

Cuprins

<i>Cuvânt înainte</i>	13
-----------------------------	----

Capitolul 1

Noțiuni introductive în psihologia dezvoltării

1.1. Introducere în domeniul dezvoltării umane	17
1.2. Definiții, concepte, istoric al psihologiei dezvoltării	20
1.2.1. Psihologia dezvoltării la confluența cu alte științe	20
1.2.1.1. Sistem și organizare	27
1.2.1.2. Dezvoltare/epigeneză	31
1.2.1.3. Psihobiologia	32
1.2.2. Diverse teorii developmentaliste cu privire la ființa umană	36
1.2.2.1. Psihologia genetică	36
1.2.2.2. Teoriile psihanalitice	37
1.2.2.3. Teorii cognitiviste în domeniul psihologiei dezvoltării	50
1.2.2.4. Funcționalismul	55
1.2.2.5. Teoria învățării sociale	57
1.3. Metode de cercetare utilizate în psihologia dezvoltării	59
1.3.1. Metode de cercetare normativă	61
1.3.2. Observația ca metodă de cercetare	61
1.3.3. Studiul longitudinal	63
1.3.4. Studiul transecțional	65
1.3.5. Metoda de cercetare prin corelație	65
1.3.6. Metode de cercetare experimentală	66
1.3.7. Studiul longitudinal modificat	66
1.4. Considerații etice	68
1.4.1. Principii etice în cercetările cu subiecți umani	69

Capitolul 2

Bazele dezvoltării umane

2.1. Introducere	77
2.2. Nevoile umane pentru o dezvoltare și o funcționare sănătoase	80
2.2.1. Satisfacerea nevoilor în familie și crizele personale	83
2.2.2. Automotivarea	86
2.2.3. Familia văzută drept context al stării de „curgere” pentru copil	88

2.2.4. Satisfacerea nevoilor copilului și toleranța prea mare (indulgența nemăsurată a părinților, lipsa limitelor)	89
2.2.5. Nevoile copilului	90
2.3. Influența experiențelor timpurii în dezvoltare	96
2.3.1. Ce înseamnă experiența?	96
2.3.2. Maturizarea	97
2.3.3. Menținerea	97
2.3.4. Facilitarea	97
2.3.5. Sincronizarea	98
2.3.6. Inducerea	98
2.3.7. Experiența timpurie	98
2.3.8. Concluzie	102
2.4. Influența mediului socioemoțional asupra dezvoltării copilului	103
2.4.1. Valențele de reabilitare ale mediului socioemoțional	110
2.4.2. Copiii separați de familia biologică, aflați în sistemul de protecție socială	112
2.5. Factori stresanți din mediu care afectează dezvoltarea ființei umane	115
2.5.1. Malnutriția	117
2.5.2. Bolile infecțioase	119
2.5.3. Incompatibilitatea sangvină	120
2.5.4. Drogurile și medicamentele	121
2.5.5. Radiațiile	123
2.5.6. Vârsta părinților	124
2.5.7. Părinți adolescenți	124
2.5.8. Starea emoțională a mamei	125
2.5.9. Prematuritatea	126
2.5.10. Concluzie	127
2.6. Factorii de stres genetic	127

Capitolul 3

Dezvoltarea intrauterină și nașterea

3.1. Introducere	133
3.2. Stadii ale dezvoltării intrauterine	134
3.3. Haptonomia	138
3.4. Trăvialul și nașterea	140
3.4.1. Organizarea perinatală	140
3.4.2. Prezentarea la naștere	142
3.4.3. Complicații perinatale	143
3.4.3.1. Complicații ale nou-născutului	143
3.4.3.2. Complicații ale mamei	144
3.4.3.3. Medicamente obstetrice : analgezice și anestezice	144
3.4.4. Comportamentele nou-născuților	145
3.5. Temperamentul nou-născutului și cel al adultului	146
3.6. Reflexele copilului la naștere	148
3.7. Evaluarea nou-născutului	150
3.8. Depresia postnatală	152

Capitolul 4
Creierul și dezvoltarea umană

4.1. Principii generale ale dezvoltării și funcționării creierului	158
4.2. Mecanisme și etape în maturizarea creierului	160
4.3. Funcționarea creierului și educația	163
4.4. Organizarea sistemului nervos	168
4.5. Maturizarea creierului	170
4.6. Creierul și psihicul uman	172
4.7. Interacțiunile precoce, creierul și comportamentul	176
4.8. Asimetria structurală și integrarea funcțională ale creierului uman	178
4.9. Comportament și integrare	181
4.10. Suferința și funcționarea umană	182

Capitolul 5
Sistemul emoțional și atașamentul

5.1. Introducere și definiții	189
5.2. Tipuri de emoții	192
5.3. Baza fiziologică a emoțiilor	195
5.4. Emoțiile negative și dezvoltarea copilului	196
5.5. Dezvoltarea sistemului emoțional la copil	197
5.6. Emoțiile și persoanele cu handicap	201
5.7. Emoțiile și temperamentul	204
5.8. Atașamentul	205
5.9. Influențele atașamentului în dezvoltarea copilului	213
5.10. Legătură periculoasă și destin	216
5.11. Concluzii	222

Capitolul 6
Dezvoltarea sinelui

6.1. Concepte și definiții ale sinelui	227
6.2. Procese și etape în dezvoltarea sinelui și a respectului de sine	229
6.3. Implicarea sinelui în rezolvarea unor probleme de adaptare	237
6.4. Perspective actuale asupra sinelui	239
6.4.1. <i>Le moi-peau</i>	241
6.5. Maturizarea sinelui : dezvoltarea capacității de a iubi și de a munci	246
6.5.1. Viziuni asupra dragostei	246
6.5.2. Stadii de dezvoltare a dragostei	248
6.5.2.1. De la naștere la 4 luni	249
6.5.2.2. Pre-sine, de la 4 la 7 luni	249
6.5.2.3. Diferențierea sinelui, între 7-9 luni și 18-24 de luni	250
6.5.2.4. Afirmarea de sine, între 18-24 de luni și 4 ani	250
6.5.2.5. Primele relații în grupul de vârstă, între 5 și 9 ani	250
6.5.2.6. Interacțiuni complexe în grupul de vârstă și adolescența timpurie, între 10 și 12 ani	251
6.5.2.7. Adolescența, între 12 și 16 ani	251

6.5.2.8. Maturitatea, între 15 și 22 de ani	252
6.5.2.9. Faza celei de-a doua maturități, peste vârsta de 22 de ani	252
6.6. Mecanisme de adaptare : defensive și de coping	253
6.7. Dezvoltarea sexualității și a identității sexuale	259
6.7.1. Adolescența	265

Capitolul 7

Organismul în relație cu mediul : dezvoltarea motorie și cognitivă

7.1. Introducere	273
7.2. Dezvoltarea motricității	274
7.2.1. Deprinderea motricității grosiere	277
7.2.1.1. Postură și locomoție	277
7.2.1.2. Dezvoltarea lateralității	279
7.2.2. Controlul sfincterian	280
7.2.3. Deprinderile de motricitate fină	281
7.2.3.1. Apucatul	281
7.3. Organizarea sistemului perceptiv	282
7.3.1. Sistemul perceptiv	283
7.3.1.1. Sistemul orientării de bază	283
7.3.1.2. Sistemul vizual	286
7.3.1.3. Sistemul auditiv	294
7.3.1.4. Sistemul gust-miros	297
7.3.1.5. Sistemul haptic	298
7.4. Teoria dezvoltării stadiale a capacităților cognitive	299
7.4.1. Stadiul senzomotor	302
7.4.2. Stadiul preoperațional	306
7.4.3. Stadiul operațional	307
7.5. Critici la teoria lui Jean Piaget și trei teorii noi asupra dezvoltării inteligenței umane	307
7.6. Dezvoltarea judecăților morale	310
7.7. Dezvoltarea proceselor memoriei și ale învățării	316
7.8. Dezvoltarea limbajului	319
7.8.1. Limbajul și primul an de viață	323
7.8.2. Primul cuvânt	325
7.8.3. Vorbirea adult-copil	327
7.8.4. Stadii de achiziție a limbajului	328

Capitolul 8

Dezvoltarea unor abilități complexe

8.1. Introducere	335
8.2. Integrarea senzorială	336
8.3. Coordonarea audiovizuală	353
8.4. Coordonarea ochi-mână	355
8.5. Dezvoltarea abilității de a desena la copil	356
8.6. Dezvoltarea scrisului la copil	366
8.7. Dezvoltarea jocului și a jucăriei la copil	369
8.8. Dezvoltarea schemei corporale	375

8.8.1. Predeterminarea ființei umane pentru existența spațio-temporală	376
8.8.2. Istoricul conceptului de schemă corporală	376
8.8.3. Definiții ale schemei corporale	378
8.8.4. Rolul schemei corporale în dezvoltarea și funcționarea individului	379
8.8.5. Raportul dintre limbaj și schema corporală	381
8.8.6. Sincronii în dezvoltarea schemei corporale și a limbajului	385
8.9. Începuturile comportamentelor sociale și de comunicare ale copilului	388
8.9.1. Atracția pentru fețe	390
8.9.2. Explicații pentru atracția feței	390
8.9.3. Interesul nou-născutului pentru mișcările adultului	391
8.9.4. Preferința pentru anumite persoane	392
8.9.5. Preferința pentru fața mamei	392
8.9.6. Repertoriul social al copilului mic	393
8.9.7. Părinții recunoscându-și copilul	394
8.10. Dezvoltarea copilului și obiectul tranzițional	395

Capitolul 9

Dezvoltarea copilului de la 0 la 3 ani

9.1. Dezvoltarea de la naștere la 3 ani	403
9.1.1. Scurt istoric al psihologiei copilului	403
9.1.2. De la naștere la 2 luni	404
9.1.3. Între 2-3 luni și 7-9 luni	408
9.1.4. Între 7-9 luni și 18 luni	411
9.1.5. Între 18-24 de luni și 3 ani	412
9.1.6. Între 21 și 36 de luni	414
9.1.6.1. La 21 de luni	414
9.1.6.2. La 24 de luni	414
9.1.6.3. La 32 de luni	414
9.1.6.4. La 36 de luni	415
9.1.7. Copilul cu handicap	415
9.2. Interacțiunile sociale : dezvoltarea copilului în dialog cu adultul care îl îngrijește	416
9.3. Funcțiile parentale	421
9.4. Evaluarea copilului	429
9.5. Modelul punctelor de sprijin (T. Berry Brazelton)	432

Capitolul 10

Îmbătrânirea

10.1. Teorii privind îmbătrânirea	441
10.2. Modificări fizice și fiziologice caracteristice îmbătrânirii	444
10.3. Descrierea unor modificări psihice	445
10.4. Aspecte privind deficiențele corelate cu bătrânețea	451
10.5. Modificări în contextul social care afectează calitatea vieții persoanei de vârstă a treia	452
10.6. Atitudini față de moarte	453
<i>Bibliografie</i>	455
<i>Index</i>	465

5.3. Baza fiziologică a emoțiilor

Din punct de vedere fiziologic, emoțiile implică sistemul nervos autonom și sistemul endocrin.

Sistemul nervos autonom nu este controlat voluntar și conduce viața vegetativă și emoțională a individului. Se compune, la rândul său, din sistemul simpatic (adrenergic) și cel parasimpatic.

Sistemul parasimpatic servește funcțiilor vegetative – mobilizarea energiei, salivația, secreția gastrointestinală, ritmul cardiac – și celor de evacuare (vezica și rectul). Simpatul acționează mai degrabă ca un reglator. El este activ în circumstanțe critice: situații de frig, violență, mânie, teamă (stres).

Sistemul simpatic acționează prin nervii din măduva spinării și eliberează la nivelul terminațiilor neuronale catecolamine (neurotransmițători) de tipul adrenalinei și al noradrenalinei. Are rolul de a mobiliza rezervele energetice ale ficatului, de a crește ritmul cardiac și a dilata vasele de sânge, pregătind, astfel, mușchii pentru acțiune în cazul emoțiilor de mânie, teamă sau pentru actul sexual.

Sistemul corticotrop (hormonal, endocrin) acționează mai lent. Reacțiile hormonale sunt mult mai lente comparativ cu cele nervoase, asigurate de transmiterea influxului nervos. Hipotalamusul eliberează substanțe care acționează asupra hipofizei, ce comandă producerea hormonilor corticotropi. Aceștia se varsă în sânge și declanșează activitatea glandelor suprarenale, care vor elibera hormonii corticosuprarenali, care, la rândul lor, vor fabrica hormonii de stres (cortico-steroizii). Aceștia vor mobiliza energia din glucoză, de la nivelul mușchilor și al oaselor (provocând osteoporoza) și din țesutul limfoid, permițând reacția de apărare imunitară. Acest mecanism este riscant, căci hormonii corticotropi pot distruge neuronii, afectând, printre altele, memoria.

Așadar, sistemul neurofiziologic al stresului reprezintă ultima rezervă de energie și deci ultima șansă și, în timp, reprezintă un efort ce deteriorează organismul.

Deja fătul poate trăi stări de stres generate de noutatea stimulilor care întrerup continuitatea condițiilor. Interesant este faptul că el manifestă deja și răspunsuri de autocalmare. Brazelton relatează un experiment făcut cu o sonerie aflată la cinci centimetri de burta mamei. Când este declanșată soneria, fătul tresare surprins de noutate. După câteva repetări, nu mai tresaltă, dar își duce degetul în gură pentru a se liniști. Dacă se proiectează un fascicul intens de lumină pe burtă, fătul face o mișcare ca și când ar întoarce capul și ar dori să se retragă mai la întuneric.

Deși așa cum am mai spus, în introducerea la acest capitol, se consideră că sistemul limbic este sediul emoțiilor, abordările recente insistă asupra faptului că emoțiile nu se limitează la anumite circuite nervoase din creier și că ar trebui văzute mai degrabă ca procese integrative funcționând în tot creierul, iar *sistemul limbic ca având un rol specializat de a aprecia sensul și valoarea stimulilor pentru persoană*.

Sistemul limbic este important în procesarea informației cu privire la viața socială (inclusiv recunoașterea celuilalt, afilierea la un grup și înțelegerea și recunoașterea trăirilor psihice ale celuilalt). Apare deci o convergență între procesarea factorilor sociali și crearea sensului (al unei situații, al unui eveniment sau obiect, al unei persoane) prin procesarea emoțională.

5.4. Emoțiile negative și dezvoltarea copilului

După Bruce Perry, schimbările neurofiziologice pe care le provoacă stresul sunt rapide, dar reversibile. Stresul extrem sau prelungit în cursul unor perioade critice ori delicate ale dezvoltării poate afecta însă definitiv dezvoltarea creierului.

Experiențele pe care le cunoaște copilul traumatizat sunt frica, amenințarea, frustrarea, haosul, foamea și durerea. De aceea, piatra de temelie a organizării cerebrale va fi reacția la stres. Creierul copilului supus la stres se dezvoltă de parcă întreaga lume ar fi haotică, violentă, imprevizibilă, înfricoșătoare și lipsită de afecțiune¹.

Zonele creierului implicate în reacția la stres acut, așa cum am arătat în subcapitolul anterior, mediază, în același timp, și :

- comportamentul motor ;
- reglarea afectelor ;
- anxietatea ;
- excitarea nervoasă ;
- somnul ;
- funcțiile respiratorii și cardiovasculare.

Așadar, „nu este surprinzător că, în timp, copilul traumatizat va prezenta hiperactivitate motorie, anxietate, schimbări bruște de dispoziție, comportament impulsiv, probleme de somn, tahicardie și hipertensiune” (Perry, 2001). Ritmul cardiac de bază la copilul traumatizat este mai mare decât la cel normal. Indivizii traumatizați au probleme vizibile în comportamentul de autocalmare.

Trauma pare să scadă concentrația de serotonină din creier (care produce modularea emoțiilor) și să o sporească pe cea de dopamină și testosteron, ce stimulează comportamentul competitiv, agresiv și vindicativ și contribuie la hipervigilență și atitudini paranoice.

Progresând de jos în sus și din interior spre exterior, diferite părți ale creierului sunt activate de diverse stări de excitare ce variază de la spaimă (activează funcțiile bulbului cerebral) la teamă, alertă, vigilență.

1. *Understanding Childhood Trauma*, DVD, 2001.

Doar când individul este relativ calm, e capabil să folosească la maximum funcțiile corticale pentru gândirea abstractă. Când individul este în stare de alertă, e mult mai receptiv la mesaje nonverbale decât la cuvinte și funcționează la nivelul afectiv, mai degrabă decât la cel conceptual. „Când copilul traumatizat este într-o stare de alarmă (deoarece se gândește la traumă, de exemplu), el este mai puțin capabil să se concentreze, este mai anxios și mai atent la factorii „nonverbal” cum ar fi: tonul vocii, postura corpului și expresia facială. Aceste lucruri sunt importante pentru a înțelege modul cum procesează copilul, învață și reacționează într-o anumită situație.” (Perry, Pollard, Blakely, Baker, Vigilante, 1995).

Experiența traumatică este re trăită la nivel comportamental, afectiv, interpersonal, psihofiziologic și neuroendocrin. Copiii traumatizați interpretează prezentul ca și cum ar re trăi trecutul. Totuși, trauma va avea un efect diferit, în funcție de momentul în care s-a produs și de reziliența copilului. De exemplu, traumele care se produc la vârste fragede au un impact pe termen lung mai important asupra autoreglării și identității de sine decât traume similare ce apar mai târziu în viață. La această vârstă (în primul an de viață), amintirile sunt codificate la nivel senzomotor (memoria implicită), și nu verbal, deci vor fi rezistente la intervențiile pentru aducerea lor în conștiință în vederea vindecării.

Cercetări efectuate, prin MRI¹, asupra anatomiei creierului arată modificări de structură nervoasă, în cazul sindromului de stres posttraumatic (Nutt, Davidson, Zohar, 2000). Astfel, în cazul copiilor abuzați (băieți), se remarcă o scădere cu 12% a hipocampului stâng, cu 5% a celui drept, concomitent cu o lărgire a lobului temporal stâng și o creștere în volum a amigdalei. În cazul abuzului sexual la copil (fete), hipocampusul stâng este diminuat cu 5%, cel drept cu 3%, comparativ cu dezvoltarea creierului la copii cu aceeași vârstă și educație. În abuzul sexual se constată că scăderea volumului hipocampusului stâng corelează cu severitatea manifestărilor disociative. În general, „copilul traumatizat... se află într-o stare de frică permanentă – răspunzând fie prin supraexcitație, fie prin disociere...” (Perry, Pollard, Blakely, Baker, Vigilante, 1995). Așadar, efectele traumei se manifestă la nivelul structurii și al funcționării întregului sistem nervos.

5.5. Dezvoltarea sistemului emoțional la copil

Emoțiile sunt universale, se manifestă devreme în copilărie, în anumite secvențe ale dezvoltării și au valoare adaptativă determinantă, deși nu într-o cauzalitate liniară. Putem afirma în acest sens că emoțiile pozitive, sintetizate în sentimentul dragostei, devin poarta de intrare a copilului în umanitate și normalitatea mentală.

1. *Magnetic Resonance Imaging.*

Studiile arată faptul că emoțiile se vehiculează, se comunică, se împărtășesc, în primul rând, prin comportamentul nonverbal. Acest comportament îi e specific copilului mic, a cărui funcționare este dominată de emisfera dreaptă a creierului, dar reapare dominant la adult în cazul situațiilor traumatice. Mesajul emoțional se transmite prin expresia facială, fixarea cu ochii, tonul vocii, gesturile corpului, precum și prin durata unui răspuns și intensitatea lui.

La 3 ani, copilul are un set întreg de emoții. Începuturile vieții copilului se desfășoară sub semnul funcției dominante a emisferei drepte, locaș al emoțiilor (mai ales cu tentă negativă). Așadar, emoțiile sunt mult mai dezvoltate decât cogniția la copilul mic. Unii autori consideră copilul mic ca fiind un sistem comportamental emoțional.

În interacțiunea cu ceilalți, emoțiile au o funcție de *diferențiere a individului, dar și de integrare cu ceilalți*. Examinând emoțiile, observăm că ele asigură integrarea atât la nivelul proceselor mentale ale individului, cât și în comunicarea interpersonală.

Structurarea atașamentului nu este posibilă decât prin realizarea integrării, a rezonanței, a comunicării emoționale dintre copil și părinte. Tipul atașamentului diferă în funcție de stările psihice și comunicarea emoțională împărtășite de cei doi parteneri. Pe de altă parte, atașamentul va pune bazele stării de bine, de confort al individului în lume, precum și ale rezilienței lui la situații de stres și suferință psihică.

În funcționarea umană, emoțiile și afectele dețin un rol central și reprezintă un ghid în înțelegerea sinelui.

Afectele sunt stări complexe, imbinând elemente perceptiv-motrice cu trăiri plăcute sau neplăcute. Ele își au originea în biologia organismului, dar includ elemente cognitive și dau o măsură a lucrurilor pentru individ. Funcționează atât la nivel inconștient, cât și la nivel conștient. Cel mai important lucru este însă faptul că ele organizează și reglează funcționarea psihică și comportamentul individului. De aceea, conștientizarea lor reprezintă o sarcină a individului și a celor din jur care cresc copilul, fiind baza capacității de control al reacțiilor și de confruntare cu situațiile ce solicită intens procesele adaptative.

Un exemplu de manifestare a unui afect: copilului îi este foame, mesajul ajunge la neuroni, senzația neplăcută produce expresia unei emoții de disconfort (cu atât mai intense cu cât senzația a durat mai mult timp); aceasta este exprimată facial și vocal (copilul se strâmbă, face grimase și țipă); țipătul mobilizează pe mama, care va aduce sticla cu lapte sau îl va pune la piept. Afectul e supărarea copilului din cauza foamei, exprimată intens. Țipătul e pentru a restabili echilibrul homeostatic al copilului (diferențierea) prin obținerea ajutorului cuiva (integrarea). Țipătul comunică, e un mesaj emoțional pentru cine îl aude.

Funcționarea integrată a individului (în cazul nostru, copilul mic) cu ceilalți din jur (cu mama) este de o mare importanță. Reacția declanșată la copil de foame va declanșa la mamă (în mod obișnuit) comportament de a se apropia de copil, a înlătura sursa de stres (foamea, aici) și a reconforta copilul. Atât comportamentul de a semnală stresul, al copilului, cât și acela de a veni în ajutorul copilului, al adultului, protejându-l și îngrijindu-l, au rădăcini biologice, dar se manifestă în virtutea elementelor deprinse prin învățare (Bowlby, 1989).

Deja, la vârsta de 4 luni, plânsul copilului poate fi „citit” de mamă. Ea știe deja dacă este un plâns de foame sau de oboseală, ori dacă trebuie schimbat, deoarece țipătul este acum diferit, după cum ea descifrează corect dacă e vorba despre durere, foame, disconfort sau joc.

Emoțiile sunt contagioase, sunt între creiere. Dacă într-un grup de copii începe să țipe unul dintre ei, vor țipa toți. Când un copil râde, încep să râdă mai mulți. La zâmbet, reacția celorlalți e de a zâmbi. Există o rezonanță emoțională care face posibilă sincronia în interacțiunea adultului cu copilul pe care îl îngrijește. Această rezonanță emoțională asigură și integrarea socială cu ceilalți, funcționarea în rețeaua socială a individului (a copilului). Din primele luni de viață deja, copilul mic are așteptări și comportamente diferite față de diverșii membri ai familiei, în funcție de modul lor de interacțiune cu el.

Rezonanța emoțională este ceea ce numim empatie, fiind condiția necesară a comunicării emoționale între indivizi.

Fața umană reprezintă un receptor complex al emoțiilor percepute la cei din jur și, în același timp, reflectă, exprimă starea emoțională interioară.

Emoțiile se dezvoltă în structuri afectiv-cognitive (sentimente), începând cu al doilea an de viață. Copilul începe să știe ce îi place și ce nu, să-și cunoască sentimentele.

Prima emoție, exprimată la naștere prin țipăt, arată disconfortul (durere, oboseală, frică în fața noutății, resimțită în tot corpul) trăit de copil în momentul trecerii în noul mediu de viață. Prin țipăt, el cere ajutor (este o formă adaptativă – „Hai, schimbă ce se întâmplă!”).

Interesul copilului, expresie a unei emoții pozitive, apare devreme (imediat după naștere) în legătură cu atenția pentru ființele umane din jur. Copilul este atras de fața, vocea, mișcarea adultului.

Zâmbetul social exprimând bucuria de a fi cu adultul apare la 4-6 săptămâni necontrolat. Pe la 3-4 luni e fixat, controlat de copil. Zâmbetul este un comportament innăscut, necontrolat, care exprimă starea de confort. De la naștere, copilul zâmbește în somn atunci când este sătul și se simte bine. Popular, se spune despre acest prim zâmbet că le este adresat îngerilor. Dar marele confort pe care i-l oferă copilului prezența adultului transformă funcționalitatea zâmbetului, dându-i o valență puternic socială. Zâmbetul va apărea odată cu ivirea celor mai apropiați membri ai familiei și va avea o putere foarte mare de mobilizare asupra lor. Papoušek (1977) crede că adulții sunt programați genetic să răspundă la zâmbetul copiilor.

Dezgustul comunică printr-o grimasă senzația de gust neplăcut în gură și are rolul de a chema adultul să schimbe ceva.

Iată, în continuare, circumstanțele apariției expresiilor unor emoții fundamentale :

- interesul este prezent deja de la naștere și se referă la adult (fața, vocea, mișcarea etc.) ;
- zâmbetul neonatal, tristețea (răspuns la durere), dezgustul apar de la naștere și sunt precursori ai zâmbetului social, ai surprizei și ai supărării care apar mai târziu ;
- zâmbetul social apare la 4-6 săptămâni ;

- furia, surpriza, supărarea la 3-4 luni ;
- teama la 5-7 luni ;
- rușinea, jena, sentimentul de sine la 6-8 luni ;
- mulțumirea, vinovăția la 2 ani și jumătate.

Așa cum am mai spus, copilul orb va zâmbi la aceeași vârstă ca și copilul văzător, dar, nevăzând zâmbetul de răspuns, va înceta. Principiul dezvoltării e evident : zâmbetul e programat genetic, dar necesită un răspuns pozitiv din partea mediului social pentru a continua. Zâmbetul e însoțit de contactul cu ochii.

Interesul copiilor se manifestă prin privirea obiectelor, a luminii, a culorii, a mișcării celor din jur. Copiii pot avea contact cu ochii și această fixare a celuiilalt este tot o formă de exprimare a interesului, dar și o cale de comunicare între persoane. Contactul cu ochii rămâne toată viața un mijloc de bază, primar, de comunicare, ce însoțește și completează mesajul lingvistic și nonverbal.

În general, emoțiile copilului mic sunt exprimate prin zâmbet, grimase, întoarcerea capului, fixarea privirii, freamăt, țipăt și diferă în funcție de ceea ce vrea să comunice. Așa cum am mai spus, la 4 luni, țipătul și plânsul pot comunica lucruri diferite : durere, foame, disconfort, joc, furie, teamă. Mama sensibilă le înțelege și răspunde adecvat.

Partea afectivă a personalității umane este culoarea de bază a vieții. Ea facilitează relaționarea cu ceilalți, socializarea, ne face „de înțeles”, „transparent” pentru ceilalți și, în același timp, ne asigură comuniunea cu ei. Având cu toții un set de emoții de bază la fel, un limbaj emoțional comun, putem să relaționăm, să formăm și să trăim în rețele sociale.

Marele handicap al persoanei autiste rezidă în absența rezonanței afective cu ceilalți, a oricărui apetit de a intra în comunicare și deci, în excluderea din rețeaua socială. Comunicarea, pe care, la început fiind exclusiv emoțională, o putem numi comuniune, este dificil de realizat în cazul copilului autist.

În timpul dezvoltării, plăcerea și neplăcerea capătă, prin educație, o coloratură culturală. De exemplu, în cazul *anxietății* trăim sentimentul că e pe cale să se întâmple ceva rău, că ne amenință ceva, dar aceasta se referă la viața noastră în contextul sociocultural. Acțiunile teroriste care au luat amploare în ultimii ani determină o anxietate specifică acestui moment social-istoric. Desigur, acest tip de anxietate, ca multe alte anxietăți, îi sunt specifice adultului și mai puțin copilului. În mare măsură, ele se leagă și de responsabilitatea adultului de a-i proteja pe ceilalți. La fel este *depresia*, când s-a întâmplat ceva rău. Între sindromul de stres posttraumatic și depresie este o corelație foarte ridicată (Nutt, Davidson, Zohar, 2000).

Dacă un părinte manifestă ostilitate și agresivitate față de copil, când acesta devine adult are șanse foarte reduse de a evita dezvoltarea depresiei.

A cunoaște toate emoțiile umane înseamnă a fi sănătos mental.

La vârsta de 2 ani, copilul are toate emoțiile, bazate pe stările opuse de plăcere/neplăcere și acestea generează comportamente de apropiere/evitare.

Pe la 4-5 luni, emoțiile capătă un anumit control voluntar. Prin urmare, copiii încep prin a-și exprima emoțiile involuntar și învață să și le controleze pe măsură