

mgr Magdalena Torzecka
Instytut Psychologii WFCH
UKSW

Konstrukt przywiązania prenatalnego. Odbicie rzeczywistości czy „byt nad potrzeby”

Wprowadzenie

Nie będzie przesadą napisać, że teoria przywiązania stała się jedną z najbardziej wpływowych teorii psychologii, daleko wykraczającą poza ramy psychologii rozwojowej, na łonie której została sformułowana przez John'a Bowlby'ego i rozwinięta przez Mary Ainsworth. Teoria przywiązania znajduje bowiem zastosowanie w tak odległych dziedzinach jak duchowość czy zarządzanie organizacjami, a jej wpływy bynajmniej nie ograniczają się do analiz relacji wieku wczesnodziecięcego. Rozległe analizy siły przywiązania i stylów przywiązania, obejmujące okres dzieciństwa i dorosłości, prowadzone są obecnie przez przedstawicieli dość różnych profesji z obszaru zdrowia. Pół wieku po sformułowaniu koncepcji przywiązania, wciąż też rośnie liczba np. warsztatów, podczas których ludzie dorośli mogą dowiedzieć się jaki jest ich styl przywiązania, jak wpływa on na różne sfery ich życia i jak ewentualnie mogliby zmienić go na inny, bardziej funkcjonalny (czyli bezpieczny).

Można powiedzieć, że teoria przywiązania rozciąga swe wpływy na osi czasu ludzkiego życia. Bo tak jak eksploruje się różne aspekty przywiązania u ludzi dorosłych, tak też – już od kilku dekad – niektórzy z badaczy postulują zaadaptowanie teorii przywiązania do opisu przywiązania jakie matka odczuwa względem dziecka, które nosi w łonie.

Mimo, że pierwsze próby operacjonalizacji konstrukt przywiązania prenatalnego przypadają już na lata 70-te XX wieku, daleko mu do „popularności” przywiązanie postnatalnego, a wśród badaczy nie ma zgodności tak co do zasadności ujmowania przywiązania prenatalnego w kategoriach osobnej zmiennej jak i tym bardziej, jako zjawiska tożsamego z tym odkrytym i zdefiniowanym przez Bowlby'ego.

Zanim jednak zastanowimy się na ile styczne są procesy przywiązania prenatalnego i postnatalnego i czy sam autor koncepcji przywiązania widziałby je jako pokrewne, czy może nawet tożsame, zobaczymy jak konstrukt przywiązania prenatalnego się kształtował.

1. Przywiązanie prenatalne – krótka historia konstrukt

Bowlby definiował przywiązanie jako długotrwałą psychiczną więź między dwoma istotami ludzkimi (*lasting psychological connectedness between human beings*) (Bowlby, za: Elliott, 1998). Dyspozycja do formowania takiej więzi jest, jak dowodził, zaprogramowana biologicznie i ma warunkować przetrwanie młodego organizmu. Oddziaływanie matki, jej responsywność, wrażliwość na potrzeby dziecka jest *conditio sine qua non* dla zaistnienia zjawiska przywiązania, ale, jak dowodzili Bowlby i Ainsworth, przywiązanie matki jest procesem inicjowanym i wzmocnianym przez oddziaływanie dziecka.

Tymczasem w koncepcji przywiązania prenatalnego, ze zrozumiałych przyczyn, stroną aktywną, przywiązującą się, oddziałującą poprzez np. swoje zachowania prozdrowotne jest matka.

Nie wiemy czy i w jaki sposób świat przeżyć wewnętrznych kobiet ciężarnych żyjących w wiekach ubiegłych różnił się od sposobów przeżywania ciąży kobiet żyjących współcześnie, ale z całą pewnością można założyć, że - o ile tylko kobieta nie była przytłoczona walką o własne przeżycie w bardzo niesprzyjających warunkach środowiskowych - oczekiwanie na narodziny dziecka było zawsze czasem szczególnym.

W połowie XX wieku zaczęto podejmować temat więzi, jaką przyszła matka zaczyna odczuwać w stosunku do rozwijającego się w jej łonie dziecka. Leżący u podstaw takiej więzi mechanizm miał polegać na przekierowaniu energii psychicznej matki w płód oraz na rozwijającej się świadomości, że oto z zarodka zaczyna się formować mały człowiek. W takim ujęciu psychoanalitycznym matka zaczynała kochać swoje jeszcze nienarodzone dziecko jako przedłużenie swojego ja, ale też jako odrębną istotę (Brandon, 2009).

Kolejne próby dociekania jak kształtuje się stosunek matki do rozwijającego się płodu, miały już bardziej praktyczne podstawy, bo w sukurs przyszła im metoda ultrasonografii. Naturalne było przypuszczać, że możliwość zobaczenia dziecka na ekranie monitora nie może nie „robić wrażenia” na matce. I właśnie tym aspektem prenatalnego przywiązania zajęła się J.M. Lumley, epidemiolog perynatalny. Lumley zauważyła, że kobiety, które w czarnobiałym obrazie na ekranie monitora rozpoznały ludzki kształt swojego dziecka, skłonne były przedsiębrać działania prozdrowotne, które świadczyć by mogły o większym ich przywiązaniu (Lumley, 1990). Lumley badała także, poprzez krótkie wywiady, nastawienie kobiet do ich jeszcze nie narodzonych dzieci i ostatecznie uznała, że przywiązanie prenatalne to więź z płodem przeżywana w wyobraźni.

Pierwszą badaczką, która podjęła próbę zoperacjonalizowania więzi matki z płodem jest M. Cranley, autorka kwestionariusza *Maternal-Fetal Attachment Scale*

(MFAS). Model zaproponowany przez Cranley ma sześć wymiarów, które zgodnie z tym jak ujmowała ona przywiązanie prenatalne (jako „stopień w jakim kobiety angażują się w zachowania, które świadczą o więzi i interakcji z nienarodzonym dzieckiem” – Cranley, za: Alhusen, 2008), które mierzą różne rodzaje zachowań przyszłej matki (wchodzenie w rolę, poświęcanie się, „budowanie gniazda” itd.).

W opozycji, czy może raczej komplementarnie do Cranley, inna badaczka – M.E. Muller przywiązanie prenatalne ujęła jako jedyną w swoim rodzaju, emotywną relację między matką a płodem, podkreślając afektywny aspekt tego zjawiska. (Alhusen, 2008). Muller stworzyła swój kwestionariusz – Prenatal Attachment Inventory, zarzucając ideę wielowymiarowości przywiązania prenatalnego. Kwestionariusz, zbudowany z 29 pozycji mierzy po prostu ogólne nastawienie matki do jeszcze nienarodzonego dziecka.

Podobnie do Muller, J.T. Condon przywiązanie prenatalne zdefiniował jako afektywną więź, która rozwija się między matką a jej nienarodzonym dzieckiem (Brandon 2009), ale jego dociekania zaowocowały stworzeniem własnego kwestionariusza – Maternal Antenatal Attachment Scale, który miał mierzyć wyłącznie nastawienie matki do rozwijającego się w jej łonie płodu. Condon zauważył bowiem, że we wcześniej skonstruowanych kwestionariuszach znajdowały się pytania o nastawienie wobec ciąży czy macierzyństwa w ogóle.

I tu można postawić pytanie o celowość wysiłków wymienionych wyżej badaczy. Zoperacjonalizowanie zmiennej, skonstruowanie kwestionariusza wymaga wszak znacznych nakładów czasu i energii. A i Cranley i Muller i Condon wywodzą się ze środowisk lekarsko-pielęgniarskich, nieskorych przecież do teoretyzowania dla samej li tylko przyjemności poznawczej. Znaczenia odkrycia mechanizmu przywiązania jakie rozwija się między niemowlęciem a jego matką trudno nie docenić. Od jakości więzi zależy dobrostan dziecka, jego prawidłowy rozwój psychofizyczny. Matce z kolei przywiązanie do dziecka „osładza” trudny macierzyństwa, sprawiając, że dla dobra dziecka poświęca własny komfort. Ale czy, jeśli idzie o przywiązanie prenatalne, nie jest rzeczą naturalną, że kobieta, która dowiaduje się, że jest w ciąży zaczyna powoli przyzwyczajać się i przygotowywać do nowej roli, niczym szachista rozgrywający w myślach czekającą go partię? Czy to oczywiste, wydawać by się mogło, zjawisko wymaga ujmowania go w karby teorii naukowej?

Rzeczywiście jednak można założyć, że praktykom działającym w obszarach położnictwa i neonatologii przyświecały cele praktyczne. Nie wszystkie kobiety ciężarne, czy to z powodu trudnych warunków środowiskowych czy to z powodu własnych ograniczeń psychofizycznych mają pozytywny czy też jednakowo pozytywny stosunek do ciąży, macierzyństwa, ale i rozwijającego się w ich łonie dziecka. Dość uzasadnione wydawało się przeto założenie, że ten właśnie stosunek, przywiązanie do płodu może być predyktorem siły przywiązania między matką

a dzieckiem już narodzonym. Należało więc skonstruować trafne i rzetelne narzędzia, dzięki którym możliwe byłoby zbadanie czy istnieje i jak duża jest to korelacja. Ustalenie istnienia związku między przywiązaniem prenatalnym a przywiązaniem postnatalnym otwierałoby natomiast możliwości wczesnej prewencji, czyli udzielenia odpowiedniego wsparcia przyszłej matce.

2. Uwarunkowania przywiązania prenatalnego

Wyniki badań nie są jednorodne, ale niektóre z nich rzeczywiście wskazują na związek przywiązania prenatalnego z przywiązaniem matki do już narodzonego dziecka. W jednym z badań wykazano np., że podczas interakcji *face-to-face*, zarejestrowanych kamerą około dwunastu tygodni po porodzie, matki, które uzyskały wyższy wyniki w kwestionariuszu PAI, dostarczają dziecku więcej stymulacji i są bardziej zaangażowane w interakcję (Siddiqui, 2000). Lub też, że matki, u których zarejestrowano wyższy stopień przywiązania prenatalnego, bardziej regularnie całują i przytulają swoje dzieci. Choć akurat te behawioralne aspekty przywiązania matki nie są wolne od wpływów kulturowych. W jednym z badań, cytowanym przez Taffazoli (2005), ustalono, że jakkolwiek badane matki brazylijskie i japońskie nie różniły się zbyt wiele pod względem rodzaju i intensywności uczuć względem niemowlęcia, japońskie matki głównie patrzyły na niemowlęta, a matki brazylijskie przypatrywały się niemowlętom rzadziej, natomiast bardziej intensywnie angażowały się w różne zabiegi pielęgnacyjne.

Oprócz ustalenia czy istnieje związek między przywiązaniem prenatalnym a przywiązaniem *postpartum*, uwaga badaczy kieruje się też oczywiście ku samym czynnikom, które mogą przywiązanie prenatalne zwiększać lub osłabiać. Podstawowym z takich czynników jest to, czy ciąża jest przez kobietę chciana. W badaniu sprzed czterech dekad (Senay, 1972) wykazano, że kobiety zamierzające poddać się aborcji, wstrzymują się od snucia wyobrażeń o dziecku (lub nie donoszą o nich badaczom), które są jedną z ważnych składowych przywiązania prenatalnego. Dla porównania – wyobrażenia o dziecku kobiet w chcianej ciąży można natomiast sklasyfikować według pięciu kategorii: płeć, imię, kolor oczu, przyszłe osiągnięcia, zabiegi pielęgnacyjne wobec dziecka.

Czasem jednak wyobrażenia o wyglądzie dziecka, jego zdolnościach podlegają gwałtownemu i dramatycznemu przeorganizowaniu – wówczas np., gdy przyszła matka dowiaduje się, że u płodu występują wady genetyczne, deformacje. Można przypuszczać, że w takiej sytuacji rozwój przywiązania prenatalnego jest znacznie utrudniony. A jednak w badaniach (Zimerman, 2003; Asplin, 2015), do których dotarła autorka artykułu wskazuje się na wysoki poziom przywiązania prenatalnego – oczywiście u kobiet, które zdecydowały się dziecko urodzić. Źródłem więzi staje się pragnienie ochrony dziecka, a wyobrażenia o wyglądzie

i osiągnięciach ustępują miejscu poczuciu, że np. dziecko będzie co prawda niepełnosprawne, ale przynależy do kobiety i trzeba je chronić.

Jeśli kobiety dokonujące aborcji wstrzymują się od snucia wyobrażeń o dziecku – tak, by zahamować tworzenie się więzi i ograniczyć poczucie straty, logiczne wydaje się założenie, że wskaźniki przywiązania prenatalnego są wyższe u kobiet, które o zajście w ciążę starały się usilniej niż „reszta kobiet”, czyli u kobiet, które skorzystały z zabiegu *in vitro*. Ale o ile jedne badania rzeczywiście taki związek potwierdzają (Pellerone, 2014), w innych nie stwierdza się istotnej różnicy w intensywności przeżywanego przywiązania prenatalnego między kobietami które poczęły *in vitro* i tymi, które poczęły drogą naturalną (Pelski, 2007).

Nie wyłania się też klarowny obraz korelacji między stylem przywiązania matki a przywiązaniem do płodu. Styl np. lękowo-ambiwalentny wydaje się nie mieć szczególnej mocy – ani zwiększającej ani osłabiającej przywiązanie prenatalne (Chrzan-Dętkoś, 2015). Nie stwierdza się też związku między osobowością/temperamentem matki a przywiązaniem prenatalnym – przy założeniu, że kobieta chce dziecka i ma potencjał do tego, by być matką wystarczająco dobrą.

Co zaś się tyczy pewnych symptomów klinicznych depresja matki lub zaburzenia lękowe mogą utrudniać przywiązanie do jeszcze nienarodzonego dziecka (i do narodzonego też). Ale nie stwierdza się związku niepokoju jako cechy czy stanu z przywiązaniem w niektórych badaniach podejmujących ten temat (Chrzan-Dętkoś, 2015). Czasem nawet niepokój może korelować pozytywnie z przywiązaniem prenatalnym. Taka sytuacja ma miejsce wtedy, gdy ciężarna kobieta poddaje się inwazyjnym badaniom prenatalnym. Im większy jej niepokój o wynik badania, tym większe przywiązanie do płodu (Allison, 2011).

3. Kontrowersje wokół koncepcji przywiązania prenatalnego

Można przypuszczać, że taka niejednorodność obrazu przywiązania prenatalnego związana jest z faktem, że niezależnie od tej najważniejszej zmiennej, jaką jest bycie w ciąży, istnieje szereg innych czynników, takich jak np. wiek kobiet w ciąży, ich zawód, rodzaj otrzymywanego wsparcia społecznego, które w znacznym stopniu rzutują na wyniki. Rzadko się zdarza, by niezależni od siebie badacze tworzyli grupy badawcze, uwzględniając te same zmienne.

Sam konstrukt przywiązania prenatalnego cechuje się zresztą znaczną dozą niedookreśloności. W niektórych definicjach podkreśla się jego aspekty behawioralne, w innych z kolei – emocyjne. W jednych o przywiązaniu prenatalnym mówi się w kategoriach wielowymiarowości, w innych – przeciwnie, przywiązanie miałoby mieć tylko jeden wymiar.

Intuicyjnie dość łatwo jednak jest nam zrozumieć zaabsorbowanie matki rozwijającym się w jej łonie dzieckiem, jak też uznać za dość oczywiste założenie, że

im bardziej pozytywne nastawienie matki do płodu, tym bardziej pozytywne nastawienie do dziecka narodzonego (chyba, że mamy do czynienia z sytuacją, w której matka idealizuje mające przyjść na świat dziecko, a po narodzeniu dziecka, jej wyobrażenie konfrontowane jest z rzeczywistością, czyli np. „trudnym” charakterem noworodka).

Próby utożsamiania przywiązania prenatalnego z przywiązaniem postnatalnym, którego koncepcję stworzył Bowlby, są czasem kontestowane.

Zgodnie z zamysłem Bowlby’ego przywiązanie miało być interaktywnym procesem regulacji prowadzącym do zestrojenia psychobiologicznego dwóch organizmów (za: Schore, 2003). A osią tego regulacyjnego procesu jest interakcja „twarz-do-twarzy” (*face-to-face transactions*), podczas której następuje szybka wymiana bodźców wizualnych (wyraz twarzy matki i dziecka), słuchowych (ton głosu matki i wokalizy dziecka), ruchowych (mimika, gesty) między matką a dzieckiem. Taka interakcja niemowlęcia z matką jest samowzmacniająca dla obu stron i stanowi podstawę wczesno niemowlęcego przywiązania.

Bowlby definiując przywiązanie od początku zakładał wzajemność relacji, jej interakcyjność, o które trudno, gdy dziecko jest jeszcze w łonie matki. Być może więc, badacze i propagatorzy konstruktu przywiązania prenatalnego powinni posłużyć się inną ramą pojęciową niż ta przyjęta przez Bowlby’ego.

Ale co ciekawe, niektórzy badacze uważają, że interakcja między matką oczekującą narodzin dziecka a płodem jest oczywistym faktem. Eichhorn (2012) przytacza stanowisko na amerykańskiego psychologa, Davida Chamberlaina, zajmującego się od lat psychologią narodzin, który dowodzi, że pomiędzy matką a płodem zachodzi komunikacja na poziomie komórkowym. I tak, do organizmu płodu miałyby się przedostawać bity informacji kodowane jako wspomnienia komórkowe, odpowiedzialne za rozwój określonego obrazu siebie czy też oczekiwań życiowych. Teoria pamięci komórkowej, na której bazuje Chamberlain nie jest teorią potwierdzoną naukowo. Kodowania wspomnień komórkowych na razie nie sposób udowodnić.

Faktem jest jednak, że pewien rodzaj komunikacji między matką a jej nienarodzonym dzieckiem istnieje. U płodów w łonach matek, które poddano treningowi relaksacyjnemu, odnotowano obniżenie częstości uderzeń serca na minutę oraz obniżenie aktywności ruchowej (DiPietro, 2007). I odwrotnie, stres, którego doświadcza ciężarna kobieta nie pozostaje bez wpływu na parametry fizjologiczne płodu.

Ale interakcja między matką a płodem nie ogranicza się bynajmniej do oddziaływań biochemicznych, w taki czy inny sposób sterujących jego fizjologią. Jest bowiem całkiem prawdopodobne, że w ciągu dziesięciu ostatnich tygodni ciąży

dzieci zaczynają rozróżniać fonetyczne dźwięki języka, którym posługuje się ich matka, nie mówiąc o rozpoznawaniu jej głosu¹.

Możemy sobie wyobrazić, o ile bardziej skomplikowane w porównaniu z badaniami kwestionariuszowymi jest przeprowadzenie badań, których celem jest ustalenie co czuje i jak „przetwarza” informację dziecko w okresie prenatalnym. A jednak, by uzyskać pełnię obrazu przywiązania prenatalnego nieodzowna wydaje się eksploracja zachowań płodu (zintegrowana z badaniem przywiązania matki) – tak, jak obserwuje się dziecko i reagującą na wysyłane przez nią sygnały matkę, gdy bada się zjawisko przywiązania w klasycznym jego ujęciu. Badania takie mogłyby prowadzić do uprawomocnienia naukowego teorii przywiązania prenatalnego, a co najważniejsze potwierdzić, czy w istocie relacja przywiązania zawiązuje się jeszcze przed narodzeniem.

Bibliografia:

- Alhusen, J.L. (2008). A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, nr 3 (37), pp. 315 – 328.
- Allison, S.J. et al. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment, *BMC Women's Health*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148201/>
- Asplin, N. et al. (2015). Maternal emotional wellbeing over time and attachment to the fetus when a malformation is detected. *Sexual and Reproductive Healthcare*, nr 6, pp. 191 – 195.
- Brandon, A.R. et al. (2009). A History of the Theory of Prenatal Attachment. *The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, nr 4 (23), pp. 201–222.
- Chrzan-Dętkoś, M., Łockiewicz, M. (2015). Maternal romantic attachment, and antenatal and postnatal mother–infant attachment in a sample of Polish women. *European Journal of Development Psychology*, nr 4 (12).
- DiPietro, J. et al. (2007). Fetal responses to induced maternal relaxation during pregnancy. *Biological Psychology*, nr 1 (77), pp. 11 – 19.
- Senay, E.C., Wexler, S. (1972). Fantasies About the Fetus in Wanted and Unwanted Pregnancies, *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 1 (4), s. 333–337.
- Eichhorn, N. (2012). Maternal Fetal Attachment: Can Acceptance of Fetal Sentience Impact the Maternal-Fetal Attachment Relationship? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, nr 1 (24), pp. 47 – 55.
- Elliott, J., Place, M. (1998). *Children in Difficulty. A guide to understanding and helping*. RoutledgeFalmer. Taylor & Francis Group, London and New York
- Izard, C.E. et al. (1991). Emotional Determinants of Infant-Mother Attachment. *Child Development*, Vol. Nr 5 (62), pp. 906-917.

¹ (<http://www.webmd.com/baby/news/20130102/babies-learn-womb#1>)

- Lumley, J. M. (1990). Through a Glass Darkly: Ultrasound and prenatal bonding. *Birth Issues in Perinatal Care*, nr 4 (17), pp. 214–217.
- Pellerone, M., Micciche, S. (2014). Prenatal Attachment and Anxiety: Women Who Decide to Try in Vitro Fertilization and Women Who Procreate Naturally, *Psychology Research*, 4 (6), s. 419–427.
- Pelski, J.E. (2007). *Maternal prenatal attachment in women who conceive through in vitro fertilization*; rozprawa doktorska, University of Massachusetts Amherst.
- Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W.W. Norton.
- Siddiqui, A., Hagglof, E. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, nr 1 (59), pp. 13 – 25.
- Taffazoli, M., Montakhab Asadi, M., Aminyazdi, S.A., Shakeri. M.T. (2015). The Relationship between Maternal-Fetal Attachment and Mother-Infant Attachment Behaviors in Primiparous Women Referring to Mashhad Health Care Centers. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, nr 2 (3), pp. 318-327.
- Zimmerman, A. (2003). Prenatal Attachment, Empathy, and Cognitive Adaptation to Pregnancy Subsequent to Having a Child with Down Syndrome. *Journal on Developmental Disabilities*, nr 1 (10), pp. 141–149.