C. (2024). Providing continuity in infant mental health services for medically fragile infants and their families. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *31*(1), 5–18. https://doi.org/10.1007/s10880-023-09957-1

Lambarth, C.H., Green, B.L. (2019). Exploring a model for infant and early childhood mental health consultation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, *40*(6), 874–888. https://doi.org/10.1002/imhj.21818

Lazzouni, L., Lepore, F. (2014). Compensatory plasticity: Time matters. *Frontiers in Human Neuroscience*, *8*, 340. https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00340

Lingras, K.A., Schlesinger, A., Danner, C., Berge, J.M., Borman-Shoap, E., Friedrich, C., Benbenek, M., Barnes, A.J., Cullen, K.R., Balder, H., Alquist, G., Steingraeber, C.J. (2022). *A mental health crisis and a workforce solution: Bringing together interdisciplinary teams to improve infant and early childhood mental health education and treatment in primary care*. WAIMH Perspectives in Infant Mental Health. https://osf.io/preprints/psyarxiv/wavdj/download

Lobo, F.M., Lunkenheimer, E. (2020). Understanding the parent-child coregulation patterns shaping child self-regulation. *Developmental Psychology*, *56*(6), 1121–1134. https://doi.org/10.1037/dev0000926

Luby, J.L., Tillman, R., Barch, D.M. (2019). Association of timing of adverse childhood experiences and caregiver support with regionally specific brain development in adolescents. *JAMA Network Open*, *2*(9), e1911426. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11426

Lyons-Ruth, K., Ahtam, B., Sisitsky, M., Ou, Y., Gagoski, B., Bosquet Enlow, M., Teicher, M.H., Grant, P.E., Khoury, J.E. (2023). Maternal childhood abuse versus neglect associated with infant brain volumes in the first 2 years of life. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *51*, 1133–1145. https://doi.org/10.1007/s10802-023-01041-4

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *64*(3), 67–96. https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034

Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., Paul, C., Keren, M., Berg, A., Foley, M., Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the Task Force of the World Association for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, *38*(6), 695–705. https://doi.org/10.1002/imhj.21674

Manly, J.T., Kim, J.E., Rogosch, F.A., Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 759–782. https://doi.org/10.1017/S0954579401004023

Martin, S., O'Hara, L., Curtin, M., Dennehy, J., Let's Grow Together Infant Mental Health and Well-being Team. (2022). Infant mental health training for early years practitioners. *Childhood Education*, *98*(3), 34–41. https://doi.org/10.1080/00094056.2022.2083389

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, *4*(1), 107–124. https://doi.org/10.1080/14616730252982491

Mueller, I., Tronick, E. (2019). Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *13*, 156. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00156

Naeem, N., Zanca, R.M., Weinstein, S., Urquieta, A., Sosa, A., Yu, B., Sullivan, R.M. (2022). The neurobiology of infant attachment-trauma and disruption of parent–infant interactions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *16*, 882464. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.882464

Negayama, K., Delafield-Butt, J., Norimatsu, H. (2023). Parent-infant co-regulation: Ethological, ecological, and cultural approaches. *Infant Behavior and Development*, *72*, 101846. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101846

Nelson, C.A., III, Zeanah, C.H., Fox, N.A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity, 2019*, 1676285. https://doi.org/10.1155/2019/1676285

New South Wales Ministry of Health. (2020). *NSW Family Focused Recovery Framework 2020–2025*. https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/nsw-family-focused-recovery-framework-2020-2025.pdf

New South Wales Ministry of Health. (2025). *Perinatal and Infant Mental Health Services (PIMHS)*. https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/services/parents/Pages/perinatal-infant-mental-health-services.aspx

Olsen, A.L., Ammitzbøll, J., Olsen, E.M., Skovgaard, A.M. (2019). Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Archives of Disease in Childhood*, *104*(11), 1034–1041. https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316851

Pakmanesh, F., Hamidia, A., Faramarzi, M., Shirafkan, H., Mehrabani, S. (2021). The relationship between maternal mental health and the development of infants under one year of age. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, *23*(1), 29–37. https://doi.org/10.22088/jbums.23.1.29

Perry, B.D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. W: D. Schetky i E.P. Benedek (red.), *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (s. 221–238). American Psychiatric Press.

Pfaltz, M.C., Halligan, S.L., Haim-Nachum, S., Sopp, M.R., Åhs, F., Bachem, R., Bartoli, E., Belete, H., Belete, T., Berzengi, A., Dukes, D., Essadek, A., Iqbal, N., Jobson, L., Langevin, R., Levy-Gigi, E., Lüönd, A.M., Martin-Soelch, C., Michael, T., … Seedat, S. (2022). Social functioning in individuals affected by childhood maltreatment: Establishing a research agenda to inform interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *91*(4), 238–251. https://doi.org/10.1159/000523667

Phillips, S., Best, M.L. (2007). Early recognition of infant mental health concerns. *British Columbia Medical Journal*, *49*(3), 121–125.

Reijneveld, S.A., van der Wal, M.F., Brugman, E., Hira Sing, R.A., Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, *364*(9442), 1340–1342. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17191-2

Reinsperger, I., Paul, J.L., Zechmeister-Koss, I. (2025). International best-practice models for perinatal and infant mental health care: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1536145. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1536145

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2022). *Child protection evidence: Systematic review on early years neglect*. https://childprotection.rcpch.ac.uk/wp-content/uploads/sites/6/2022/03/Child-Protection-Evidence-Early-Years-Neglect-2022.pdf

SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf

Sameroff, A.J. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, *102*(5), 1287–1292. https://doi.org/10.1542/peds.102.SE1.1287

Schechter, D.S., Willheim, E., Suardi, F., Serpa, S.R. (2019). The effects of violent experiences on infants and young children. W: C.H. Zeanah (red.), *Handbook of Infant Mental Health. Fourth edition* (s. 197–213). Guilford Press.

Scheeringa, M.S. (2011). PTSD in children younger than the age of 13. *Depression and Anxiety*, *28*(9), 737–746. https://doi.org/10.1002/da.20736

Seager-Smith, L. (2024). *For baby's sake: Understanding the impact of domestic abuse on infants*. https://www.researchinpractice.org.uk/children/news-views/2024/november/for-baby-s-sake-understanding-the-impact-of-domestic-abuse-on-infants/

Shonkoff, J.P., Garner, A.S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics,

Siegel, B.S., Dobbins, M.I., Earls, M.F., Garner, A.S., McGuinn, L., Pascoe, J. Wood, D.L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*(1), e232–e246. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663

Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: Classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*, 21357. https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21357

Simpson, T.E., Condon, E., Price, R.M., Finch, B.K., Sadler, L.S., Ordway, M.R. (2016). Demystifying infant mental health: What the primary care provider needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, *30*(1), 38–48. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.011

Skovgaard, A.M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. *Danish Medical Bulletin*, *57*(10), B4193.

Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., Copenhagen Child Cohort 2000 Study Team, Olsen, E.M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(1), 62–70. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x

Stoye, D.Q., Blesa, M., Sullivan, G., Galdi, P., Lamb, G.J., Black, G.S., Quigley, A.J., Thrippleton, M.J., Bastin, M.E., Reynolds, R.M., Boardman, J.P. (2020). Maternal

cortisol is associated with neonatal amygdala microstructure and connectivity in a sexually dimorphic manner. *eLife*, *9*, e60729. https://doi.org/10.7554/eLife.60729

Sperry, D.M., Widom, C.S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, *37*(6), 415–425. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006

Śmiałek, M. (2020). Status małoletniej ofiary przestępstwa. Wybrane zagadnienia. *Kwartalnik Policyjny*, (3), 28–36.

Terrace, H.S., Bigelow, A.E., Beebe, B. (2022). Intersubjectivity and the emergence of words. *Frontiers in Psychology*, *13*, 693139. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.693139

The Benevolent Society. (2015). *Resilience practice framework: Guide 8 – Infants at risk of abuse and neglect*. https://www.benevolent.org.au/ArticleDocuments/404/Resiliencepracticeframework_infantsatriskofabuseandneglect.pdf.aspx

The National Society for the Prevention of Cruelty to Children. (2013). CORE-INFO: Emotional neglect and emotional abuse in pre-school children. https://www.inglehurstinfants.org.uk/_site/data/files/migrated/information--contacts/nspcc-leaflet-emotional-neglect-and-abuse-of-pre-school-children..pdf

Tronick, E., Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(2), 147–156. https://doi.org/10.1080/10673220902899714

Udo, I.E., Sharps, P., Bronner, Y., Hossain, M.B. (2016). Maternal intimate partner violence: Relationships with language and neurological development of infants and toddlers. *Maternal and Child Health Journal*, *20*(7), 1424–1431. https://doi.org/10.1007/s10995-016-1940-1

UK Department of Health and Social Care. (2026). *Part 2: Health visiting (ages 0 to 5)*. https://www.gov.uk/government/publications/delivery-of-the-healthy-child-programme/part-2-health-visiting-ages-0-to-5

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r., poz. 17 ze zm.). https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970880553

van Duin, E.M., Verlinden, E., Tsang, V.M., Verhoeff, A.P., Brilleslijper-Kater, S.N., Voskes, Y., Widdershoven, G.A.M., Lindauer, R.J.L. (2022). A sexual abuse case series of infants and toddlers by a professional caregiver: A qualitative analysis of parents' experiences during the initial crisis period post-discovery. *Child Abuse & Neglect*, *125*, 105460. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105460

Verde-Cagiao, M., Nieto, C., Campos, R. (2022). Mother-infant co-regulation from 0 to 2 years: The role of copy behaviors. A systematic review. *Infant Behavior and Development*, *68*, 101749. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101749

Victorian Government. (2026). *Identify signs of child abuse in early childhood*. https://www.vic.gov.au/identify-signs-child-abuse-early-childhood

von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., Grube, M. (2015). Mental disorders in early childhood. *Deutsches Ärzteblatt International*, *112*(21–22), 375–386. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0375

Weatherston, D.J. (2000). The infant mental health specialist. *Zero to Three*, *21*(2), 3–10.

Weinberg, M.K., Beeghly, M., Olson, K.L., Tronick, E.Z. (2008). A still-face paradigm for young children: 2½ year olds' reactions to maternal unavailability during the still-face. *Journal of Developmental Processes*, *3*(1), 4–21.

Weinberg, M.K., Tronick, E.Z., Cohn, J.F., Olson, K.L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, *35*(1), 175–188. https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.175

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E., Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 53(6), 695–705. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x

Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, *41*, 585–595.

Wotherspoon, E., Gough, P. (2008). Assessing emotional neglect in infants. *Centre of Excellence for Children's Well-Being (CECW) Information Sheet E*, *59*. University of Toronto, Faculty of Social Work.

Wotherspoon, E., Hawkins, E., Gough, P. (2009). Emotional trauma in infancy. *Centre of Excellence for Children's Well-Being (CECW) Information Sheet E*, *75*. University of Toronto, Faculty of Social Work.

Yu, C., Smith, L.B. (2012). Embodied attention and word learning by toddlers. *Cognition*, *125*(2), 244–262. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.06.016

Zeanah, C.H., Jr., Zeanah, P.D. (2019). Infant mental health: The clinical science of early experience. W: C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health* (wyd. 4, s. 5–24). The Guilford Press.

Zeanah, P.D., Stafford, B., Zeanah, C.H. (2005). *Clinical interventions in infant mental health: A selective review*. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy.

ZERO TO THREE. (2001). *Definition of infant mental health*. National Center for Clinical Infant Programs.

ZERO TO THREE. (2016). *DC:0–5 Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. National Center for Clinical Infant Programs.

ZERO TO THREE. (2017). *The basics of infant and early childhood mental health: A briefing paper*. National Center for Clinical Infant Programs.

Infant Mental Health in the Child Protection System: A Relational Perspective on Violence, Neglect, and Early Trauma

In Poland, infant mental health (IMH) remains underrecognized in research and in the practice of healthcare, social services, education, and child protection. Although infancy is a foundational period for the development of emotion regulation, relational patterns, and social competences, the needs of the youngest children are still too rarely approached in a comprehensive way that takes into account the relational context of development. In particular, there is a lack of sufficiently developed solutions for identifying IMH-related difficulties, supporting the child-caregiver dyad, and incorporating this perspective into preventive and supportive interventions. Meta-analytic findings further suggest that physical abuse of infants in the first two years of life may occur more often than official statistics indicate.

This article presents infant mental health as an important yet still insufficiently recognized area of child development support and child protection. It discusses selected ways of conceptualizing IMH, with particular emphasis on the relational perspective, in which development and difficulty are understood not only at the level of the infant, but also within the child-caregiver relationship and the broader environmental context. The article also highlights the relevance of this perspective for recognizing the needs of infants and young children exposed to violence, neglect, and other forms of harm.

The paper is review-based and postulatory in character. Alongside key theoretical approaches, it presents selected solutions developed in other countries, including workforce training, specialized services, and the integration of IMH into family support practice. A stronger presence of IMH in professional education, service organization, and support practice may contribute both to the prevention of child maltreatment and to the design of more adequate forms of support for the youngest children and their caregivers.

Keywords:
infant mental health; child-caregiver relationship; child abuse; early intervention

Cytowanie:
Brandt-Salmeri, A., Wątor, K., Morawiec, N., Zajączkowska, B., Ayverdi, M., Krasowska, W. (2026). Zdrowie psychiczne niemowląt w systemie ochrony dziecka: perspektywa relacyjna wobec przemocy, zaniedbania i wczesnej traumy. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 150–189.

Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

Fundusz Sprawiedliwości

Ministerstwo Sprawiedliwości

Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości