

Baranowska Aneta Sylwia. Płodowy zespół alkoholowy (FAS) jako zagrożenie dla rozwoju dziecka = Fetal alcohol syndrom (FAS) as threat to a child's development. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(3):148-158. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.47947>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3430>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/721362>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.01.2016. Revised 12.02.2016. Accepted: 27.02.2016.

PŁODOWY ZESPÓŁ ALKOHOŁOWY (FAS) JAKO ZAGROŻENIE DLA ROZWOJU DZIECKA

FETAL ALCOHOL SYNDROM (FAS) AS THREAT TO A CHILD'S DEVELOPMENT

Aneta Sylwia Baranowska¹

**¹Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; Wydział Studiów Edukacyjnych;
e-mail: anet.bar@gmail.com**

Streszczenie

Celem artykułu jest dokonanie charakterystyki płodowego zespołu alkoholowego, będącego konsekwencją spożywania przez matkę alkoholu w trakcie ciąży. Badania eksperymentalne wykazały, że alkohol etylowy przenika swobodnie przez barierę łożyskową z organizmu matki do krwiobiegu płodu, intensyfikując ryzyko powstania tzw. poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych (fetal alcohol spectrum disorder), w skrócie FASD. Jednym z nich jest płodowy zespół alkoholowy (fetal alcohol syndrom), przejawiający się u dzieci odmiennieściami w budowie ciała oraz zaburzeniami funkcjonowania. Bardzo ważna jest jego wczesna diagnoza, a w przypadku jego rozpoznania skuteczna pomoc psychologiczno-pedagogiczna dzieciom nim dotkniętym.

Słowa klucze: poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych, płodowy zespół alkoholowy, diagnoza, pomoc psychologiczno-pedagogiczna, profilaktyka.

Summary

The aim of this article is to characterize fetal alcohol syndrom (FAS), which is a consequence of drinking alcohol during pregnancy by a mother. Experimental research has shown that ethanol crosses the placenta barrier between a mother and a child's blood circulation, intensifying the risk of fetal alcohol spectrum disorder, in short FASD. One of the disorder is fetal alcohol syndrom which manifests itself in difference in body composition and

functioning disorders. Early diagnosis is extremely important, as well as effective psychological and pedagogical help for the children diagnosed with FAS.

Key words: fetal alcohol spectrum disorder, fetal alcohol syndrom, psycho-pedagogical help, diagnosis, prevention.

Wprowadzenie

Od lat jedną z najpopularniejszych używek na świecie stanowi alkohol. Sięgają po niego w rozmaitych sytuacjach miliony osób, w tym także kobiety spodziewające się dziecka. Jak wynika z badań – 50% kobiet przyznaje się do spożywania alkoholu w różnej postaci w ciąży przed jej rozpoznaniem, a 18% kontynuuje picie napojów procentowych aż do narodzin potomka [1]. Tymczasem nawet najmniejsza ilość alkoholu wprowadzona do organizmu przyszłej matki intensyfikuje ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju jej dziecka [2]. Alkohol należy bowiem do grupy teratogenów neurobehawioralnych, mogących implikować: śmierć płodu, wady anatomiczne, upośledzenie wzrostu oraz deficyty funkcjonalne [3].

Wpływ alkoholu na rozwijający się płód

Badania eksperymentalne wykazały, że alkohol etylowy, jak i jego główny metabolit aldehyd octowy, przenikają swobodnie przez barierę łożyskową z organizmu matki do krwiobiegu płodu, gdzie po 40-60 minutach osiągają stężenie zbliżone do stężenia w krwiobiegu matki [3]. Niestety rozwijające się w łonie kobiety dziecko ma niewielką zdolność eliminacji alkoholu, w związku z czym najdłużej koncentruje się on w macicy. To z kolei oznacza, że po każdym skonsumowanym przez matkę mililitrze alkoholu płód jest pijany dłużej niż ona [4].

Alkohol krążący w organizmie dziecka zwiększa ryzyko wystąpienia defektów zwłaszcza w ośrodkowym układzie nerwowym [2]. Ma on szczególnie teratogeny wpływ na struktury mózgu, głównie na: ciało modzelowate, mózdzek, jądra postawne, hipokamp, płaty czołowe [5], wywołując u dziecka trudności z: gromadzeniem informacji; wiązaniem nowych wiadomości z uprzednimi doświadczeniami; pamięcią – zwłaszcza krótką – tą, która pozwala funkcjonować w codziennym życiu; wykorzystaniem informacji [6]. Spożywanie alkoholu zwiększa również prawdopodobieństwo: osłabienia rozwoju komórek; uszkodzenia serca, płuc, nerek, oczu, uszu, mięśni, skóry, gruczołów, kości; deformacji twarzy [2].

Negatywne konsekwencje picia alkoholu w trakcie ciąży opisał jako pierwszy, w 1968 roku, pediatra Paul Lemoine u 127 dzieci francuskich. Zaobserwował u nich: niedojrzałość, niską wagę urodzeniową, hipotrofię, specyficzny wygląd twarzy (niskie czoło, mały, zapadnięty i zadarty nos, wygładzoną górną wargę, cofniętą zuchwę, zdeformowane uszy),

wady wrodzone (rozszczip podniebienia, wady serca i trzewi, małogłowie), zaburzenia psychomotoryczne (nadwrażliwość, drażliwość, pobudliwość, zaburzenia mowy, uwagi, trudności szkolne). Od tego momentu przyjmuje się, że alkohol wywołuje u dzieci spektrum zaburzeń rozwojowych [3].

Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych

Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (fetal alcohol spectrum disorder), w skrócie FASD, dotyczy wielu dysfunkcji fizycznych oraz zaburzeń w rozwoju poznawczym, uczeniu się i zachowaniu. FASD „nie jest jednak konkretną jednostką diagnostyczną, lecz tzw. pojęciem parasolowym – praktycznym opisem różnorodnych zaburzeń związanych z płodową ekspozycją na alkohol” [7], takich jak:

- a) FAS (fetal alcohol syndrom) – pełnoobjawowy płodowy zespół alkoholowy.
- b) FAE (fetal alcohol effects) – płodowy efekt alkoholowy. Stanowi łagodniejszą formę FAS, o mniejszym stopniu nasilenia defektów fizycznych i psychicznych tego syndromu.
- c) ARND (alcohol-related neurodevelopmental disorders) – neurobehawioralne zaburzenia zależne od alkoholu – dotyczą osób, które nie wykazują anomalii fizycznych twarzy, ale mogą cechować się zaburzeniami rozwojowymi centralnego układu nerwowego.
- d) ARBD (alcohol-related birth defects) – poalkoholowy defekt urodzeniowy – odnosi się do osób z anomaliami fizycznymi budowy szkieletu, uszkodzeniami serca lub zaburzeniami widzenia i słyszenia.
- e) pFAS (partial fetal alcohol syndrom) – częściowy zespół alkoholowy płodu – dotyczy niektórych fizycznych objawów FAS i uszkodzeń centralnego układu nerwowego, związanych z trudnościami w nauce i zachowaniu [5, 7].

Częstotliwość wystąpienia FASD wynosi 1 na 100 żywych urodzeń niemowląt [7].

Przedmiotem dalszej części niniejszego artykułu będzie pierwsze ze wskazanych zaburzeń należących do FASD, a więc płodowy zespół alkoholowy (FAS).

Płodowy zespół alkoholowy – charakterystyka zaburzenia

FAS to „określenie szkód zdrowotnych, szczególnie dotyczących układu nerwowego, odmienności w budowie ciał oraz zaburzeń w funkcjonowaniu, występujących u dzieci narażonych w życiu płodowym na działanie alkoholu” [8]. Pojęcie płodowy zespół alkoholowy zostało wprowadzone do literatury przedmiotu przez Kennetha Jonesa w 1973 r., po tym jak opisał on dysmorficzne rysy twarzy i śmiertelność noworodków urodzonych przez

kobiety spożywające w ciąży napoje procentowe. Częstość występowania FAS w USA wynosi 3,5-4 na 1000 urodzeń, a w Europie 1,7-3,3 na 1000 urodzeń. Bardzo wysoki odsetek występowania FAS u dzieci odnotowano w populacji Indian (20–150 na 1000 urodzeń) [9]. Warto nadmienić, że płodowy zespół alkoholowy dopiero od niedawna budzi zainteresowanie psychologów, pedagogów i lekarzy. Wcześniej dzieci z FAS diagnozowano jako jednostki nadpobudliwe, autystyczne, upośledzone umysłowe czy zdemoralizowane [10]. W Polsce FAS jest nadal mało zbadany i kojarzony głównie ze środowiskami patologicznymi, choć z drugiej strony nie da się ukryć, że zdecydowana większość dzieci syndromem alkoholowym, bo aż 80%, pochodzi z rodzin dysfunkcyjnych [11].

Dzieci z FAS przejawiają wiele zaburzeń funkcjonowania, które dzielimy na pierwotne i wtórne. Pierwsze z nich są implikacją uszkodzeń mózgu, do których doszło w okresie płodowym. Ich rodzaj i wielkość zależy od: dawki alkoholu wypitego przez kobietę w ciąży, częstości spożycia przez nią napojów procentowych, jej predyspozycji osobowościowych, jej wieku i stanu zdrowia, przyjmowania przez nią innych używek oraz jakości i sposobu jej odżywiania [8]. Najbardziej charakterystycznymi zaburzeniami o charakterze pierwotnym są anomalie budowy twarzy, takie jak:

- Skrócone szpary powiekowe;
- Szeroko rozstawione oczodoły;
- Szeroka nasada nosa;
- Brak rynienki pod nosowej;
- Krótki, zadarty nos;
- Brak czerwieni wargowej, w szczególności górnej wargi;
- Spłaszczona środkowa część twarzy;
- Słabo rozwinięta żuchwa;
- Nisko osadzone małżowiny uszne;
- Opadające powieki [7, 8].

Dzieci z FAS cechuje również niski wzrost, obfite owłosienie skóry głowy, brwi i rzęs; nierozwinięte paznokcie u rąk i stóp; niedoszkliwione zęby stałe; krótka szyja; anormalności stawów i kości; skrzywienie kręgosłupa; anomalie rozwojowe serca, narządów płciowych, nerek lub wątroby; szybkie męczenie się; słaba koordynacja wzrokowo-ruchowa, przestrzenna, widzenia, słyszenia, mięśniowa; niezdarność ruchowa; opóźniona zdolność

mówienia; język ekspresyjny lepszy niż język recepcyjny (duża płynność słowna, słabsze rozumienie mowy innych) [5, 12, 13].

Funkcjonowanie poznawcze dzieci z FAS jest bardzo różnorodne, o czym świadczy duża rozpiętość ich ilorazu inteligencji – od 29 do 120 IQ. U połowy z nich diagnozuje się upośledzenie umysłowe w różnym stopniu, przejawiające się przede wszystkim problemami: w zapamiętywaniu treści; z myśleniem przyczynowo-skutkowym; z planowaniem, przewidywaniem i wykonywaniem czynności; z koncentracją uwagi; z uogólnianiem. Niektóre dzieci z pełnoobjawowym FAS kończą edukację na poziomie średnim bez szczególnego wsparcia, inne czynią to dzięki bardzo ciężkiej pracy. Niestety największa grupa uczniów z syndromem alkoholowym przerywa naukę, często na poziomie niższym od swoich możliwości intelektualnych [8].

Charakterystyczne dla dzieci z FAS są również nietypowe reakcje fizjologiczne, takie jak: podwyższony lub obniżony próg odczuwania bólu. W pierwszym przypadku dziecko nie czuje np. bólu wyrostka robaczkowego, co niesie ryzyko negatywnych konsekwencji w postaci choćby zagrożenia życia. W drugim zaś przypadku dziecko nadmiernie reaguje np. na delikatne dotknięcie jego ramienia przez nauczyciela. Dzieci z FAS mają także problem z odczuwaniem ekstremalnych temperatur, co również wiąże się z groźnymi następstwami np. wychłodzeniem organizmu [7, 8].

Zaburzenia wtórne z kolei to te, które pojawiają się w wyniku błędnej diagnozy istoty trudności dziecka oraz niewłaściwej opieki nad nim. Na ogół można im zapobiegać oraz przeciwdziałać ich eskalacji, w sytuacji gdy się pojawią. Egzemplifikacją zaburzeń wtórnych jest: znużenie, zmęczenie, unikanie, nadaktywność, nieustępliwość, upór, drażliwość, sztywność zachowań, bezradność, trudność z przewidywaniem konsekwencji postępowania, problem z organizacją, nadmierna ufność w stosunku do obcych osób, zdolność mechanicznego naśladowania innych. Znamienna jest również reakcja niepokojem na nieznaną i frustrującą sytuację i będąca tego implikacją zdolność do wycofania i agresji. Dzieci z FAS nierzadko wpadają także w furję i mają problem z samokontrolą, co utrudnia im adaptację do nowej sytuacji i środowiska. Często działają pod wpływem impulsu. Bywają również naiwne, niedojrzałe, co nierzadko wykorzystują ich rówieśnicy manipulując nimi [8].

Do innych zaburzeń o charakterze wtórnym należy: niskie poczucie własnej wartości; skłonność do kłamstw w celu uniknięcia odpowiedzialności; trudność w rozpoznawaniu własnych rzeczy i związane z tym częste przywłaszczanie sobie cudzej własności; dokonywanie czynów karalnych; częste ucieczki z domu bez konkretnej przyczyny; naużywanie alkoholu i narkotyków; nieprawidłowe zachowania seksualne, problemy ze

zdrowiem psychicznym, wymagające konsultacji psychologicznej bądź psychiatrycznej; samookaleczenia; tendencje i zachowania suicydalne [5], trudności z usamodzielnieniem i niezależnym życiem np. problemy w znalezieniu i utrzymaniu pracy [7, 10]. Osoby z FAS ponadto nie potrafią ocenić sytuacji i odpowiednio się w niej zachować. Często powtarzają błędy, które negatywnie skutkowały w przeszłości [4].

Warto również nadmienić, że u dzieci z FAS występują zaburzenia przywiązania. Małgorzata Klecka wyróżniła następujące ich typy:

- a) nieprzywiązany – dziecko wszystkich traktuje podobnie, nie preferuje jednej konkretnej osoby z otoczenia, nie reaguje emocjonalnie na rozłąkę.
- b) nieróżnicujący – dziecko potrafi oddalić się od opiekuna i do niego nie powrócić (brak „bezpiecznej bazy”), prowokuje sytuacje dla siebie niebezpieczne fizycznie, przejawia nadmiernie przyjacielskie zachowania w stosunku do obcych osób.
- c) zahamowany – dziecko cechuje niechęć do zbliżania się i dotyku w nieznanych sytuacjach, szczególnie w obecności obcej osoby; aktywnie unika i wycofuje się z kontaktów innych niż z opiekunem; ma ograniczoną możliwość wyrażania emocji.
- d) agresywny – dziecko wyraźnie preferuje jednego opiekuna, ale bliski kontakt z nim jest przerywany wybuchami złości i agresji.
- e) odwrócone role – dziecko utrzymuje bliskość z opiekunem w nieznanym otoczeniu, bez przejawiania lęku; jest nadmiernie wymagające, rządzące się, zbyt troskliwe lub kontrolujące w stosunku do opiekuna; przejawia nadmierne zainteresowanie psychicznym samopoczuciem rodzica [14].

FAS w okresie niemowlęcym

Teratogeny wpływ alkoholu na płód widoczny jest już w okresie niemowlęcym. U niemowląt z FAS występuje wiele wad wrodzonych, takich jak: wady serca (29%-41%); wady układu moczowo-płciowego, przede wszystkim niedorozwój nerek i wady anatomiczne pęcherza moczowego (10%); deformacje genitaliów (46%); rozszczep kręgosłupa (1,8%-3%); mikrocefalia (53%-86%); anomalie kośćca: nieprawidłowości budowy klatki piersiowej (27%), hypoplazja stawu biodrowego (19%), klinodaktylia piątego palca u rąk (22%-51%); dysmorfia twarzy, obejmująca opadanie powieki górnej, zez, mikroftalmię, krótki, zadarty nos, wygładzone philtrum (rynienska podnosowa), hipoplastyczną żuchwę, małe oczodoły [9].

Noworodki z FAS, z powodu zaburzonych zdolności adaptacyjnych, mają ponadto problem z zachowaniem naprzemiennego cyklu snu i czuwania; cechuje je słabo rozwinięty odruch ssania, przez co przejawiają trudność z przyjmowaniem pokarmu; są bardzo wrażliwe na dźwięk i światło; mają skłonność do alergii; a dzieci, których matki piły dużo i przez całą

ciężę mogą przechodzić zespół abstynencyjny. Do jego symptomów należą przede wszystkim drgawki, zaburzenia snu, nieprawidłowa praca jelit, nadwrażliwość na bodźce z otoczenia [10].

Mocne strony dzieci z FAS

Dzieci z FAS, oprócz powyżej scharakteryzowanych trudności, przejawiają również wiele umiejętności. Wśród nich można wymienić: konkretność w niektórych działaniach, spontaniczność [8], ciekawość, zaangażowane, pracowitość, kreatywność, wytrwałe i uparte dążenie do celu, zdolność do poświęceń, bogatą wyobraźnię, dobrą pamięć wzrokową, uzdolnienia plastyczne i muzyczne. Dzieci z FAS posiadają również bardzo bogaty zasób słów, choć znaczenia wielu z nich nie rozumieją [2]. Przez nauczycieli odbierane są jako osoby radosne, energiczne, sympatyczne, przymilne, chętnie służące pomocą (najczęściej tą nieoczekiwaną) [10], lojalne, troskliwe i współczujące [5].

Wielospecjalistyczna diagnoza FAS

Analizując problematykę FAS nie sposób nie wspomnieć o diagnozie tego zaburzenia. Rozpoznanie FAS można dokonać, jeżeli ma miejsce:

- Udokumentowane spożywanie alkoholu przez matkę w okresie ciąży;
- Deficyt wzrostu, wagi ciała i obwodu głowy dziecka – przed i po urodzeniu;
- Uszkodzenie OUN (ośrodkowego układu nerwowego) wyrażające się upośledzeniem funkcji fizycznych, intelektualnych i społecznych;
- Anomalie, takie jak: deformacje budowy kończyn, twarzy, mięśni, wady narządów wewnętrznych [2].

Diagnozę dziecka z FAS przeprowadzają po jego narodzinach wyspecjalizowani lekarze, przede wszystkim pediatrzy i neurologi, którzy wykonują badania umożliwiające określenie zaburzonych obszarów ośrodkowego układu nerwowego: audiologiczne, rentgenowskie czaszki, tomografię komputerową CT mózgu, rezonans magnetyczny MRI, emisyjną tomografię pozytonową PET, elektroencefalografię EEG [15]. Znaczącą rolę odgrywają też okuliści i optometryści, mogący rozpoznać charakterystyczne dla FAS zaburzenia narządu wzroku np. zaburzenia czynności okoruchowej, ograniczenie pola widzenia, słabe wyodrębnianie obiektu widzianego [1]. Płodowego zespołu alkoholowego nie można zdiagnozować w okresie prenatalnym, a więc przed przyjściem dziecka na świat. Co najwyżej „stwierdzenie wewnątrzmacicznego zahamowania rozwoju płodu oraz ultrasonograficznie rozpoznane wady mogą nasuwać jego podejrzenie” [16].

Szczególnie duże znaczenie ma diagnoza psychologiczna. Zdaniem Danuty Hryniewicz powinna być krocząca, a więc służyć systematycznemu monitorowaniu skuteczności oddziaływań terapeutycznych i stymulujących. Powinna zatem obejmować diagnozowanie funkcji: intelektualnych (myślenie), orientacyjnych (spostrzeganie, uwaga, pamięć, mowa), wykonawczych (motoryka), emocjonalnych (emocje i motywacja), funkcjonowania społecznego (znajomość i rozumienie norm, komunikowanie się), potrzeb. Oprócz diagnozy negatywnej należy również pamiętać o identyfikowaniu mocnych stron dziecka, bowiem tylko w ten sposób przeprowadzone działania będą miały charakter całościowy [2].

Przed postawieniem diagnozy FAS należy wykluczyć występowanie u dziecka podobnych do niego jednostek chorobowych, takich jak: Zespół Kornelii de Lange (wrodzona postać opóźnienia umysłowego, cechującego się powolnym wzrostem, małą głową i wydłużoną rynienką podnosową), Zespół Williama (mała waga urodzeniowa dziecka, trudności w przystosowaniu się do otoczenia, zaburzenia funkcji organicznych), Mózgowe Porażenie Dziecięce (zespół zaburzeń motorycznych), autyzm [12].

Płodowy zespół alkoholowy jest z reguły rzadko diagnozowany. Niestety rodzi to sporo zagrożeń m.in. otrzymania nieadekwatnej pomocy, co z kolei może prowadzić do wtórnych zaburzeń [2]. Dużą trudnością diagnostyczną jest pozyskanie od matek informacji na temat spożywania przez nich alkoholu w trakcie ciąży. Niejednokrotnie bowiem z poczucia wstydu nie przyznają się do picia alkoholu w ciąży lub uważają sporadyczne incydenty konsumowania alkoholu za nieistotne i w związku z tym nie mówią o nich diagnostom [1]. Postawienie właściwej diagnozy komplikuje także duża dyferencjacja występujących objawów oraz wciąż niedostateczna wiedza lekarzy na temat FAS [7].

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dzieciom z płodowym zespołem alkoholowym

Skutki działania alkoholu na płód są nieodwracalne. Nie da się cofnąć czasu i sprawić, aby kobieta spodziewająca się dziecka nie piła w trakcie ciąży alkoholu. Dzieci i dorośli z FAS nie można wyleczyć, jednak warto podjąć wobec nich szereg oddziaływań, które poprawią ich codzienne funkcjonowanie [12]. Nie istnieje jedna, uniwersalna strategia pracy z dziećmi z FAS, ponieważ zazwyczaj charakteryzują się one odmienną konfiguracją zaburzeń. W związku z tym świadczona im pomoc powinna być dostosowana do ich indywidualnych potrzeb i możliwości [17]. Deb Evenson i Jan Lutke opracowali tzw. metodę ośmiu kroków, ułatwiającą pracę z dziećmi z FAS:

- Konkret – używanie klarownych słów i unikanie tych o podwójnym znaczeniu;

- Stałość – stosowanie wobec dziecka tych samych zwrotów, poleceń, ponieważ ma ono trudność z wykorzystaniem zdobytej wiedzy w nowej sytuacji;
- Powtarzanie – cykliczne powtarzanie informacji, gdyż dzieci z FAS mają krótką pamięć;
- Rutyna – regularne czynności, nie zmieniające się każdego dnia;
- Prostota – zasada „krótko i zwięźle”;
- Szczegółowość – dokładny przekaz, bez używania pojęć abstrakcyjnych;
- Zasady ustalane po to, aby świat dziecka był uporządkowany i zrozumiały;
- Nadzór w celu wyeliminowania niepożądanych zachowań, a wypracowania nawyków właściwego działania [7, 18].

Ponadto w pracy z dziećmi z FAS ważne jest: ograniczanie nadmiernej stymulacji, a więc ilości napływających do nich bodźców, tak aby ułatwić im koncentrację uwagi; zmniejszanie wrażliwości sensorycznej; cierpliwość; budzenie motywacji wewnętrznej [2]. Bardzo znaczący element stanowi ponoszenie poczucia własnej wartości dzieci z FAS i rozwijanie ich indywidualnych możliwości. Pomoc psychopedagogiczna dzieciom z syndromem alkoholowym powinna odbywać się z uwzględnieniem ich zasobów, a więc mocnych stronach [8].

W pracy z dziećmi z FAS można wykorzystać: techniki behawioralne (modelowanie zachowań, czyli uczenie własnym przykładem; nagradzanie zachowań właściwych); kinezylogię edukacyjną (zintegrowanie funkcji mózgu poprzez zestaw ćwiczeń ruchowych); neurostymulację (metodę usprawniania dzieci bazującą na nie zakończonym rozwoju mózgu); metody relaksacyjne; socjoterapię; zabawę [2].

Podsumowanie, czyli kilka słów o profilaktyce FAS

Konkludując, bardzo ważna jest wczesna diagnoza płodowego zespołu alkoholowego, a w przypadku jego rozpoznania skuteczne wsparcie psychologiczno-pedagogiczne, które pomoże nie dopuścić do eskalacji towarzyszących mu objawów [18]. Nie mniej znaczące jest zapobieganie omawianemu zaburzeniu, a więc działalność profilaktyczna. W tym celu należy prowadzić zakrojone na szeroką skalę czynności eliminujące zjawisko spożywania alkoholu w czasie ciąży. Mogą temu służyć kampanie społeczne i edukacyjne, zmierzające do uświadomienia społeczeństwu reperkusji dla rozwoju dzieci wynikających z picia alkoholu w trakcie ciąży, w myśl przekonania, że „nie ma bezpiecznego czasu. Nie ma bezpiecznej dawki. Nie ma bezpiecznego alkoholu” (No safe time. No safe amount. No safe alcohol) [7]. Istotne jest, aby czynności prewencyjne były skierowane nie tylko do kobiet, ale także do

mężczyzn, ponieważ spożywanie (a zwłaszcza nadużywanie) alkoholu przez ojca dziecka wpływa niekorzystnie na jakość materiału genetycznego przekazywanego potomstwu [7]. W Polsce dotychczas prowadzono kilka kampanii przeciwdziałających spożywaniu alkoholu w trakcie ciąży np. „Ciąża bez alkoholu” Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [19] czy „Lepszy start dla Twojego dziecka” realizowanej przez Związek Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy [20]. W naszym kraju od ponad 10 lat 9.09 o godz. 9.09 obchodzony jest również Światowy Dzień FAS. Dziewiątki symbolizują dziewięć miesięcy ciąży bez spożywania alkoholu [18].

Czy działania te są skuteczne? Można stwierdzić, że tak, ponieważ w ostatnim czasie zintensyfikowała się świadomość niebezpieczeństw związanych z piciem alkoholu przez kobiety w ciąży. Coraz więcej przyszłych matek uważa, że spożywanie nawet niewielkich ilości alkoholu w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich potomków [7]. Należy mieć nadzieję, że wiedza ta zostanie przełożona na praktykę, a więc kobiety spodziewające się dziecka zrezygnują z picia alkoholu przez cały okres ciąży oraz w czasie karmienia piersią.

Bibliografia:

- [1] Kazdepska-Zimińska A. Jagielska I. Kaźmierczak J. Noworodek – prenatalna ekspozycja na alkohol. *Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia* 2013; 6: 40-43.
- [2] Hryniewicz D. Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia; 2007.
- [3] Załuska M. Spożycie alkoholu w okresie ciąży a rozwój płodu i stan dziecka. <http://www.ipin.edu.pl>.
- [4] Laskowska B. Alkoholizm matki a jego destrukcyjny wpływ na dziecko. *Studia nad Rodziną* 1998; 2: 177-185.
- [5] Flak K. Nie podejmujcie pochopnej adopcji! Krosno: Wydawnictwo Lygian; 2013.
- [6] Klecka M. Objawy i wczesne rozpoznanie FAS. <http://www.niebieskalinia.pl/pismo/wydania/dostepne-artykuly/4500-objawy-i-wczesne-rozpoznanie-fas>
- [7] Szczupał B. Dziecko z FASD – problemy diagnostyczne oraz wybrane strategie i metody pracy. *Rozprawy Społeczne* 2013; 1: 79-87.
- [8] Liszcz K. Dziecko z FAS w domu i w szkole. Kraków: Wydawnictwo Rubikon; 2011.
- [9] Klecka M. Fetal Alcohol Syndrome – Alkoholowy Zespół Płodowy. Poalkoholowe dzieci ze złożoną niepełnosprawnością. *Dziecko Krzywdzone* 2004; 8: 46-55.

- [10] Lewicka M. Płodowy zespół alkoholowy jako czynnik wykolejenia społecznego. W: M. Boczkowska, E. Tymoszuik, P. Zielińska (red.) Wychowanie, profilaktyka, terapia. Szanse i zagrożenia. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2012: 215-225.
- [11] Liszcz K. Nadzieja w nas. Dzieci z alkoholowym zespołem płodowym. <http://www.niebieskalinia.pl/pismo/wydania/dostepne-artykuly/4586-nadzieja-w-nas-dzieci-z-alkoholowym-zespolem-plodowym>.
http://www.ciazabezalkoholu.pl/wydarzenia_w_kampanii.html.
- [12] Klimczak J. Fetal Alcohol Syndrom – czyli skutki oddziaływania alkoholu na płód. W: M. Banach (red.) Alkoholowy zespół płodu. Teoria. Diagnoza. Praktyka. Kraków: Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Wydawnictwo WAM; 2011: 147-155.
- [13] Klecka M. Janas Kozik M. Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2009.
- [14] Klecka M. FAScynujące dzieci. Kraków: Wydawnictwo Św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej; 2007.
- [15] Mrozowska M. Problemy diagnostyczne dzieci z FASD. W: M. Banach (red.) Alkoholowy zespół płodu. Teoria. Diagnoza. Praktyka. Kraków: Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Wydawnictwo WAM; 2011: 235-253.
- [16] Marek M. Spożywanie alkoholu przez kobiety w czasie ciąży – zagrożeniem dla rozwoju dziecka. *Studia Socialia Cracoviensia* 2013; 2: 145-153.
- [17] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach [Dz. U. 2013 poz. 532].
- [18] Sarnacka B. Dzieci z FAS. W: K. Jarkiewicz (red.) Oblicza pedagogii. Kraków: Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Wydawnictwo WAM; 2005: 173-185.
- [19] http://www.ciazabezalkoholu.pl/wydarzenia_w_kampanii.html.
- [20] <http://www.lepszystart.com.pl/>.