

Joanna Trzaskalik

Julia Pyttel

Akademia Ignatianum w Krakowie –

Wydział Zamiejscowy Nauk Humanistycznych i Społecznych w Mysłowicach

---

## Dziecko z FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy) w edukacji

A child with FAS  
(Fetal Alcohol Syndrome) in education

### Słowa kluczowe

edukacja, zaburzenia, FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy)

### Streszczenie

Autorki analizują problemy edukacyjne wynikające z występowania u dziecka Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS), prezentują objawy kliniczne, zaburzenia, a także omawiają zasady postępowania z dzieckiem.

### Key words

education, disorders, FAS (Fetal Alcohol Syndrome)

### Summary

The authors discuss the educational problems resulting from the presence of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) in children. They present the clinical results and disorders which stem from this and also discuss the procedure with children.

Od kilkunastu lat trwają w Polsce działania mające na celu upowszechnienie wiedzy o skutkach, jakie niesie z sobą narażanie dziecka w życiu płodowym na działanie alkoholu etylowego. Istotne byłoby, aby problematyka Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS) i zaburzeń

jemu pochodnych docierała do rodziców i opiekunów dzieci, ale także do tych osób, które w swej pracy będą miały kontakt z dzieckiem: do nauczycieli, psychologów, logopedów, lekarzy i pracowników socjalnych. Szczególnym adresatem tej wiedzy jest nauczyciel, bowiem uszkodzenia u dziecka z objawami charakterystycznymi dla zespołu opisanego jako Płodowy Zespół Alkoholowy mają wpływ na funkcjonowanie w strukturach edukacyjnych. Dzieci te nie tylko mogą mieć trudności z opanowaniem wiedzy i przyswajaniem sobie nowych umiejętności, ale także często sprawiają liczne problemy wychowawcze. By pomoc niesiona tym dzieciom była efektywna i satysfakcjonująca, musi się pojawić właściwe rozpoznanie sytuacji dziecka nakierowane na etiologię ujawniających się problemów i na ich rozumienie.

Termin Płodowy Zespół Alkoholowy – FAS (Fetal Alcohol Syndrome) został stworzony na określenie szkód zdrowotnych występujących u dzieci narażonych w życiu płodowym na działanie alkoholu, dotyczących układu nerwowego, odmienności w budowie ciała oraz zaburzeń w funkcjonowaniu. FAS uznawany jest za jednostkę nozologiczną, która wiąże się z występowaniem u osób nią dotkniętych nieprawidłowości w zakresie rozwoju fizycznego, umysłowego i różnych zaburzeń zachowania<sup>1</sup>.

Dziecko w życiu płodowym narażone jest na działanie wielu czynników środowiskowych mogących zahamować prawidłowe formowanie się narządów i struktur, powodując anomalie strukturalne płodu. Są to tzw. teratogeny, które mogą być przyczyną 7-10% wad wrodzonych<sup>2</sup>. Wrażliwość na działanie czynników teratogennych zależy od stadium rozwoju zarodka bądź płodu, a największe prawdopodobieństwo wywołania wady wrodzonej przez teratogen przypada na 18.-60. dzień rozwoju zarodka, zaś szczyt wrażliwości na 30. dzień. Ten sam czynnik teratogeny działający w różnym okresie rozwoju może wywołać różne wady. Wrażliwość ustroju matczynego na teratogen, a także wydolność detoksykacyjna jej narządów mięszszowych są osobniczo zmienne (uwarunkowane genotypem matki). Efekt teratogeny zależy od genotypu osobnika oraz wzajemnych relacji między genotypem a środowiskiem. Najpowszechniejszym obecnie teratogenem jest wszechobecny w naszym życiu alkohol, a Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) jest najpoważniejszą konsekwencją picia alkoholu przez matkę w okresie ciąży<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Kraków 2011.

<sup>2</sup> P.G. Zimbardo, R.J. Gerrig, *Psychologia i życie*, Warszawa 2012, s. 415-416.

<sup>3</sup> Od ponad 20 lat dyskutuje się nad wpływem alkoholu spożywanego przez mężczyzn na potomstwo – brak jednak jednoznacznych opinii w tej sprawie. Wiadomo, że

Rezultaty pierwszych badań nad FAS, trwających blisko 30 lat, opublikował w 1968 roku w Nantes (Francja) P. Lemoine. Badacz obserwował losy dzieci matek spożywających alkohol, towarzysząc im niemal od sali porodowej. Termin Fetal Alcohol Syndrome, czyli FAS, został po raz pierwszy użyty w roku 1973 przez amerykańskich naukowców K.L. Jonesa i D.W. Smitha<sup>4</sup>. Częstość występowania FAS wynosi około 2,0/1000 noworodków, ale spośród dzieci z niepełnosprawnością intelektualną FAS stwierdza się aż u około 23/1000. Szwedzcy badacze stwierdzili, że 1 na 300 dzieci rodzi się z prenatalnymi skutkami alkoholu, a połowa z nich ma FAS. Autorzy ci twierdzą, iż 10-20% dzieci z niepełnosprawnością intelektualną to skutek nadużywania przez matkę alkoholu, a 1 na 6 przypadków dziecięcego porażenia mózgowego jest wynikiem silnego narażenia płodu na alkohol. W północnej Francji występowanie zespołu FAS jest większe niż 1 na 1000. W USA ocenia się, że rocznie rodzi się 1200 dzieci z tym zespołem i obok zespołu Downa i rozszczepu kręgosłupa jest on najczęstszą przyczyną upośledzonego rozwoju umysłowego<sup>5</sup>. Badania przeprowadzone w naszym kraju w 2005 roku wskazały powszechność picia alkoholu w ciąży przez około 30% kobiet. Wśród pijących kobiet ciężarnych około 0,5% piło codziennie, 4-5% – 1-2 razy w tygodniu, 10% – 1-2 razy w miesiącu, a pozostałe – kilka razy w ciągu całego okresu trwania ciąży. Badania wskazują także, że w Polsce rodzi się około 3 dzieci z FAS na każde 1000 urodzeń żywych, czyli około 900 dzieci rocznie<sup>6</sup>.

## Cechy kliniczne dziecka z FAS

Szczegółowe cechy kliniczne obserwowane u dziecka z FAS dotyczą: wzrostu i rozwoju, części twarzowej czaszki i innych narządów<sup>7</sup>.

---

alkohol uszkadza proces spermatocytogenezy. DNA w plemniku ma mniejszy ciężar molekularny, co może wskazywać na działanie mutagenne. Dzieci ojców nadużywających alkohol rodzą się z obniżoną masą ciała, mają większą skłonność do zakażeń, a w dalszym rozwoju cechuje je nadreaktywność (H. Bartel, *Embriologia. Podręcznik dla studentów. Wydanie IV zmienione i uzupełnione*, Warszawa 2012, s. 227).

<sup>4</sup> M. Klecka, *Objawy i wczesne rozpoznanie FAS*, „Niebieska Linia” 2006, nr 3.

<sup>5</sup> H. Bartel, *Embriologia. Podręcznik dla studentów*, dz. cyt., s. 221-224.

<sup>6</sup> K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, dz. cyt., s. 122-123.

<sup>7</sup> Dla potrzeb niniejszego artykułu i biorąc pod uwagę nauczyciela jako jego odbiorcę wydaje się potrzebne zaprezentowanie tych cech klinicznych charakterystycznych dla alkoholowego zespołu płodowego, które są widoczne i które skłonią do obserwacji dziecka, zasugerują powód występujących u dziecka problemów.

1. Cechy dotyczące wzrostu i rozwoju:

- zapoczątkowane w okresie prenatalnym – opóźnienie wzrostu płodu i kontynuowanie tego niekorzystnego procesu po urodzeniu (postnatalne opóźnienie wzrostu);
- mikrocefalia (małogłowie) postnatalna.

2. Cechy dotyczące zaburzeń w obrębie części twarzowej czaszki<sup>8</sup>:

- krótka szpara powiekowa;
- niedorozwój żuchwy;
- szeroki nos;
- wygładzona rynienka podnosowa;
- cienka i wygładzona warga górna;
- spłaszczona część środkowa twarzy;
- wygładzona nasada nosa;
- fałd nakątny (fałd mongolski);
- mikroftalmia (małocze);
- opadanie powiek;
- drobne wady w okolicy przyusznej;
- nieprawidłowy zgryz;
- rozszczep wargi i/lub podniebienia<sup>9</sup>.

3. Zaburzenia neurologiczno-behawioralne i neurologiczno-psychologiczne:

- zróżnicowany stopień niepełnosprawności intelektualnej (u potomstwa przewlekłych alkoholiczek FAS występuje w 30-50%);
- obniżenie ilorazu inteligencji (przeciętny IQ – 63, jest to najbardziej stała cecha FAS);
- nieznaczne upośledzenie czynności ruchowych (zwiększona pobudliwość w okresie niemowlęcym i nadreaktywność w wieku dziecięcym);
- trudności w szkole na różnym poziomie kształcenia, trudności z ukończeniem szkoły;
- zaburzenia mowy, ograniczona zdolność do artykulacji, błędy językowe;
- dysgrafia;
- osłabiona zdolność do skoncentrowania uwagi;
- ograniczona zdolność do osądu;
- bezkrytyczna życzliwość względem obcych;
- roztargnienie.

<sup>8</sup> Objawy charakterystyczne dla FAS w obrębie części twarzowej czaszki są najbardziej nasilone pomiędzy 2. a 10. rokiem życia dziecka.

<sup>9</sup> Oprócz wyżej wymienionych wad pojawiają się także wady związane z innymi narządami.

Jedna lub dwie z wyżej wymienionych cech mogą się pojawić u zdrowego dziecka na skutek genów i cech odziedziczonych po biologicznych rodzicach. Kiedy jednak występuje kilka z tych cech wraz z objawami ze strony OUN i wywiadem świadczącym o narażeniu na działanie alkoholu w życiu płodowym – to należy rozważyć diagnozę FAS<sup>10</sup>.

W Polsce od niedawna istnieje możliwość profesjonalnego diagnozowania zaburzeń u dzieci i młodzieży z grupy FAS. Dokonuje się tego, wykorzystując czterocyfrowy kwestionariusz diagnostyczny<sup>11</sup>, za pomocą którego ocenia się cztery podstawowe cechy charakterystyczne dla FAS w następującym porządku:

1. opóźnienie wzrostu;
2. cechy dysmorficzne;
3. uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego;
4. prenatalna ekspozycja na alkohol<sup>12</sup>.

## Zaburzenia występujące u dzieci z FAS

Wśród wszystkich wymienionych zmian i zaburzeń wywołanych przez spożywanie alkoholu przez matki będące w ciąży za niezwykle istotne uznaje się te, które dotyczą funkcjonowania dziecka. Dzieli się je na zaburzenia pierwotne i zaburzenia wtórne.

1. Zaburzenia pierwotne wynikają z uszkodzeń mózgu, do których może dojść w czasie całego rozwoju płodu. Rodzaj, a także wielkość tych uszkodzeń jest zależna od dawki alkoholu wypijanego przez kobietę w ciąży, częstotliwości picia, okresu ciąży, predyspozycji osobniczych, a także wieku i stanu zdrowia matki. Ważna jest również jakość i sposób odżywiania, współwystępowanie innych uzależnień – w tym w szczególności uzależnienia od nikotyny. Zaburzenia pierwotne dotyczą nieharmonijnego rozwoju psychoruchowego dziecka i wyszczególnić tu można:

<sup>10</sup> H. Bartel, *Embriologia. Podręcznik dla studentów*, dz. cyt., s. 224-225.

<sup>11</sup> Narzędzie to zostało zaprezentowane w 1997 r. przez grupę badaczy z Sieci Diagnostyki i Prewencji FAS Stanu Washington (Washington State FAS Diagnostic and Prevention Network) i jest metodą diagnostyczną do wszechstronnego diagnozowania poalkoholowego spektrum wrodzonych zaburzeń rozwojowych. Kwestionariusz ten (ang. *4-Digit Diagnostic Code*) jest uważany za najbardziej dokładne i powtarzalne narzędzie w diagnostyce FAS.

<sup>12</sup> M. Ruta, Materiał ze szkolenia na temat: „Dzień z FAS, problem zaburzenia sfery ruchowej”, zorganizowanego przez Gliwicki Ośrodek Metodyczny, Gliwice 19.11.2014 r. (nr zaświadczenia 16RP/6/14).

- obniżone możliwości intelektualne – u około połowy dzieci występuje upośledzenie rozwoju umysłowego – różnego stopnia;
  - zaburzone funkcje pamięci bezpośredniej – jest ona mało wydajna;
  - brak umiejętności uogólniania, przewidywania i planowania;
  - trudności z przewidywaniem konsekwencji własnych działań;
  - trudności z myśleniem abstrakcyjnym;
  - nadwrażliwość lub obniżona wrażliwość na dotyk – często podwyższony próg czucia głębokiego;
  - zdolności w niektórych dziedzinach, na przykład w muzyce, w sporcie, w posługiwaniu się komputerem itp.
2. Zaburzenia wtórne – to te zaburzenia, które pojawiają się dodatkowo na skutek nieadekwatnego rozpoznania istoty problemów dziecka. Są wynikiem niewłaściwej opieki nad dzieckiem z syndromem alkoholowym lub jej braku. Zaburzenia wtórne nie są wrodzone, dlatego w niektórych przypadkach można im zapobiec poprzez odpowiednią modyfikację oczekiwań opiekunów i pamięć o ograniczonych możliwościach tych dzieci. Zaburzenia wtórne objawiają się jako:
- znużenie;
  - zmęczenie;
  - frustracja;
  - niepokój, a czasem nawet lęk;
  - sztywność zachowań;
  - bezpośredniość lub wycofanie;
  - niska samoocena;
  - tendencje do izolowania się od otoczenia;
  - zachowania agresywne;
  - konflikty z prawem;
  - kłopoty w szkole i w domu;
  - trudności w podjęciu pracy i jej utrzymanie;
  - depresja lub inne zaburzenia psychiczne;
  - problemy z nadużywaniem alkoholu i narkotyków<sup>13</sup>.

Zaburzenia wtórne powodują, że dziecko uszkodzone przez alkohol stanowi poważne wyzwanie dla ludzi, którzy chcą mu pomóc – dla jego opiekunów, terapeutów, nauczycieli i innych specjalistów zajmujących się nim. Źle zdiagnozowane dzieci traktowane są jako zdrowe, oczekiwania społeczne wobec nich są takie same jak wobec innych dzieci. Niemożliwość sprostania oczekiwaniom może wywołać długotrwałą

<sup>13</sup> K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, dz. cyt.

frustrację i zaburzenia zachowania. Zła diagnoza powoduje i nasila zaburzenia wtórne, które nie są wrodzone, lecz wynikają z niewłaściwej opieki i można im zapobiec. Z czasem zła diagnoza prowadzi do postrzegania dziecka przez pryzmat tych zaburzeń. Zaburzeniom można zapobiec, rozumiejąc ograniczenia i modyfikując wymagania wobec dzieci z syndromem alkoholowym. Zaburzenia wtórne mogą się przejawiać w lęku, złości, wycofaniu, wejściu w rolę ofiary lub prześladowcy, przerwaniu nauki, bezrobociu, bezdomności, chorobach psychicznych, samookaleczeniu, depresji, zależności od innych, gwałtowności, szokującym zachowaniu, impulsywności, konfliktach z prawem, skłonności do uzależnień.

Możliwości intelektualne dzieci z FAS są bardzo różnorodne – można u nich zaobserwować dużą rozpiętość ilorazu inteligencji: od 29 do 120 IQ. Charakterystyczne jest to, iż duża grupa z tych dzieci przerywa naukę, często na poziomie niższym od swoich możliwości. Dlatego właśnie znajomość zagadnienia, sposobu funkcjonowania tych dzieci i umiejętność postępowania z nimi ma tak olbrzymie znaczenie – pozwala na niedopuszczenie do takiego stanu rzeczy.

Inne ograniczenia występujące u dzieci z FAS to:

- problemy z zapamiętywaniem;
- zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego;
- brak zdolności uogólniania;
- deficyt uwagi;
- objawy nadpobudliwości;
- trudności w planowaniu, przewidywaniu i wykonywaniu czynności.

Do wielu problemów dzieci z FAS dołączają się również takie, które dotyczą natury emocjonalnej. Dzieci te reagują w nietypowy sposób na nieznane im lub frustrujące je sytuacje. Wzrost niepokoju może prowadzić do wycofania, agresji lub innych zachowań mogących się okazać negatywnymi w skutkach dla samych dzieci, jak i dla grupy, w której przebywają. Dzieci te bywają pobudliwe, często wpadają w furję – a to utrudnia im dopasowanie się do sytuacji i środowiska. Nierzadko cierpią na depresję, mają obniżoną zdolność osądzania sytuacji i działają pod wpływem impulsu. Dlatego też dzieci z FAS są postrzegane jako naiwne i niedojrzałe – na skutek czego bardzo łatwo ulegają sugestiom i namowom innych, bez trudu można też nimi manipulować<sup>14</sup>. Inne negatywne właściwości funkcjonowania społecznego zaobserwowane u dzieci z FAS to:

<sup>14</sup> Tamże.

- skłonność do kradzieży;
- skłonność do kłamstwa, które służy unikaniu odpowiedzialności;
- brak zdolności przewidywania i rozumienia konsekwencji swojego zachowania;
- problemy z nawiązaniem i utrzymaniem nowych znajomości;
- sposób zachowania określany jako przyjacielski, uczuciowy;
- nadmierna ufność – nawet w stosunku do obcych;
- upór;
- skłonność do rutynowego i schematycznego działania;
- mechaniczne naśladowanie zachowania innych;
- dosłowne, bezrefleksyjne i nieadekwatne cytowanie wypowiedzi innych osób<sup>15</sup>.

U dzieci z zespołem FAS mogą wystąpić, oprócz innych dysfunkcji, także zaburzenia w obrębie typowych reakcji fizjologicznych, na przykład:

- próg odczuwania bólu może być podwyższony lub obniżony (nawet do tego stopnia, że dziecko może być nieświadome, iż zostało poważnie zranione lub zareaguje nadmiernie na zwykły dotyk);
- zaburzenia czucia głębokiego mogące prowadzić do tego, że dziecko nie będzie odczuwało bólu związanego z procesem chorobowym (na przykład zapalenie wyrostka robaczkowego);
- nieodczuwanie ekstremalnych temperatur;
- brak odczuwania głodu lub sytości;
- zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej;
- zaburzenia orientacji przestrzennej;
- słaba kontrola równowagi;
- niezborność ruchowa;
- przetrwałe odruchy fizjologiczne;
- zaburzenia wzorców ruchowych, na przykład zaburzenia lateralizacji<sup>16</sup>.

Niektóre dzieci z FAS mogą przewyższać swych rówieśników w rozwoju motorycznym. Częściej jest jednak inaczej. W łagodniejszych przypadkach uszkodzenia motoryki mogą utrudniać naukę podstawowych czynności życiowych, takich jak wiązanie sznurowadeł czy zapinanie guzików. Głębsze upośledzenia fizyczne mogą być przyczyną zaburzonej zdolności do żucia i przełykania pokarmu. Dzieci z FAS charakteryzują także:

- zaburzenia widzenia – ograniczenie pola widzenia;
- zaburzenia słyszenia i uwagi słuchowej;

---

<sup>15</sup> Tamże.

<sup>16</sup> Tamże.



- niski wzrost;
- małowłowie;
- mała wydolność wysiłkowa.

Należy zwrócić uwagę na to, iż osoby z Płodowym Zespołem Alkoholowym oprócz deficytów posiadają też pewne umiejętności. Może to być:

- konkretność w niektórych działaniach;
- dobra pamięć wzrokowa;
- uczenie się poprzez doświadczenie, dotyk i obserwację;
- takt, uprzejmość, wrażliwość i lojalność;
- uzdolnienia plastyczne, muzyczne lub taneczne;
- bogate słownictwo i umiejętność obrazowego opowiadania;
- upór w dążeniach;
- troskliwość w stosunku do osób młodszych i zwierząt;
- czerpanie radości z prac: w ogrodzie, konstruktorskich i mechanicznych;
- spontaniczność (nieraz impulsywność);
- bogata wyobraźnia (lubią pisać historyjki lub je opowiadać)<sup>17</sup>.

Dzieci z syndromem poalkoholowym łatwiej odniosą sukcesy, jeśli ich opiekunowie, terapeuci i wychowawcy będą opierali się na ich zdolnościach i talentach – w ten sposób tworząc warunki do nowych osiągnięć.

## Terapia dziecka z FAS – zalecenia ogólne:

Nie ma typowego dziecka z uszkodzeniem poalkoholowym, każde z nich jest inne – ma indywidualne potrzeby i niepowtarzalne zdolności. Nie da się dokładnie określić, jakie szkody neurologiczne spowodowało narażenie płodu na działanie alkoholu, nie ma więc również jednej strategii terapeutycznej, która byłaby właściwa dla wszystkich dzieci z zespołem FAS.

Podjęwając odpowiednie działania, należy opracować indywidualną strategię pracy z dzieckiem z zaburzeniami poalkoholowymi, uwzględniającą jego możliwości uczenia się i warunki temu sprzyjające. Strategia nauki dziecka z FAS powinna być tak opracowana, by mu pomóc w pokonywaniu problemów z uczeniem się. Do metod takich zaliczyć można metodę JETS<sup>18</sup>, która pomaga właściwie przygotować się do pracy uczniom z FAS i zawiera się w czterech punktach:

<sup>17</sup> Tamże.

<sup>18</sup> Tamże.

- J (Job – Praca): Co mam teraz zrobić, co będzie moją pracą?
- E (Equipment – Wyposażenie): Czego będę potrzebował, żeby wykonać zadanie?
- T (Time – Czas): Ile czasu będę potrzebował na wykonanie zadania?
- S (Satisfactory product – Zadowolające rezultaty): Co mam jeszcze zrobić, aby efekt końcowy mojej pracy był satysfakcjonujący?

Trzeba pamiętać, że dzieci z FAS pochodzą z różnych grup społeczno-ekonomicznych i różnią się także od swoich rówieśników. Ponadto każde z nich charakteryzuje się odmienną konfiguracją zaburzeń, dlatego musi być postrzegane indywidualnie, a nie jako członek grupy czy reprezentant kategorii diagnostycznej. Można jednak wskazać pewne wspólne elementy terapii, które dotyczyć będą ogólnie grupy dzieci dotkniętych FAS. Wśród elementów tych wyszczególnić można:

- wspieranie rozwoju sensomotorycznego, ocenę rehabilitanta, na przykład metoda Bobath, Sally Goddard-Blythe;
- dalsze monitorowanie rozwoju;
- udział w warsztatach terapeutycznych<sup>19</sup>;
- wprowadzenie interwencji dietetycznej, opieki alergologa (szczególnie pod kątem tolerancji glutenu i kazeiny – najnowsze badania wskazują na wczesne uszkodzenie jelit z powodu prenatalnej ekspozycji na alkohol, w związku z czym dzieci z FAS źle tolerują wyżej wymienione białka, co ma znaczący wpływ na funkcjonowanie układu nerwowego, a wtórnie na problemy z zachowaniem i kontrolą emocji). Wykluczenie spożywania cukru i konserwantów (w tym napojów gazowanych). Cukier – niszcząc śluzówkę jelita, sprzyja nadmiernemu rozwojowi drożdży i kolonizacji grzybów pleśniowych w przewodzie pokarmowym oraz ułatwia powstawanie alergii na pokarmy i na grzyby *Candida albicans*. Po spożyciu cukru dochodzi do niebezpiecznego, nagłego wzrostu stężenia glukozy we krwi i wskutek reakcji insulinowej – nagłego spadku (tzw. hipoglikemii, która jest niepożądanym stanem dla dzieci z FAS). Cukier u dzieci z FAS działa jak neurotoksyna, powodująca zaburzenia w sferze psychoemocjonalnej – doprowadzając do nadpobudliwości, agresji i zaburzeń snu;
- modyfikacja oddziaływań wychowawczych – wskazane jest stosowanie metody „8 kroków” według programu Fundacji Fastryga<sup>20</sup>, która

<sup>19</sup> Przykładowa informacja na stronie [www.fas.edu.pl](http://www.fas.edu.pl).

<sup>20</sup> Fundacja Fastryga wspiera osoby – dorosłych i dzieci – z wrodzonymi zaburzeniami rozwojowymi spowodowanymi alkoholem i innymi substancjami toksycznymi. Zajmuje się profilaktyką FAS, diagnostyką i terapią. Fundacja uczestniczy w badaniach

została opracowana, by oddziaływania terapeutyczne były skuteczne i celowe. Metoda ta sprowadza się do przestrzegania przez terapeutę ośmiu wskazówek:

**KONKRET:** dzieci z FAS zachowują się lepiej, gdy opiekunowie mówią do nich, używając konkretnych słów, unikają synonimów i homonimów, a także aluzji itp. Należy stworzyć taką sytuację, aby twarz dziecka i osoby dorosłej była na wysokości dziecka. Ponieważ rozwój emocjonalny i społeczny dzieci jest obniżony w stosunku do wieku rozwojowego, pomocne jest myślenie o nich jak o dzieciach młodszych, zwłaszcza gdy przekazuje się informacje, daje instrukcje itp.

**STAŁOŚĆ:** dzieci z FAS mają trudności z zastosowaniem zdobytej wiedzy w nowej sytuacji i uogólnianiem informacji. Funkcjonują najlepiej w środowisku, w którym wprowadza się mało zmian. To dotyczy także słownictwa. Należy używać w stosunku do dziecka konsekwentnie tych samych zwrotów i poleceń.

**POWTARZANIE:** dziecko z FAS charakteryzuje się tzw. krótką pamięcią, zapomina o wielu rzeczach, mimo iż chce je zapamiętać, o informacjach, które zostały wyuczone, a nie były używane przez jakiś czas. Jeśli informacja ma pozostać dłużej w pamięci dziecka, musi być powtórnie przekazana, a przede wszystkim regularnie powtarzana.

**RUTYNA:** regularne czynności, które są powtarzane każdego dnia, będą łatwiejsze do przyswojenia przez dziecko z FAS. Dziecko wie wtedy, czego się spodziewać. Zmniejsza to poziom lęku i ułatwia uczenie się.

**PROSTOTA:** należy pamiętać, że komunikaty muszą być krótkie i zwarte, bowiem dziecko z FAS łatwo się męczy, ulega przeciążeniom, co prowadzi je do dekoncentracji, całkowitego braku uwagi i skupienia. Jest to sytuacja, w której przestają być przyswajane jakiegokolwiek informacje. Prostota w konstruowaniu wypowiedzi kierowanych do dziecka stanowi podstawę efektywnego uczenia się.

**SZCZEGÓŁOWOŚĆ:** w relacji komunikacyjnej z dzieckiem należy mówić do niego dokładnie to, co ma się na myśli, bowiem dzieci z FAS mają trudności z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych,

---

naukowych nad FAS oraz buduje system wsparcia dla rodzin wychowujących dzieci. Jest pierwszą w Polsce fundacją zajmującą się tą problematyką, inicjuje szereg działań edukacyjnych i terapeutycznych w tym obszarze. Wraz z Pracownią Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych w Łędzinach tworzy ośrodek Fastryga, zajmujący się działalnością diagnostyczną, terapeutyczną i szkoleniową skierowaną do osób po traumie, odrzuceniu, dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz rodzin zastępczych, adopcyjnych i biologicznych w potrzebie wsparcia. Adres: Fundacja Fastryga, ul. Hołdunowska 70, Łędziny; tel. 32 216 79 17.

uogólnianiem, nie rozumieją wypowiedzi, w których stosowane są jakiegokolwiek skróty myślowe. Trzeba mówić tak, by widziały i rozumiały krok po kroku, co mają robić. Wypowiedź kierowana do dziecka musi być rozłożona na kilka prostych komunikatów. Tylko w taki sposób możemy rozwijać w nim właściwe nawyki.

**ZASADY:** dziecko z FAS ma problemy z analizowaniem rzeczywistości, nie czerpie z niej doświadczeń i nie ma możliwości ich zastosowania w różnych sytuacjach. Osiągnie sukces wówczas, gdy świat wokół niego będzie uporządkowany i stały, z wyraźnie ustalonymi zasadami, które sprawią, że wszystko zacznie nabierać sensu.

**NADZÓR:** z powodu trudności w rozwoju poznawczym dzieci z zespołem FAS zachowują się naiwnie w codziennych sytuacjach, nie odczuwają zagrożenia, niebezpieczeństwa. Często nie respektują zasad współżycia społecznego, wszystkich traktują podobnie, co może być kłopotliwe ale też stwarzać zagrożenia. Dzieci wymagają nieustannego nadzoru, by móc rozwinąć nawyki właściwego zachowania<sup>21</sup>.

## Trudności w czytaniu i pisaniu występujące u dziecka z zespołem FAS – wskazówki dydaktyczno-terapeutyczne

Problemy z czytaniem występujące czasem u dzieci z FAS mogą być powiązane z trudnościami w wypowiedaniu się. Dzieci te powinny być zachęcane do czytania, uczone wyróżniania głównej, przewodniej myśli utworu, interpretowania zdarzeń, rozpoznawania treści niewyraźnych wprost. Dobrze byłoby, aby opanowały zdolność przewidywania dalszego ciągu fabuły – rozwijając w ten sposób wyobraźnię i fantazję. Dla dzieci z FAS, które charakteryzują się tym, iż nie mają rozwiniętego myślenia abstrakcyjnego i umiejętności rozwiązywania problemów, wszystkie te zadania wymienione powyżej stanowią dużą trudność. Warto w terapii tych dzieci rozważyć wykorzystanie metody czytania globalnego jako podstawowego sposobu opanowania zdolności czytania ze zrozumieniem. Technika ta pozwoli „obejść” problemy dotyczące słyszenia czy też trudności artykulacyjne, równocześnie wprowadzając dziecko w świat słów. Prezentowane, odpowiednio skategoryzowane grupy słów, par słów, a wreszcie prostych zdań – pozwolą na poszerzenie

<sup>21</sup> Pracownia Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych, dr n. med. Małgorzata Klecka, Fundacja Fastryga, Łędziny, ul. Hołodunowska 70A.

zasobu pojęć, rozwijając ich rozumienie i sprzyjając osiągnięciu sukcesów. Dodatkowym atutem jest trening pamięci, rozpoznawania i udzielania odpowiedzi poprzez pracę z pytaniami zamkniętymi. Pamiętać należy, że czytanie to nie tylko czynność akustyczna, ale rozumienie tekstu, wnioskowanie z niego i wykorzystywanie go do działań i komunikowania się.

Dzieci z FAS często miewają również trudności w zorganizowaniu własnych myśli w taki sposób, aby stworzyły sekwencje zdaniowe. Wyrażenie własnych myśli w formie pisemnej stanowi więc dla nich duży problem. Dzieci te na początku nauki pisania mogą mieć problemy z podziałem wyrazów na fonemy, wyodrębnieniem i nazwaniem liter, użyciem wielkich liter i rozdzielaniem zdań<sup>22</sup>. Często też pojawiają się problemy natury grafomotorycznej. Dobrym wstępem do rozwijania tych umiejętności jest wczesna, podjęta już w okresie przedszkolnym, praca nad ich wykształceniem i usprawnieniem.

## Podsumowanie

Dzieci z alkoholowym uszkodzeniem mogą wieść życie pełne satysfakcji. Jest to możliwe dzięki wczesnej diagnozie i szeroko pojętej terapii oraz odpowiedniemu prowadzeniu dziecka w przedszkolu i szkole. Jeśli dziecko otrzyma pomoc ukierunkowaną na jego potrzeby, może osiągnąć sukces i prowadzić udane życie. Aby tak się jednak stało, jego problem musi zostać jak najwcześniej i we właściwy sposób zdiagnozowany. Dlatego istotne jest, aby wiedza dotycząca FAS była rozpropagowana wśród nauczycieli. Wówczas dziecko wykazujące objawy mogące świadczyć o występowaniu u niego tego zespołu będzie odpowiednio pokierowane pod kątem diagnostycznym, a następnie płynnie wdrożone w specjalistyczną, zindywidualizowaną terapię. Nauczyciel będzie też świadom możliwości dziecka i podejmie właściwe procedury edukacyjne. Trzeba pamiętać, iż każde dziecko z zespołem FAS będzie inne – mamy tu olbrzymi przekrój zaburzeń. Elementy terapii muszą uwzględnić wszystkie uwarunkowania osobnicze małego pacjenta, nie można także zapomnieć o jego dobrych i mocnych stronach.

U osób z FAS występuje znaczne uszkodzenie lub zaburzenie czynności ośrodkowego układu nerwowego (OUN), dlatego osoby te powinny być postrzegane jako niepełnosprawne. Wiąże się to z koniecznością zrewidowania planów edukacyjnych, terapeutycznych, oczekiwań

<sup>22</sup> K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, dz. cyt., s. 108-109.

społecznych oraz wskazań medycznych. Należy pamiętać, iż w tym ze-  
spole zaburzeń występują deficyty neurorozwojowe (rozwojowe zaburze-  
nia odruchowości i przetwarzania sensorycznego), a także poznawcze –  
mające swoje źródło w uszkodzeniach struktur głębokich OUN oraz  
zaburzeniach neuroprzebiegu. W systemie edukacji osoby z FAS,  
zdiagnozowane i zaopiniowane przez poradnie psychologiczno-peda-  
gogiczne, powinny być traktowane jako „zagrożone niedostosowaniem  
społecznym”, w związku z czym należy im się szczególna pomoc i stwo-  
rzenie odpowiednich warunków uczenia i funkcjonowania<sup>23</sup>.

## Bibliografia

- Bartel H., *Embriologia. Podręcznik dla studentów*, wydanie IV zmienione i uzu-  
pełnione, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- Brzezińska A., *Społeczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Scholar,  
Warszawa 2000.
- Cierpiąkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnic-  
twa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
- Eliot L., *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach  
życia*, Media Rodzina, Poznań 2003.
- Gąsior K., *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne dorosłych  
dzieci alkoholików*, Wydawnictwo Engram, Warszawa 2012.
- Grzegorzewska I., *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*, Wydawnic-  
tvo Naukowe Scholar, Warszawa 2011.
- Grzegorzewska I., *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*, Wydawnictwo Na-  
ukowe Scholar, Warszawa 2013.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, War-  
szawa 2007.
- Hryniewicz D., *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*,  
Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007.
- Jadczyk-Szumilo T., *Neuropsychologiczny profil dziecka FASD. Studium Przypad-  
ku*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2008.
- Jadczyk-Szumilo T., Kałamajska-Liszczyńska K., *Biorę odpowiedzialność*, Wydawnic-  
tvo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009.
- Kendall P.C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, tłum. J. Kowalczew-  
ski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Klecka M., *Ciąża i alkohol. W trosce o twoje dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne  
Parpamedia, Warszawa 2007.
- Klecka M., *Fascynujące dzieci*, Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2007.
- Klecka M., *Objawy i wczesne rozpoznanie FAS*, „Niebieska Linia” 2006, nr 3.

<sup>23</sup> Pracownia Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych, dr n. med. Małgorzata Klecka, Fundacja Fastryga, Łędziny, ul. Hołodunowska 70A

- Klecka M., Liszcz K., *Nie próbuj mocniej, spróbuj inaczej*, wyd. IV, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007.
- Liszcz K., *Dziecko z Alkoholowym Zespołem Płodowym w szkole*, Fundacja „Daj szansę”, Toruń 2007.
- Liszcz K., *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo „Rubikon”, Kraków 2011.
- Liszcz K., *Jak być opiekunem dziecka z FAS?*, Fundacja „Daj szansę”, Toruń 2005.
- Liszcz K., *Jak wspierać dziecko z Alkoholowym Zespołem Płodowym w rodzinie*, Fundacja „Daj szansę”, Toruń 2007.
- Liszcz K., *Jestem nauczycielem dziecka z FAS*, Fundacja „Daj szansę”, Toruń 2008.
- Liszcz K., *Rozpoznaję Płodowy Zespół Alkoholowy*, Fundacja „Daj szansę”, Toruń 2008.
- Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Robinson B.E., Rhoden J.L., *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa 2005.
- Ruta M., Materiał ze szkolenia na temat: „Dzień z FAS, problem zaburzenia sfery ruchowej”, zorganizowanego przez Gliwicki Ośrodek Metodyczny, Gliwice 19.11.2014 r. (nr zaświadczenia 16/RP/6/14).
- Zimbardo P.G., Gerrig R.J., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.