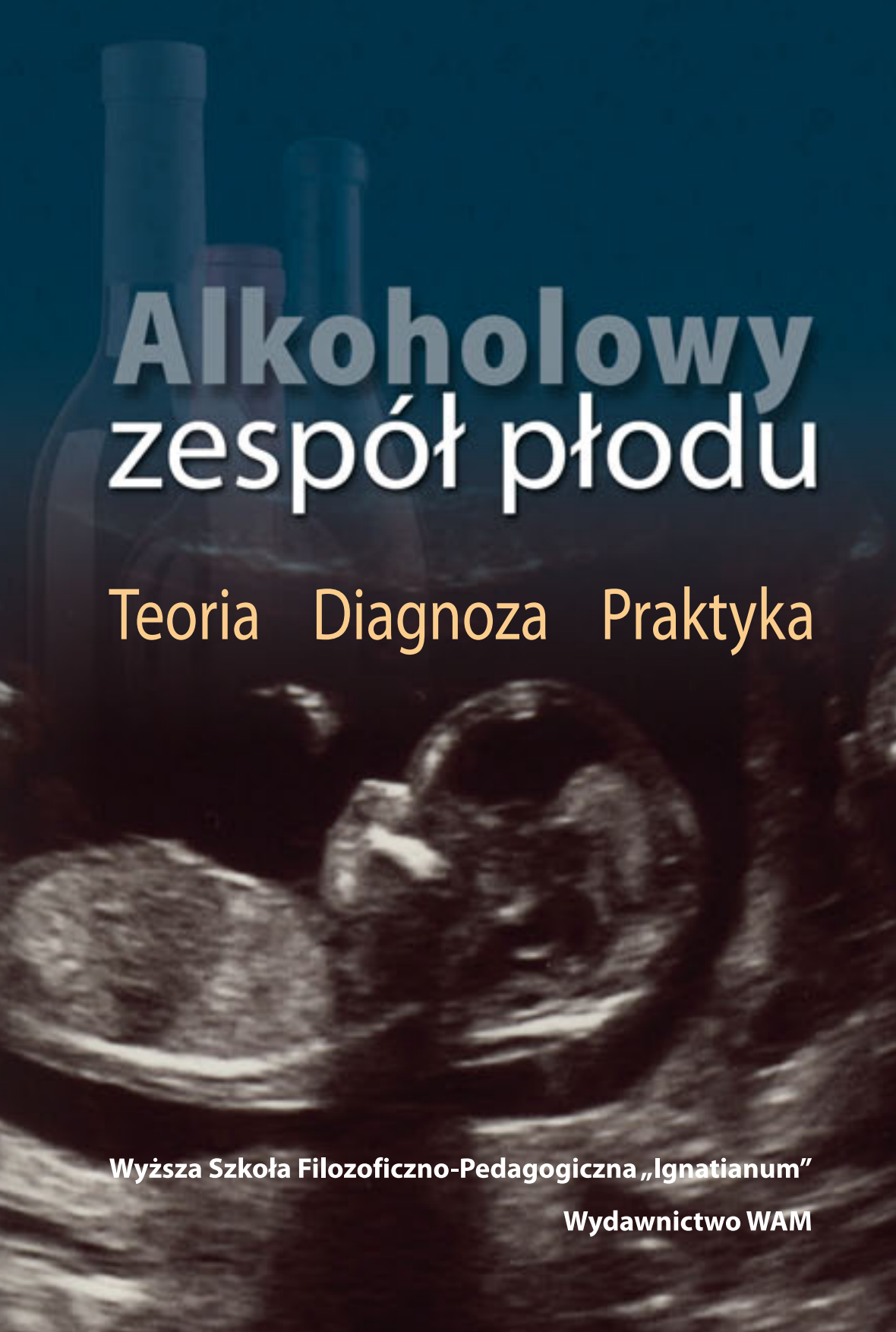


Alkoholowy zespół płodu

Teoria Diagnoza Praktyka

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”

Wydawnictwo WAM

Alkoholowy zespół płodu

Teoria Diagnoza Praktyka

Alkoholowy zespół płodu

Teoria Diagnoza Praktyka

Pod redakcją
Marka Banacha

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”
Wydawnictwo WAM
Kraków 2011

© Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum", 2011
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 62 93 420 • faks 12 42 30 038
wydawnictwo@ignatianum.edu.pl
http://www.ignatianum.edu.pl

Publikacja dofinansowana ze środków przeznaczonych na działalność statutową Wydziału Pedagogicznego WSFP „Ignatianum" w 2010 roku

Recenzenci naukowi
ks. prof. dr hab. Janusz Mastalski
doc. PhDr. PaedDr. Miroslav Gejdoš, PhD

Redakcja
Michał Zmuda

Projekt okładki i stron tytułowych
Andrzej Sochacki

WYDAWNICTWO WAM
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 6-2 93 200 • faks 12 42 95 003
e-mail: wam@wydawnictwowam.pl
www.wydawnictwowam.pl

DZIAŁ HANDLOWY
tel. 12 62 93 254-255 • faks 12 43 03 210
e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

KSIĘGARNIA INTERNETOWA
tel. 12 62 93 260, 12 62 93 446-447
faks 12 62 93 261
e.wydawnictwowam.pl

Spis treści

Alicja Pawłowska
Ukryte pragnienie 7

CZĘŚĆ I
Tło społeczno-pedagogiczne alkoholizowania się 15

Tadeusz Waldemar Gierat
Społeczne i pedagogiczne determinanty alkoholizmu 17

Norbert Pikuła
Społeczne skutki nadużywania alkoholu 47

Edyta Szyszka
Poczucie pokrzywdzenia w rodzinach z problemami alkoholowymi na przykładzie opinii kobiet 61

Michaela Šavrnochová
Participácia rodiny na liečebnom procese svojho člena závislého na alkohole 75

Soňa Dvorská (SR)
Osobnosť abstinujúceho závislého od alkoholu a pomoc zo strany sociálneho pracovníka 85

Žiaková Eva, Homolová Natália
Zmysel života drogovo závislých počas liečby 91

Marek Banach
Specyfika picia alkoholu przez kobiety w Polsce 103

CZĘŚĆ II
Teoretyczne aspekty FASD – Fetal Alcohole Spectrum Disorders 133

Ireneusz Kowalewski
Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód 135

Joanna Klimczak
Fetal Alcohol Syndrom – czyli skutki oddziaływania alkoholu na płód 147

Bernadetta Sarnacka
Funkcjonowanie dzieci z FAS 157

CZĘŚĆ III
Wiedza na temat Alkoholowego Zespołu Płodowego w świetle badań 173

Piotr Hejnold
Postawy krakowskich licealistów wobec FAS 175

Magdalena Domalik
Wiedza uczniów krakowskich szkół ponadgimnazjalnych na temat FAS 183

Maria Gomółka
Wiedza uczniów szkoły na temat Zespołu Alkoholowego Płodu 195

Magdalena Borowy
Porównanie poziomu wiedzy studentów Uniwersytetu Rolniczego oraz Uniwersytetu Pedagogicznego na temat problematyki FAS 213

Madgdalena Adamek
Wiedza i świadomość nauczycieli na temat problematyki FAS/FAE 219

CZĘŚĆ IV
Problemy diagnostyczne Alkoholowego Zespołu Płodowego 233

Marzena Mrozowska
Problemy diagnostyczne dzieci z FASD 235

Katarzyna Frączek
Diagnozowanie syndromu FAS w oparciu o podręcznik diagnozy z Uniwersytetu w Waszyngtonie 255

CZĘŚĆ V
Praca z dzieckiem z FASD 275

Barbara Kaczmarska
Problemy rodziców wychowujących dzieci z FASD 277

Małgorzata Gawor
Strategie pracy nauczyciela z dzieckiem z FASna zajęciach artystycznych w szkole 287

Marek Banach
Strategie, zasady i metody pracy z dzieckiem z FAS 297

Informacje o autorach 327

Alicja Pawłowska

Ukryte pragnienie

Gromkie okrzyki niemal całkowicie zagłuszały tętent końskich kopyt. Głównymi ulicami miasta przejeżdżał nietypowy konwój. Nie była to kolorowa brać cyrkowa, której spodziewano się z początkiem miesiąca, lecz czterech zbrojnych eskortujących pojmaną kobietę. Ponoć była zielarką zamieszkującą w puszczy na obrzeżach sioła. Ludzie spoglądali na nią nienawistnie, niektórzy nawet z potępieniem. Kilkoro dzieciaków nawet rzucało w kierunku uwięzionej zgniłymi warzywami. Jeden z pomidorów uderzył ją w twarz, zostawiając mokry ślad. Nie zareagowała. Ogólne poruszenie, które wyczuł Glindol, spowodowało, że porzucił wykonywane obowiązki i wybiegł czym prędzej na ulicę. Nie przypominał sobie, by ostatnimi czasy działo się coś ciekawego w miasteczku. Po prawdzie Glindol miał trudności ze skojarzeniem wydarzeń sprzed kilku dni. Lekko utykając na prawą nogę, przeciskał się przez tłum, żeby stanąć jak najbliżej. Przyglądał się niewieście z otwartymi ustami. Miała sympatyczne rysy, mądre spojrzenie zielonych oczu, przypominające mu wzrok cioci Klary, u której mieszkał i rude włosy spięte w kok, które kontrastowały z jej bladą skórą. Glindol nie znał takich trudnych słów więc dla niego po porostu wyglądały ciekawie. Jego zdaniem były zbyt czerwone, zupełnie jak płomienie, a on bał się ognia. Kobieta wypatrzyła go między ludźmi i uśmiechnęła się ciepło. Chłopiec pomachał w odpowiedzi. W tej samej chwili ktoś trzepnął go w głowę.

– Głupku ty! Wiedźma na proces o czary przytargana, a ty tę krzywą gębę będziesz do niej szczerzył. Głupiś tak samo, jak ta twoja moczymorda matka – karcący głos należał do piekarza.

Glindol rozmasował bolące miejsce.

– I co ty tu w ogóle robisz?

– Hałas usłyszałem.

– A drzwi do archiwum zamknąłeś? – mężczyzna spojrzał groźnie.

Yyyy…

Nim dosięgło go kolejne uderzenie, chłopak zniknął między spódnicami kwiaciarek, które pomstowały głośniej niż miejscowa śpiewaczka. Wracając do gmachu Urzędu Miejskiego, zastanawiał się, czym są czary. Skąd przekonanie wszystkich, że ta kobieta potrafiła robić rzeczy niestworzone? I dlaczego to było takie dziwne? Przecież każdego dnia Glindol odkrywał coś nowego, niezwykłego. Jak na przykład dzisiejszego ranka wleciał przez okno motyl i usiadł na starej księdze z obrazkami. Okazało się, że była to pierwsza ilustrowana kopia bajań dla dzieci. Glindol tak bardzo ucieszył się ze znaleziska, że poświęcił całe przedpołudnie na wertowanie kolorowych kart, zamiast odkurzać zabrudzone regały. Przerwał dokładnie w momencie, kiedy jego uwagę przyciągnęły okrzyki.

Gdy wyszedł zza zakrętu przed sklepem rzeźnika, przed wejściem do archiwum natknął się na zastępcę burmistrza, który stał z założonymi na piersiach rękoma i energicznie tupał nogą. Glindol, mimo że miał trudności z rozpoznawaniem nastrojów u innych, te gesty znał bardzo dobrze. Oznaczały, iż pan Lucjan jest zły i chłopak nawet domyślał się dlaczego.

– Glindol, na bogów Wysokich Gór! Ile razy powtarzałem Ci, że jak wychodzisz masz przesunąć zasuwę? – mówił cicho, ale bardzo poważnie. – Chcesz, żeby rozkradli nam archiwum?

– Ja nie chciałem, przepraszam. Te wszystkie głosy, byłem ciekawy co się stało... i... i... zapomniałem.

– Glin, z tobą to same kłopoty są – pan Lucjan pokręcił głową – Idź do burmistrza, ma pilną sprawę do ciebie.

Chłopiec wybałuszył oczy, co robiło demoniczne wręcz wrażenie, ponieważ miał małą głowę w stosunku do reszty ciała i bardzo szeroko rozstawione oczodoły. Nie czekając na dalsze wyjaśnienia, zniknął za drzwiami. Labirynt korytarzy w głównym gmachu urzędu miejskiego znał prawie na pamięć, choć czasem zdarzało mu się skręcić w niewłaściwą odnogę. Nie przejmował się tym specjalnie, gdyż jak mawiała ciocia Klara, ruch to zdrowie. Dzisiejszy dzień musiał być szczególny, pewnie jakiś układ gwiazd przynoszący szczęście, pomyślał. Ciągle się coś działo, nawet teraz. Oczywiście zakładając, że burmistrz nie zamierzał wygłosić okropnej tyrady i zbeształ go za lekkomyślność.

A właśnie, burmistrz przypominał Glindolowi stracha na wróble. Był bardzo wysoki, miał ostre, wręcz kanciaste rysy twarzy, garbaty nos i niemal niewidoczne usta, które tworzyły ledwie

cienką, ciemną kreskę. Rzadko się uśmiechał, pewnie dlatego że miał nieproporcjonalnie duże zęby. Gdy chłopiec wszedł do pokoju, mężczyzna siedział w fotelu pochylony nad jakimiś papierami. Mruczał coś pod nosem, trzymając się za głowę. Glindol nie był pewien, czy to zdenerwowanie, złość, czy też może wszy biegały mu w resztkach włosów? Zatrzymał się przed biurkiem i czekał, aż burmistrz zwróci na niego uwagę.

– O! Jesteś, bardzo dobrze. Właśnie posłałem po ciebie – mężczyzna wstał z fotela i objął pomocnika ramieniem – Chodź coś ci pokażę.

Prowadził go, o ile Glindol dobrze rozpoznał korytarz, w stronę cel więziennych, do których można się było dostać z gmachu urzędu podziemnymi tunelami. Może chodziło o tę kobietę, którą widział na ulicy.

– Otrzymasz bardzo ważne zadanie. Moim zdaniem, w przeciwieństwie do mojego zastępcy, jesteś najbardziej odpowiednią osobą.

– A o co chodzi? – Glindola zadziwiła pewność, z jaką mówił burmistrz, nie wspominając już o nazwaniu go „odpowiednim" do czegokolwiek.

– Widzisz, przyprowadzono do nas dzisiaj niezwykłego więźnia. Wszystko ci wytłumaczę po drodze. Podejrzewamy, że posiada ona niezwykłe zdolności, które pozwalają jej wpływać na to, o czym myśli i jak myśli inny człowiek. A także robić niesłychane sztuczki – wypowiadał słowa powoli i dobitnie – Czy wszystko rozumiesz, jak na razie?

– Chyba tak. Czy ona jest czymś, jakby czarownicą?

– Tak! O, nie wiedziałem, że znasz znaczenie tego słowa.

– Nie jestem aż tak głupi – chłopiec odparł całkiem poważnie – Podczytuję sobie niektóre księgi, szczególnie te z obrazkami. Czasem zapamiętam coś ciekawego.

– Kto by pomyślał – uśmiechnął się – W każdym razie Glin, zostałeś wyznaczony na pilnującego. Dzięki twojemu ograniczonemu umysłowi sądzę, że wiedźma cię nie zauroczy.

– Ograniczonemu? – zdziwił się Glindol, przecież wszystko z nim było w porządku.

– Nieistotne. Nadajesz się w sam raz, uwierz mi na słowo – skwitował akurat, gdy zatrzymali się przed celą.

Burmistrz ceremonialnie podał mu wielki klucz.

– A teraz słuchaj uważnie. Pod żadnym pozorem nie wolno ci z nią rozmawiać. Masz przynosić tylko jedzenie i napitek, który

dostaniesz od strażników. Nikomu nie wolno wchodzić do celi. Tylko ty możesz dysponować kluczem, nawet jak przyjdą zabrać ją na proces. Czy to jasne?

– Tak – kiwnął głową – A co ona takiego strasznego zrobiła? Nie wygląda groźnie.

– Wygląd o niczym nie świadczy. To są sztuczki, których używa.

Chłopiec spojrzał na niego dziwnie. Przecież dokładnie to samo mówili o nim, nazywając go głupkiem, a wcale żadnych nadprzyrodzonych mocy nie posiadał. Może chodziło o coś innego, o czym Glindol nie miał pojęcia, bo ewidentnie z tym wyglądem coś było nie tak. Niemniej jednak zostało mu powierzone ważne zadanie, z którego postanowił wywiązać się znacznie lepiej niż z pilnowania archiwum. Spisał sobie na kartce koślawymi literami słowa burmistrza, przynajmniej w wersji, którą zdążył zapamiętać.

Proces trwał już trzeci dzień. Glindolowi przestawała się podobać ta nowa praca. Siedział tylko pod celą i gapił się w mur. Znał już na pamięć chyba wszystkie nierówności kamieni. Najpierw próbował poczytać księgę, którą zabrał z domu, ale znudziła mu się po godzinie. Potem nakreślił kilka gryzmołów na papierze, ale tak bardzo upaćkał się inkaustem, że musiał się przebrać. Ciocia Klara zbeształa go za niezdarność i za to, że musiał z tego powodu opuścić stanowisko. W końcu z rezygnacją patrzył się w przestrzeń.

Jednak teraz nie miał zupełnie pojęcia, co z sobą zrobić. Spojrzał przez kraty na siedzącą w celi kobietę. Miała na sobie brudną sukienkę i splątane w nieładzie włosy. Glindol uśmiechnął się do niej. Odpowiedziała tym samym i podniosła się z materaca.

– Jesteś moim opiekunem? – zapytała ciepło, a jej głos miał miękkie brzmienie.

– Nie wolno mi z tobą rozmawiać – odparł dumnie chłopiec.

– A ja myślałam, że się mnie boisz.

– Wcale się nie boję, nie jesteś groźna.

– Doprawdy? Cieszę się, że tak myślisz. Może przekonasz do tego pozostałych?

– Oni mnie nie słuchają, a poza tym nie mogę z tobą rozmawiać – Glindol odwrócił się na krześle.

– Oczywiście – uśmiechnęła się do jego pleców i przykucnęła przy kratach. – Mogę chociaż dowiedzieć się, jak ma na imię mój opiekun?

– Glindol.

– Ja jestem Luna, miło mi cię poznać.

Chłopiec poderwał się na równe nogi.

– Teraz będziesz mnie czarować tak, jak powiedział burmistrz! – oburzył się – Słyszałem, jak wspominali, że rzucasz zaklęcia imienne.

– Nie śmiałabym rzucić żadnego zaklęcia na mojego opiekuna – odparła łagodnie.

Zmarszczył brwi, przyglądając się jej uważnie. Z jednej strony gdzieś w głowie kołatała mu myśl, że powinien uważać, a z drugiej strony miał nieodpartą chęć poznania Luny. Grono jego przyjaciół, o ile można ich było tak nazwać, nie należało do szerokich.

– Dlaczego tu jesteś? – zdecydował zapytać, ale stanął na wszelki wypadek pod murem po przeciwnej stronie celi.

– Hmm, jakby ci to wytłumaczyć Glindolu.

– Zwyczajnie.

– Oczywiście, masz rację. Przyszła do mnie kiedyś smutna kobieta. Powiedziała, że jej luby przestał ją kochać, a bardzo by chciała, żeby do niej wrócił. Poradziłam jej, żeby się z nim spotkała i wyjaśniła sprawę, która ich poróżniła. A żeby poczuła się pewniej, dałam jej flakonik z mieszanką ziół. Głównie napój miał ich oboje rozluźnić. Ponieważ luby do niej wrócił, inna przyszła do mnie z zamiarem skorzystania z magicznego napoju, ponieważ wydawało jej się, że tym właśnie była mikstura. Nie mogłam pomóc owej drugiej kobiecie, gdyż jej intencje względem mężczyzny nie były czyste. Musiała się na mnie rozgniewać i nazwać mnie czarownicą. Stąd całe to zamieszanie. Zrozumiałeś?

– Czemu ciągle się mnie o to pyta? Tak, zrozumiałem. Jedna pani była dobra i kochał ją ten pan, tylko pokłócili się o coś. A druga pani chciała dostać pana, który nie był dla niej.

– Niezwykle mądry jesteś Glindolu. Cieszę się, że jesteś moim opiekunem, bo…

Nie dokończyła, gdyż usłyszeli zbliżające się kroki. Czterech wartowników, zakutych w zbroje, szli w stronę celi. Jeden z nich wskazał, by Glindol otworzył drzwi. Wyprowadzili Lunę, zakuli jej ręce w kajdany i ruszyli z powrotem.

– No wiedźmo, zgromadzenie przerwało naradę – rzucił dowódca nim odeszli – Decyzja o twoim losie zapadła.

Gdy wrota do więzienia zamknęły się za nimi z hukiem, Glindol jeszcze długo wpatrywał się w pusty korytarz. Coś w słowach Luny go poruszyło. Z niecierpliwością czekał na ich powrót. Nie trwało to długo. Pierwszy kroczył burmistrz. Chłopca zaniepokoiła radość malująca się na twarzy zwierzchnika. Mężczyzna aż promieniał. Przepuścił strażników z więźniarką, podszedł go Glindola i poklepał go po ramieniu.

– No młodzieńcze, będziesz świadkiem pierwszego w powiecie spalenia czarownicy! Już ustawiają stos na placu. Jutro z rana odbędzie się głośna egzekucja. Wspaniały dzień przed nami – mówił z takim przejęciem, że aż ręce mu drżały.

– Co w tym takiego wspaniałego? Odbierzecie jej życie – zasępił się młodzieniec, wprawiając burmistrza w konsternację.

– Nie zdajesz sobie sprawy, ile istnień uratujemy przed jej złowieszczym wpływem.

– Przecież ona nic takiego nie zrobiła.

– Czyżbyś z nią rozmawiał? – mężczyzna spiorunował go spojrzeniem.

– Yyy, nie. Usłyszałem na ulicy – skłamał.

Glindol usiadł na swoim krześle, jeszcze zanim zamknęli ją powrotem w celi. Uśmiechnął się do burmistrza, jakby zupełnie nie przywiązał wagi do tej wymiany zdań. Zresztą zwierzchnik bynajmniej nie przejął się w zasadzie trafną uwagą chłopca. Gdy odgłosy kroków umilkły, zagadnął Lunę.

– Dlaczego cię skazali?

– Bo się mnie boją. Uważają, że niezrozumiałe jest groźne. Poza tym jestem obca, nie należę do społeczeństwa.

– Hmm, w takim razie mnie też powinni spalić na stosie.

– Twoja inność jest inna niż moja – roześmiała się, słysząc własne słowa – Dziwnie to brzmi.

– Wiesz, mimo że miałem z tobą nie rozmawiać i wcale nie będę, to nie chcę, żeby stało ci się coś złego.

Zbliżyła się do krat i poczochrała mu czuprynę.

– Jesteś fascynującym chłopcem, Glindolu. Wydaje mi się, że widzisz więcej niż oni.

– Raczej nie. Dalej jak do drogi od domu cioci Klary to nie widzę – sprostował.

– To i tak dużo.

– Chciałbym ci jakoś pomóc, ale boję się, że dostanę za to manto.

– A gdybym spełniła twoje jedno życzenie w zamian za wolność? – spojrzała na niego uważnie.

– Czyli jednak jesteś czarownicą – oświadczył dumnie.

– Załóżmy, że jestem. Czy zechciałbyś mnie wypuścić?

– Może…

Chłopiec rozglądnął się na wszelki wypadek. Wsadził klucz do zamka i przekręcił. Najciszej jak się dało odsunął zasuwę i cela stanęła otworem. Chwycił Lunę za rękę i pociągnął wzdłuż korytarza. Szli, a w zasadzie biegli dobrą chwilę. Na szczęście labirynty podziemne Glindol znał równie dobrze co te w urzędzie miejskim i po pięciu minutach dotarli do włazu prowadzącego na zewnątrz. Czarownica pomogła mu odsunąć pokrywę i wygramolili się. Tunel prowadził dokładnie poza mury miasta. Więzienie zbudowano niemal na obrzeżach, więc udało im się wyjść niepostrzeżenie.

– Bardzo ci dziękuję Glindolu za to, że zwróciłeś mi wolność. Tak, jak obiecałam mogę spełnić twoje jedno życzenie. Wybacz, że nie trzy, ale Złota Rybka mogłaby się obrazić, że zabieram jej pracę – zażartowała – Zastanów się dobrze, czego pragniesz najbardziej. Nowego domu, rodziny, a może chcesz, żebym odwróciła to, kim jesteś i stałbyś się taki jak wszyscy dookoła?

– Taki, jak wszyscy dookoła? To znaczy, że cieszyłbym się tak, jak oni ze spalenia cię na stosie? – na jego twarzy pojawiły się rumieńce – Nie. Mój świat jest piękny, każdego dnia. Chciałbym, żeby inni ludzie dostrzegli go moimi oczyma.

– Niech tak się stanie fascynujący chłopcze – odparła z uśmiechem Luna i zniknęła, nim Glindol zdążył się pożegnać.

CZĘŚĆ I

Tło społeczno-pedagogiczne alkoholizowania się

Problemy Alkoholowego Zespołu Płodowego mają szerokie uzasadnienie społeczne, psychologiczne czy pedagogiczne, zwiazane z osadzeniem ich w realiach codziennego życia społecznego. Nie sposób zatem analizować tego zjawiska w oderwaniu od realiów funkcjonowania rodziny, grup młodzieży, dorosłych. Należy uwzględniać kontekst problemów, z którymi na bieżąco te jednostki muszą się mierzyć. Dlatego nasze rozważania zaczynamy od problematyki alkoholizmu, jego uwarunkowań, specyfiki. Teksty Tadeusza Gierata i Norberta Pikuły wprost omawiają ten problem, ukazując najważniejsze jego aspekty. W ten nurt wpisuje się także tekst Marka Banacha, który koncentruje się na specyfice picia alkoholu przez kobiety. Pozostałe opracowania poruszają ważne z pedagogicznego i społecznego punktu widzenia problemy mogące towarzyszyć zjawisku alkoholizowania czy narkotyzowania się. Stąd kwestia poczucia pokrzywdzenia jako element związany z alkoholizowaniem się w tekście Edyty Szyszki oraz problemy pomocy ze strony rodziny i pracowników socjalnych osobom uzależnionym od alkoholu w artykułach Michaeli Savrnochowej i Soni Dvorskiej. Interesujący jest także tekst Evy Żiakowej i Natalii Homolowej dotyczący problematyki funkcjonowania osoby uzależnionej od narkotyków pozostającej w leczeniu. Mamy świadomość, że FASD to problem ściśle powiązany z piciem alkoholu w czasie ciąży. Pojawia się on zatem nie tylko w rodzinach patologicznych, gdzie to zjawisko obserwujemy niejako na bieżąco, ale praktycznie w przypadku każdej kobiety, która w czasie ciąży sięga po jakiekolwiek napoje alkoholowe. Jest to zatem problem nie tylko opieki zastępczej, aczkolwiek to właśnie na tym gruncie pojawiły się pierwsze trudności z dziećmi specyficznie się zachowujacymi, do których nie pasował wizerunek żadnej innej choroby, ale także każdej „normalnej" rodziny. Wiemy, że ska-

la picia alkoholu w Polsce jest naprawdę duża, że piją nie tylko mężczyźni, ale także kobiety i młodzież, a wśród nich całkiem spory odsetek dziewcząt – przyszłych matek. Dlatego zrozumienie mechanizmów popychających do używania i nadużywania alkoholu pozwoli być może w jakimś stopniu ograniczyć to niekorzystne dla społeczeństwa zjawisko.

Tadeusz Waldemar Gierat

Społeczne i pedagogiczne determinanty alkoholizmu

Alkohol towarzyszył społeczeństwom ludzkim od zarania dziejów i był spożywany w celach religijnych, leczniczych i odżywczych. Jako środek hamujący działanie układu nerwowego alkohol ogranicza kontrolne funkcje kory mózgowej, z tego też powodu bywa traktowany jako środek łagodzący stresy i obniżający poziom lęku. Ta wielość ról alkoholu sprawia, że wysoki poziom jego spożycia utrzymuje się przez wieki, mimo wielu szkodliwych następstw jego nadużywania.

Wpływ nadużywania alkoholu przez ojców na sytuację domową i szkolną dzieci stanowi od dawna przedmiot zainteresowania wielu badaczy zajmujących się patologią społeczną. Niepokojące rozmiary wzrostu nadużywania alkoholu, jakie od kilkudziesięciu lat notujemy w Polsce i na całym świecie, zagrażają wychowawczej roli rodziny. W rodzinach nadużywających alkoholu obserwuje się niezaspokojenie podstawowych potrzeb rozwojowych dziecka, co w konsekwencji prowadzi do niepowodzeń szkolnych i trudności wychowawczych. Nierzadko dołącza się do tego wyniszczenie fizyczne, wiążące się z niezaspokojeniem podstawowych biologicznych potrzeb rozwojowych. Dzieci z rodzin nadużywających alkoholu mogą stać się łatwiej niż inne ludźmi niedostosowanymi społecznie i powiększyć liczbę osób nałogowo pijących.

Wszyscy rodzice pragną, aby ich dzieci dobrze się uczyły w szkole i wyrosły na pełnowartościowych obywateli. Nie wszyscy zdają sobie jednak sprawę z tego, że na przyszłe losy dziecka wpływają w decydujący sposób oni sami i to od najwcześniejszych miesięcy, a nawet dni życia.

Niniejsze opracowanie stanowi próbę ukazania problemu ogólnokrajowego, jakim jest nadużywanie alkoholu przez ojców rodzin i wynikające z tego konsekwencje. Problematyka ta jest złożona i bardziej aktualna dziś niż kiedykolwiek, a w ostatnich

latach poddawana jest analizie psychologów, pedagogów i socjologów, lekarzy i działaczy.

Niniejsze opracowanie jest próbą interdyscyplinarnego przedstawienia współczesnych poglądów na spożycie alkoholu, jego nadużywanie i związane z tym szkodliwe następstwa społeczne. Tematyka artykułu wychodzi też naprzeciw zapotrzebowaniu na publikacje empiryczne omawiające tę problematykę, nadużywanie alkoholu zagraża bowiem nie tylko zdrowiu fizycznemu i psychicznemu jednostki, lecz pozbawia rodzinę jej najważniejszej funkcji, jaką jest prawidłowo i skutecznie realizowany proces wychowania dziecka.

Pojęcie, specyfika i rozmiar alkoholizmu w świetle literatury

Napoje alkoholowe są towarzyszem człowieka od początku jego istnienia. Natomiast niewątpliwie jednym z najistotniejszych problemów ogólnoświatowych jest zjawisko nadużywania alkoholu i choroba alkoholowa: „zjawisko to jednak w naszym społeczeństwie – według M. Ochmańskiego – narasta do wyjątkowych rozmiarów, stwarzając proces niezmiernie złożony oraz bardzo trudny do przezwyciężenia”[1].

Zgodnie z danymi zaczerpniętymi z literatury fachowej, upajające napoje i ich skutki są dobrze znane od starożytnych czasów: „Niedawno odkrycia archeologiczne wykazały, że sztuka fermentacji jest w istocie dawniejsza od pisanej historii cywilizacji. Jest całkiem możliwe, że alkohol w tej czy innej postaci, był pierwszym środkiem kojącym i od początku utrzymywał swą wątpliwą pozycję najpowszechniej używanego środka tego typu...”[2].

W starożytności, na podstawie zebranych materiałów, można wyszczególnić opisy zarówno ostrego zatrucia alkoholem, jak i niektórych skutków jego nadużywania. Zdaniem jednego z autorów, „...poglądy na charakter i istotę następstw nadużywania alkoholu w ciału dziejów uległy znacznej ewolucji. W naświetleniu tych zagadnień dominowało przez wieki podejście czysto moralne i nadużywanie alkoholu traktowano jako zacho-

[1] M. Ochmański, *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*, Lublin 1997, s. 39.

[2] P.G. Zimbardo, F.L Ruch., *Psychologia i życie*, Warszawa 1996, s. 448.

wanie grzeszne bądź stanowiące przejaw słabej woli..."[3]. Według innego autora, skłonność do sięgania po napoje alkoholowe traktowano też jako wadę moralną oraz słabość charakteru, które dana osoba jest w stanie przezwyciężyć dzięki perswazji oraz presji indywidualnej lub zbiorowej[4].

Pierwszym człowiekiem, który rozpoczął szerzenie poglądów na temat pojmowania alkoholizmu jako choroby w XIX wieku był szwedzki lekarz Magnus Huss, który w 1849 roku opublikował książkę pod tytułem: *Alkoholizm przewlekły* i od tamtej chwili uchodził on za twórcę tego terminu. Alkoholizmem nazywał on chorobę, która jest skutkiem nadużywania napojów alkoholowych w sposób powodujący negatywne, a także wielokrotnie bolesne konsekwencje zarówno dla pijącego, jak i dla jego najbliższego środowiska. Jest to zjawisko powodujące tak głębokie zaburzenia świadomości i wolności człowieka, że dla większości osób będących uzależnionymi okazuje się ona być chorobą śmiertelną. Dzięki temu, iż Magnus Huss ujawnił powyższe dane, od 1849 roku coraz powszechniejsze stało się rozumienie alkoholizmu jako choroby przewlekłej i ciężkiej do przezwyciężenia[5].

Wielu autorów, którzy zajmują się zagadnieniem uzależnienia od alkoholu, jest zgodnych, iż nie ma jednej ogólnie funkcjonującej definicji tej choroby. Pochodzenie tej formy uzależnienia nie jest również całkowicie jasne. Wiadomo, że sprzyjają jej poszczególne czynniki, do których zaliczamy: biologiczną podatność, psychologiczną konstrukcję człowieka, otoczenie społeczne i przyjętą w danym społeczeństwie obyczajowość[6].

Czynniki biologiczne – na podstawie przeprowadzonych badań epidemiologicznych wnioskuje się, że problemy z uzależnieniem od alkoholu występują trzy do czterech razy częściej u dzieci alkoholików niż wśród potomstwa osób, które nie mają problemów z nadużywaniem alkoholu. Potomkowie alkoholików w skutek predyspozycji genetycznych mogą być bardziej zagrożeni rozwojem problemów związanych z nadużywaniem

[3] M. Ochmański, *Alkoholizm ojców...*, dz. cyt., s. 39.

[4] E. Zubrzycka, *Powiedz komuś!*, Gdańsk 1993, s. 179.

[5] M. Dziewiecki, *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Kielce 2003 s. 42.

[6] Por. L.A. Quigley, G.A. Marlatt, *Picie alkoholu wśród ludzi dorosłych w młodym wieku. Powszechność, wzorce i konsekwencje*, w: *Picie alkoholu w różnych okresach życia*, „Alkohol i Zdrowie", nr 25, Warszawa 2000, s. 122.

alkoholu w życiu dorosłym. To rodzinne obciążenie zapewne może mieć związek z genetycznie zdeterminowaną obniżoną wrażliwością na działanie, jakie niesie z sobą sam alkohol.

Czynniki psychologiczne – do czynników ryzyka zalicza się bardzo często cechy osobowości, takie jak impulsywność i upośledzenie kontroli zachowań. Występowanie w dzieciństwie zaburzeń zachowania związane jest z wystąpieniem ryzyka spożywania alkoholu i objawami alkoholizmu wśród młodzieży. Przejściowe problemy alkoholowe, które często rozwijają się w przewlekłe zaburzenie uzależnienia od alkoholu, spotyka się również u niektórych osób dorosłych, u których występowały zaburzenia zachowania w dzieciństwie, w okresie młodzieńczym czy wczesnej dorosłości.

Czynniki społeczne i środowiskowe – do czynników tych zaliczamy normy używania i akceptacji alkoholu, a także wpływy środowiska społecznego i sąsiedzkiego oraz rodziny. Intensywnie pijący rówieśnicy sprzyjają również temu, by dana osoba popadła w uzależnienie alkoholowe poprzez naśladownictwo danego obyczaju. Do czynników środowiskowych zaliczamy również ustaloną ustawowo dolną granicę wieku uprawniającego do nabywania alkoholu oraz ceny napojów alkoholowych, które w ostatnich latach stosunkowo zmalały[7].

Termin „alkoholizm" może być rozpatrywany w różnych kontekstach i informuje o różnorodnych zjawiskach. Jedni naukowcy z dziedziny danego problemu traktowali alkoholizm jako chorobę albo zespół uzależnienia od alkoholu, inni określali tym mianem wszystkie rodzaje picia wykraczające poza normy kulturalne i prowadzące do szkodliwych następstw. Są również i tacy którzy alkoholizm określili jako całokształt patologii społecznej związanej z piciem alkoholu.

W literaturze fachowej odnajdujemy również pojęcie „alkoholika – nietoksykomana", które jest określeniem chorego cierpiącego z uwagi na trudności psychologiczne czy społeczne, a starającego się chwilowo od nich uwolnić poprzez zatrucie alkoholowe[8].

Wyżej opisane poglądy o alkoholizmie zostały zapoczątkowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), której Podko-

[7] Por. L.A. Quigley, G.A. Marlatt, *Picie alkoholu wśród ludzi dorosłych w młodym wieku, dz. cyt.*, s. 122-124.

[8] E. Zubrzycka, *Powiedz komuś!,* dz. cyt., s. 179.

mitet do Spraw Alkoholizmu Ekspertów Zdrowia Psychicznego w 1951 roku postanowił przyjąć następującą definicję alkoholizmu: „Alkoholicy są to osoby pijące nadmiernie, u których zależność od alkoholu jest taka, że wykazują bądź wyraźne zaburzenia psychiczne, bądź objawy zakłócające ich zdrowie fizyczne i psychiczne, ich stosunki z osobami drugimi i ich zachowanie się społeczne i ekonomiczne, bądź wykazują objawy zwiastujące zaburzenia tego rodzaju. Powinni być przeto poddani leczeniu”[9].

Jednak w roku 1979 eksperci skupieni w WHO zaproponowali rezygnację z terminu, jakim jest „alkoholizm”, gdyż istnieje niejednolitość w definiowaniu tego pojęcia. Dlatego też zamiast terminu „alkoholizm” jako nazwy choroby, w wyniku IX rewizji międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów, postanowiono wprowadzić termin „zespół uzależnienia od alkoholu”. W miejscu alkoholizmu natomiast postanowiono wprowadzić termin o szerokim znaczeniu „problemy związane z alkoholem” albo „problemy alkoholowe”[10].

Od roku 1980 w Polsce obowiązująca stała się następująca definicja zespołu uzależnienia od alkoholu „...stan zmian psychicznych i zwykle także somatycznych, spowodowany uzależnieniem od alkoholu, charakteryzujący się określonymi reakcjami behawioralnymi i innymi, które z reguły obejmują skłonności do stałego lub okresowego używania alkoholu w celu doznawania jego efektów psychicznych, a czasem także, aby uniknąć złego samopoczucia wynikającego z braku alkoholu”[11].

Aktualnie rozmiary i skutki nadmiernego spożywania napojów alkoholowych tworzą bardzo poważne zagrożenie dla funkcjonowania społeczeństwa. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że Polska znajduje się w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższym spożyciu alkoholu na świecie[12].

Bardzo istotnym problemem pojawiającym się w dzisiejszych czasach jest zastraszająco wysoki wskaźnik spożywania alkoholu przez młodych ludzi. Obniża się wiek pierwszych inicjacji alkoholowych, czego efektem są skutki picia widoczne w rosnących

[9] Tamże, s. 180.

[10] Por. M. Ochamński, *Alkoholizm ojców...*, dz. cyt., s. 43.

[11] Tamże.

[12] Por. J. Sierosławski, B. Prajsner, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną*, Warszawa 2003, s. 9.

statystykach przestępczości, wypadków czy zatrzymań w izbach wytrzeźwień. Wieloletnie badania i obserwacje zjawiska konsumpcji alkoholu przez nieletnich dowodzą, że mimo działań profilaktycznych i obowiązujących zakazów problem stale wzrasta.

Rozmiar alkoholizmu w Polsce jest wysoki. Aktualnie jest około 1,5 miliona alkoholików, natomiast osób zarejestrowanych w lecznictwie odwykowym jest około 130 tysięcy. Szkodliwe efekty spowodowane nadużywaniem alkoholu przez członka rodziny występują u około 3 milionów osób dorosłych, jak również dzieci i są to przeważnie schorzenia psychosomatyczne czy zaburzenia emocjonalne wywołane przez chroniczny stres[13].

O chorobie alkoholowej przez długi czas mówiło się w kontekście marginesu społecznego. Dopiero ostatnie badania pokazały, iż większa cześć osób, które nadużywają alkoholu i są uzależnione od niego, to członkowie pełnych rodzin, pracujących, niekaranych sądownie i w większości niekorzystających z lecznictwa odwykowego. Duży odsetek tych osób posiada wyższe wykształcenie, a o ich uzależnieniu nie wiedzą nawet najbliżsi współpracownicy czy sąsiedzi.

Alkoholizm jako choroba

Spożywanie alkoholu nie jest obojętne dla organizmu. Zazwyczaj związane jest z szeregiem szkodliwych czynników. Problemy, których podłożem jest nadmierne spożywanie alkoholu, dotyczą zarówno negatywnych zmian w przewodzie pokarmowym, w układzie nerwowym, układzie krążenia, układzie oddechowym, moczowym, odpornościowym, zmian skórnych, jak i zmian w sferze psychiki ludzkiej. Natomiast podstawowym problemem w tej kwestii jest zespół uzależnienia od alkoholu. Jerzy Mellibruda twierdzi, że: „Uzależnienie od alkoholu, czyli alkoholizm, jest chroniczną, postępującą i potencjalnie śmiertelną chorobą. Może jednak być powstrzymywana, jeżeli osoba uzależniona podejmuje systematyczną terapię w placówce odwykowej. Uzależnienie jest chorobą, która uszkadza cztery najbardziej podstawowe sfery życia – fizyczną, psychiczną, społeczną i duchową, dlatego też terapia powinna obejmować je jako

[13] Por. A. Tybulska, *Alkoholizowanie się nieletnich,* „Problemy opiekuńczo-wychowawcze" 1998/9, s. 15.

całość..."[14]. Uzależnienie od spożywania napojów alkoholowych jest utratą kontroli nad piciem, czyli jest świadomością niemożności zaprzestania raz rozpoczętego picia w dowolnym momencie oraz jest niemożliwością utrzymania się w abstynencji przez dłuższy okres czasu, co stwarza konieczność poszukiwania alkoholu, niekiedy kosztem wszystkiego[15].

Choroba alkoholowa jest zjawiskiem bardzo specyficznym. Sprawia ona bowiem, iż organizm człowieka jest na nią podatny. Natomiast każdy łyk napoju alkoholowego wypijany przez uzależnionego niszczy go, sprawia, że jego organizm staje się coraz słabszy i występuje coraz więcej symptomów chorobowych. Osoba regularnie spożywająca napoje alkoholowe często jest rozdrażniona i podenerwowana.

W wywiadzie od osób uzależnionych występują bardzo często następujące symptomy: osłabienie organizmu i nadmierna męczliwość; przewlekłe bóle głowy; bardzo częste infekcje górnych dróg oddechowych; podatność na różnego rodzaju urazy; bóle usytuowane w jamie brzusznej i klatce piersiowej, a także zaburzenia żołądkowo-jelitowe; nadciśnienie; zapalenie trzustki; u kobiet pojawiają się zaburzenia menstruacyjne; choroby weneryczne[16].

Sam uzależniony od alkoholu nie dostrzega swej choroby. Zdaje sobie sprawę z tego, iż stan jego zdrowia znacznie się pogorszył, że zaczynają doskwierać mu różnego rodzaju dolegliwości, lecz składa to na barki utraty odporności, coraz starszego wieku (choć często są to osoby stosunkowo młode), nerwowego trybu życia itp. Takie myślenie powoduje włączenie się u niego psychologicznego systemu obronny, przez co sam przed sobą zaprzecza, jakoby jego dominującym problemem był alkohol[17].

Istotny problem, z jakim boryka się osoba uzależniona od alkoholu, pojawia się również w sferze psychicznej. Psychologiczna zależność jest wyuczonym sposobem używania alkoholu w pewnych sytuacjach wywołujących napięcia oraz nieprzyjemne stany uczuciowe. Chory sięga wówczas po napoje

[14] J. Mellibruda, *Tajemnice ETOH*, Warszawa 1993, s. 33.

[15] Por. I. Walda, *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986, s. 210.

[16] Por. B.T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998, s. 30.

[17] Por. M. Kisiel, *Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych*, Warszawa 2001, s. 27.

alkoholowe, które stają się jego pewnego rodzaju „tłumikiem" łagodzącym owe stany i towarzyszący im niepokój. Czynniki genetyczne, biologiczne, psychologiczne mogą powodować zwiększenie bądź zmniejszenie skłonności do rozwijania się uzależnienia psychicznego[18].

Do najczęstszych powikłań w sferze psychicznej przy wystąpieniu uzależnienia od alkoholu zaliczamy ostre psychozy alkoholowe, tj. majaczenia, halucynozy oraz przewlekłe psychozy alkoholowe, takie jak przewlekłe halucynozy, paranoje i psychozy Korsakowa[19]. Ponadto zaznaczyć należy, iż u znacznej części osób uzależnionych od alkoholu pojawiają się stany depresyjne. I tu zauważamy, jak tak zwane „błędne koło" się zamyka. Duża część osób sięga po alkohol, by osiągnąć stan rozluźnienia, by się rozweselić, wyjść z depresji. Początkowo udaje się to, lecz rezultatem częstego, nagminnego sięgania po alkohol jest uzależnienie, którego z kolei rezultatem mogą być depresje mogące utrzymywać się przez okres wielu tygodni po zaprzestaniu picia. Wiążą się one nie tylko z samym zespołem abstynencyjnym, ale także z sytuacjami życiowymi.

Liczne badania wskazują, iż u osób uzależnionych od alkoholu pojawiają się niejednokrotnie zaburzenia pamięci, a także procesów poznawczych i obniżenie funkcji intelektualnych. Symptomy te są ściśle związane ze zmianami zanikowymi mózgu, które powstają na skutek częstego alkoholizowania się[20].

Alkoholikiem nie staje się nikt, kto okazjonalnie wypija kufel piwa lub podnosi toast lampką wina czy innym trunkiem. Nie jest nim również osoba, która zapomniała się do tego stopnia, iż wprowadziła swój organizm w stan głębokiego upojenia alkoholowego. Zespół uzależnienia od alkoholu będzie występował natomiast wówczas, gdy u danej osoby wystąpią przynajmniej trzy z niżej wymienionych objawów w okresie przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach, krótszych niż jeden miesiąc:

1. Silne poczucie przymusu picia.
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z piciem napojów alkoholowych (zaburzenie zdolności pow-

[18] Por. I. Walda, *Alkohol oraz związane...*, dz. cyt., s. 211.

[19] Por. B.T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, dz. cyt., s. 510.

[20] Por. tamże, s. 51.

strzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczeniu, co do ilości wypijanego alkoholu).
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, biegunka, bezsenność) lub używanie alkoholu, by wyzbyć się od objawów związanych z wystąpieniem zespołu abstynencyjnego. Na zespół ten składa się wiele symptomów zarówno somatycznych, jak i psychicznych. Chory czuje się rozbity, skarży się na suchość w ustach, brak apetytu, często cierpi na bóle głowy, zgagę, nudności, niekiedy wymioty, biegunki, wzmożoną potliwość, kołatanie serca, skurcze mięśniowe w kończynach czy też drżenie rąk. W stanie psychicznym uzależnionego, występuje natomiast drażliwość, niepokój, lęk, poczucie bezprzedmiotowego zagrożenia, chwiejność nastroju, zaburzenia koncentracji uwagi, bezsenność, męczące koszmarne sny. Zdarza się również, iż w zespole odstawienia alkoholowego pojawia się majaczenie senne.
4. Występuje zmieniona tolerancja alkoholowa, potrzeba spożycia większych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu.
5. Koncentracja życia wokół picia alkoholu, co z reguły odbywa się kosztem rodziny, zainteresowań i obowiązków.
6. Uporczywe sięganie po alkohol pomimo oczywistych dowodów na występowania szkodliwych następstw picia[21].

Alkoholizm jest chorobą zarówno chroniczną, postępującą, jak również potencjalnie śmiertelną, wieloczynnikową. Pod wieloma względami choroba ta różni się od większości innych, gdyż po pierwsze rozwija się powoli w ciągu życia człowieka i może ona dotknąć osoby w każdym wieku. Po wtóre zaś, nieznana jest żadna pojedyncza przyczyna występowania tej ciężkiej choroby. Każdy alkoholik ma swoją osobistą historię picia alkoholu: dziedziczenie, czynniki kulturowe, czynniki ekonomiczne i środowiskowe – one wszystkie przyczyniają się do rozwoju jego choroby. Po trzecie, co jest dosyć ważnym elementem, zarówno sami alkoholicy, jak i ich związane z alkoholem upośledzenia mogą podlegać zmianom na przestrzeni czasu.

Alkoholizm, jak już wspomniałem, rozwija się przez dłuższy okres czasu. Choć u niektórych osób choroba ta przebiega w spo-

[21] Por. I. Walda, *Alkohol oraz związane...*, dz. cyt., s. 211.

sób postępujący, u innych utrzymuje się na stałym poziomie, a nawet, czasami, samoistnie może się cofnąć.

Ze względu na fakt, iż przebieg choroby ma bardzo zróżnicowany i indywidualny charakter, autorzy wyróżnili charakterystyczne fazy przebiegu choroby alkoholowej:

Faza wstępna – może trwać do kilku miesięcy do nawet paru lat. Jest to faza, w której uzależniony sięga po alkohol, by doznać poczucia ulgi, pojawia się wzrost tolerancji na alkohol, picie alkoholu towarzyskie, spożywanie dużych ilości alkoholu bez objawów zatrucia. W fazie tej spożywanie alkoholu nie prowadzi jeszcze do rzucającego się w oczy upijania, pomimo iż chory zwykle pije parę razy w ciągu dnia, pod wieczór zaś uzyskuje stan pełnego znieczulenia uczuciowego. Stopniowo następuje obniżanie się tolerancji wobec jakiegokolwiek napięcia psychicznego.

Faza ostrzegawcza – jej początek zwiastuje nagła zmiana reagowania na alkohol, pojawiają się luki pamięciowe po spożyciu pewnej ilości alkoholu. Ponadto u danej osoby pojawia się coraz większa koncentracja na alkoholu. Często w fazie tej zauważyć można picie po kryjomu w samotności, picie z chciwością, łapczywe, organizowanie okazji do wypicia alkoholu. Ze względu na fakt, iż chory zaczyna uświadamiać sobie, że pije inaczej niż inni ludzie i niż sam dawniej pił, może nastąpić poczucie winy związane ze spożywaniem alkoholu oraz unikanie rozmów na temat jego spożycia. Faza ta może trwać od pół roku nawet do pięciu lat.

Faza krytyczna lub ostra – jej początek zaczyna się upośledzeniem kontroli nad piciem alkoholu. U chorego, zaraz po wypiciu pierwszego kieliszka, pojawia się przemożne pragnienie dalszego picia, które odczuwa jako przymus fizyczny. Osoba, która przez swe uzależnienie znalazła się w tej fazie, coraz więcej czasu zaczyna poświęcać na znajdowanie i wymyślanie usprawiedliwień dla swego picia. Ponadto zaczynają pojawiać się stany agresji, konflikty z prawem, które przeplatają się ze stanami wyrzutów sumienia. Zaburzeniu ulegają także stosunki z otoczeniem, z czasem dochodzi do zaniedbywania rodziny, do konfliktów małżeńskich, powstają problemy na podłożu zawodowym – nieobecności w pracy, występują również problemy zdrowotne, a poranne picie alkoholu staje się często regułą. Dla fazy tej charakterystyczne jest picie ciągami na przemian z okresami całkowitej abstynencji dla poprawy zdrowia lub udowod-

nienia silnej woli. Z czasem dochodzi do zaburzeń odżywiania, tak z uwagi na upośledzenie łaknienia wywołane przewlekłym zatruciem, jak również ze względu na pojawiającą się złą sytuację finansową. Dochodzi również do wystąpienia wszelkiego rodzaju zaburzeń na podłożu somatycznym (żołądkowe, wątrobowe), jak i obniżenia potencji płciowej.

Faza przewlekła, końcowa – dla fazy tej charakterystyczne jest występowanie wielodniowych ciągów alkoholowych, a także spadek tolerancji na alkohol. Osoba uzależniona rozpoczyna sięganie po denaturaty i pochodne, następuje degradacja moralna oraz zaburzenia sprawności umysłowej, często rozpad życia rodzinnego, kradzieże, wynoszenie wartościowych przedmiotów dla zdobycia alkoholu, degradacja zawodowa i społeczna. Pojawiają się poważne problemy zdrowia fizycznego, psychicznego, a i niejednokrotnie śmierć. Tolerancja na alkohol u uzależnionego spada do tego stopnia, iż upojenie alkoholowe może nastąpić już po wypiciu niewielkich ilości alkoholu, np. jednego piwa. Nasilają się stany chorobowe, a drżenie kończyn, niekiedy występuje w takim nasileniu, iż osoba nie jest w stanie wykonać najprostszej czynności mechanicznej[22].

Choroba alkoholowa wiąże się ściśle z nieuchronnym niszczeniem życia uczuciowego, utratą kontaktów i zrozumienia, izolacją od świata zewnętrznego, wyczerpaniem zasobów materialnych, a także niszczeniem zdrowia. Osoba uzależniona od napojów alkoholowych zaczyna wykazywać pewne dosyć specyficzne zmiany w zachowaniu, które przede wszystkim dotyczą:

– zmiany sposobu picia alkoholu – uzależniony charakteryzuje się nieadekwatnym sposobem spożywania alkoholu w stosunku do wzoru picia alkoholu przyjętego w danej kulturze, pod względem dawek, pory dnia, a także okoliczności;

– zmian dotyczących różnorodności zachowań związanych z piciem alkoholu – alternatywą całkowitej abstynencji jest jedynie ciężki, długotrwały ciąg alkoholowy;

– zmian pojawiających się w osobowości pijącego – u osoby uzależnionej całkowitemu osłabieniu ulega zdolność reagowania na tzw. wzmocnienia negatywne, co związane jest z tym, iż uzależniony nadal pije alkohol, pomimo presji, jaką wywiera na

[22] Por. M. Kisiel, *Zajęcia psychoedukacyjne...*, dz. cyt,, s. 29; I. Walda, *Alkohol oraz związane...*, dz. cyt., s. 211.

nim rodzina, przyjaciele czy sąsiedzi i inne znaczące dla niego osoby. W zmianach tych należy również uwzględnić pojawiające się problemy zdrowotne, ekonomiczne, a często i prawne;

– zmian dotyczących upośledzenia kontroli nad piciem alkoholu, tj. osoba uzależniona wyzbywa się umiejętności samokontroli nad piciem bądź nie piciem alkoholu co do ilości, częstotliwości, sytuacji, w jakich spożywa się alkohol, a przede wszystkim trudność w powstrzymaniu się od rozpoczęcia picia alkoholu oraz zaprzestaniu rozpoczętego picia. Zmiana tu opisana charakteryzuje tzw. „głód alkoholowy";

– zmian psychobiologicznych – następuje obniżenie poziomu alkoholu we krwi u osoby znajdującej się w trakcie ciągu picia, pojawia się zespól abstynencyjny. Zespół abstynencyjny charakteryzuje się najczęściej objawami ze strony układu pokarmowego, co uwidacznia się poprzez brak łaknienia, nudności, biegunkę. Następnie objawami na podłożu układu krwionośnego, czego konsekwencjami są przyspieszenie akcji serca, zaburzenia rytmu, podwyższone ciśnienie. Poza układami pokarmowym i krwionośnym zespól abstynencyjny diagnozowany jest ze względu na zmiany występujące w układzie wegetatywnym, tj. wzmożoną potliwość, rozszerzone źrenice, suchość śluzówek jamy ustnej, a także na podstawie ogólnie złego samopoczucia fizycznego z uwagi na występowanie objawów grypowych, podwyższoną ciepłotę ciała, silne drżenie rąk bądź całego ciała oraz złe samopoczucie psychiczne ze względu na nadpobudliwość, niepokój, lęki, obniżenie nastroju, zaburzenia snu. Zespół abstynencyjny to również zmiana tolerancji na alkohol, czyli wzrost tolerancji na alkohol. Jest to proces stopniowy, co w rezultacie oznacza, iż po kilku bądź kilkunastu latach picia alkoholu dochodzi do wyraźnego obniżenia tolerancji[23].

Osoba, która jest uzależniona od alkoholu, dokonuje degradacji nie tylko swego ciała, patrząc na nie zarówno z perspektywy ciała fizycznego, jak i psychicznego, dokonuje również degradacji swego życia emocjonalnego. Różnorodne stany, z którymi musi się borykać, jak i reakcje emocjonalne, niezależne od ich rzeczywistych źródeł, z reguły mocno wyimaginowane – bardzo często są doświadczane przez osobę uzależnioną jako pragnienie alkoholu. Najistotniejszą rolą, jaką spełnia wówczas

[23] Por. B.T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, dz. cyt., s. 63-67.

uzależniony, jest dążenie do szybkiego złagodzenia lub uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych przy pomocy alkoholu. Osoba taka charakteryzuje się silnymi tendencjami do reagowania na stres poczuciem zagrożenia, któremu często towarzyszą lęk, złość smutek i ból oraz gotowość do radzenia sobie ze stresem przy pomocy prób bezpośredniego łagodzenia przykrych emocji, zamiast prób zmiany okoliczności tworzących stresowi. Stres stanowiący podstawowe źródło przykrych stanów emocjonalnych z reguły jest powodowany przez czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, a zwłaszcza poprzez negatywne konsekwencje picia alkoholu. Uzależniony, w miarę rozwoju uzależnienia, zaczyna charakteryzować się obniżonym poziomem odporności na cierpienie, osłabieniem przez biochemiczne skutki nadużywania alkoholu. Powoduje to, że do przykrych stanów emocjonalnych, takich jak: niepokój, lęk, rozdrażnienie czy też bezradność i przygnębienie, dołącza się poczucie bolesności, co nasila dążenie do szybkiego jego uśmierzenia poprzez alkohol. W chwilach coraz mocniejszego nasilania się cierpienia i lęku zaczyna rozwijać się proces poszukiwania ulgi, który nadaje pragnieniu alkoholu charakter wewnętrznego przymusu i konieczności.

Część doświadczeń, jakie posiada osoba uzależniona, które związane są z piciem alkoholu, ukształtowała przyjemne oczekiwania związane z pozytywnymi skutkami alkoholu. Nakłania to do pokusy ponownego przeżycia takich stanów i wzmaga dążenie do uśmierzania przykrych przeżyć. Mając na uwadze powyższe, zauważyć należy, iż siła pragnienia alkoholu pochodzi zarówno z dążenia do uśmierzania przykrych stanów związanych z niepokojem, cierpieniem, jak i z pokusy osiągnięcia przyjemności bezpośrednio po uwolnieniu się od przykrości. Przykre stany emocjonalne, jakie przeżywane są przez osobę uzależnioną, nabierają zatem specyficznej dwoistości. Są one z jednej strony negatywnym sygnałem, który powinien wzbudzić odruch awersyjny, z drugiej zaś strony są także sygnałem zapowiadającym chwilę przyjemności po uśmierzeniu przykrości. Pragnienie złagodzenia przykrości zawęża świadomość i koncentruje ją wokół alkoholu jako podstawowego środka uśmierzającego oraz neutralizuje sygnały utrudniające dostęp do alkoholu.

W świadomości osoby uzależnionej, u której rozwija się proces zaprzeczenia, coraz częściej ścierają się negatywne informacje

o szkodach powodowanych przez spożywanie alkoholu oraz sygnały wskazujące na rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia. Alkoholik w czasie trwania całego procesu uzależnienia buduje w swej świadomości zwarty system przekonań, który określa subiektywną wizję świata, odizolowanego od rzeczywistości i podporządkowanego pragnieniu picia. Doświadczenia uzyskane przez alkoholika bezpośrednio po wypiciu alkoholu są dla niego bardzo atrakcyjne, a co za tym idzie, szansa na powstrzymanie picia opiera się jedynie na faktach występowania rozmaitych szkód związanych z piciem alkoholu.

Specyfika funkcjonowania rodziny z problemem alkoholowym

W powyższym rozdziale opisałem, czym jest alkoholizm, a także, jakie niesie z sobą skutki zdrowotne w poszczególnej sferze życia człowieka. Pisząc o alkoholizmie w percepcji alkoholika i jego rodziny, wyjaśnić muszę również, czym jest rodzina, jakie funkcje spełnia oraz jak wpływa na nią alkoholizm jednego z jej członków.

Według wielu autorów rodzina jest jedną z najbardziej podstawowych i najważniejszych grup społecznych. Składa się z reguły z niewielu członków i w niej zaspokajane są potrzeby emocjonalnego kontaktu i intymnego obcowania. Dla danej jednostki rodzina to pierwsze i zarazem podstawowe środowisko społeczne, w którym kształtuje ona swoją osobowość i najwcześniej uczy się pewnych form współżycia społecznego.

W rodzinie jej członek znajduje nie tylko oparcie materialne, ekonomiczne i związane z nim poczucie egzystencjalnego zabezpieczenia, ale często bardziej ważne poczucie duchowej i emocjonalnej wspólnoty z bliskimi. Od zarania dziejów w życiu każdego człowieka szczęśliwe i udane życie rodzinne jest jedną z najważniejszych wartości.

Od bardzo dawna rodzina stała się przedmiotem licznych refleksji filozofów, znanych przedstawicieli różnych religii, pisarzy i naukowców. Według jednego z autorów: „...Platon uważał rodzinę za podstawową komórkę życia społecznego i główną instytucję wychowawczą (...) August Comte nazwał ją pomostem między jednostką a społeczeństwem, wskazując w ten sposób na jej

podstawową rolę. Rolę tę niejednokrotnie podkreślali pedagodzy, socjolodzy, psycholodzy, którzy oświetlali z rożnych punktów widzenia funkcje rodziny w społeczeństwie i w procesie wychowania dzieci i młodzieży..."[24].

J. Szczepański natomiast w swej książce pisał o rodzinie jako grupie złożonej z osób połączonych stosunkiem małżeńskim, jak i rodzicielskim. Pisał o dwóch podstawowych zadaniach, jakie rodzina powinna spełniać. Są to utrzymanie ciągłości biologicznej oraz przekazanie dziedzictwa kulturowego. W przypadku, kiedy rodzina powstaje przez adopcje, wówczas realizuje jedynie zadania związane z przekazywaniem dziedzictwa kulturowego[25].

Rodzina znajduje różne swe określenia w literaturze. Z reguły jest ona definiowana jako mała grupa, pierwotna i nieformalna, w której występują małżonkowie i dzieci.

Rodzina to najmniejsze społeczeństwo, które dąży do realizacji wspólnie obranych celów, stanowi dynamiczny system związków społecznych. Jej poszczególni członkowie nieustannie wchodzą z sobą w swoistego rodzaju interakcje, tworząc związki emocjonalne i społeczne[26].

Z uwagi na konieczność podejmowania odpowiedzialności rodziców za dzieci rodzina zasługuje na miano instytucji. Z instytucjonalnym aspektem rodziny wiążą się funkcje, jakie ona spełnia, a które rozumiane są jako pierwszoplanowe jej zadania na rzecz swoich członków i społeczeństwa. Według N. Han-Ilglewicz, rodzina winna spełniać następujące funkcje: po pierwsze, powinna dostarczać niezbędnego do funkcjonowania pożywienia, mieszkania i innych niezbędnych warunków, by utrzymać się przy życiu. Następnie, bardzo istotnym zadaniem do realizacji przez rodzinę jest konieczność dostarczania możliwości społecznego współdziałania jako fundamentu do wytworzenia i rozwoju poczucia więzi. Trzecią ważną funkcją rodziny jest zapewnienie niezbędnych warunków pozwalających na ukształtowanie „osobowości personalnej" związanej z uznaniem i zrozumieniem tożsamości rodziny. Kolejną funkcją wymienianą przez N. Han-Ilglewicz jest uformowanie się ról seksualnych, adekwatnych dla wielu poszczególnych członków i sytuacji

[24] R. Wroczyński, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1985, s. 161.

[25] Por. J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologiczne*, Warszawa 1970, s. 70.

[26] Por. Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, Warszawa 1974, s. 303.

rodzinnej. Ponadto istotnym jest wdrażanie do wypełniania ról społecznych i wyrabianie poczucia odpowiedzialności osobistej i społecznej. Ostatnią funkcją, jaką autor podaje, jest kultywowanie umiejętności uczenia się zadań życiowych i wytwarzanie postawy pozwalającej na przejawianie twórczości indywidualnej oraz inicjatywy społecznej[27].

Inny podział funkcji, jakie powinny być spełniane przez rodzinę, proponuje M. Ziemska, a klaruje się on w następujący sposób: funkcja prokreacyjna; funkcja produkcyjna, funkcja usługowo-opiekuńcza, funkcja socjalizacyjna, funkcja psychohigieniczna.

Nie każda jednak rodzina spełnia swe funkcje w należyty sposób. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest wiele czynników, które są w różnym stopniu zależne bądź też niezależne od danej rodziny. Najbardziej odpowiednie i właściwe warunki do wypełniania swych funkcji ma z całą pewnością rodzina pełna, czyli taka, która składa się z obojga rodziców oraz dzieci. Dodatkowo zaznaczyć należy, iż rodzina taka winna być połączona więzią emocjonalną, w której to przestrzegane są społecznie uznawane zasady, normy, wartości i ideały[28]. Poza rodzinami pełnymi, które w sposób odpowiedni wypełniają swe funkcje, istnieją inne, którym ciężko jest z wielu względów w adekwatny sposób do rodziny pełnej sprostać tym wymaganiom. Wśród rodzin tych wyróżniamy: rodziny rozbite z powodu trwałej nieobecności jednego z rodziców na skutek rozwodu, separacji, a niekiedy z powodu śmierci lub wyjazdu za granicę; rodziny zdezorganizowane (takie, które zostały rozbite wewnętrznymi niepowodzeniami) członkowie tych rodzin pozostają z sobą w niemal ciągłych konfliktach. Dezorganizacja może być spowodowana również przez alkohol, wzajemną niechęć, podejrzliwość, nienawiść; rodziny zrekonstruowane przez ponowne zawarcie po ich rozbiciu nowego lub kolejnego małżeństwa albo też na skutek adopcji dziecka; rodziny zdemoralizowane, czyli te, które pozostają w konflikcie z prawem lub sąsiadami, co nie wyklucza serdecznych i bliskich kontaktów między poszczególnymi członkami rodziny; rodziny zastępcze, powstałe w oparciu o więzi współżycia z dziećmi i stałą troskę o ich rozwój w warunkach braku więzi biologicznej z nimi; ro-

[27] N. Han-Iligiewicz, *Więź rodzinna w aspekcie pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1966, s. 46.

[28] Por. M. Łobocki, *ABC wychowania*, Lublin 1992, s. 46.

dziny adopcyjne, których głównym celem jest spowodowanie, by dziecku zapewniono takie same prawa, jakie przysługują dzieciom z racji ich pokrewieństwa z rodzicami.

W rodzinie zdezorganizowanej, w której występuje długotrwały problem alkoholowy, dochodzi do pewnego rodzaju przystosowania się jej poszczególnych członków do zaistniałej sytuacji. Przystosowanie to odbywa się w ściśle określonych fazach, które to W. Sztander charakteryzuje w następujący sposób:

Faza I – rozpoznajemy ją, gdy pojawiają się incydenty nadmiernego picia i, choć są one sporadyczne, tworzą napięcia w układzie małżeńskim. Poszczególni członkowie rodziny podejmują się różnorakich prób interwencji. Coraz częściej dochodzi do wymówek, usprawiedliwień, obietnic i ich naruszania.

Faza II – dochodzi w niej do nasilania się incydentów spożywania alkoholu, a wraz z nimi rośnie izolacja rodziny. Coraz więcej myśli chorego sprowadza się do wyłącznej koncentracji wokół picia. Występują liczne napięcia i pretensje, pogarszają się relacje małżeńskie, pojawiają zaburzenia emocjonalne u dzieci. Pozostali członkowie rodziny podejmują decyzję o próbie utrzymania życia rodzinnego w niezmienionej postaci oraz o konieczności zachowania tajemnicy na temat przykrych konsekwencji picia.

Faza III – pojawiają się pewne oznaki kapitulacji rodziny, gdyż rezygnuje ona z prób sprawowania kontroli nad zachowaniami alkoholowymi, a zajmuje się tym, co pomaga w zmniejszaniu doraźnych trudności, nie zajmując się odległymi celami i planami na przyszłość. Z czasem nasilają się dezorganizacja życia rodzinnego oraz zaburzenia emocjonalne dzieci.

Faza IV – małżonek osoby uzależnionej stara się podjąć próbę kontroli życia rodzinny i zaczyna traktować swego współmałżonka, jak swe kolejne, choć duże dziecko. Poprzednio przeżywane pretensje i wrogość zostają zastąpione przez uczucie litości i silne uczucia opiekuńcze. Pozostali członkowie rodziny stają się bardziej stabilni i zorganizowani w taki sposób, by doprowadzić do zmniejszenia skutków zachowania alkoholika.

Faza V – w fazie tej dochodzi do odseparowywania się współmałżonka od pijącego męża/żony i z czasem następuje rozstanie, gdyż jego postępowanie skoncentrowane jest na rozwiązywaniu problemów bytowych i emocjonalnych.

Faza VI – jest rozkładem rodziny, gdyż trzeźwy współmałżonek i jego dzieci dokonują reorganizacji rodziny i zaczynają żyć

bez osoby uzależnionej. Oznacza to uczenie się życia bez alkoholika, nabieranie samodzielności, rozstanie z pretensjami i oczekiwaniami wobec uzależnionego współmałżonka.

Faza VII – (nie zawsze następuje) osoba uzależniona zaczyna osiągać stabilną abstynencję i rodzina stara się ponownie zorganizować swe siły w kierunku włączenia alkoholika w rodzinne sprawy, co nie obywa się bez poważnych problemów emocjonalnych[29].

Alkoholizm w rodzinie powoduje jej destrukcję, burzy tym samym prawidłowe realizowanie funkcji kulturalnej. Brakuje czasu, a także pieniędzy na różnego rodzaju rozrywki, nie ma mowy o wspólnych wyjściach do teatru czy kina, bowiem wstyd za zachowanie pijącego rodzica przenosi się na wszystkie dziedziny życia najbliższych. Osoba uzależniona nie umie dotrzymywać obietnicy „bycia trzeźwym" w niedzielne popołudnie, z tego też powodu plany związane z wycieczką, muzeum czy zwyczajnym spacerem i rozmową kończą się na samym planowaniu, powodując narastanie coraz większego rozczarowania u pozostałych członków rodziny. Uwikłani w alkoholizm rodzice nie mają fizycznej siły, by wprowadzić dziecko w świat kulturalnych i estetycznych przeżyć. Estetyka w rodzinie, w której występuje problem uzależnienia od alkoholu, jest głęboko zachwiana. W wielu tych rodzinach panuje prymitywizm kulturalny. Dzieci nie mają prawidłowych wzorów społecznych do rozwoju w kierunku pożądanym przez obecną szkołę. W rodzinach tych brakuje czasu na lekturę, nikt nie interesuje się sprawami, które rozszerzałyby w jakimkolwiek zakresie treści, które dziecko przyswaja w szkole. Nieodpowiedni stosunek rodziców do wiedzy również wpływa niekorzystnie na prawidłowy przebieg i wyniki pracy szkolnej dziecka[30].

Rodzina jest pierwszym i najważniejszym środowiskiem wychowawczym w życiu dziecka. Za pośrednictwem kontaktu z rodzicem jako pierwszą osobą socjalizującą dziecko nabywa podstawowych umiejętności, uczy się, w jaki sposób mają przebiegać relacje zarówno z osobami bliskimi, znajomymi, jak również

[29] Por. W. Sztander, *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa 1993, s. 17-19.

[30] H. Filipczuk, *Zapobieganie trudnościom i niepowodzeniom szkolnym,* Warszawa 1985, s. 54.

z obcymi. To tu uczy się brać i dawać, kochać i szanować, pomagać i prosić o pomoc. Dlatego każdemu dziecku tak bardzo potrzebna jest prawidłowo funkcjonująca rodzina, by mogło uczyć się od podstaw życia. Niestety, rodzice nie zawsze są świadomi swego wychowawczego posłannictwa. Istnieje bardzo wiele czynników zakłócających prawidłowe funkcjonowanie rodziny, a przez to prawidłowy rozwój dziecka. Takie zawirowania często prowadzą do powstawania wielu różnych patologii. Jedną z najistotniejszych przyczyn powstawania patologii w rodzinie jest alkoholizm jednego z jej członków. Powoduje on bowiem samozniszczenie osoby uzależnionej, dezintegrację rodziny alkoholika, powstawanie wielu szkód u poszczególnych członków rodziny.

Głównym zjawiskiem, z jakim mamy do czynienia, analizując rodzinę z problem, dotyczącym nadużywania alkoholu jest zjawisko zaprzeczania, w rodzinie tej bowiem panuje atmosfera wstydu oraz napięcia i strachu.

S. Brown podaje inne charakterystyczne cechy dla rodziny, która została dotknięta chorobą alkoholową:

– w rodzinie takiej trudno jest zaakceptować siebie i przypisać własnej osobie pozytywną tożsamość. Dominującym zjawiskiem jest pretensja, wszyscy mają pretensje do siebie samych i do siebie nawzajem. Zarówno alkoholicy, jak i członkowie rodzin: współmałżonkowie, a nawet dorastające dzieci, związane są więzami krzywdy i winy, urazy, agresji oraz poczucia, że nikt nie jest w porządku;

– występują tematy tabu, obszarem martwym są uczucia i przeżycia związane z alkoholem, a nawet sam fakt picia czy upijania się. Łatwiej stwierdzić, że raczej „tata źle się czuje" i „mama jest zmęczona", niż że ktoś się po prostu upił. Wstyd i lęk doprowadzają do tego, iż kłamie się nawet przed samym sobą, obawa zaś przed tym, by nie zepsuć relacji pijącego rodzica z dziećmi zamyka w tym przedmiocie usta dorosłym. Polem, którego obszar działania uznaje się za martwy, jest nie tylko fakt dotyczący nadużywania alkoholu, ale też uczucia związane z tą sprawą. Pozostali członkowie rodziny obawiają się tego, co będzie, gdy alkoholik przyjdzie pijany, lecz nie rozmawiają o tym. Atmosfera w takiej rodzinie przypomina ciszę przed burzą. Każdy z członków rodziny znajduje swój sposób na rozładowanie napięcia, na przykład wychodząc z domu albo zakładając słuchawki na uszy,

izolację w świecie własnych marzeń. Takie zachowanie pozwala znaleźć ukojenie. Martwe pole komunikacji związane z piciem i jego skutkami powoduje paraliż, a co za tym idzie – brak szczerej wymiany myśli z innymi ludźmi. Taka sytuacja sprawia, że ludzie są bardzo samotni, a przez to ciężar życia zwiększa się wielokrotnie;

– w rodzinie takiej występuje brak wzajemności, innymi słowy alkoholik permanentnie nie wypełnia swojej roli: rodzica i partnera życiowego, poprzez fakt, że umowy z nią czy z nim są niespełniane, a terminy niedotrzymywane, wsparcie, energia i uwagi przepływają w jedną stronę. Jeżeli brak wyżej wspomnianej wzajemności trwa całe lata i dotyczy wielu istotnych dziedzin życia w rodzinie, powstaje atmosfera urazy. Taka atmosfera powoduje, że proste pytanie: „Która godzina?" może wywołać awanturę z ciężkim pobiciem;

– w rodzinie takiej ludzie zamykają się przed innymi. Członkowie rodziny izolują się od siebie nawzajem i od pozostałej części społeczności. Z takiej stagnacji trudno znaleźć wyjście, by sięgnąć po oparcie czy po prostu zwrócić się o pomoc. Sytuacja taka zaś niezmiernie sprzyja zarówno dalszemu rozwojowi choroby alkoholowej, jak i dysfunkcji całego systemu rodzinnego[31].

Większość rodzin dotkniętych alkoholizmem żyje z poczuciem ważnej tajemnicy. Tajemnicą tą jest alkohol, a co za tym idzie – łańcuch problemów. Zachowanie tejże tajemnicy stanowi główny cel, wokół którego toczy się całe życie rodziny. Gdy skutki uzależnienia od alkoholu stają się bardziej widoczne i trudne do usunięcia (choroba, utrata pracy, przemoc fizyczna), potrzeba jeszcze większego skrywania tych faktów wzrasta i wówczas rodzina staje się systemem zamkniętym, odcina się od zewnętrznych źródeł opinii i ewentualnej pomocy. Dzieci, nie chcąc zdradzać rodziny, muszą dołączyć się do tych zaprzeczeń. Uczą się odbierać przeżycia rodzinne z perspektywy uzależnienia od alkoholu. W takiej atmosferze potrzeby, uczucia i zachowania dziecka będą zależne od stanu alkoholika oraz przewidzianych etapów jego cyklu uzależnienia. Wszyscy członkowie rodziny, zarówno dorośli, jak i dzieci, przyjmują odpowiedzialność za utrzymanie równowagi w systemie i mu-

[31] S. Brown, *Leczenie alkoholików, Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, Warszawa 1990, s. 261.

szą znaleźć sposoby kontrolowania sytuacji, której nie sposób kontrolować.

W ten sposób alkoholik staje się w danej rodzinie najważniejszym dzieckiem – dzieckiem numer jeden, bezpośrednio lub pośrednio ustalającym reguły, których wszyscy inni muszą przestrzegać. Członkowie rodziny z czasem muszą funkcjonować w tym klimacie wyznaczonych reguł i oczekiwań, obracającym się wokół sztywnego systemu rodziny determinującej wybór zawodu, jak również na inne wybory dokonywane przez dziecko w jego późniejszym dorosłym życiu. U dzieci tych uwypukla się brak wewnętrznego przekonania, że istnieje dla nich życiowa szansa na lepsze życie, pozyskanie wymarzonego zawodu, ukończenie wyższej szkoły, co mogłoby zdecydowanie poprawić ich dotychczasowy los. Zasadniczą trudnością, z jaką się borykają, a którą należy uwzględnić przy kształtowaniu aspiracji tych uczniów, jest bardzo charakterystyczny dla nich brak umiejętności realnej oceny własnych możliwości, sprawdzenie się w ewentualnej konfrontacji z uczniami z innych środowisk[32].

Społeczne skutki, jakie niesie z sobą choroba alkoholowa

Alkoholizm jest chorobą, która niesie z sobą różnego rodzaju problemy w wielu sferach życia, zarówno w stosunku do samego uzależnionego, jak i poszczególnych członków jego rodziny. W Polsce kontekst społeczny postaw wobec alkoholu jest bardzo niekorzystny i w zdecydowany sposób przyczynia się do znacznego powiększania zagrożeń na podłożu problemów alkoholowych. Między innymi ma to ścisły związek z błędną mentalnością, jak i zaburzoną obyczajowością, jaka dominuje w naszym kraju. Bardzo niekorzystnym zjawiskiem okazuje się również brak wiedzy na temat wchodzenia w uzależnienia alkoholowe, a także częste łamanie prawa, np. sprzedaż alkoholu nieletnim i nietrzeźwym czy też reklama napojów alkoholowych. Zaznaczyć należy, iż dominującą mentalnością, jaka występuje w naszym kraju, jest tradycja spożywania alkoholu przy każdym niemal święcie, czy spotkaniu towarzyskim. Istnieje również bardzo naganny zwyczaj przymuszania do spoży-

[32] Por. M. Ochamński, *Alkoholizm ojców...*, dz cyt., s. 198-199.

wania alkoholu bądź interpretowania wspólnego picia alkoholu jako sprawdzianu przyjaźni wzajemnego zaufania i więzi. Bardzo ważnym źródłem zagrożenia chorobą alkoholową w skali społecznej jest także mocne lobby proalkoholowe, którego głównym podłożem jest atrakcyjna ekonomia. Alkohol jest bowiem produktem, na którym można bardzo łatwo i bardzo szybko zarobić. Mimo to problem zagrożenia chorobą alkoholową zajmuje dosyć niewiele miejsca w środkach społecznego przekazu. Bardzo rzadko o tym problemie jest mowa w różnego rodzaju serwisach informacyjnych, które to mają największy wpływ na stan świadomości społecznej. Także działania administracji państwowej, pomimo iż dysponują dużą ilością instytucji i służb, nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Chodzi tu głównie o brak realistycznego i całościowego programu rządowego, który doprowadziłby do zmniejszenia obecnie występującego stanu rzeczy w tej dziedzinie, brak adekwatnych rozwiązań prawnych, a także brak proporcjonalnych do skali potrzeb funduszy, które zostałyby przeznaczone na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych[33].

Najistotniejszym z wyżej wymienionych skutków społecznych, jakie niesie z sobą uzależnienie od alkoholu są skutki, które pojawiają się w rodzinie.

Rodzina jest podstawową jednostką społeczeństwa głównie z uwagi na fakt wypełniania swej funkcji prokreacyjnej, bytowo-opiekuńczej, a zarazem socjalizacyjnej. Poważnym sygnałem dezorganizacji życia rodzinnego jest niewypełnienie którejkolwiek z wymienionych funkcji, zwłaszcza wobec małoletnich. Choroba alkoholowa prowadzi do powstania wielu zmian w sferze mózgu, wskutek których człowiek może dokonać wielu czynów niedopuszczalnych. Dana osoba przestaje nad sobą panować, przestaje kontrolować swe odruchy oraz negatywne emocje. Często skutkiem tych zmian są akty znęcania się nad poszczególnymi członkami rodziny lub osobami pozostającymi w stosunku zależności od sprawcy. Tego typu zachowania przestępcze dotyczą nie tylko osób, przeciw którym są one bezpośrednio wymierzane, ale także stosunku do całej rodziny, prowadząc do jej rozkładu, zakłóceń na podłożu socjalizacji, a także do dewiacji (picie alkoholu przez dzieci).

[33] Por. M. Dziewiecki, *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, dz. cyt., s. 35-39.

Nasilająca się choroba alkoholowa jednego z członków rodziny czy nieudana próba walki z uzależnieniem doprowadzić może w bardzo wielu przypadkach do rozpadu małżeństwa, rozwodu, który staje się pewną szansą wyjścia z niekorzystnego układu. Z drugiej zaś strony jest on przyczyną poczucia klęski osobistej, krzywdy, wywołuje negatywną samoocenę. Dodatkowo skutki rozwodu mogą powodować różnego rodzaju nerwice czy depresje, a rozbita rodzina ma trudności z finansowym usamodzielnieniem się. Z tej też przyczyny rodzic, który pozostał wraz z potomstwem, bardzo często ubiega się o egzekucje świadczeń alimentacyjnych na rzecz dzieci. Niestety, w wielu przypadkach alkoholik uchyla się od łożenia na utrzymanie dzieci pozostających pod opieką drugiego rodzica, który tym samym zmuszony jest do korzystania z różnych systemów wsparcia.

Alkoholizm jest jedną z najistotniejszych przyczyn narastania patogennych typów zachowań, a alkoholizm rodziców jest hipotetyczną przesłanką nasilania się innych dewiacji w rodzinie.

Z innym skutkiem społecznym spowodowanym przez chorobę alkoholową spotykamy się w miejscu pracy. Zakład pracy jest miejscem, w którym zawieramy różnego rodzaju kontakty zarówno służbowe, jak i towarzyskie. Środowisko zawodowe, jak i wykonywany zawód kształtują człowieka, oddziaływają na jego system wartości, zachowania, pozycję społeczną. W dzisiejszych czasach spotykane są również takie zakłady pracy, w których alkohol odgrywa istotną rolę w życiu społecznym, gdzie normy kulturowe akceptują jego powszechne użycie. Alkoholizowanie się w pracy ma powszechny charakter zwłaszcza w niektórych specyficznych zawodach, np. robotnika budowlanego. Przystępowanie do pracy po użyciu alkoholu czy też jego picie w czasie pracy są problemami samymi w sobie, a ponadto niosą z sobą inne zjawiska powodujące zakłócenia w pracy, jak zwiększona absencja, spadek wydajności pracy, obniżenie jej jakości, zmniejszanie dyscypliny pracy, wzrost zagrożenia wypadkowego w pracy i poza nią. Nadużywanie alkoholu jest więc zjawiskiem szkodliwym nie tylko dla samego pijącego, ale również dla zakładu pracy, w którym jest on zatrudniony[34].

Alkohol jest ważnym czynnikiem powodującym demoralizację społeczną, łapówkarstwo, korupcję. Głównym przejawem

[34] Por. I. Walda, *Alkohol oraz związane...,* dz. cyt., Warszawa 1986, s. 132.

tego rodzaju problemów jest tak zwane „załatwianie spraw przy butelce". Istotnym problemem związanym z używaniem alkoholu w zakładach pracy jest również występowanie zwiększonej rotacji wewnątrzzakładowej, tj. przenoszenie osób z problemem alkoholowym na bardziej bezpieczne stanowiska pracy, na których niepełna trzeźwość nie stwarza bezpośredniego zagrożenia dla osoby uzależnionej oraz dla jej otoczenia. Ponadto pracownicy, którzy nadużywają alkoholu, częściej niż pozostali są karani za zakłócenia porządku pracy. Z jeszcze innym skutkiem społecznym nadużywania alkoholu spotykamy się w stosunkach międzyludzkich, w których alkohol często ułatwia nawiązywanie kontaktów interpersonalnych, przyczynia się do wzmacniania więzi grupowych, gdyż powoduje osłabienie hamulców moralnych, jest czynnikiem zmniejszającym wizję ryzyka w chwili nawiązywania różnych kontaktów, wchodzenia w sfery niemoralnego lub przestępczego postępowania. Z drugiej zaś strony, co również jest bardzo ważnym elementem, nadużywanie alkoholu odgrywa poważną rolę w procesie dezintegracji społecznej. Jego wpływ przejawia się głównie w niszczeniu więzi międzygrupowych. Zaznaczyć również należy, iż alkohol jest jednym z głównych czynników powodujących podnoszenie się poziomu agresji społecznej, powoduje osłabienie kontroli emocjonalnej, jest przyczyną obserwowanych kłótni, bójek i awantur, pogarszających klimat współżycia społecznego. Dodatkowo alkohol jest również czynnikiem, który bezpośrednio ułatwia działalność grupom społecznie niebezpiecznym. Sprzyja on także nawiązywaniu stosunków kumoterskich, świadczeniu „stosownych" usług czy też pozyskiwaniu protekcji. Innym równie społecznie niepożądanym zjawiskiem jest chęć zdobycia środków na alkohol, która staje się w bardzo wielu przypadkach motywem do podejmowania różnego rodzaju działań przestępczych, głównie w przypadku osób uzależnionych. Może również zdarzyć się i takie zjawisko, w którym alkohol jest źródłem demoralizacji młodzieży. Albowiem młody człowiek, uczestnicząc w spożywaniu alkoholu, przyswaja sobie niepożądane ze społecznego punktu widzenia normy i wzory zachowań[35].

Kolejnym skutkiem, jaki niesie z sobą alkoholizm, z punktu widzenia społecznych konsekwencji jest przestępczość.

[35] Por. tamże, s. 118-152.

Alkoholizm z przestępczością może być związany w bardzo różnorodny sposób. Może dotyczyć wielkości spożycia alkoholu, rodzaju pitego napoju oraz czasu i miejsca jego picia. Związek danego przestępstwa z alkoholem stwierdza się zazwyczaj w ponad połowie ogółu przestępstw, które zostały ujawnione. Badania, które prowadzone były w środowiskach przestępczych, wykazały, że używanie i nadużywanie alkoholu są charakterystycznymi cechami takich środowisk. Na uwagę zasługuje fakt, iż większość przestępstw popełnianych jest głównie przez osoby znajdujące się w stanie lekkiego i średniego upojenia alkoholowego. Często powiązane jest to również z faktem wywoływania przez upojenie alkoholowe różnego rodzaju zachowań agresywnych. Uważa się, co zostało potwierdzone przez liczne badania, że poprzez osłabienie zwykłych hamulców emocjonalnych stan upojenia wpływa na powstanie lub zaostrzenie doraźnego konfliktu oraz że alkohol powoduje dodanie odwagi, a także może doprowadzić do zagłuszania motywów przeciwstawnych. W tym miejscu podkreślić również należy, iż alkohol jest jednym z głównych tematów do przeprowadzania rozmów wśród przestępców, którzy odbywają kary pozbawienia wolności.

Następnym bardzo istotnym problemem jest również fakt, iż alkoholizm rodziców może mieć pośredni wpływ na dopuszczanie się różnego rodzaju zachowań przestępczych przez dzieci. Istnieją dwa typy rodzin mogące prowadzić do zaistnienia wyżej nakreślonych problemów: rodziny rozbite, w których do rozbicia doprowadził alkohol, oraz rodziny zaniedbane, gdzie występuje nadużywanie alkoholu, nieporządek i częste kłótnie[36].

Podstawowe problemy spotykające osobę uzależnioną w świetle skutków społecznych, jakie z sobą niesie alkoholizm, podzielić można również na cztery odrębne elementy:

– problemy dotyczące fizjologicznych konsekwencji picia – problemy te z zasady łatwo można określić i wymierzyć. Krańcową ich konsekwencją może być śmierć. Dla celów określenia istotniejszych pod względem ilościowym przewlekłych konsekwencji fizjologicznych picia alkoholu ważniejsze jest badanie historii picia alkoholu niż stwierdzenie w analizowanym przypadku obecności alkoholu we krwi;

[36] Por. tamże, s. 152-160.

– problemy psychologiczne i egzystencjalne – ujmuje się z reguły jako kwestię jednostki, jej umysłu, jej ciała czy też ducha. Problem ma związek nie tylko z samym zachowaniem, ale również z jego interpretacją, zarówno przez osobę pijącą, jak i przez jej bezpośrednie otoczenie. Przy omawianiu tego problemu istotna jest świadoma utrata kontroli nad piciem, a tym samym i nad własnym życiem. Ponadto ważnymi wariantami problemów psychologicznych są pojawiające się stany depresyjne czy też zaburzenia neurologiczne, a także różnego rodzaju „odhamowania", a zwłaszcza agresja i gwałtowność zachowań;

– problemy wypadków – istotną kwestią w tymże przypadku jest stwierdzenie obecności alkoholu we krwi. Konsekwencjami są wszelkiego rodzaju uszkodzenia ciała danej jednostki, takie jak np. złamania;

– problemy dotyczące zachowania i ról społecznych – silnym wskaźnikiem tego typu problemów są wszelkie zakazy dotyczące spożywania alkoholu, które wskazują na określone miejsce alkoholu w hierarchii danej kultury. W większości społeczeństw równie istotną kwestią są jednak problemy społeczne, które wywołane zostały przez długotrwałe zachowania osób pijących alkohol i będących uzależnionymi od jego spożycia[37].

W części, w której opisuję rozpatrywanie choroby alkoholowej w sensie społecznych skutków, jakie niesie z sobą uzależnienie, powinienem również zwrócić uwagę na problem, jakim jest wykluczenie społeczne. Anthony Giddens uważa, iż wykluczenie społeczne jest efektem różnego rodzaju upośledzeń społecznych, w związku z którymi jednostka lub grupa społeczna nie może w pełni brać udziału w życiu gospodarczym, społecznym i politycznym społeczeństwa, do którego formalnie należy. W sensie społecznym wykluczenie to oznacza brak kontaktów w relacjach rodzinnych, sąsiedzkich, koleżeńskich, a często także brak uczestnictwa w instytucjach oświatowych i kulturalnych. Do osób, które są zagrożone wykluczeniem społecznym, zaliczeni zostali również ludzie uzależnieni od alkoholu.

Fakt braku możliwości zaprzestania picia alkoholu może doprowadzić osobę uzależnioną, poprzez jej uzależnienie i związane z nim różnego rodzaju negatywne, nieakceptowane społecznie zachowania: do utraty zatrudnienia, ponieważ pracodawca

[37] Por. tamże, s. 103-106.

nie będzie tolerować częstych, nagłych zwolnień lekarskich lub też pojawiających się przypadków wykonywania obowiązków zawodowych w stanie upojenia alkoholowego; do utraty rodziny, gdyż współmałżonek nie wytrzyma notorycznych, niemalże regularnie występujących powrotów do domu w stanie upojenia alkoholowego czy też częstych awantur, jak również niełożenia na utrzymanie rodziny, wynoszenia różnych przedmiotów z domu celem ich spieniężenia, a w zamian zdobycia alkoholu; do utraty mieszkania, alkoholik przestaje partycypować w opłatach związanych z utrzymaniem posiadanego mieszkania, zostaje często odcięty dopływ energii elektrycznej, gazu, a nieuregulowanie czynszu w konsekwencji doprowadza do wydania przez właściwy organ nakazu eksmisji z zajmowanego lokalu; do utraty własnej tożsamości, gdyż alkoholik, który pozbawił się źródła dochodu, pozbawił się rodziny i dachu nad głową w konsekwencji staje się inną osobą, która funkcjonuje w odmienny sposób niż dotychczas[38].

Wymienione wyżej stadia doprowadzają w konsekwencji do wykluczenia społecznego alkoholika ze społeczeństwa, w którym funkcjonował. Rodzina, przyjaciele i znajomi odsuwają się od niego. On sam natomiast zawiera nowe kontakty z osobami, które są również uzależnione od alkoholu, gdyż one go rozumieją i mają zbliżone problemy, dlatego razem walczą o przetrwanie i przede wszystkim o alkohol, który poniekąd jest bardzo ściśle związany z tym pierwszym. Na nowo uczy się żyć, poznaje zasady, a także sposób funkcjonowania w grupie, w której się znalazł. Pomimo iż środowisko społeczne, w którym poprzednio prosperował, staje się dla niego obce i niezrozumiałe, czuje się jednak nadal odrzucony i w pewnym sensie wyalienowany. Człowiek uzależniony staje się zdegradowany, ponieważ przez fakt swej choroby jest w pewnym sensie pozbawiony wolności, prawdy, z czasem popada w kryzys wiary, nadziei i miłości, kryzys więzi i wartości. Jedynym możliwym rozwiązaniem takiego stanu rzeczy jest prowadzenie stosownego leczenia. Żmudnego i bardzo trudnego, ale leczenia, które przynosi pozytywne efekty, pod warunkiem jednakże, iż osoba uzależniona tego naprawdę pragnie.

[38] Por. A. Giddens, *Socjologia*, Warszawa 2000, s. 738.

W Polsce ukazało się wiele książek omawiających zagadnienie nadużywania alkoholu, ale wciąż odczuwany jest brak publikacji, w których ukazywano by stan obecnej wiedzy o spożywaniu alkoholu i szkodliwych następstwach jego nadużywania oraz traktowano by to zagadnienie w sposób interdyscyplinarny. Niedostatecznie popularyzowane są w Polsce nowe koncepcje dotyczące problemów alkoholowych i uzależnienia od alkoholu. Mam nadzieję, że niniejsza publikacja przynajmniej w części wypełni tę lukę i spełni swoje zadanie.

Literatura przedmiotu

Brown S., *Leczenie alkoholików, Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, Warszawa 1990.

Durda R. red., *Picie alkoholu w różnych okresach życia,* „Alkohol a zdrowie" 25, Warszawa 2000.

Dziewiecki M., *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Kielce 2003.

Filipczuk H., *Zapobieganie trudnościom i niepowodzeniom szkolnym*, Warszawa 1985.

Giddens A., *Socjologia*, Warszawa 2000,

Han-Iligiewicz N., *Więź rodzinna w aspekcie pedagogiki specjalnej,* Warszawa 1966.

Kisiel M., *Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych*, Warszawa 2001.

Łobocki M., *ABC wychowania*, Lublin 1992.

Łuczak E., Przybysz M., *Rodzina alkoholowa a rozwój i wychowanie dzieci*, „Opieka, wychowanie, terapia" 2002/2.

Mellibruda J., *Tajemnice ETOH,* Warszawa 1993.

Mellibruda J., *Z lękiem i strachem u podłoża*, „Świat problemów", 2004/1.

Ochmański M., *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*, Lublin 1997.

Ochmański M., *Nadużywanie alkoholu przez ojców a sytuacja domowa i szkolna dzieci*, Lublin 1997.

Prajsner M., *Analiza przyczyn powstawania problemów alkoholowych*, „Remedium", 2000/12.

Sierosławski J., Prajsner B., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną,* Warszawa 2003.

Szczepański J. , *Elementarne pojęcia socjologiczne,* Warszawa 1970.

Sztander W., *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa 1993.
Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000.
Tybulska A., *Alkoholizowanie się nieletnich*, „Problemy opiekuńczo-wychowawcze" 1998/9.
Tyszka Z., *Socjologia rodziny*, Warszawa 1974.
Walda I., *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa, 1986.
Woronowicz B.T., *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998.
Wroczyński R., *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1985.
Quigley L.A., Marlatt G.A., *Picie alkoholu wśród ludzi dorosłych w młodym wieku. Powszechność, wzorce i konsekwencje*, w: *Picie alkoholu w różnych okresach życia*, „Alkohol i Zdrowie", nr 25, Warszawa 2000.
Zimbardo P.G., Ruch F.L., *Psychologia i życie*, Warszawa, 1996.
Zubrzycka E., *Powiedz komuś!*, Gdańsk 1993.

Norbert Pikuła

Społeczne skutki nadużywania alkoholu

Istotnym zadaniem społeczeństwa, które tworzą jednostki, jest zapewnienie dogodnych warunków, aby każda osoba mogła się czuć bezpiecznie. Jak wiemy, nie zawsze się to udaje, często zdarza się, że sami członkowie społeczeństwa nie umieją korzystać z dóbr w nim znajdujących się lub nie chcą wprost z nich korzystać. Alkohol, jak każda substancja psychoaktywna, w sposób istotny oddziałuje na sprawność psychofizyczną człowieka, ograniczając zarówno jego kontrolę wolicjonalną, jak i przyczyniając się do niekorzystnych skutków dla całego funkcjonowania jego osoby, rodziny czy też społeczeństwa[1].

W niniejszym artykule zostaną nakreślone konsekwencje, które wywołuje nadużywanie alkoholu w społeczeństwie. Zostanie wyjaśnione pojęcie autodestrukcji, jego bezsensowności i konsekwencji, a także dlaczego ten proces jest tak bezsensowny i z czego to wynika. Następnie zostanie omówiony problem agresji oraz redukcji środków na życie rodzinne.

Autodestrukcja drogą całkowitego wyniszczenia

Alkohol[2] jest czynnikiem, który jest zarówno inicjatorem, jak i przetrwalnikiem. Zanim jednak zaczniemy zajmować się przedstawionym tematem, należy scharakteryzować zagadnienia samego alkoholizmu, ponieważ istnieją dwa główne jego typy:

1. Alkoholizm uwarunkowany czynnikami środowiskowymi, rozwija się po osiągnięciu dojrzałości, występuje on zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

[1] I. Pospieszyl, *Patologie społeczne*, Warszawa 2009, s. 126.

[2] Alkohol etylowy (etanol) jest biologicznie aktywną substancją organiczną należącą do grupy wodorotlenowej, lżejszą od wody, o niższej temperaturze zamarzania (-130 C) i niskiej temperaturze wrzenia (+78 C).

2. Alkoholizm uwarunkowany genetycznie, który występuje przede wszystkim wśród mężczyzn, których ojcowie byli alkoholikami. Zaczyna się on w życiu młodzieńczym i jest związany z zachowaniem antyspołecznym. Prawdopodobnie odpowiedzialne za ten zespół chorobowy są chromosomy 19 i 21[3]. Wychowywanie się w rodzinie, której członkowie pili, niesie z sobą zwiększone ryzyko uzależnienia na drodze genetycznej[4]. Wychowywanie się w rodzinie, której członkowie piją, niesie z sobą zwiększenie ryzyka uzależnienia, także na drodze genetycznej.

Rozróżnienie to jest szczególnie ważne z tego względu, że jeśli istnieją genetyczne uwarunkowania alkoholizmu, to trzeba postawić pytanie, czy wiążą się one zawsze z bezsensownym poddawaniem się piciu, czy może jest ono uzasadnione. Czy ten genetyczny zapis nie jest pewnego rodzaju determinantem do uzależnienia, a co za tym idzie – do autodestrukcji?

Nie można dokładnie określić genetycznego uwarunkowania, natomiast „prowadzone są nieustannie badania wykorzystujące coraz to więcej metod w celu całkowitego poznania problemu przekazywanego dziedzicznie alkoholizmu"[5].

Autodestrukcja oznacza zniszczenie jednostki przez samą siebie. Proces ten może być uwarunkowany dwoma postawami: jedna z nich to taka, kiedy osoba chce skończyć z sobą dlatego, że ma już dość tego świata. Powodem takiej frustracji jest stan, w jakim znajduje się osoba, tj. różnego rodzaju depresje, zmęczenie życiem itd. Ludzie z problemami alkoholowymi często doświadczają symptomów, objawów depresyjnych[6].

Natomiast druga postawa, która częściej jest obecna brzmi – wiem, że się niszczę, ale nie uświadamiam sobie tego i egzystuję nadal tak, jakby nic się nie stało. Nawet pojawiające się ostrzegawcze sygnały nie są w stanie skłonić osoby do zaprzestania dotychczasowej praktyki. Tak jest właśnie wtedy, gdy czynni-

[3] Cz. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, Lublin 2001, s. 83.

[4] M.A. Schucki, T.L. Smith, J. Kalmijn, J. Tsuang, V. Hesselbrock, K. Buholz, *Response to alkohol In daughters of alcoholics. A pilot study and a comparison with sons of alcoholics*, „Alkohol & alcoholism", 3/2000, s. 242.

[5] J.C. Crabbe, T. J. Philips, K.J. Buck, *Identyifying genes for alkohol and drung sensitivity. Recent progress and future directions*, „Trend in Neuroscinces", 22(4)1999, s. 173-179.

[6] L. Cher, *Depression and alcoholism*, QJM, 4/2004, s. 238.

kiem powodującym wyniszczenie jest alkohol. C_2H_5OH jest jedną z substancji, po której spożyciu występują pewnego rodzaju charakterystyczne mechanizmy, której spożywanie prowadzi do występowania charakterystycznych mechanizmów. Ich zadaniem jest rozbudzenie w człowieku chęci dalszego przyjmowania alkoholu. Szczególnie szkodliwym składnikiem alkoholu jest aldehyd octowy, który jest o wiele bardziej toksyczny niż sam etanol[7]. Alkohol oddziałuje przede wszystkim na ośrodki znajdujące się w mózgu, głównie system nerwowy. Największe spustoszenie sieje on w ośrodku korowym, w którym znajduje się około 10 mld komórek, następnie ma wpływ na ośrodki podkorowe, gdzie jest ośrodek intelektualny odpowiedzialny za uczucia wyższe, etyczne, altruistyczne – przyjaźń, sympatia, empatia oraz ośrodek odpowiedzialny za popęd płciowy, aż w końcu uderza w ośrodek oddechowy[8]. Po spożyciu alkoholu kora zostaje uśpiona, a w konsekwencji uszkodzona. W ciągu jednego upojenia alkoholowego ginie około 1 mln komórek kory mózgowej. A co najważniejsze jest to organ, który się nie regeneruje. Istnieją pewne hipotezy co do większej podatności na alkohol jednej z półkul mózgu. Wynikałoby z tego, że następuje upośledzenie wzrokowo-przestrzenne, przy właściwym działaniu półkuli lewej, która jest odpowiedzialna między innymi za mowę.

Charakterystycznym zachowaniem każdego alkoholika jest mechanizm iluzji i zaprzeczeń. Polega on na negowaniu i niedopuszczaniu do siebie argumentów, które pokazywałyby konsekwencje picia zarówno dla samej osoby pijącej, jak i dla otoczenia, w którym funkcjonuje. Alkohol bowiem atakuje m.in. system nerwowy, pozbawiając osobę uzależnioną zdolności racjonalnego myślenia i panowania nad sobą[9]. Osoba nadużywająca alkoholu lub alkoholik potrafi znaleźć odpowiedź na każde pytanie, a argumenty pochodzące od innych uważa z reguły za niedorzeczne. Natomiast, jeśli one nawet docierają do ucha alkoholika, to są przez niego wypierane, nie mają żadnej wartości, wobec czego ich nie słucha. A. Dodziuk ukazuje, „że alkoholik

[7] I. Niewiadomska, *Dlaczego ludzie uzależniają się od alkoholu, Alkohol alkoholizm i ja*, Lublin 2002, s. 42-43.

[8] Cz. Cekiera, *Psychologiczne i profilaktyczne aspekty uzależnień. O godności osoby ludzkiej*, Radom 2002, s. 54.

[9] N. Pikuła, *Przemoc w rodzinie na tle uzależnienia alkoholowego*, w: *Nauczyciel wobec problemów psychospołecznych ucznia*, Kraków-Częstochowa 2009, s. 104.

nie panuje nad swoim życiem, lecz alkohol panuje nad nim"[10]. Taka osoba szuka po prostu miejsca i czasu, gdzie można by było wypić. Często z braku środków finansowych na alkohol korzysta z coraz to gorszych jakościowo trunków, nie dostrzegając zniszczeń, jakie wywołuje w swoim organizmie.

Warto więc choćby w zarysie dokonać analizy konsekwencji nadużywania alkoholu na dwóch poziomach: somatycznym i psychicznym.

Powikłania somatyczne

Alkoholikiem jest się do końca życia, nawet jeśli już się nie pije. Tak więc alkoholizm jest „chorobą chroniczną"[11]. Efekty, jakie wywołuje ta choroba, są do zatrzymania, ale nie do cofnięcia. „Alkohol jest uważany za jeden z ważniejszych czynników zwiększających ryzyko zgonu przed 65 rokiem życia"[12]. Należy również dodać, że alkohol jest jednym z ważniejszych powodów popełniania samobójstw. Prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa przez osoby pijące jest 3-9 razy większe niż u niepijących[13]. Jeśli chodzi o akty samobójcze, to są one czynnikiem wychodzenia z pogłębionej depresji.

Pierwszym i najważniejszym układem, na który działa alkohol, jest układ nerwowy. Przyjrzyjmy się zatem konsekwencjom uzależnienia:

– polineuropatia – powstaje w wyniku zaburzenia działania budowania nerwów obwodowych. Do charakterystycznych objawów należą zaburzenia czucia, bóle mięśniowe (przeważnie kończyn dolnych), zanik mięśni, problemy ze wzrokiem tzw. neuropia wzrokowa;
– w ośrodkowym układzie nerwowym na skutek zatruć alkoholem dochodzi do zanikania kory mózgowej w płacie czołowym i skroniowym. W ośrodkowym układzie nerwowym tomografia komputerowa wskazuje od 50 nawet do 90% przypadków zmiany zanikowe móżdżku i mózgu[14]. Zaburzeniu działania

[10] A. Dodziuk, *Trudna nadzieja*, Warszawa 2003, s. 16.

[11] J. Mastalski, *Chrześcijanin wobec agresji w rodzinie*, Kraków 2006, s. 95.

[12] B. Habrat, *Organizm w niebezpieczeństwie*, Warszawa 1998, s. 10.

[13] Tamże, s. 11.

[14] B.T. Woronowicz, *Alkoholowe vademecum dla każdego*, Zakroczym 1993, s. 39.

układu nerwowego towarzyszy również padaczka alkoholowa – często jej przyczyną są zaburzenia metaboliczne;
– układ pokarmowy – w czasie nałogowego picia alkoholik przestaje często jeść, co w konsekwencji prowadzi do dodatkowych strat w organizmie. Bez niezbędnych wartości odżywczych ciężko będzie walczyć z powikłaniami, jakie przynosi nadużywanie alkoholu. Tutaj najczęściej dochodzi do zapalenia przełyku, żołądka i dwunastnicy. Gdy proces jest coraz bardziej zaawansowany, dochodzi do pęknięć błony śluzowej, co w konsekwencji powoduje różnego rodzaju krwotoki;
– do narządów szczególnie narażonych należą: wątroba[15], jelita[16] i trzustka[17];
– również inne układy ulegają zniszczeniu, a konsekwencjami nadużywania alkoholu są: udary mózgu, nadciśnienie tętnicze, zawał serca, migotanie komór, zmniejszona odporność układu oddechowego na różnego rodzaju bakterie, dna moczanowa, bezpłodność, osłabienie układu odpornościowego, zwiększenie podatności na zakażenie wirusem HIV.

Tabela 1. Średnia zgonów spowodowana alkoholem w latach 1990-1996[18].

Przyczyna	Liczba uśredniona	Odsetek na 100 tyś. ludności
marskość wątroby	4 636	11,6
ostre zatrucie alkoholem	1 636	4,1
wypadki drogowe związane z alkoholem	1 928	4,16

[15] Tu stopniowo następuje szereg procesów (stłuszczanie, zapalenie, zwłóknienie, marskość). Marskość wątroby polega na zastąpieniu jej komórek, komórkami włóknistymi, które powodują w organizmie zmniejszony dopływ krwi do niej. Wtedy to następuje zagrożenie rakotwórcze, chudnięcie, możliwość wystąpienia żółtaczki. Wątroba u osób pijących jest bardziej podatna na inne toksyny, a także leki. Zob. B. Habrat, *Organizm*…, dz. cyt., s. 12.

[16] Podczas spożywania alkoholu zostaje zablokowane wchłanianie witamin.

[17] Nadmierne picie powoduje wytrącenie czopów białkowych, które zatykając kanały, powodują samotrawienie się trzustki. W skrajnych przypadkach dochodzi do uszkodzenia narządów odpowiedzialnych za wydzielanie insuliny, czego konsekwencją jest cukrzyca.

[18] I. Pospieszyl, *Patologie*…, dz. cyt. s. 151.

Zaburzenia psychiczne

U osoby uzależnionej egzystowanie jest dalekie od realnego, opiera się na fikcji i złudzeniu, co więcej, mózg jest na tyle opanowany przez alkohol, że powoduje zjawisko zaburzenia kontaktu z rzeczywistością. Do takich objawów można zaliczyć majaczenie i halucynacje. Te stany, w których znajduje się alkoholik, występują nie tylko w czasie picia, ale i po jego zaprzestaniu. Pod wpływem alkoholu następuje rozmywanie granicy ja i brak zdolności do integracji wewnętrznej.

Najpoważniejsze zmiany dotyczą jednak mózgu, prowadząc do ciężkich zaburzeń psychicznych. Przyjrzyjmy się także i tutaj powikłaniom psychicznym, którym towarzyszy alkohol:

– delirium tremens – majaczenie alkoholowe (biała gorączka) – pojawia się głównie po odstawieniu alkoholu, towarzyszy często zespołowi abstynencyjnemu. Ten zaburzony stan świadomości objawia się zerwaniem realnej granicy czasu i przestrzeni, nasileniem lęków, bezsennością oraz różnymi zwidami. Występuje u około 5% uzależnionych[19]. Powstają urojenia dotykowe (łażące po ciele pająki, robaki, mrówki, myszki itp.), zapachowe, mania prześladowcza (ktoś czyha czy też skrada się, aby napaść, skrzywdzić itp.) Objawy majaczenia mogą się pojawić w czasie 72 h od zaprzestania picia. Stanom tym często towarzyszy gorączka i zaburzenia poziomu elektrolitów w organizmie[20];
– halucynoza – polega na spotęgowaniu, nasileniu się zespołu abstynencyjnego. Dochodzi do tego także wzmożona recepcja słuchowa, która często jest powodem agresji, spotęgowanego strachu. Często w tych przypadkach dochodzi do samobójstw. „Chory zaczyna słyszeć głosy, które dyskutują na jego temat, nakazują mu popełnienie samobójstwa, odcięcie sobie ręki, a jeśli tego nie zrobi, to one tego dokonają"[21];
– Zespół Otella – uzależniony mężczyzna ma wyjątkową podejrzliwość względem swojej żony, że jest przez nią zdradzany. Często osoby z tym zespołem cały swój czas poświęcają na

[19] J. Meliburda, *Przemoc domowa i uzależnienia jako zagrożenia zdrowia psychicznego* „Świat problemów", 6/2006, s. 5.

[20] I. Pospieszyl, *Patologie*…, dz. cyt., s. 151.

[21] B. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998, s. 52.

znalezieniu dowodów, czy owa zdrada miała miejsce. Zachowaniu temu często towarzyszy agresja – występuje zwykle po 40. roku życia[22];

– Zespół Korsakowa (psychoza Korsakowa) – następują zaburzenia pamięci. Osoba już nie pije alkoholu, ale jej zachowanie wskazuje na coś innego, mianowicie: zatacza się, nie potrafi zapamiętać dłużej niż minutę usłyszanych informacji. Choroba ta ma swoje podstawy często w niedoborach witaminy B1. Jest rzadką chorobą i jeśli już występuje to przeważnie po 50. roku życia[23];
– Zespół Wernickiego– dochodzi do paraliżu nerwów wzrokowych oraz zaburzenia funkcjonowania mięśni. Osoba ta ma trudności w koordynowaniu ruchów chodzenia[24].

Osoby uzależnione lub alkoholicy często dokonują wielu szkód, do których dochodzi pomiędzy okresami picia. To zachowanie spowodowane jest psychodegradacją alkoholową, czyli nieodwracalnymi zmianami osobowościowymi[25].

Po przedstawieniu sytuacji, w jakiej może się znaleźć osoba nadużywająca alkohol, można jednoznacznie stwierdzić, że jest to wyniszczenie człowieka. Nawet podjęte leczenie staje się długotrwałe i nie zawsze daje oczekiwane skutki.

W życiu alkoholika szczególną rolę odgrywają emocje, jednak jest to związane z ich niewłaściwym przeżywaniem, ponieważ ten proces zachodzi nieco inaczej niż u zdrowej osoby. Krytycyzm uzależnionego jest zdecydowanie obniżony, a w sferze uczuciowej górę biorą prymitywne popędy i instynkt, stąd skłonności do czynów sprzecznych tak z normami prawnymi, jak i moralnością[26].

Nadużywanie alkoholu zawsze wiąże się z mniej lub bardziej niekorzystnymi konsekwencjami społecznymi. Konsekwencje te obejmują zazwyczaj najważniejsze sfery życia człowieka, do których należą[27]:

---

[22] Tamże.

[23] I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol*, Lublin 2004, s. 67.

[24] Szerzej na temat Zespołu Wernickiego zob. P.R. Martin, C.K. Singelton, S.H. Hiller-Sturmhofel, *The role of thiamine In alkoholic brain disease,* „Alcohol Research &Health" 27(2)/2003, s. 134-142.

[25] B.T. Woronowicz, *Alkoholowe*…, dz. cyt., s. 155.

[26] J. Fiutowski, *Obyczaj, nawyk czy choroba?*, Warszawa 1981, s. 29.

[27] I. Pospiszyl, *Patologie*…dz. cyt., 152.

– sfera osobista – rozpad bliskich więzi, obniżenie się standardu życia często poniżej minimum egzystencji, utrata przyjaciół, utrata możliwości realizacji ważnych życiowych celów, wzrost agresywności, degradacja osobowości, utrata zdrowia, wzrost ubóstwa, izolacja społeczna itp.;
– sfera zawodowa – obniżenie kompetencji zawodowych, utrata wiarygodności, ryzyko utraty pracy, spadek możliwości awansu, zmiana warunków pracy itp.;
– sfera prawna – naruszenie prawa, przestępczość, problemy z policją.

W niniejszym artykule (jak to już zostało powiedziane na początku) ograniczymy się do wybiórczego spojrzenia na społeczne skutki nadużywania alkoholu przez pryzmat: agresji, przestępczości, przemocy w rodzinie czy też spadku statusu ekonomicznego rodziny.

Czym zatem jest agresja? Jest każdą formą zachowania, której celem jest wyrządzenie szkody lub spowodowanie obrażeń innej żywej istoty, motywowanej do uniknięcia takiego potraktowania[28]. Wyjaśnić należy, że mogą być dwa motywy takich działań: wewnętrzna potrzeba wyrządzenia szkody drugiej osobie oraz nieodparty zamiar osiągnięcia zamierzonego celu. Trzeba także rozróżnić pojęcie agresji od przemocy, która jest „podtypem agresji, która obejmuje skrajne formy agresji fizycznej"[29]. Dowiedziono, że alkohol ma istotny wpływ na popełnianie przestępstw, w tym zabójstw, przemocy fizycznej i seksualnej w rodzinie[30], oraz na akty działalności grupowej: bójki na imprezach, zamieszki uliczne czy też akty wandalizmu. Faktem jest, że alkohol może być przyczyną wzrostu działań agresywnych. Alkohol usuwa zdrowy krytycyzm, nie pozwala oceniać ewentualnych zbrodni[31]. Trzeba zauważyć, że nie wszystkie osoby są agresywne po spożyciu alkoholu. Dlatego też warto zwrócić uwagę na hipotezy wzrostu agresji wywołanej przez alkohol.

Hipoteza rozhamowania – jej istotną treść stanowią założenia, że w mózgu znajdują się pewne ośrodki odpowiedzialne za hamowanie agresji.

[28] B. Krahe, *Agresja*, Gdańsk 2005, s. 17; N. Pikuła, *Przemoc w rodzinie*…, dz. cyt., s. 94-98.

[29] Tamże, s. 19.

[30] N. Pikuła, *Przemoc w rodzinie*…dz. cyt., s. 89.

[31] W. Zdanowicz, *Czy alkohol jest pożyteczny*, Łódź 1949, s. 93.

Hipoteza pobudzenia – działanie agresywne ma być wywołane przez stymulujące skutki alkoholu. Dążenie osoby bądź też jej motywacja idzie w kierunku zachowania agresywnego.

Hipoteza oczekiwania – agresja wywołana jest przez samą świadomość człowieka, który wypił alkohol. Zaistniały fakt picia alkoholu jest przesłanką do usprawiedliwienia faktu agresji.

Hipoteza uwagi – osoba po spożyciu alkoholu ma problemy z właściwym ocenianiem rzeczywistości, następuje zredukowanie pojemności uwagi podmiotu.

Po tej krótkiej charakterystyce tych kilku hipotez należy dodać, że alkohol nie prowadzi do agresywnego zachowania w sposób bezpośredni, ale jest tylko możliwością, zwiększeniem prawdopodobieństwa takich zachowań, jest więc moderatorem pośrednim.

Uzależnienie od alkoholu oraz przemoc mają pewnego rodzaju cechy wspólne, z których szczególnie jedna zajmuje pierwsze miejsce. Jest nią ograniczenie sprawowania kontroli nad sobą. Proces ten polega na niedopuszczeniu do świadomości konsekwencji, jakie niesie z sobą agresywne działanie. Wszelkie cierpienia zadane innym osobom czy wyrządzone szkody są wewnętrznie tłumaczone, a ich konsekwencje, które próbują dotrzeć do rozumu sprawcy, są zamazywane, blokowane czy też niwelowane. Z czasem dochodzi do przyzwyczajenia się do umiejętności regularnego regulowania swoich poczynań. Mamy wówczas do czynienia z agresją, która rodzi się nie tylko w odpowiedzi na gniew, złość drugiej osoby, ale i podczas takich stanów, jak: smutek, przygnębienie, podniecenie, rozczarowanie[32]. Niezależnie od tego, jakie uczucia się pojawiają, od razu zostają przekształcone w napad agresji. Wraz ze stanem złości pojawia się nieodparte pragnienie spożycia alkoholu. Podczas stanu upojenia zostaje również poważnie ograniczone właściwe funkcjonowanie mózgu. Sprawcy z najgłębszym przekonaniem twierdzą, że to, co robią, jest słuszne, a za ich zachowania agresywne są odpowiedzialne ofiary, które ich sprowokowały[33]. Zachowania agresywne mogą także występować u osób, które już przestały pić – u abstynentów.

---

[32] J. Melliburda, *Przemoc domowa i uzależnienia jako zagrożenia zdrowia psychicznego*, „Monitor Problemów", 6/2006, s. 6.

[33] M. Dziewiecki, *Uzależnienia a decyzja*, „Trzeźwymi bądźcie", 4/2005, s. 6.

Kolejnym poważnym skutkiem społecznego uzależnienia alkoholowego w podejmowanych przez nas rozważaniach jest przestępczość. Nie jest to oczywiste zjawisko, gdyż dochodzi tutaj do dwóch rodzajów zachowań. W pierwszym przypadku po spożyciu alkoholu podmiot stosuje przemoc, ale w drugim jego stan pozostaje niezmienny, czyli nie dochodzi do wybuchu agresji.

Osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu tracą kontrolę nad ogólnie przyjętym systemem norm. „Niektórzy piją dla tzw. kurażu, gdyż na trzeźwo nie mieliby odwagi do wykonania swoich planów"[34]. Dodatkowym elementem stymulującym podczas takiego wydarzenia jest stosunek środowiska. Badania z ostatniego ćwierćwiecza XX wieku pokazują, że w zabójstwach z motywów ekonomicznych tylko 14% osób było pod wpływem alkoholu, natomiast w zabójstwach popełnionych w odwecie 50%[35]. Często również ma miejsce przemoc seksualna, gdy ofiara jest wciągana przez swego napastnika w sytuację seksualną czy to przez bezpośredni stosunek, czy też kontakt narządów płciowych lub ich dotykanie. Do tego typu zjawisk należy zaliczyć także brutalność w zachowaniach seksualnych, która wraz z gwałtem występuje nie tylko w nieformalnych związkach, ale także w małżeństwie[36].

Przemoc w małżeństwie na tle uzależnienia alkoholowego często przejawia się w przedmiotowym traktowaniu żony jako obiektu do zaspokajania zachcianek seksualnych. Takie dewiacje powodują straszliwe konsekwencje w życiu żony oraz poważne zachwianie integralności rodziny, gdyż gwałt powoduje szok, poczucie ogromnego zranienia duchowego i psychicznego, zaburzając rozwój psychospołeczny[37]. Analizując przyczyny rozwodów, bez żadnych wątpliwości można stwierdzić, że nadużywanie alkoholu jest jednym z największych zagrożeń dla związku. Około jedna trzecia małżeństw rozwodzi się z powodu nadużywania alkoholu.

Jeśli chodzi o przestępstwa przeciw mieniu, to są one często przyczyną pobudzenia pragnienia, jakie wywołuje alkohol, a jak

[34] W. Zdanowicz, *Czy alkohol…*dz. cyt., 93.

[35] E. Bielicki, *Z problematyki resocjalizacyjnej*, Bydgoszcz 2005, s. 65.

[36] N. Pikuła, *Przemoc w rodzinie…*, dz. cyt., s. 90.

[37] M. Dziewiecki, *Cielesność, płuciowośc, seksualniśc*, Kielce 2000, s. 124.

wiadomo, wiąże się to z potrzebą zdobycia pieniędzy. To staje się motywem popełniania kradzieży czy wymuszeń, które mogą się dokonywać nawet w najbliższym otoczeniu. W czasie trwania głodu alkoholowego alkoholik może być wyjątkowo agresywny i postępować nieodpowiedzialnie. Coraz więcej osób staje się udziałem różnego rodzaju wypadków, które zostały popełnione przez osoby pijące. Zagrożeniem jest także prowadzenie pojazdów mechanicznych w stanie nietrzeźwym, czego konsekwencją są potrącenia pieszych, karambole uliczne i wypadki drogowe.

Każda zdrowa rodzina (bez problemów alkoholowych) stara się ze wszystkich sił, aby zaspokoić podstawowe potrzeby do prawidłowego rozwoju wszystkich jej członków. Takie działanie jest logiczne i oczywiste, służy bowiem dobru rodziny. Trudne problemy, które rodzina napotyka na drodze życiowej, są w miarę możliwości rozwiązywane w celu uzyskania stabilnego stanu egzystowania. W większości tych przypadków jej członkowie starają się kierować rozsądkiem, aby jak najlepiej i najszybciej ocenić i zaradzić sytuacji. Co więcej te kryzysowe sytuacje powodują potrzebę większego zaangażowania się jej członków w celu osiągnięcia zamierzonego celu. Po rozwiązaniu takiej sytuacji rodzina odczuwa ogromną satysfakcję, że po połączeniu swoich sił, zaangażowaniu wszystkich jej członków jest w stanie wszystkiego dokonać.

Osoby uzależnione ze względu na negatywne konsekwencje, które są wynikiem toksycznego działania alkoholu, są zdeterminowane do podjęcia skomplikowanego leczenia. „Używanie alkoholu może mieć szeroki zakres społeczny, ekonomiczny i zdrowotne konsekwencje w społeczności, jednym z rezultatów długiego nadużywania alkoholu jest hospitalizacja”[38]. Często rodzinę nie stać na pokrycie specjalistycznego leczenia, wtedy z pomocą powinno przyjść społeczeństwo (państwo). Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że rodziny często borykają się z problemem alkoholizmu na własną rękę. Wtedy podejmuje się leczenie w środowisku domowym. Jak jednak się okazuje, szacunkowo więcej pieniędzy zostaje wydanych, gdy leczymy na własną rękę niż na rehabilitacje w specjalnie przygotowanych do tego placówkach[39].

[38] H.D. Holder, *Alcohol and the Community*, Cambrige 1998, s. 42.

[39] L. Harrison, *Alcohol Problems In the Community*, London 1996, s. 255.

Badania pokazują, że z powodu picia i szkód z tego wynikających państwa tracą rocznie ok. 2-3% PKB, natomiast Unia Europejska traci 125 miliardów euro rocznie i są to same koszty bezpośrednie[40]. Z nadużywaniem alkoholu związane jest również zwiększone ryzyko wystąpienia zgonu, co powoduje czasami drastyczne zmniejszenie liczby mieszkańców. Wskaźnik umieralności w Europie na tle uzależnienia alkoholowego wynosi 8%[41].

Państwo, w którym żyje uzależniony obywatel, bierze na siebie koszty sądownictwa i więziennictwa, pokrywa także koszty wypadków drogowych popełnionych przez osoby nietrzeźwe. Strat dokonanych przez człowieka nietrzeźwego, który prowadzi samochód i spowodował wypadek, gdzie ginie człowiek, nie można porównać z podatkiem, jaki płaci od wypitego przez niego alkoholu. U osoby, która spożyła alkohol, zdolność do podzielności uwagi pomiędzy dwoma i więcej źródłami wizualnej informacji może być osłabiona już przy stężeniu 0,02%. Zaś przy 0, 05% może już wystąpić szereg procesów, takich jak: zmniejszenie wizualnej percepcji, czasu reakcji, przetwarzania informacji itp.[42].

Jeśli chodzi o problem bezrobocia wśród alkoholików, coraz większa ich liczba finansowana jest przez państwo, choć czasem się im ono nie należy. To państwo wykłada pieniądze na zasiłki, świadczenia socjalne, składki ubezpieczeniowe dla bezrobotnych[43]. Trzeba tu również poruszyć problem rent, które są przyznawane takim osobom ze względu na ich stan zdrowia i bardzo słabe wyniki zerwania z nałogiem. Osoby uzależnione potrafią bardzo łatwo wykorzystywać luki prawne, dobroduszność urzędników i lekarzy, przerywając picie i stawiając się na komisję. Nie zawsze się im to udaje. „Dwa dni później mąż musiał zrezygnować z picia, ponieważ dostał wezwanie na komisje lekarską, która miała zdecydować o przedłużeniu jego renty, jednak nie udało się zatrzeć efektów 3-tygodniowego wcześniejszego picia. Komisja orzekła, że renta mu się nie należy"[44]. Rów-

[40] J. Mikuła, *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w świetle dokumentów europejskich*, „Monitor problemów", 1/2006, s. 4.

[41] Tamże.

[42] H. Moskowitz, M.M. Burns, A.F. Wiliams, *Skills performans at low blood alcohol levels*, „Journal Studies of Alcohol" 46(6)/1985, s. 482-485.

[43] N. Pikuła. *Personalistyczne i społeczne skutki bezrobocia oraz troska o niepracujących,* w*: Nauczyciel wobec…*, dz.cyt., s. 111.

[44] A.E. Schneider, *Byłam żoną alkoholika*, Nysa 1995, s. 61.

nie dobrze państwo może te pieniądze lepiej spożytkować, bo większość z nich alkoholik i tak przepija.

Problemy związane z alkoholizmem są nie tylko zdrowotne, psychiczne, emocjonalne, ale także i społeczne, co zostało nakreślone w niniejszym artykule. Rodzi się zatem potrzeba tworzenia różnego rodzaju jednostek terapeutycznych (na co również pieniądze wykłada państwo). Utrzymanie takiego budynku jest trudne, gdyż wymaga zatrudnienia wielu specjalistów: psychologów, pedagogów, psychiatrów, terapeutów itp. Jednak największy problem jest w tym, aby alkoholik zrozumiał, że jest chory i zechciał poddać się leczeniu z korzyścią dla siebie dla rodziny i społeczeństwa.

Literatura przedmiotu

Bielicki E., *Z problematyki resocjalizacyjnej*, Bydgoszcz 2005.

Cekiera Cz., *Psychologiczne i profilaktyczne aspekty uzależnień, O godności osoby ludzkiej*, Radom 2002.

Cekiera Cz., *Ryzyko uzależnień*, Lublin 2001.

Cher L., *Depression and alcoholism*, QJM, 4/2004.

Crabbe J.C., Philips T. J., Buck K.J., *Identyifying genes for alkohol and drung sensitivity. Recent progress and future directions*, „Trend in Neuroscinces", 22(4)1999.

Dodziuk A., *Trudna nadzieja*, Warszawa 2003.

Dziewiecki M., *Cielesność, płciowość, seksualność*, Kielce 2000.

Dziewiecki M., *Uzależnienia a decyzja, Trzeźwymi bądźcie*, 4/2005.

Fiutowski J., *Obyczaj, nawyk czy choroba?*, Warszawa 1981.

Habrat B., *Organizm w niebezpieczeństwie*, Warszawa 1998.

Harrison L., *Alcohol Problems In the Community,* London 1996.

Holder H.D., *Alcohol and the Community,* Cambrige 1998.

Krahe B., *Agresja,* Gdańsk 2005.

Martin P.R. Singelton., C.K,. Hiller-Sturmhofel S.H, *The role of thiamine In alkoholic brain disease,* „Alcohol Research &Health" 27 (2) /2003.

Mastalski J., *Chrześcijanin wobec agresji w rodzinie*, Kraków 2006.

Meliburda J., *Przemoc domowa i uzależnienia jako zagrożenia zdrowia psychicznego,* „Świat problemów", 6/2006.

Melliburda J., *Przemoc domowa i uzależnienia jako zagrożenia zdrowia psychicznego*, „Monitor Problemów", 6/2006.

Mikuła J., *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w świetle dokumentów europejskich*, „Monitor problemów", 1/2006.
Moskowitz H., Burns M.M.,. Wiliams A.F, *Skills performans at low blood alcohol levels*, „Journal Studies of Alcohol" 46 (6)/1985.
Niewiadomska I., *Dlaczego ludzie uzależniają się od alkoholu, Alkohol alkoholizm i ja,* Lublin 2002.
Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M., *Alkohol,* Lublin 2004.
Pikuła N., *Przemoc w rodzinie na tle uzależnienia alkoholowego,* w: *Nauczyciel wobec problemów psychospołecznych ucznia,* Kraków-Częstochowa 2009.
Pikuła N., *Personalistyczne I społeczne skutki bezrobocia oraz troska o niepracujących*, w: *Nauczyciel wobec problemów psychospołecznych ucznia,* Kraków-Częstochowa 2009.
Pospieszyl I., *Patologie społeczne*, Warszawa 2009.
Schneider A.E., *Byłam żoną alkoholika,* Nysa 1995.
Schucki M.A., Smith T.L., Kalmijn J., Tsuang J., Hesselbrock V., Buholz K., *Response to alkohol In daughters of alcoholics. A pilot study and a comparison with sons of alcoholics*, „Alkohol & alcoholism", 3/2000.
Woronowicz B., *Alkoholizm jest chorobą,* Warszawa 1998.
Woronowicz B.T., *Alkoholowe vademecum dla każdego,* Zakroczym 1993.
Zdanowicz W., *Czy alkohol jest pożyteczny*, Łódź 1949.

Edyta Szyszka

Poczucie pokrzywdzenia w rodzinach z problemami alkoholowymi na przykładzie opinii kobiet

Przemoc w rodzinie z problemem alkoholowym jest zjawiskiem, które istnieje od czasów, kiedy istnieje konsumpcja alkoholu. Przemoc powodowana zachowaniem pod wpływem alkoholu jest jedynym z rodzajów patologii społecznej. Liczba przestępstw z tego tytułu posiada tendencję wzrostową. Zgłoszenia o przemocy dotyczą tylko ujawnionych przestępstw, co oznacza, że rzeczywista skala zjawiska jest większa niż wskazują statystyki.

Ofiary często przyzwyczają się do zaistniałej sytuacji i wykazują bierność wobec własnego losu. Osoby te prezentują postawę uległą, zależną, bierną i jest to spowodowane uzależnieniem emocjonalnym, niskim poczuciem własnej wartości, przekonaniami religijnymi, brakiem wykształcenia i wiary w skuteczność jakikolwiek działań, jak również wypływa to z nieumiejętności proszenia o pomoc[1].

Zjawisko to analizuje w swoich badaniach I. Pospiszyl. Autorka podkreśla, że ofiary przemocy często działają nieświadomie, według stereotypów lub też schematów myślowych, które są powielane z pokolenia na pokolenie. Należą do nich między innymi: chęć zachowania pozorów dobrej rodziny, wstyd przed rodziną, sąsiadami, przekonanie, że „tak ma być", wyniesione i utrwalone z domu rodzinnego poczucie, że sama poradzi sobie z tym problemem, wreszcie też obawa przed wzrostem przemocy jako kary za jej ujawnienie, obawa przed pozostaniem bez środków do życia, przed nieznalezieniem pracy, mieszkania i rozpoczynaniem wszystkiego od początku[2]. Swoista izolacja rodziny z problemem alkoholowym może mieć źródło w pewnej

[1] J. Mazur, *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Warszawa 2002, s. 122-123.

[2] I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1994, s. 97.

normie kulturowej, którą można traktować w jednym przypadku jako tradycję, w innym jako stereotyp. Treścią takiego poglądu społecznego jest to, że „życie rodzinne uważane jest za prywatną sprawę małżonków, a społeczeństwo nie przekracza zwykle tej granicy". Kobiety, które zdecydowały się na odejście od swoich mężów, czują się poniżone i upokorzone, raczej nie chcą ujawniać powodów swoich decyzji. Te, które opowiadały o przemocy, bardzo często spotykały się z lekceważeniem problemu, upokorzeniem. Akceptacja społeczna przemocy w rodzinie jako zjawiska naturalnego wzmacnia lęk przed odejściem lub ujawnianiem szczegółów[3].

Problem alkoholowy w rodzinie jest w niniejszej publikacji punktem wyjściowym do analizy sytuacji pokrzywdzenia. Zjawisko to jest analizowane w literaturze psychologicznej najczęściej w sposób wycinkowy i kazuistyczny. Nie powstał jak dotąd model teoretyczny, który by dostarczał całościowego opisu i wyjaśnienia tego fenomenu lub choćby stanowił jego próbę[4]. W literaturze psychologicznej panuje chaos pojęciowy dotyczący problematyki pokrzywdzenia. Funkcjonuje niepisana zasada wymiennego posługiwania się pojęciami „krzywda" i „niesprawiedliwość". Wspólnotę znaczeń tych pojęć sankcjonują językoznawcy. Krzywda to: „szkoda moralna, fizyczna lub materialna wyrządzona komuś niezasłużenie, bezprawnie, nieszczęście, niesprawiedliwość, obraza dotykająca kogoś niesłusznie"[5].

Sens psychologiczny tych pojęć oraz odpowiadające im stany psychiczne, duchowe, etyczne nie są identyczne. Po pierwsze, krzywdę można odczuwać w wyniku zdarzeń niedefiniowanych subiektywnie jako niesprawiedliwość, np. wskutek wycofania uczucia przez inną osobę, kiedy inni postępują wbrew naszej woli, kiedy ktoś bagatelizuje nasze problemy. Po drugie, sprawcą poczucia niesprawiedliwości jest zawsze ktoś/coś z zewnątrz (inny człowiek, los, państwo), tymczasem poczucie krzywdy – choć rzadko – można odczuwać także wtedy, gdy jest się jednocześnie sprawcą szkody (np. w przypadku aborcji). Po trzecie, poczucie

[3] R.J. Ackerman, S.E. Pickering, *Zanim będzie za późno. Przemoc i kontrola w rodzinie*, Gdańsk 2004, s. 48.

[4] E. Gruszecka, *Człowiek w obliczu krzywdy: zachowania ofiar, sprawców i obserwatorów*, w: E. Martynowicz (red.) *Od poczucia podmiotowości do bycia ofiarą*, Kraków 2006, s. 55.

[5] M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, , Warszawa 1988, s. 1069.

niesprawiedliwości może się wyrażać jedynie w ocenach poznawczych, ale trudno założyć, aby poczuciu krzywdy nie towarzyszyły emocje. Po czwarte, przywrócenie równowagi w relacji znosi niesprawiedliwość. Czy także poczucie niesprawiedliwości? Literatura przedmiotu nie odpowiada na to pytanie. Wiadomo natomiast, że poczucie krzywdy może „zalegać" mimo kompensacji szkody, a także „znikać" mimo braku tej kompensacji[6].

E. Gruszecka podaje, że „przeciętny człowiek niemal z pewnością poczuje się pokrzywdzony, gdy dotknie go szkoda, którą oceni jako niezasłużoną, sprzeczną z oczekiwaniami i pozostającą w sferze odpowiedzialności zewnętrznego sprawcy. Natomiast intencjonalne sprawstwo szkody, podobnie jak brak winy własnej, nie są warunkami koniecznymi wzbudzenia poczucia krzywd"[7]. Etiologia tej emocji wydaje się posiadać liczne uwarunkowania zewnętrzne, które są odpowiedzialne za powstanie komponentów, które zestawione z sobą kreują intensywność poczucia krzywdy. J. Melibruda uważa, że „poczucie krzywdy powstaje wtedy, gdy w doświadczeniu jednostki łączą się trzy ważne zjawiska: cierpienie, poczucie bezsilności i poczucie burzenia jakiegoś porządku, określającego ważne aspekty życia"[8]. Zdarza się, że ślad poczucia krzywdy z przeszłości zostaje na trwałe zapisany w świadomości i staje się bolesną częścią jednostki. Ten rodzaj blizny psychologicznej może wpływać przez wiele lat na postępowanie, myśli, przeżywane uczucia w różnych sytuacjach życiowych przez jednostkę. Melibruda nazwał ją syndromem niewybaczonej krzywdy[9]. Często ofiary tego dramatu wycofują skargę pod wpływem namowy sprawcy, wynika to ze wstydu przed innymi, obawy przed jeszcze większą przemocą, lęku przed nieumiejętnością poradzenia sobie samu i rozpoczynania wszystkiego od nowa.

Jednym z ważniejszych rodzajów przemocy stosowanych w rodzinie z problemem alkoholowym jest przemoc psychologiczna, do której należy poniżanie i upokarzanie, ofiara zostaje pozbawiona

[6] E. Gruszecka, tamże, s. 57-58.

[7] E. Gruszecka, *Strategie radzenia sobie z krzywdą: rodzaje, uwarunkowania efektywność*, w: B. Wojciszke i M. Plopa, *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*, Kraków 2003, s. 227.

[8] J. Melibruda, *Nieprzebaczona krzywda*, Warszawa 1992, s. 3.

[9] Tamże.

osobistej mocy, izolowanie i narzucanie własnych sądów, pozbawienie środków służących do właściwego funkcjonowania psychicznego i fizycznego[10]. Tak szeroki katalog działań podejmowanych przez jednego z członków rodziny względem pozostałej części rodziny wskazuje na wysoką efektywność tej przemocy, czego dowodem jest wieloletni charakter tych patologicznych relacji.

Niektórzy badacze zwracają również uwagę na aksjologiczny aspekt przemocy w rodzinie. S. Lipowska-Teutsch znęcanie psychiczne określa jako nieuchwytną formę złego traktowania. Nie pozostawia widocznych śladów, trudno jest cokolwiek udowodnić w trakcie postępowania przygotowawczego. Nie można również określić rozmiarów psychicznego krzywdzenia, nie można również w sposób jednoznaczny sklasyfikować intensywności oraz stopnia dolegliwości[11]. Szczególnie złożona sytuacja ujawnia się w rodzinach, w których między partnerami, z których jeden jest uzależniony od alkoholu, istnieje więź emocjonalna i uczuciowa. E. Woydyłło pisze, że osoby żyjące w bliskich związkach z osobą uzależnioną od alkoholu bardzo często towarzyszą negatywne reakcje emocjonalne między innymi wstydu, żalu, złości, lęku, strachu, poczucia winy, bezradności, niepewności, agresji. Problem alkoholowy pojawia się bardzo często w rodzinach, w których stosowana jest przemoc. Badania wskazują, że agresorzy mają bardzo często problem z uzależnieniem od alkoholu. Alkohol prowadzi do odhamowania popędów. Nieśmiałość, strach i niepewność są stanami wynikającymi z zahamowań emocjonalnych, które pod wpływem alkoholu ustępują. Ten efekt alkoholu uważany jest za główny powód sięgania po kieliszek osoby z problemami emocjonalnymi. Z czasem staje się łatwo dostępnym lekarstwem na onieśmielenie, tremę, lęk przed odrzuceniem, przykre stany utrudniające relacje z innymi, a także niepowodzenie, smutek, poczucie krzywdy, winy[12].

Rodzina z problemem alkoholowym spełnia kryteria rodziny dysfunkcjonalnej. W sposób zwięzły myśl tę kontynuuje J. Bradshaw[13]. Do zadań, jakich nie jest w stanie wypełnić rodzina dysfunkcyjna, zalicza:

---

[10] J. Mazur, *Przemoc w rodzinie. Teorie i rzeczywistość*, Warszawa 2002, s. 40.

[11] A. Lipowska-Teutsch, *Wychowywać, wyleczyć, wyzwolić*, Warszawa 1998, s. 45.

[12] E. Woydyłło, *Aby wybaczyć. Poradnik dla rodzin alkoholików*, Warszawa 1998, s. 109.

[13] J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę*, Warszawa 1994, s. 59.

– zabezpieczenie przetrwania i rozwoju swoim członkom;
– zaspokojenie potrzeb emocjonalnych (znalezienie równowagi pomiędzy autonomią a zależnością w rodzinie, nauka zachowań społecznych oraz seksualnych);
– zapewnienie rozwoju i wzrostu wszystkim jej członkom;
– rozwinięcie poczucia własnego „ja";
– funkcje socjalizacyjne.

Często charakteryzując rodzinę z problemem alkoholowym, sięga się do ujęcia systemowego, traktującego rodzinę jako całość, jako wspólnotę, jako jeden organizm[14], co wymusza na nas spojrzenie na rodzinę w sposób kompleksowy, gdyż każdy z jej członków, jako część funkcjonującego układu, zależny jest od innych. Jakakolwiek zmiana w części rodziny, wywołuje zmiany w niej całej[15]. Dopiero dzięki takiemu spojrzeniu na rodzinę, zrozumieniu wewnętrznych współzależności w całym rodzinnym układzie, jesteśmy w stanie dowiedzieć się, co dzieje się z dzieckiem alkoholika. M. Ryś[16] ujmuje tak pojętą rodzinę jako „dysfunkcyjny system wewnątrz rodzinny", układ, który został zaburzony na skutek picia jednego członka – jego składowego elementu. Alkoholizm jest jego integralną częścią, staje się punktem odniesienia przeżyć, nastawień, zachowań całego systemu rodzinnego. Rodzina taka stara się tak wbudować w swoje życie chorobę alkoholową jednego z członków, by móc z nią normalnie funkcjonować. W efekcie następuje zmiana „rodziny z alkoholikiem" na „rodzinę alkoholową". Patologiczne picie alkoholu zostaje włączone w tzw. „homeostatyczny mechanizm funkcjonowania rodziny". Rodzina z problem alkoholowym, podobnie jak rodzina prawidłowo wypełniająca swoje funkcje, dąży do osiągnięcia poczucia wewnętrznej stabilizacji, homeostazy. Stąd, wbrew powszechnym mniemaniom, rodzina alkoholowa często funkcjonuje całkiem dobrze. Ponieważ jednak centralne miejsce w tym systemie zajmuje alkoholizm, członkowie rodziny wypracowują sobie własne techniki reagowania, przystosowania się i przetrwania, by utrzymać gospodarstwo domowe i rodzinę jako całość. Taki system rodziny jest sztywny i chory. Spełnia jednak swoje zadanie. Zachowuje

[14] M. Ryś, *Rodzinne uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania Dorosłych Dzieci alkoholików*, Warszawa 2007, s. 79.

[15] B. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, Warszawa 1998, s. 28.

[16] M. Ryś, *Rodzinne uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania Dorosłych Dzieci alkoholików*, dz. cyt., s. 77.

równowagę w funkcjonowaniu rodziny, a dzieje się to dzięki zaprzeczaniu, dochowaniu wspólnej tajemnicy, jaką jest nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny[17].

Rodzina z problemem alkoholowym posiada swoich aktorów, a rolę dominującą najczęściej odgrywa mężczyzna. Strategia dominacji sprowadza się do długotrwałych form krzywdzenia, które są interioryzowane przez pozostałych aktorów „sceny" domowej. J.L. Herman zauważa, że sprawca robi wszystko, co w jego mocy, by doszło do zapomnienia. Głównymi jego sprzymierzeńcami są tajemnica i milczenie. Jeśli tajemnica zostaje odkryta, sprawca próbuje podważyć wiarygodność swojej ofiary. Jeśli nie może całkowicie jej uciszyć, usiłuje upewnić się, że nikt nie będzie jej słuchał[18]. Rola narzucona przez sprawcę członkom rodziny jest wiktymologiczna, ponieważ odgrywają rolę ofiar na mocy decyzji sprawcy. J.L. Herman specyfikuje tłumaczenia sprawcy po każdym akcie przemocy: wcale do tego nie doszło, ofiara kłamie, ofiara przesadza, ofiara sama jest sobie winna, a w każdym razie czas zapomnieć o przeszłości i zacząć żyć normalnie[19]. Ten sam autor zwraca uwagę, że „jednym z pierwszych celów prześladowcy jest zniewolenie ofiary. Cel ten osiąga, przyjmując despotyczną kontrolę nad każdym aspektem jej życia. Rzadko jednak zadawala go zwykłe posłuszeństwo, odczuwa psychologiczną potrzebę usprawiedliwiania swoich czynów, a do tego jest mu niezbędne uwielbienie ofiary. Dlatego też niestrudzenie żąda od niej dowodów szacunku, wdzięczności, a nawet miłości (…) ostatecznym celem kata jest stworzenie »ofiary z własnej woli«"[20].

II. Badania empiryczne

Prezentowane badania odnoszą się do problematyki pokrzywdzenia w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym skierowanych do kobiet. Badania były przeprowadzone za pomocą metody dialogowej, która połączona była z wywiadem. Na badania wyraziło zgodę dwadzieścia pięć kobiet pochodzących ze zróżnicowanych środowisk społecznych. Jednym z celów badań

[17] Z. Gaś, *Rodzina a uzależnienie*, Lublin 1994, s. 35-36.

[18] J. L. Herman, *Przemoc. Uraz psychiczny powrót do równowagi*, Gdańsk 1998, s. 18.

[19] Tamże, s. 86.

[20] Tamże, s. 86.

było wykazanie, że przemoc stosowana jest w każdym środowisku społecznym, niezależnie od statusu społecznego, zawodowego, materialnego czy intelektualnego.

Problem przemocy domowej stosowanej wobec kobiet jest ukrywany przez kobiety i traktowany jako wstydliwy, dyskretny, bardzo osobisty. Kobiety, które były ofiarami przemocy ze strony swoich mężów/partnerów bardzo długo, jak pokazują badania, wypierały ze swojej świadomości fakt doświadczania przemocy. Przez wiele lat ukrywały i usprawiedliwiały zachowanie partnera, mimo cierpienia, jakie przeżywały. Jednym z wielu przyczyn, dla których trudno było im się zdecydować na podjęcie jakichkolwiek kroków, był niedostatek informacji związanych ze znajomością przepisów prawa w zakresie ochrony rodziny przed destrukcją ze strony partnera nadużywającego alkohol oraz na temat instytucji pomagającym ofiarom przemocy w rodzinie. Niemal wszystkie badane kobiety zwracały uwagę na sens prowadzenia akcji informacyjnych, które mogłyby przyczynić się do zmiany postaw i świadomości społeczeństwa.

Pytania skierowane do pokrzywdzonych kobiet były sformułowane w postaci kwestionariusza lub zadane w rozmowie. Pytania obejmowały różne aspekty związane z doznaną krzywdą i poczuciem pokrzywdzenia. Prezentacja wyników badań będzie polegała na omówieniu wybranych wypowiedzi. Badania te są częścią większych badań nad problematyką pokrzywdzenia, poczucia niesprawiedliwości oraz naruszenia godności.

1. Jak długo była Pani ofiarą przemocy swojego męża/partnera?

Większość kobiet wskazywała okres kilkunastoletni, co świadczy o względnej trwałości relacji rodzinnej, w której występuje przemoc.

2. Jak długo podejmowała Pani decyzję o odejściu od męża/partnera?

Jedna z kobiet szeroko uzasadnia nadmiernie długi okres podejmowania decyzji o odejściu od męża. Jest to *trudna sytuacja materialna, brak pracy lub małe dochody, konieczność zapewnienia dzieciom właściwej opieki, brak pomocy ze strony najbliższych i rodziny, wzbudzane przez męża poczucie winy, światopogląd religijny, a w końcu lęk przed konsekwencjami decyzji oraz współuzależnienie.*

Inna rozmówczyni, mówiąc o odejściu od męża, stwierdza: *Od podęcia decyzji do wdrożenia jej w życie trwało to około 12 lat – nie umiałam zakończyć tego piekła. I jeszcze nie potrafię odpowiedzieć na pytanie, dlaczego go tak kochałam, tyle lat patrzyłam na krzywdę, którą wyrządzał rodzinie, na obelgi pod swoim adresem, plucie w twarz, na siniaki na ciele swoim i dzieci, tkwiłam w tej relacji jak ubezwłasnowolniona. Doprowadził mnie do ruiny psychicznej, finansowej, ale przede wszystkim duchowej.*

W prezentowanej wypowiedzi zwraca uwagę tolerowanie pokrzywdzenia własnego i rodziny, rozmaitych cierpień i upokorzeń.

Jedna z kobiet opisuje skalę swojego cierpienia: *Ostatnie 12 lat mojego życia to piekło na ziemi. Mój mąż to oprawca, testował chyba wszystkie możliwe rodzaje przemocy na mnie i dzieciach. Pomimo wyroku, jaki dostał mój kat – został skazany, to jednak horror się nie skończył. Chyba gorszy jest niż bicie, poniżanie, poczucie wstydu, alkoholizm, wyzwiska, ucieczki z domu. Naprawdę z ręką na sercu wyrok nie daje ulgi. Może dla ciała, że nie jest obijane. Dusza cierpi podwójnie. Cierpi za wyrządzone krzywdy i żal, że człowiek potrafi upaść tak nisko. Ślady poczucia pokrzywdzenia tkwią tak głęboko, że chyba nie jest możliwe, aby zostały wymazane.* Przytoczona wypowiedź świadczy o równoległym do wielkości krzywdy stopniu adaptacji i przystosowania kobiet, które niezależnie od stopnia pokrzywdzenia funkcjonują w patologicznej rodzinie.

3. Czy poczucie krzywdy było uzależnione od postawy męża (np. obiecywał poprawę)?

Większość kobiet deklaruje różne formy niekonsekwencji względem własnych mężów i partnerów: *Wydaje mi się, że tak. Nie potrafię odejść od męża, sama sobie nie poradzę. Najczęściej o tym myślę, kiedy mnie upokarza, wyzywa. Ale kiedy wszystko wraca do normy, kiedy zaczyna przepraszać, całować, czasami płakać. I wtedy serce mi mięknie. Zaczynam go tłumaczyć, to nie jego wina, że ma problem, że przecież mnie kocha, zresztą ja też. Nie poradzę sobie bez niego. Nie mogę go tak zostawić. Może jak dzieci się usamodzielnią.* O ile w poprzednim fragmencie kobieta uzasadniała niemożność odejścia od męża względami swojej bezradności, o tyle kolejna rozmówczyni niemożność odejścia przez pewien czas tłumaczy względami żalu, współczucia, litości: *Ja go tak naiwnie kochałam, że ciągle było mi go żal, tkwiłam w zamkniętym kieracie, próbując udowodnić*

sobie, rodzinie, światu, że on się zmieni, że to nie jego wina, miał przecież trudne dzieciństwo, które takie spustoszenie uczyniło, a to są konsekwencje. Łudziłam się, że miłością, cierpliwością, zrozumieniem, wreszcie miłością sprawię, że będzie się leczył. Wreszcie zrozumiałam, że miłością alkoholika nie wyleczę, że nie dam rady. Dopiero teraz czuję żal, agresję, wściekłość do tego bydlaka, któremu pozwoliłam zmarnować taki kawał życia. Jedyne, co mnie powstrzymuje przed zemstą, to jego choroba.

4. Jakie emocje towarzyszyły poczuciu krzywdy?

Emocje towarzyszące poczuciu krzywdy rozmówczynie opisywały jako: *zagubienie, niepewność, bezradność, zaprzeczanie prawdziwym faktom, wyobcowanie, brak zdolności do obrony praw swoich i dzieci, wieczne napięcie, które momentami było nie do zniesienia, czasem miałam wrażenie, że wszystko mnie boli, stale szukałam obiektywnych powodów picia, ciągle go usprawiedliwiałam, ciągle dawałam szansę, ale nic się nie zmieniało.* Inna kobieta wymieniała *rozpacz, żal, poczucie osamotnienia, brak nadziei na zmianę*. Jedna z rozmówczyń wskazywała *współuzależnienie, które powodowało stan wiecznego napięcia, długotrwałego i niszczącego stresu, nie zdawałam sobie sprawy jak bardzo brak decyzji mnie wyniszcza, pozbawia siły.*

5. Czy informowała Pani o swojej krzywdzie odpowiednie instytucje (policja, sąd itp.)?

Kobiety w swoich wypowiedziach wskazują na znaczną nieskuteczność instytucji prawnych i rezygnację z tej formy dochodzenia swoich praw. Jedna z rozmówczyń stwierdza: *Gdy uciekłam, poinformowałam policję, prokuraturę. Sprawa rozwodowa zakończyła się dla mnie porażką. Znęcał się i nadal się znęca już na odległość, wykańczając mnie psychicznie i finansowo. Oprawca w dalszym ciągu jest górą, nadal ma się nieźle. Został w wybudowanym przez nas domu, więc żyje mu się bardzo dobrze. Dlaczego w tym kraju takie sprawy trwają tak długo, dlaczego to ofiary muszą się bać, dlaczego jedyne, co może zrobić policja po kolejnej interwencji, to zabierać do izby wytrzeźwień, po której i tak wraca do domu pijany i jest jeszcze gorzej!* Podobną konkluzję zawiera kolejna wypowiedź jednej z kobiet: *Dopiero po 7-8 latach zgłosiłam na policję, złożyłam doniesienie o przestępstwie. Następnie wszczęte zostało dochodzenie i założono niebieską kartę. Aby uniknąć przykrych doświadczeń, wycofałam jednak zawiadomienie. Przyznano tylko kuratora i nie uzyskałam wystarczającej pomocy od policji, prokuratora, sądu*. Bezradność i rozczarowanie

do instytucji prawnych deklaruje również kolejna rozmówczyni: *Zgłosiłam na policję, zawiadomiłam prokuraturę – od tego zaczęłam, bo jest to podstawa późniejszych wszystkich działań. Ale i tak chronić siebie i dzieci muszę sama. Nie uzyskałam wystarczającej pomocy od tych instytucji. W takich przypadkach potrzebna jest bardzo konkretna rzeczowa pomoc. Chodzi mi o ukierunkowanie, co mam dalej robić, jaki następny krok mam uczynić, co będzie korzystne dla mnie i moich dzieci, a nie dla oprawcy. Dużo się mówi i tylko mówi!*

6. Czy kiedykolwiek podczas awantury obecne były Państwa dzieci? W jakim wieku wtedy były?

Wszystkie rozmówczynie potwierdzały istnienie awantur w obecności dzieci: *Każda awantura miała miejsce w obecności dzieci na przestrzeni 15 lat* lub *Prawie zawsze, mój mąż bił też starszą córkę.* Jedna z rozmówczyń stwierdza bezradnie: *Początkowo próbowałam chronić dzieci, ale z czasem się nie dało.*

Jedna z kobiet jako dziecko doświadczała przemocy ze strony swojego ojca. Swoją sytuację opisuje w następujący sposób: *Agnieszka lat 20, wykształcenie podstawowe, nie pracuje, ukończone gimnazjum, ma 6-miesięcznego synka. Wychowała się w rodzinie, w której panowała atmosfera przemocy. Odkąd pamięta obydwoje rodzice nadużywali alkoholu. Aktualnie ojciec przebywa w więzieniu za znęcanie się nad nią i jej młodszą siostrą, i bratem, który zginął w wypadku. Od 12. roku życia wraz z siostrą przebywały w Pogotowiu Opiekuńczym, a później w Domu Dziecka.*

7. W jaki sposób mąż/partner znęcał się nad Panią?

Odpowiedzi kobiet na powyższe pytanie były podobne. Najczęstszymi formami przemocy były: wyzwiska, ośmieszanie, poniżanie, awantury z byle powodu, kłótnie, wieczne pretensje, bicie, kopanie, plucie, zadawanie ran ciętych, wyrzucanie z domu, przypalanie żelazkiem. Odpowiedź na to pytanie sprawiała badanym kobietom duże trudności. Pytanie wzbudzało silne emocje, niektóre w trakcie rozmowy zaczynały płakać.

Jedna z rozmówczyń wymienia katalog krzywd swojego ciemiężyciela: *Psychicznie, fizycznie, emocjonalnie, używał przekleństw wobec mnie, z nieuzasadnionego powodu wszczynał awantury, kopał, przyduszał, popychał, pluł w twarz i z byle powodu wyrzucał mnie z domu, szarpał za włosy, nie wpuszczał mnie do domu, poniżał, wzbu-*

dzał poczucie winy, podważał autorytet i wiarygodność, przychodził do mojej pracy, gdzie również wszczynał awantury.

Interesującą historię własnego pokrzywdzenia przedstawia kolejna rozmówczyni: *Wytrzymałam 15 lat. Nie tak dawno powiedziałam „dość" i to jest już nieodwołalna decyzja. Historia tego dramatu jest długa, ale powiem tylko, że nie raz dawałam kolejną szansę jemu, sobie, nam, ale jednak nic się nie zmieniało, a jeśli były zmiany, to na bardzo krótko. Zdałam sobie sprawę, że to będzie wracało, schemat był zawsze taki sam, „historia zatacza koło". Wiele lata tkwiłam w mechanizmie samooskarżenia i przeświadczenia, że to wszystko moja wina. Z jednej strony miałam ogromne poczucie pokrzywdzenia, a z drugiej winy, obwiniałam samą siebie za tą sytuację, że może coś zaniedbałam, może powinnam się bardziej starać. Może to, co teraz robię, będzie ratunkiem dla nas obojga? Podjęłam decyzję o rozwodzie. Ja też potrzebuję miłości, jak każdy z nas, ale tu na pewno jej nie znajdę. Teraz pragnę przede wszystkim spokoju, a później to czas pokaże. Jestem straszliwie poorana, zmęczona i muszę wreszcie coś z tym zrobić. Wiem, że podjęłam słuszną decyzję.* Warto zauważyć w powyższej wypowiedzi mechanizm samooskarżania i poczucie winy, które petryfikuje dysfunkcjonalność rodziny kobiety.

W celu ilustracji mechanizmu powstawania relacji pokrzywdzenia zaprezentowana zostanie biografia Joanny, młodej kobiety zamieszkującej w małej miejscowości pod Krakowem: *Mateusza poznałam na jednej z dyskotek, była to miłość od pierwszego wejrzenia. Mateusz to bardzo przystojny chłopak, ma 23 lata. Początki tej znajomości były cudowne, był bardzo opiekuńczy, kupował mi dużo rzeczy, rekompensował mi moje trudne dzieciństwo. Stale zapewniał, że mnie kocha i chce ze mną być. Po raz pierwszy uderzył mnie, po czterech miesiącach naszej znajomości, kiedy wyszliśmy od mojej koleżanki, u której zrobił mi sceny zazdrości. Później znowu była sielanka… Aż do momentu, kiedy poinformowałam go, że jestem w ciąży, wszystko się skończyło. Wtedy zaczął obkładać mnie pięściami, uderzył w twarz, szarpał za włosy, wyzywał, pluł, poniżał. Zachowywał się jak szaleniec i krzyczał, że to nie jego dziecko. Potem przepraszał, płakał i obiecywał, że więcej się to nie powtórzy, że nie wie, co się z nim dzieje. Któregoś dnia wyszedł i kilka dni nie dawał znaku życia, nie odbierał moich telefonów, nie odpowiadał na moje sms-y. Po dwóch tygodniach zadzwonił i zaprosił mnie na spotkanie. Czekał na mnie z kwiatami, uśmiechnięty i znowu przepraszał… a ja czułam, że znowu zaczynam mu ufać, oczywiście się zgodziłam, bo bałam się, że go stracę i jak sama sobie*

poradzę z dzieckiem. Jednak miał inne plany co do mnie i dziecka, kiedy wyszłam do toalety, on wrzucił mi do soku tabletkę poronną, zauważyła to kobieta siedząca obok przy stoliku, która poinformowała mnie, kiedy wychodziłam z toalety. I tutaj zaczął się ponowny dramat, nie przebierał w słowach, groził, że mnie zabije, krzyczał, że nie jestem jego warta, czułam się podle, pojawiły się myśli samobójcze. Tego dnia podjęłam decyzję o odejściu od niego i pojechałam do schroniska. Jednak cały czas o nim myślę, nie potrafię się wyzwolić, nadal za nim tęsknię, ale on nie odpisuje na moje sms-y, nie chce spotkania ze swoim synkiem. Jestem gotowa mu przebaczyć, aby moje dziecko mogło się wychowywać z obydwojgiem rodziców, zresztą sama potrzebuję wsparcia, nie mam ukończonej żadnej szkoły, nie mam pracy i nie wiem, czy sama dam radę, na rodziców też nie mogę liczyć.

8. Jak Pani mąż/partner reagował na poczucie krzywdy, które Pani z jego powodu przeżywała?

Reakcje męża jedna z rozmówczyń opisywała jako *agresję, znęcanie, przerzucanie odpowiedzialności za zaistniałą sytuację, sugerowanie, że jestem chora psychicznie.* Inna rozmówczyni określała tę reakcję następująco: *Nie reagował, gdy płakałam, byłam rozżalona, twierdził, że mam to, na co zasłużyłam*. Mąż innej kobiety reagował odmiennie, bo: *kiedy trzeźwiał, przybiegał z koszami róż, przepraszał na kolanach, płakał, wtedy miał poczucie, że wyrządza mi krzywdę, ale i tak za kilka dni było to samo*.

9. Czy jest Pani gotowa przebaczyć mężowi?

Kwestia przebaczenia w poczuciu pokrzywdzenia jest istotna z punktu widzenia stopnia urazu psychicznego i duchowego, którego doznała kobieta w dysfunkcjonalnej rodzinie. Jedna z badanych kobiet podniesionym głosem stwierdza, że *Nie, nie!!!* Inna rozmówczyni deklaruje niechęć do wybaczenia następująco: *Nie jestem gotowa, cholernie boli to, co on mi zrobił i chciałabym, żeby bardzo cierpiał. Wiem, że to złe, niedobre, ale właśnie tak myślę. Zdaję sobie sprawę, że to człowiek z problemami.* Nie wszystkie jednak kobiety wyrażają niechęć do przebaczenia mężowi: *Jest to bardzo trudne, ale chcę przebaczyć ze względu na własne dobro, warunek rozwoju i wewnętrznego spokoju* lub *Wybaczyłam, ale trwało to kilka lat, teraz jest mi żal, widząc, jak się stacza…* Jedna z kobiet stwierdza, że *Tak, chcę przebaczyć, bo nadal go kocham*.

10. Łatwo czy trudno jest Pani otrząsnąć się z krzywdy, którą Pani doznała lub doznaje?

Jedna z badanych kobiet stwierdza, że *Konsekwencje są bardzo znaczące i w części nieodwracalne. Wymagają bardzo dużo wewnętrznej pracy natury psychicznej i duchowej. Moja osobowość i tożsamość uległy zupełnej degradacji i zniszczeniu*. Inna kobieta stwierdza, że: *nie jest łatwo, zwłaszcza gdy muszę spotykać się z mężem na rozprawach*.

11. Jak widzi Pani swoją przyszłość?

Ostatnie pytanie dotyczy prognoz związanych z przyszłością badanych kobiet. Jedna z rozmówczyń formułuje swoją wizję przyszłości w następujący sposób: *Mam nadzieję na spokojne dobre życie, uzyskałam rozwód, ale bardzo trudno jest otrzymać jakąkolwiek pomoc, instytucje mające dbać o dobro rodziny są bezsilne, bezradne, przyzwalają na łamanie prawa przez sprawców przemocy*. Inna rozmówczyni pragnie przyszłości, która byłaby negacją doświadczonego koszmaru: *A plany na przyszłość? Pragnę rozpocząć własne życie z dala od wyzwisk, obelg, bijatyk, nieprzespanych nocy, strachu, lęku, psychicznego bólu… chcę pozbierać, to co się da i na ile się da – co zostało rozwalone od środka*. Pesymizm i smutek jest w projekcji kolejnej rozmówczyni: *Trudno powiedzieć. Muszę zakończyć wszystkie sprawy. Mam pracę. Chcę wychować dzieci, wykształcić. Zaczynam starać się o mieszkanie socjalne. Powoli staję na własnych nogach, ale to bardzo trudne. Dopiero teraz widzę, jaki kawał życia mam zmarnowany.*

W podsumowaniu powyższych badań można stwierdzić, że poczucie pokrzywdzenia w rodzinach dysfunkcjonalnych, w których panuje przemoc ze strony mężczyzny, jest kategorią dominującą. Zwraca uwagę fakt nieproporcjonalnego czasu utrzymywania relacji opartej na pokrzywdzeniu i uzasadnianie trwałości związku różnymi argumentami. Znacząca część badanych kobiet, mimo doznanych krzywd i upokorzeń, wyraża w określonym stopniu związek emocjonalny i uczuciowy ze swoim ciemiężycielem. Zjawisko to w pewnym stopniu jest podobne do tzw. syndromu sztokholmskiego.

Michaela Šavrnochová

Participácia rodiny na liečebnom procese svojho člena závislého na alkohole

Závislosť od alkoholu ako chronické ochorenie

Závislosť od alkoholu (alebo alkoholizmus, chronický alkoholizmus či abúzus alkoholu) nie je len závažnou psychickou poruchou, ale často zahŕňa aj dôležité medicínske, pracovné a sociálne problémy.

Rodičia závislých detí, ale i deti závislých rodičov, sa často obracajú na odborníkov s očakávaním, že ich dieťa, resp. ich rodič, po absolvovaní ústavnej protialkoholickej liečby dokáže znovu kontrolovane piť alebo už nebude piť vôbec. Očakávajú, že ich dieťaťu, ich matke alebo otcovi, stačí pobudnúť niekoľko týždňov v príslušnom zariadení a naučia sa kontrolovane piť alebo budú doživotne abstinovať.

Závislosť od alkoholu (tak, ako ho vnímame my) je chronické, síce liečiteľné, ale nevyliečiteľné ochorenie, pri ktorom nemôžme hovoriť o úplnom vyliečení v medicínskom slova zmysle. Pre človeka s osobnou skúsenosťou závislosti nevyliečiteľnosť tohto ochorenia spočíva v tom, že závislým bude do konca života a po úspešnom absolvovaní protialkoholickej liečby si k slovu závislý, príp. alkoholik, pridá prívlastok abstinujúci.

Rodina so závislým členom

Alkoholizmus je choroba celej rodiny, týka sa každého jej člena a každého jedného táto choroba poznačí. Prechádza generáciami a má devastujúce účinky. Rodina je postihnutá, keď príbuzní a priatelia nedokážu ďalej tolerovť správanie sa závislého na alkohole a začnú sa jemu i celej rodine vyhýbať.

Kredátus (2004) definuje rodinu so závislým členom ako systém, v ktorom si akákoľvek zmena postavenia alebo správania u jedného člena vynúti zmenu u ďaľších členov rodiny. Vychádzajúc z tejto definície môžeme povedať, že závislosť jedného člena rodiny pôsobí na celý rodinný systém a ovplyvňuje všetkých jej členov – ich správanie, ich postoje a ich vyrovnávanie sa s danou skutočnosťou. Jednoducho povedané, závislosť od alkoholu nie je len problémom jednotlivca, ale i celej rodiny. Rodina ako celok je v tomto prípade vystavovaná skúške, ako si dokáže poradiť s prejavmi chorého člena, ako zvládať radosť a smútok, úzkosť a uvoľnenosť.

Najčastejšie je rodina chorá alkoholizmom manžela a otca rodiny, aj keď sa v posledných rokoch čoraz častejšie stretávame s alkoholizmom žien a výnimkou nie sú ani deti závislé od alkoholu. Podstata rodiny s členom závislým od alkoholu však ostáva rovnaká. Zmenia sa rodinné funkcie a narušia sa dovtedy relatívne fungujúce rodinné vzťahy (Rusnáková, 2007). V tejto súvislosti sa v posledných rokoch čoraz viac spomína pojem spoluzávislosť – kodependencia.

Nebezpečenstvo spoluzávislosti – kodependencie

Pomerne mladý pojem kodependencia priniesol veľa nových hľadísk na samotný syndróm závislosti, na jeho porozumenie i na samotnú liečbu.

Charles L. Whitfield (In Laskovská, 2008) definuje kodependenciu ako „multidimenzionálny stav (fyzický, mentálny, emocionálny a duchovný), prejavujúci sa pri akomkoľvek utrpení alebo dysfunkcii, ktorá sa spája alebo vzniká zameriavaním sa na potreby a správanie druhých".

Larsen (In Beattie, 2006) definuje spoluzávislosť ako „také deštruktívne a naučené správanie alebo povahové vlastnosti, ktoré znižujú schopnosť nadväzovať a prežívať láskyplné vzťahy".

Beattie (2006) hovorí o spoluzávislosti ako o partnerstve v závislosti, a v kontexte závislosti od alkoholu je nám táto definícia najbližšia.

Priebeh a príznaky kodependencie

Nebezpečenstvo spoluzávislosti spočíva najmä v tom, že príbuzní závislého jedinca strácajú postupne svoju osobnú identitu. V zameraní sa na potreby závislého zanedbávajú samých seba, berú problémy závislého za svoje problémy, preberajú za neho zodpovednosť, a tým mu umožňujú a dovoľujú unikať pred jeho vlastnou zodpovednoťou a pred následkami jeho pitia.

U spoluzávislých sa časom vytráca nielen ich osobná identita, ale znižuje sa ich vlastné sebahodnotenie, skresľuje sa realita a v niektorých prípadoch nastáva úplné popretie problému. V praxi sa často stretávame s príbuznými závislých, ktorí svojich blízkych nielen chránia v zmysle popierania ich problému, ale pitie svojho blízkeho racionalizujú, ba dokonca obhajujú. Mnohokrát preberajú na seba pocity svojho závislého člena rodiny, stávajú sa jeho citovým zrkadlom, balansujú medzi potrebou pomôcť a potrebou odlúčenia sa. Toto všetko u nich spätne vyvoláva pocity viny, napätia, strachu. Sami sa dostávajú do kruhu, z ktorého bez pomoci odborníkov veľakrát nevedia odísť. Nezriedka sa stáva, že v dôsledku psychického vyčerpania a depresií sami siahajú po alkohole či liekoch.

Spoluzávislé osoby sa snažia robiť zmeny, ktoré by (podľa ich názoru) situáciu zmenili, napravili, ale to, čo robia, v skutočnosti situáciu v rodine len zhoršuje. Nevedome tak podporujú pretrvávanie problému.

Väčšiu pravdepodobnosť stať sa spoluzávislým majú osoby, ktoré boli vychovávané v dysfunkčnej rodine a nemajú vzory správania sa dobrej a zdravej rodiny. Vzniku spoluzávislosti napomáha aj emocionálna nezrelosť, pocit vlastnej menejcennosti, potreba patriť partnerovi, slabé hranice vlastného „ja“ (Janíková, 2008).

V zmysle hore uvedených faktov je dôležité pripomenúť, že uvedená spoluzávislosť sa môže týkať výlučne dospelej osoby, pričom táto osoba môže zo vzťahu závislý jedinec – príbuzný odísť dobrovoľne. Z praxe môžeme povedať, že hoci sa takéto rozhodnutia robia s veľkými ťažkosťami, dospelí príbuzní majú možnosť zmeniť tento vzťah. Dieťa však takýto vzťah zmeniť nevie.

O tom, či sa konkrétna osoba stane spoluzávislou, alebo nie, rozhodujú mnohé činitele. Kredátus (2004) poukazuje na emocionálnu a materiálnu závislosť, slabé postavenie ženy v domácnosti, izoláciu rodiny, prípadne spoločenský tlak na udržanie

manželstva za každú cenu. Za veľmi dôležité považujeme aj samotné správanie závislej osoby, či je násilná alebo nie. Nemenej dôležitá je aj pracovná a spoločenská pozícia členov rodiny, tlak verejnej mienky – názor prostredia, v ktorom rodina žije.

Laskovská (2008) uvádza konkrétne príznaky spoluzávislosti, medzi ktoré patria:

– spoluzávislá osoba je presvedčená, že je zodpovedná za uspokojenie potrieb závislého, pričom nevníma alebo potláča vlastné potreby
– sebavedomie spoluzávislej osoby je znížené, spojené so stálou snahou kontrolovať city, pocity iných aj svoje
– spoluzávislí udržujú dlhodobý blízky vzťah so závislým a prijímajú jeho projekcie a racionalizácie, čím mu pomáhajú popierať objektívnu realitu

V pokročilom štádiu spoluzávislosti sú spoluzávislí často:

– apatickí, depresívni, stávajú sa uzavretí a izolujú sa
– úplne strácajú zmysel pre každodennú rutinu a štruktúru dňa
– zneužívajú alebo zanedbávajú svoje deti a ostatné povinnosti
– trpia beznádejou a začínajú rozmýšľať o úteku zo vzťahu, v ktorom sa cítia uväznení
– trpia poruchami stravovania a mnohí sa sami stávajú závislými od alkoholu alebo iných drog (Beattie, 2006).

Jednotný prístup a pravidlá

Jednotný prístup zo strany všetkých zúčastnených osôb voči závislému jedincovi je veľmi dôležitý. Rovnaký postoj a rovnaký prístup by mali okrem terapeuta zaujať aj rodinní príslušníci – rodičia dieťaťa, ktoré je závislé od alkoholu, ale rovnako aj dieťa (deti) závislého rodiča. To isté platí aj o širšej verejnosti, čo v praxi býva veľmi ťažko dosiahnuteľné. Spolupráca medzi lekárom a rodinnými príslušníkmi počas ústavnej protialkoholickej liečby, ale aj v prvých mesiacoch abstinencie je nevyhnutná.

Zapojenie príbuzných

Snaha terapeutov sa pri liečbe závislosti od alkoholu v posledných rokoch výrazne rozrástla aj na zapojenie životných partnerov a príbuzných závislého jedinca.

Prehľad liečebných postupov ponúka O´Farell (In Lindenmeyer, 2009):
– párová a rodinná terapia pri motivovaní závislého od alkoholu k liečbe
– párová a rodinná terapia pri bezprostrednej liečbe závislého od alkoholu
– párová a rodinná terapia pri prevencii recidív

Párovej terapie sa zúčastňuje závislý jedinex a jeden člen rodiny – obvykle manžel, manželka alebo partner, partnerka. Do rodinnej terapie sú zapojení ďalší členovia rodiny, napr. deti alebo starí rodičia.

Rodinná a párová terapia sú často doplnkovým programom organizácií, zaoberajúcich sa liečbou závislosti od alkoholu.

Motivovanie príbuzných

Motivovanie príbuzných k spolupráci pri liečbe závislého člena začína prakticky už prvým kontaktom terapeuta s príbuznými. Prvý telefonický kontakt, alebo prvé osobné stretnutie s rodinou závislého jedinca môže do veľkej miery ovplyvniť správanie sa a aktívny prístup závislého počas nasledujúcich týždňov protialkoholickej liečby.

V praxi sa stáva, že príbuzní sa zámerne počas prvých týždňov liečby „nezaujímajú" o stav ich závislého člena. Terapeuti by v takomto prípade mali prejaviť porozumenie, ale v každom prípade by sa mali snažiť o bližší kontakt s rodinou po určitom čase.

Informovanosť a sprostredkovanie terapeutického modelu o závislosti

Už pri prvom stretnutí je vhodné informovať rodinu o chorobe ich člena, dať im k dispozícii informačné materiály, poskytnúť im kontakty na svojpomocné skupiny pre príbuzných. Práve pri otázkach príbuzných môže terapeut najlepšie nadviazať na ďalšiu terapiu. Vzhľadom na časové ohraničenie protialkoholickej liečby na Slovensku (6-13 týždňov), je dôležité zamerať sa najmä na uistenie samotného závislého, že informovanosť príbuzných o podrobnostiach jeho pijanskej kariéry mu môže v konečnom dôsledku výrazne pomôcť.

Zvyšovanie pozitívnych zážitkov v partnerstve, rodine

Narastajúce pitie alkoholu jedného člena rodiny spôsobuje, že časom silnie kritika a negatívne reakcie zo strany rodinných príslušníkov. Málo spoločných, pozitívnych aktivít vo voľnom čase, neustála kritika, málo pozitívnych interakcií a veľa pochybností sú prirodzeným dôsledkom rozvíjajúcej sa závislosti u jedného člena v rodine. Nielen partneri, ale aj rodič-dieťa a dieťa-rodič prežívajú čoraz intenzívnejšie obdobia plné negatívnych reakcií a narastajúcej nedôvery.

Terapeut by mal pripraviť príbuzných aj na prvé mesiace po liečbe, počas ktorých môžu vo vzájomných vzťahoch závislý jedinec – príbuzní prevládať negatívne reakcie.

Zo strany terapeuta je dôležité poukázať na tento fakt, upozorniť naň príbuzných a spoločne pracovať na minimalizovaní týchto negatívnych dôsledkov pitia závislého jedinca.

Zlepšovanie komunikácie a schopnosti vyhnúť sa konfliktom v rodine

V rodinách závislých často pozorujeme komunikačné poruchy a poruchy vo vyjadrovaní emócií. Vzájomná komunikácia v rodine je dôležitá nielen pred liečbou, ale aj počas liečby a po liečbe. Rozhovor môže byť dobrým prostriedkom dorozumenia, odovzdávania informácií, vzájomného povzbudenia počas liečby i v abstinencii (Rusnáková, 2007). V rámci rodinnej terapie je vhodné naučiť partnerov a príbuzných závislého jedinca vyjadrovať svoje pocity priamo a zrozumiteľne, v prípade potreby sprostredkovať rodine tréning komunikácie. Namiesto výčitiek a obvinení naučiť príbuzných priamo prejaviť a pomenovať svoje želania, naučiť ich akceptujúco počúvať a snažiť sa o konštruktívny dialóg.

Prevencia recidívy prostredníctom zapojenia príbuzných

Cielená prevencia recidívy zapojením príbuzných by mala zahŕňať nasledovné úlohy:

– informovať príbuzných o možnosti recidívy
– naučiť príbuzných včas rozpoznať rizikové situácie

– naučiť príbuzných zvládnuť rizikové situácie
– naučiť príbuzných spoločne zvládnuť recidívu

Rady pre príbuzných

Slová alkoholik, alkoholička nadobudli hanlivý a moralistický obsah, ktorý potláča vecnú stránku problému. Na základe dokumentov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), v medicíne sa používa termín „závislý od alkoholu". A ak sa niekto rozhodne riešiť svoj problém s chorobným pitím, zasluhuje si viac vecný ako len moralistický prístup. Teda radšej „závislý", nie „alkoholik."

Snaha o zodpovedanie si otázky, prečo závislý pije, je zbytočná. Z medicínskeho, vedeckého ani laického pohľadu nie je na ňu možné dať úplne vyčerpávajúcu odpoveď. Základným predpokladom na dosiahnutie abstinencie je úprimné želanie prestať piť a poznanie, že ak sa niekto už stal závislým od alkoholu, nikdy viac nedokáže normálne piť. Pamätajte na to, že závislosť od alkoholu je choroba, ktorá sa nedá vyliečiť. Dajú sa však zastaviť jej chorobné prejavy, ak závislý začne abstinovať. Alkohol je pre abstinujúcich nepriateľom, ktorého pôvod nepoznajú. Ak sa však deň čo deň snažia spoznávať jeho úskalia, nedávajú mu žiadnu šancu, aby ich ohrozil.

Abstinujúci závislí majú svoju praktickú skúsenosť, o ktorú sa delia s ostatnými: sami najlepšie vedia, že otázka „prečo závislý pije" nemá žiadny zmysel. Závislý od alkoholu po liečbe vie, že podstatou jeho úspechu v abstinencii je – pracovať na sebe samom. Deň čo deň, namáhavo a čestne.

Nielen sila odhodlania a správanie sa abstinujúceho, ale aj správanie jeho partnera a jeho príbuzných voči nemu rozhodujú o účinnosti abstinencie. Rozhodujú, či budú abstinujúcemi oporou, alebo rizikom.

Pamätajte aj na to, že priebeh liečby a následná abstinencia závisia predovšetkým od vôle a motivácie vášho chorého príbuzného. To, že to chcet vy sami, nestačí.

Ničiť, alebo schovávať alkohol nemá žiadny zmysel. Spočiatku sa to môže zdať účinné, ale v skutočnosti to nemá vôbec význam. Predovšetkým preto, že pijúci závislý je ten najchytrejší tvor pod slnkom a zaobstará si pitie tak či tak. A aj preto, že sa môže začať

správať agresívne, prípadne prepadnúť zúfalstvu a bude si alkohol zaobstarávať inou cestou.

Nedajte sa nahovoriť, aby ste pili spolu s ním. Pijúci závislý vás bude na to vyzývať s vysvetlením, že potom bude piť menej. Neverte mu! Kým závislý od alkoholu ešte pije alebo keď len krátko abstinuje, je pre neho rozhodne lepšie, ak jeho partner abstinuje spolu s ním. Ak ešte pije, vaše spolupitie je preňho len ďalším dôvodom, aby sa nemusel zaoberať svojím problémom. Aby mohol odďaľovať rozhodnutie sa medzi pitím a nepitím. V prípade, že nepije len krátky čas, partnerovo nerozvážne pitie smeruje ho nasmeruje skôr k opätovnému napitiu sa, ako v zotrvaní abstinovať.

Lieky vyvolávajúce nevoľnosť po požití alkoholu (napr. Entizol), musí závislý užívať, ak ich vôbec musí užívať, len pod dohľadom lekára. Nikdy neurobte takú osudovú chybu, že mu podáte takýto prostriedok bez toho, aby o tom vedel – ohrozíte tým jeho život!

Hovoriť o probléme vám prechodne môže priniesť pocit uľahčenia. Starostlivo si vyberajte ľudí, ktorým sa zdôveríte. Ani s nimi však o probléme nediskutujte donekonečna a zoširoka. Nemá totiž veľký význam ustavične sa ponosovať a lamentovať. Ak ste pochopili, že závislý je chorým človekom, ktorý potrebuje porozumenie a pomoc, a napriek tomu budete podliehať zatrpknutosti a pitie budete svojmu závislému príbuznému jednostaj vyčítať, zostane na pol ceste. Oveľa lepšie je, ak k problému zaujmete pozitívny postoj, ktorý vyplýva z druhej rady, aby ste sa zmierili so závislosťou partnera ako s reálnou skutočnosťou. Len čo si osvojíte tento postoj, bude vám jasné, že musíte starostlivo kontrolovať predovšetkým seba samého a svoje reakcie. Partnerovi vytvárajte priestor pre znášanie zodpovednosti za svoje konanie.

Ustavičnými výčitkami, bez konštruktívneho konania dosiahnete u závislého pravý opak toho, čo ste dosiahnuť chceli. Nechajte iniciatívu a zodpovednosť na ňom, je to jeho liečba a jeho abstinencia.

Nenechajte so sebou manipulovať, nenechajte sa vydierať, stanovte si určití pravidlá komunikáce.

Spolupracujte so závislým len v tom prípade, že vás sám požiada o pomoc.

Buďte po ukončení liečby trpezliví, nenúťte svojho závislého príbuzného hneď nastúpiť do práce, nenúťte ho dodržiavať vaše predstavy o jeho živote.

Rešpektujte jeho denný režim doporučený lekárom

Vždy sa poraďte s odborníkom, aby ste neurobili chybný krok v prístupe k závislému príbuznému.

Záver

Človek závislý od alkoholu nie je veľakrát ochotný prijať skutočnosť, že je chorý a že potrebuje liečbu. Rovnako nie každý je ochotný prijať fakt, že ústavná protialkoholická liečba je len jedným z prvých krokov, ktoré musí prekonať, aby dosiahol trvalú abstinenciu. Vzájomné vzťahy v rodinách alkoholikov bývajú narušené, a aj to je jeden z dôvodov, aby sa predmetom liečebnej a sociálnej starostlivosti stala celá rodina, nielen jej chorý člen.

Zoznam bibliografických odkazov

Beattie, M. 2006. *Koniec spoluzávislosti.* Trnava: Spolok svätého Vojtecha, s. 275. ISBN 80-7162-631-7.

Janíková, K. 2008. Rodina so závislým členom – postihnutá rodina? In: *Čistý deň.* ISSN 1336-4243. 2008 č. 2, s. 28-29.

Kredátus, J. 2004. Rodina ako systém, rodina ako klient a pacient. In: *Čistý deň.* ISSN 1336-4243. 2004, č. 2, s. 6-7.

Laskovská, Š. 2008. Závislosť od smerovania inam, k inému. In: *Čistý deň.* ISSN 1336-4243. 2008, č. 3, s. 8-9.

Lindenmeyer, J. 2009. *Závislosť od alkoholu. Pokroky v psychoterapii.* Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 137s. ISBN 978-80-88952-54-1.

Rusnáková, M. 2007. *Rodina v slovenskej spoločnosti v kontexte sociálnej práce.* Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2007. s. 167. ISBN 978-80-8084-248-2.

Soňa Dvorská (SR)

Osobnosť abstinujúceho závislého od alkoholu a pomoc zo strany sociálneho pracovníka

Alkoholizmus sa prejavuje neschopnosťou kontrolovať pitie, vznikom abstinenčného syndrómu v prípade vynechania pitia, alebo rôznych psychóz. Alkohol sa tak stáva dennou nevyhnutnosťou. Absolvovanie protialkoholickej liečby je prvým krokom, základom, na ktorom sa môže rozvíjať nový spôsob života alkoholika. Po absolvovaní protialkoholickej liečby vstupuje abstinent do procesu doliečovania a v ňom do fázy rehabilitačnej, reintegračnej, readaptačnej a resocializačnej. V doliečovacom procese sa prehlbujú tie vzorce správania, ktorých rozvoj sa začal počas ambulantnej alebo ústavnej liečby (Martinove, 2006).

Abstinujúci alkoholik sa začína sa prispôsobovať novým životným situáciám a rozširujúcim sa činnostiam. Začína sa proces sociálneho učenia, v ktorom sa klient, po návrate do bežného rodinného a pracovného prostredia, nanovo učí vnímať, prežívať a reagovať na rýchlo sa meniace podmienky spoločenského života. Základným predpokladom úspešného resocializačného procesu je, že klienta nechápeme ako objekt starostlivosti, ale ako jeho aktívny subjekt, ktorý je spoluzodpovedný za riešenie existujúcich problémov a ktorý participuje na ich odstraňovaní.

Doliečovanie, readaptácia a resocializácia si kladie za cieľ predovšetkým prinavrátiť liečenému tie schopnosti, ktoré stratil následkom nadmerného pitia alkoholu a zharmonizovať osobnosť abstinujúceho alkoholika (Kredátus, 1995). Nenahraditeľnú úlohu v tomto procese, ako aj v prvých rokoch doliečovania, majú socioterapeutické kluby so svojim špecifickým poslaním a tiež vnútornou štruktúrou, kde jasne dominuje terapeutická časť umocňovaná osobnosťou terapeuta.

Abstinencia je úplné vzdanie sa určitých pôžitkov (v tomto prípade pitia alkoholu).

Existuje viac druhov abstinencie a abstinentov:
– krátkodobá (napr. pri diéte, pôste, pri užívaní liekov, pri vedení motorového vozidla, alebo abstinencia nariadená),
– dlhodobá (pacient po prekonaní niektorých infekčných ochorení, pacient trpiaci na niektoré chronické ochorenie, alebo keď je v rekonvalescencii po dlhšie trvajúcich chorobách, abstinencia počas pobytu v prohibične orientovanej krajine),
– trvalá, ktorá je z nášho hľadiska najdôležitejšia. Môžeme ju rozdeliť na prevažne dobrovoľnú a prevažne vynútenú – situačnú (Kredátus, 1995).

K prvej skupine patrí abstinent z presvedčenia najmä zdravotného, ďalej ako súčasť životného štýlu (z dôvodov etických, náboženských a pod.), abstinencia terapeuta v protialkoholickej liečbe (pôsobenie ako „vzor") a abstinujúci manželský partner závislého pacienta (ako posilňujúci faktor a výraz solidarity). K druhej skupine (prevažne vynútenej) sa radí predovšetkým abstinent následkom svojej choroby (závislosť od alkoholu, ale aj inej drogy) a pacient s duševnými a nervovými poruchami. Niekedy je abstinencia chápaná ako obyčajné nepitie, inokedy je ponímaná ako triezvosť. Stať sa triezvym znamená potom prestavbu osobnosti, nový životný program. Rozhodnutiu nepiť musí zodpovedať zámer zmeniť niečo v sebe. Uzdravujúci sa alkoholici, najmä však terapeuti, používajú pre rôzne stupne a druhy abstinencie obvykle nejaký prívlastok. Preto sa hovorí na jednej strane o abstinencii vynútenej, neuvedomenej, časovanej, amatérskej, neprofesionálnej, nutkavej, demonštratívnej, kompenzačnej, o truc-abstinencii a pod. – na strane druhej o abstinencii dobrovoľnej, akceptovanej, uvedomelej, profesionálnej, kvalitnej, tvorivej, zmysluplnej, napriek tomu ako užitočná sa odporúča abstinencia solidárna (u manželských partnerov). Výsledkom terapeutického snaženia i skupinovej vzájomnej pomoci by však mala byť práve abstinencia zrelá – stav, kedy už človek jednoducho nepotrebuje piť (Dvorská, Šavrnochová, 2009)

„Psychologické hodnotenia osobností závislých od alkoholu v remisii nedospeli k jednotnému záveru. Niektoré štúdie zaznamenali pozitívne zmeny v osobnosti už v priebehu liečby a v určitom období pretrvávania remisie. Ukázali sa najčastejšie v ústupe negatívnych emocionálnych stavov a v zlepšení sociálnej adjustácie. Iné štúdie konštatovali výskyt osobnostných problémov u alkoholikov v liečbe a dlhoročnej remisii. Uvádza sa

zvýšený výskyt depresívnych stavov v období medzi 40-70dňom trvanie remisie, labilita psychického stavu s príznakmi asténie, skleslosti, kolísaním nálad a apatie v prvých šiestich až ôsmich mesiacoch abstinencie.“ (Žiaková, 2005).

Profesor W. Martin vypracoval klasifikáciu povahových čŕt alkoholikov

Medicínske črty:

– Impulzívnosť a nevyzretosť, pre ne je charakteristická neschopnosť poučiť sa z omylov, zlý úsudok a neschopnosť zužitkovať trest
– Egocentrizmus ako neschopnosť lásky, plytké medziľudské vzťahy, nevyrovnaný sexuálny život, povrchnosť a nedostatok rozhodnosti
– Hypofória (pocity vlastnej neschopnosti, hlúposti, ne obľúbenosti a podceňovania, strata pozitívneho seba hodnotenia), nízka úroveň citových vzťahov, neistota nízke seba hodnotenie a pocit že ostatní ľudia ich nemajú radi
– Zvýšené nároky, čiže nízky prah frustrácie a egoizmus

Sociálne črty: ako neschopnosť uskutočniť životné ciele, impulzívne črty, recidivizmus, zle usporiadané manželstvo, sociálna izolácia, necitlivé správanie, predčasné sexuálne vzťahy, krádeže sprenevery, dlhy

Pre zmenu životného spôsobu abstinenta je dôležité najmä to, aby svoje problémy dokázal riešiť po novom: t. j. bez alkoholu.

Kredátus (1995) zhrnul prekážky, ktoré bránia úspešnej abstinencii: nestotožnenie sa s rolou alkoholika (jej neprijatie), čo bráni spracovaniu a prežívaniu roli abstinenta; nepochopenie, že jediným prostriedkom na vyriešenie problémov alkoholika (zdravotných, psychologických a sociálnych) je život bez alkoholu; neschopnosť nájsť si možnosti na rozvinutie citového života v rodine, neschopnosť získať stratené role v živote a v práci; nezverejnenie svojej abstinencie a jej príčin – keď sa za ňu abstinent hanbí; nehľadanie možnosti kontaktov s blízkymi ľuďmi, nepravidelná účasť na doliečovaní, čo sa môže stať osudným; nedostatočné úsilie na zmenu svojho správania, naučené stereotypy zo stretnutí s kamarátmi pri pohári ku pred liečbou zopakoval aj po nej.

Sociálny pracovník pri práci s klientom závislým na alkohole a u abstinujúceho alkoholika musí mať na zreteli, že takýto klient nemá len jeden problém, ale sústavu problémov. Pri práci s ním je dôležité identifikovať prioritný problém, ten, s ktorým

začne, odkiaľ bude prameniť jeho pomoc. Pri práci s ním musí sociálny pracovník počítať i s nespoľahlivosťou klienta a pokusmi klamať. Práca s abstinujúcim závislým klientom je dlhodobý proces. Nakoľko takýto klient má svoje vlastné obranné mechanizmy a nie je vždy dobrovoľným klientom má skreslený pohľad na situáciu a je tu zvýšené riziko regresívneho správania. Sociálny pracovník by mal pristupovať ku každému jednotlivému klientovi individuálne, vzhľadom na jeho osobnosť ale aj jeho súčasné nastavenie. Sociálny pracovník má za úlohu pomoc, podporu a sprevádzanie abstinujúceho počas fáz resocializácie a to učením asertivity, sociálnym učením, tréningom sociálnych zručností. Spôsoby odmietania alkoholu a spôsoby zvládnutia psychickej závislosti spolu súvisia. Rozpoznanie rizikových situácií a vyhnutie sa im možno chápať ako spôsob odmietania a aj ako spôsob zvládnutia psychickej závislosti.

Podľa Strieženca (1999) je sociálny pracovník profesionál, ktorý disponuje osobitými predpokladmi, vlastnosťami a schopnosťami. Prispieva k zlepšeniu situácie a nabáda jednotlivca, skupinu, komunitu či spoločnosť k správnym postojom. Snaží sa riešiť a eliminovať poruchy a demotivačné faktory v interakcii so sociálnym prostredím, vedie klienta k vlastnej zodpovednosti, k rozvoju kritického myslenia z hľadiska budúcich potrieb a k účelnému využitiu vlastných zdrojov. Očakávané efekty práce sociálneho pracovníka sa prejavia v momente nezávislosti sociálneho klienta.

Súčasťou komplexnej starostlivosti je aj sociálna intervencia. Jej vecný a časový plán sa vypracúva v spolupráci všetkých zúčastnených odborníkov, aby sa jednotlivé druhy intervencie vhodne dopĺňali a spolupôsobili pri efektívnom riešení problémov klienta. V rámci vlastnej sociálnej intervencie má sociálny pracovník možnosť priebežne spolupracovať s ďalšími odborníkmi.

Podľa Galáša (2005) kvalita a efektívnosť pomoci závisí od kvality, kvalifikovanosti, osobnostných daností, praktických skúsenosti a prístupu ľudí, ktorí ju ponúkajú, ktorí nielen chcú, ale i vedia a môžu pomôcť. Prvoradá je preto potreba odbornej prípravy a ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov, profesionalizácia ich činnosti, rozšírenie spektra možností, foriem a metód sociálnej práce v záujme vytvorenia kontinuálnej siete pomoci od vyhľadávania, diagnostiky, krízovej intervencie, poradenstva, nápravnej a kuratívnej činnosti až po sociálnu a pro-

fesijnú rehabilitáciu, resocializáciu a reintegráciu závislých späť do prirodzeného sociálneho prostredia.

Sociálny pracovníci poskytujú klientom im poskytované informácie o dostupných programoch starostlivosti akými sú svojpomocné skupiny. Pravidelné stretnutia, ktoré sa orientujú na vzájomnú podporu, na výmenu skúseností súvisiacich s abstinenciou a z toho vyplývajúcich špecifických potrieb, majú byť vedené skúsenými odborníkmi.

Úloha sociálního pracovníka je poskytovanie základného alebo odborného sociálneho poradenstva v oblastiach sociálneho zabezpečenia, sociálnej pomoci a informácií legislatívnych možností, pri hľadaní zamestnania. V rámci odborného sociálneho poradenstva, môže mať formu distribúcie. Sekundárnou cieľovou skupinou pri práci s liečenými alkoholikmi sa stávajú rodinní príslušníci alkoholikov. Sociálni pracovníci poskytujú sociálne služby vo forme terénnych programov, ktoré sú realizované priamo na ulici, teda tam, kde sa klienti pohybujú.

Ďalšou neoddeliteľnou súčasťou podpory a pomoci zo strany sociálneho pracovníka je práca s rodinnými príslušníkmi v procese resocializácie. „Rodinné poradenstvo a rodinná terapia pomáha klientom nachádzajúcim sa v záťažovej situácii k efektívnemu riešeniu problémových situácií, zvýšeniu adaptability v prípade ťažko odstrániteľných problémov, obnovenie funkčnosti a ku optimalizácií celkového rodinného spolužitia.“(Levická, J., 2004) U dospelých pacientov je dôležitá spolupráca s ich partnermi, deťmi alebo inými príbuznými. Pomáha najmä pri rozpade, deštrukcii rodinného prostredia, kde je pacient so závislosťou akoby vyčlenení z rodinného kruhu a funguje mimo neho.

Keď zhrnieme náplň a poslanie pri práci sociálneho pracovníka s abstinujúcim alkoholikom možno povedať, že ide o pomoc pri riešení akútnych problémov jedinca, teda ide o poskytnutie bežnej a krízovej intervencie, motivácia klienta k návšteve svojpomocných skupín, pomoc, upevňovanie a učenie sa novému reštrukturalizovanému spôsobu riešenia konfliktov, problémov, schopnosti byť empatický, pomoc pri nájdení vlastnej hodnoty klienta, pomoc pri integrácií do prirodzeného prostredia a podpora a sprevádzanie k dennodennej abstinencií.

Literatúra

Dvorská, S. – Šavrnochová, M.: Súčasný stav resocializácie v abstinenčných kluboch na Slovensku. Ružomberok, 2010. ISBN 978-80-8084-545-2.

Galaš, J. 2005. Súčasný stav a perspektívy resocializácie. In: Čistý deň. ISSN 1336-4243. 2005,č. 1, s. 14-15.

Kredátus, J.: Diagnóza abstinencia. Vydala redakcia Závislosť. 1995.

Levicka, J. a kol.: Sociálna práca s rodinou I. Trnava: Mosty, n.f. a FZaSP TU, 2004, ISBN 80-89074-93-6.

Martinove, M.: Alkoholizmus a jeho dôsledky na jedincov s vysokoškolským vzdelaním, Psychiatria pre prax, roč. 10, č. 4, str. 166-170.

Matoušek, O. et al. 2005. Sociálni práce v praxi. Praha: Portál 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

Strieženec, Š. 1999. Úvod do sociálnej práce. Trnava: AD, 1999. 215 s. ISBN 80-967589-6-9.

Žiaková, E.: Psychosociálne aspekty sociálnej práce. Prešov – Akcent Print, 2005, ISBN 80-969274-2-6.

Žiaková Eva, Homolová Natália

Zmysel života drogovo závislých počas liečby

Uvod

Problematika drogovej závislosti je celosvetovým fenoménom. Je to niečo, čo je prítomné v každej krajine, ale všade sa na problematiku drogovej závislosti pozerá z rôznych uhlov pohľadu a je aj rôzne riešená. To čo je v jednej krajine zakázané, tak neznamená, že je to tak všade.

Problematikou drogovej závislosti sa zaoberá mnoho odborníkov ako je K. Nešpor, L. Csémy, ďalší špecialisti ako Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc., Doc. PhDr. Oľga Orosová, CSc., PhDr. Štefan Matula, PhDr. Ján Varmuža, Doc. PaedDr. Jozef Liba, CSc., ďalej sú to centrá, liečebne, ktoré sa zaoberajú liečbou a resocializáciou drogovo závislých, ako je napríklad OLÚP Predná Hora, Resocializačné zariadenie ROAD, Provital OZ Dom života bez drog a iné. Otázkou drogovej závislosti sa zaoberajú aj centrá výchovnej a psychologickej prevencie, Národné osvetové centrum, Metodicko-výskumný kabinet VPPP, Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Ústav informácií a prognóz školstva, odbor mládeže, športu a prevencie drogovej závislosti, Občianske združenie PREVENCIA a kolektív autorov P.A.N.D.A. v Bratislave na Slovensku. Zmyslom života sa zaoberá Jaro Křivohlavý, Peter Tavel, Alfred Adler a Peter Halama, ktorý sa konkrétne zaoberá zmyslom života drogovo závislých a žien aj Kokosińska v Poľsku, ktorá vo svojom výskume sama použila PIL test na zistenie zmyslu života drogovo závislých.

Teoretické vymedzenie pojmu zmysel života

Viktor Emanuel Frankl[1] stavia svoju teóriu na pojme „ Wille zum Sun". Tento pojem rôzni autori prekladajú inak, ale podľa českých a slovenských autorov znamená doslova „vôľa ku zmyslu." Lukasová[2] zasa hovorí o „túžbe po zmysle" a Popielsky[3] o „orientácií ku zmyslu". V.E. Frankl[4] hovorí, že vôľa ku zmyslu je snaha o zmysluplnosť existencie, zmysel je transcedentný, má byť hľadaný, nie je vytvorený, zmysel je niečo konkrétne, jedinečné a neopakovateľné, zmysel je v žití pre cieľ, otázku zmyslu kladie život nie človek a život nemôže byť nikdy bez zmyslu. Podľa Adlera[5] „zmysel života je ako smer, ktorý ak nejakým spôsobom odbočuje od pravdy, musí viesť k škode daného jedinca, a dokonca môže spôsobiť jeho zánik."

Ako uvádza Jung[6] človek sa akoby narodením prebudí vo svete, ktorý nechápe a ktorý sa pokúša vysvetliť. Snaží sa odhaliť a pochopiť zmysel života, reagovať a odpovedať na otázku o zmysle existencie, ktorú mu kladie sám život. Jung[7] tiež hovorí o „archetype zmyslu, ktorý sa dostáva k slovu v kritických situáciách, keď zlyhali všetky ľudské opory a barličky."

Adler[8] videl zmysel života v dvoch dimenziách a to, v životnom štýle a životných cieľoch, pričom životný štýl a zmysel života je pre človeka dlhodobá orientácia, počas celého jeho života a vzťahuje sa na chápanie seba, druhých a svojich životných cieľov. Zmysel života podľa neho určuje, aké životné ciele si jedinec vyberá a to v súvislosti s tromi dôležitými a nevyhnutnými otázkami ľudstva, ktoré musí riešiť každý človek vo svojom živote. Ide o problém života v spoločenstve, čiže postoj k blížnym, problém práce a lásky. Tvrdí, že na základe zodpovedania týchto troch otázok možno spoznať, aký je zmysel života človeka. Hovorí, že mienka jednotlivca o zmysle života nie je zanedbateľná záleži-

[1] Frankl, V.E. 1979, In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[2] Lukasová, E.. 1992 In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[3] Popielsky, K. 1986, In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[4] Frankl, V.E., In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[5] Adler, A. O zmysle života, 1998.

[6] Jung 1995, In: Halama, P, Zmysel života z pohľadu psychológie, 2007.

[7] Jung, In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004, s. 178.

[8] Adler, A. O zmysle života, 1998.

tosť. Je totiž určujúcou líniou jeho myslenia, cítenia a konania. G.T. Reker[9] uvádza, že „zmysel je stav, keď má človek životné ciele, pocit smeru, poriadku a dôvod na existenciu." P.T.P. Wong[10] zasa vysvetľuje „zmysel života ako individuálne konštruovaný kognitívny systém, ktorý dáva životu osobnú hodnotu" a R.F. Baumeister[11] „ako mentálnu reprezentáciu možných súvislosti medzi vecami, udalosťami a vzťahmi.

S. Freud[12] „pokladal otázku zmyslu života za chorú. Predpokladal, že zdravý človek si ju nekladie a ak si ju niekto kladie, tak ho treba liečiť." Alfred Längle[13] odpovedá na otázku čo znamená zmysluplne žiť takto:

– zmysluplne žiť znamená plniť úlohu, ktorá pred nami práve stojí,
– zmysel nie je možné dať ani nahradiť, ale musí byť rozpoznaný a nájdený,
– zmysel musí vycítiť a uchopiť človek sám,
– čo človek môže rozpoznať a nájsť, musí tu byť už vopred,
– vidieť zmysel znamená uchopiť celok,
– zmysluplný život spočíva v inej rovine ako pohodlie, kariéra a blahobyt, prekračuje rovinu, ktorá sama o sebe nie je konečným cieľom,
– zmysel nedokážeme uchopiť, zmysel svojho života nedokážeme vlastniť,
– zmysel sa nevymýšľa,
– zmysel môže nájsť každý človek, keď je schopný robiť rozhodnutia a byť otvorený otázkam[14]

Peter Tavel[15] radí potrebu zmyslu života „medzi potreby vyššie, druhotné, medzi metapotreby." Maslow[16] ju radí medzi motívy, ktoré prekračujú rámec akceptovaného stavu uspokojenia. O potrebe zmyslu života hovorí aj poľský psychológ J. Pieter[17]

[9] Reker, G.T. In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004. s. 120.

[10] Wong, P.T.P In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004. s. 120.

[11] Baumeister, R.F. In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004. s. 120.

[12] Freud, S. In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004, s .176.

[13] Langle, A. 1951, In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[14] Pieter. J. In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[15] Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004. s. 33.

[16] Maslov, A. In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[17] Pieter. J. In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

a ruský psychológ D.F. Poršnev[18], ktorí zisťovali, o čo sa ľudia v živote usilujú. Zistili, že okrem sebazáchovy, potreby uchovania rodu a potreby slobody, je to aj potreba zmyslu života.

Komponenty zmyslu života

Popielsky[19] uvádza štyri komponenty:

1. **intelektuálny komponent -** vzťahuje sa na poznanie prirodzenosti ľudského života, prostredia aj osobných cieľov, týka sa aj schopnosti jednotlivca poznávať vlastnú prirodzenosť, históriu svojho života a spoločensko- kultúrnych systémov,
2. **emocionálno - citový komponent -** týka sa schopnosti človeka skúšať samého seba, reagovať na hodnoty a v rámci nich na vlastné prehry či úspechy a úsilia,
3. **vôľovo- snahový komponent -** viaže sa na schopnosť človeka vybrať si ciele a zaujať postoje. Ide o osobný stav jednotlivca usilujúceho sa o dosiahnutie a naplnenie hodnôt,
4. **existenciálno-činnostný komponent**, ktorý má dva aspekty: a to príčinu pociťovania zmyslu života a efekt jeho existencie.

Trojkomponentový model zmyslu života, ktorého autormi sú Reker a Wong[20]

– „***Kognitívny komponent*** *sa vzťahuje ku kognitívnemu rámcu, ktorý obsahuje systém presvedčení, hodnôt a predpokladov týkajúcich sa seba, svojho života a sveta. Týka sa aj toho, ako človek prisudzuje zmysel celému svojmu životu, ako sa vyrovnáva s existencionálnymi skutočnosťami a s otázkou konečného zmyslu.*
– ***Afektívny komponent*** *zahŕňa pocity spokojnosti, naplnenia, ktoré jedinec čerpá zo svojich zážitkov, z realizácie a dosahovania cieľov, ako aj z prítomnosti pozitívnych presvedčení a postojov voči životu.*
– ***Motivačný komponent*** *sa týka systému cieľov. Je definovaný ako realizácia aktivít, cieľov, a hodnôt, ktoré jedinec považuje za hodnotné a dôležité.“*

[18] Poršnev, D.F. In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[19] Popielsky, K. 1986, In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004.

[20] Reker, G.T. , Wong, P.T.P In: Tavel, P. Zmysel života podľa V.E. Frankla, 2004. s. 120

Cz. Cekiera[21] rozlíšil 6 komponentov pocitu zmyslu života:

1. **Afirmácia žitia -** zahŕňa silu žitia, samostatnosť, odvahu žiť, zmierenie sa s plynutím času, so starnutím, dôveru v seba a svoj život, zmierenie sa s ambivalenciou, zameranie sa na pomoc sebe samému, sila bytia, akceptácia ťažkosti existencie s ktorou sa spája zmätok, bolesť, rozčarovanie, prijatie samého seba.
2. **Sebaakceptácia -** sebaocenenie ako hovorí Reykowski[24] znamená jednotu seba samého, potrebnú na zachovanie emocionálnej rovnováhy a sociálneho fungovania človeka. Viaže sa s rozvojom vlastného ja vo všetkých jeho štruktúrach.
3. **Vnímanie slobody -** Podľa Yaloma[22] sloboda sa spája so zodpovednosťou človeka za svoj vlastný svet, život, činy a voľby. V existenciálnom zmysle znamená absenciu vonkajšej štruktúry, chýbanie pevnej pôdy pod nohami a prázdnotu. Frankl[23] hovorí, že sloboda je zaujať postoj k sebe samému, k svetu, podmienkam v ktorých sa človek nachádza, sloboda voliť odpoveď na svoj osud.
4. **Stanovenie cieľov -** každý v živote si stanovuje určité ciele, ktoré chce v živote dosiahnuť a tak, ako hovorí Křivohlavý[24] nielen dosiahnutie cieľa, ale aj cesta k nemu je to, čo dáva cieľu jeho zmysel a zmysluplnosť.
5. **Postoj k smrti -** podľa už spomínaného autora konečnosť a smrť sú to, čo dávajú zmysel našej existencii. Ohraničujú život človeka a nútia ho správať sa zodpovedne, využívať jedinečné príležitosti každodenného života a uskutočňovať možnosti, ktoré sa mu počas života naskytnú.
6. **Postoj k budúcnosti -** je to čo očakávame, čo chceme v živote dosiahnuť.

Drogy, drogová závislosť

Rôzni odborníci, organizácie, inštitúcie definujú pojem droga rôzne. Je potrebné povedať, že neexistuje jednotná definícia drogy a ani všeobecná zhoda, čo je droga.

---

[21] Cekiera, Cz. 1994 Ryś, E., Mausch, K. 2006. Sytuacjaegzystencjalna czlowieka.

[22] Yalom, I.D. Existenciální psychoterapie, 2006

[23] Frankl, V.E. A přesto říci životu ano, 2006.

[24] Křivohlavý, J. Psychologie smysluplnosti existence. 2006

Niektorí chápu a vysvetľujú drogu ako tvrdú, nezákonnú látku a iní ju vysvetľujú, ako niečo, čo môže spôsobiť závislosť. Ďalej uvedieme rôzne definície, rôznych autorov.

Podľa Františka Novomeského[25] slovo droga má z lingvistického pohľadu jednoznačný pôvod v anglickom jazyku. Zodpovedá starému gréckemu výrazu „pharmakon", ktorým sa označovali nielen liečivé prostriedky, ale aj jedy. Kráľová[26] uvádza, že slovo „droga pochádza z nemeckého slova „droge," alebo francúzskeho„drogue," arabského „durana" a to z perzského „dara" čo znamená liek." Silvia Lúčna[27] hovorí, že *„droga je akákoľvek psychoaktívna látka, ktorá je schopná meniť duševné procesy a má potenciál stať sa návykovou látkou. Pôsobí na ľudský organizmus veľmi komplexne. Najviac škody na telesnom a duševnom zdraví spôsobuje pri chronickom užívaní, ale veľmi nebezpečné je aj jednorazové požitie drogy, lebo môže nastať akútna otrava a bezprostredné ohrozenie života."*

Iný pohľad na drogu má Jozef Liba[28] podľa neho je *„droga akákoľvek látka, upravená surovina nerastného, rastlinného, alebo živočíšneho pôvodu, ktorá je po vstupe do živého organizmu, schopná zmeniť jeho jednu, alebo viac funkcií. Za drogy možno považovať všetky prírodné, polysyntetické a syntetické látky, ktoré akýmkoľvek spôsobom vpravené do organizmu môžu za určitých okolností vyvolať chorobný stav - psychickú, alebo fyzickú závislosť, tým že účinkujú priamo, alebo nepriamo na centrálny nervový systém."*

Dalibor Ondruš[29] rozdeľuje drogy, ktoré sa dnes používajú a zneužívajú, do desiatich skupín, ktoré zároveň predstavujú typy drogovej závislosti:

1. morfínový typ (ópium, morfín, kodeín, heroín),
2. barbiturátovo- alkoholový typ (pivo, víno, liehoviny a deriváty kyseliny barbiturovej, hypnotiká, sedatíva, analgeticko-antipyretické zmesi obsahujúce barbituráty),
3. kokaínový typ,
4. kanabisový typ (hašiš, marihuana),
5. amfetamínový typ (fenmetrazín, Psychoton),
6. katový typ,

[25] Novomeský, F. 1996. Drogy, s. 12.

[26] Kráľová, Ľ. 2007. Vybrané kapitoly zo sociológie, s. 151.

[27] Lúčna, S. Liečba závislosti od psychoaktívnych látok, In: Sociálna prevencia, 2008, s. 19.

[28] Liba, J. 2005. Zdravie, drogy, drogová závislosť, s. 20.

[29] Ondruš, D. 1990. Toxikománia, strašiak či hrozba.

7. halucinogénny typ (LSD, meskalín, psilocybín),
8. tabakizmus (nikotinizmus),
9. kofeinizmus (káva, čaj, kakao, kola, maté, guaraná),
10. závislosť od analgetík a antipyretík (Alnagon, Dinyl).

Jednotlivé drogy sa navzájom líšia svojimi účinkami, zákonným postavením, spôsobom užívania drogy, respektíve vniknutím drogy do organizmu, ako aj chemickým zložením.

Príčny vzniku drogovej závislosti

Dôležitou podmienkou a súčasťou vzniku závislosti, podľa J. Hellera a O. Pecinovskej[30] je motivácia, vedúca k užitiu drogy. Ako najčastejšie motívy uvádzajú:

– „**Motivácia fyzická-** prianie fyzického uspokojenia, fyzického uvoľnenia, prianie získať energiu, udržať si fyzickú kondíciu,
– **Motivácia senzorická-** ide o prianie stimulovať zrak, sluch, hmat,
– **Motivácia emocionálna**- uvoľnenie od psychickej bolesti, pokus riešiť osobné komplikácie, znížiť úzkosť, zlepšiť náladu,
– **Motivácia interpersonálna-** preniknúť cez interpersonálne bariéry, získa uznanie rovesníkov, komunikovať s nimi, vzdorovať autorite, uvoľniť interpersonálne blokády,
– **Motivácia sociálna-** presadiť si sociálne zmeny, identifikovať sa s určitou subkultúrou, unikať z obťažných až neznesiteľných podmienok prostredia,
– **Motivácia politická**- meniť drogovú legislatívu, protestovať, nedodržiavať spoločenské pravidlá,
– **Motivácia intelektuálna**- uniknúť nude, riešiť umelé problémy, produkovať originálne myšlienky, skúmať svoje vlastné vedomie a podvedomie,
– **Motivácia kreatiívno-estetická-** zvýšiť pôžitok z umenia, vylepšiť umeleckú tvorbu, rozšíriť predstavivosť,
– **Motivácia filozofická**- hľadať zmysel života, objavovať významné hodnoty a nové pohľady na svet,
– **Motivácia spirituálno- mystická-** získavať božie vízie, získavať spirituálnu moc,
– **Motivácia špecifická-** spočíva v osobnej potrebe prežiť dobrodružstvo, získať ocenenie u určitých ľudí a pod.“

[30] Heller, J. a Pecinovska, O., In: Emmerová, I. Špecifiká vzniku drogových závislosti u detí a mládeže.

Výskum, jeho charakteristika, ciele a získané výsledky

Cieľom tejto práce bolo zistiť, aký je zmysel života drogovo závislých, ktorí sa liečia na Prednej Hore (liečebňa na východnom Slovensku), ako vnímajú svoj život, aké sú ich postoje k budúcnosti, k smrti, ako vnímajú a prežívajú slobodu, či majú jasne stanovené ciele, ktoré chcú v živote dosiahnuť a aká je ich sebaakceptácia a afirmácia žitia. Výskum bol realizovaný na základe administrovania PIL (Purpose in Life Test) dotazníka, ktorý pozostáva z kvantitatívnej a kvalitatívnej časti. Týmto dotazníkom sa zisťuje zmysel života a jeho jednotlivé komponenty. Jeho autormi sú dvaja psychológovia J.C. Grumbaugh a C.T. Maholick. Tento psychometrický nástroj na meranie životného cieľa publikovali v roku 1964. Výskum bol realizovaný v OLÚP na Prednej Hore, takže výber výskumnej vzorky bol zámerný. Výskumnú vzorku tvorilo 17 drogovo závislých mužov, ktorí sa v tom čase liečili z drogovej závislosti. Ich vek sa pohyboval od 18 rokov do 37 rokov, pričom ich priemerný vek bol 26 rokov. Väčšina, to je 10 respondentov malo ukončené stredoškolské vzdelanie, 4 základné vzdelanie a 3 mali ukončenú vysokú školu.

V hlavnej hypotéze sme predpokladali, že ***zmysel života drogovo závislých je podpriemerný, ladený skôr fatalisticky a depresívne.*** Táto hypotéza sa nám ***nepotvrdila*** pretože, všetky komponenty zmyslu života dosahujú priemerné hodnoty:

– **afirmácia žitia je 4,19**. *Až 76,47 %, to je 13 drogovo závislých vidí vo svojom živote zmysel, len 5,88 % to je 1 z respondentov vníma svoj život nadpriemerne a u 3 drogovo závislých, to je 17,65 % je afirmácia žitia podpriemerná.*
– **sebaakceptácia je 3,84**, *10 prípadoch bola hodnota sebaakceptácie priemerná, čo predstavuje v 58,82 %. V 3 prípadoch 17,65 % je sebaakceptácia nadpriemerná a v 4 prípadoch v 23,53 % odpovedali respondenti, že ich sebaakceptácia je podpriemerná.*
– **stanovenie cieľov je 4,11**. V *11 prípadoch zo 17 sa vyjadrilo, že má jasne stanovený cieľ, čo predstavuje 67,7 %, a 17,65 % to sú len 3 drogovo závislí majú stanovené ciele nadpriemerne alebo podpriemerne, čiže nemajú stanovené žiadne ciele v živote.*
– **vnímanie slobody je 4,05**.*Iba 2 respondenti, to je 11,765 % vnímajú slobodu ako veľmi dôležitú. Rovnaký počet drogovo závislých, vníma slobodu podpriemerne, ale až 13 zo 17 respondentov, vníma slobodu priemerne, čo tvorí 76,47 %.*

– **postoj k smrti je 3,17.** *Náš predpoklad, že postoj drogovo závislých k budúcnosti je priemerný sa potvrdil, o čom svedčia aj nasledujúce výsledky: Priemerný postoj k budúcnosti má 11 respondentov, to je 64,7 %. Nadpriemerný postoj k budúcnosti má 11,765 % to sú len 2 drogovo závislí a podpriemerný postoj má 23,53% čo zo 17 respondentov sú 4.*

Ku zmyslu života drogovo závislých sa vyjadruje množstvo autorov a odborníkov, ako je aj Peter Halama[31], ktorý hovorí, že „nedostatok zmyslu života je často sa vyskytujúcim javom u drogovo závislých, dokazuje tak skúsenosť terapeutov, ako aj množstvo výskumov potvrdzujúcich prítomnosť existenciálneho vákua u drogovo závislých osôb. Mnohí terapeuti či iní pracovníci vedia, že závislí sa často sťažujú na prázdnotu svojho života, nedostatok životných cieľov, apatiu, nezáujem o iné veci ako drogu apod. Na dôležitosť existenciálneho vákua v udržiavaní závislosti poukazoval aj fakt, že sila vnímania a pociťovania zmyslu života bola pozitívnym prediktorom neskoršieho relapsu. Inými slovami povedané čím vyššia zmysluplnosť po liečbe, tým väčšia pravdepodobnosť úspešnej abstinencie.“ Samotný Frankl[32] cituje viaceré výskumy aj osobné informácie od pracovníkov z drogovej oblasti, podľa ktorých sa ukazuje že existenciálna prázdnota silne koreluje so sklonom k užívaniu drog. Z výsledkov výskumov, ktoré máme k dispozícii možno zacitovať napr. Newcomba a Harlowa[33], ktorí potvrdili, že „adolescenti s nižšou úrovňou zmysluplnosti života mali tendenciu vo vyššej miere riešiť záťažové situácie zneužívaním psychotropných látok, ako adolescenti s vyššou úrovňou zmysluplnosti.“ Tiež Kokosińska[34] vo svojom výskume zistila, že skupina narkomanov mala výrazne nízke skóre, alebo úroveň životnej zmysluplnosti v teste PIL (75,23 bodov), dokonca nižšie než skupina samovrahov a neurotikov. V našom výskume sme použili rovnaký test ako Kokosińska a však naše výsledky sa odlišovali od výsledkov, ktoré

[31] Dostupné na http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/halama.htm (09. 04.2010)

[32] Frankl,V.E.: Teorie a terapie neuróz. 1999, In: Halama, P. Dostupné na http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/halama.htm (09. 04.2010)

[33] Newcomb, M.D.,Harlow, L.L. 1986, In: Halama, P. Dostupné na http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/halama.htm (09. 04.2010)

[34] Kokosińska, J. 1992, In: Halama, P. Dostupné na http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/halama.htm (09. 04.2010)

publikovala samotná Kokosińska zo svojho výskumu. Výsledky z výskumu potvrdzujú, že priemerná úroveň zmyslu života drogovo závislých (narkomanov) sa pohybuje v pásme priemeru. Príčinou týchto rozdielov je mnoho. Môže to byť jednak veľkosť výskumnej vzorky, ich vek, vzdelanie, rodinný stav a samozrejme možnosť iných sociokultúrnych pomerov, tradícií, zvykov a pod. Nemenej dôležitá je aj fáza liečby, v ktorej sa jednotliví pacienti nachádzali v čase administrovania výskumu.

Záver

Každý z nás sa v živote iste zamýšľal nad tým čo je zmyslom jeho života, kam smeruje a aký je jeho cieľ. Každý z nás má odlišný cieľ a zmysel svojho života. To čo je pre jedného zmyslom, pre druhého môže byť samozrejmosťou, alebo dokonca niečím nepodstatným. V samotnom výskume na základe PIL testu zmyslu života sme sa mohli presvedčiť, že pre každého je niečo iné dôležité. Pre väčšinu je to však rodina, láska, úspech, zdravie, práca a normálny život. To čo je pre „bežného a zdravého človeka bez závislosti" samozrejmosťou. Zmysel sa však v priebehu života, môže meniť a preto je potrebné ho neustále hľadať a nestratiť ho, pretože strata zmyslu života môže viesť k samotnému zániku jedinca. Zmyslom života drogovo závislých pred liečbou bol iste iný, ako je to v priebehu liečby a po nej. Kým pred liečbou to mohla byť droga a slasť, ktorú vyvoláva, po liečbe a to vo väčšine prípadov, je to abstinencia a snaha viesť riadne usporiadaný život a všetko čo k nemu patrí. Svedčí o tom aj výpoveď jedného z drogovo závislých, ktorý už nikdy nechce zacítiť úplné dno, prísť o svoju ženu a dcérku. Chce vrátiť všetko do pôvodného stavu, aký bol pred začiatkom jeho drogovej cesty. Osobne sa domnievame, že práve sociálni pracovníci by mali venovať tejto problematike veľkú pozornosť, zaoberať sa prevenciou, ktorá je menej náročná ako potom samotná liečba. Určite by mali vykonávať osvetu, informovať ľudí o tejto problematike a predovšetkým deti, či už na školách alebo v rôznych iných zariadeniach nenásilnou formou, napríklad prítomnosťou a stretávaním sa s tými, ktorí prešli dlhú cestu od drog k abstinencii. Súčasťou ich práce by malo byť aj mapovanie terénu, čiže **terénna sociálna práca**, ktorá je však u nás len veľmi málo rozvinutá. Keď mám na

mysli mapovanie terénu, tak tým samozrejme myslíme predovšetkým podchytenie miest, na ktorých sa vo voľnom čase mládež stretáva, ako je napríklad diskotéka, bary, kluby, sídliská, ihriská, opustené miesta, pretože práve tu najčastejšie dochádza k experimentovaniu s drogou. Súčasťou ich práce by malo byť aj poskytnutie dôležitých informácií o pomoci ľuďom, ktorí sú už drogovo závislí, to znamená kto im vie pomôcť, ako, kde hľadať pomoc a rôzne ďalšie informácie. Ich práca by mal byť komplexná a mali by spolupracovať aj s inými odborníkmi, ako napríklad psychológmi, psychiatrami, doktormi, ale aj s **centrami prevencie a liečby drogovej závislosti.**

Marek Banach

Specyfika picia alkoholu przez kobiety w Polsce

Współczesność ukrywa przed człowiekiem wiele pułapek. Jedną z najbardziej niebezpiecznych dla zdrowia człowieka jest alkohol. Wciąga on człowieka w świat, który z pozoru wydaje się być lepszy i łatwiejszy. Pozwala na chwilowe zapomnienie o problemach, jakie niesie codzienność. Rujnuje zdrowie fizyczne i psychiczne. Jest przyczyną licznych życiowych dramatów. Jednym z nich może stać się utrata dziecka lub też trwałe uszkodzenie jego zdrowia jeszcze przed narodzeniem.

Wiedza na temat skutków spożywania alkoholu w okresie ciąży jest znikoma. Wiemy, że szkodzi, jednak większość uważa, że niewielka ilość „procentowego" płynu jest wskazana. Myślenie takie jest mylne, gdyż nie znamy bezpiecznej dawki alkoholu, która nie wpłynie negatywnie na rozwijający się w łonie matki płód.

Nazwa *alkohol* pochodzi z języka arabskiego *al-kuhl* bądź *al--akhul,* oznacza delikatny puder do malowania powiek albo wysublimowaną, delikatną substancję do upiększania[1]. Historia alkoholu, jego produkcji, rodzajów i gatunków oraz obyczajów picia jest rozległa w czasie i bardzo bogata. Najstarsze zapiski i dzieła literackie zawierają wzmianki o napojach alkoholowych. O jego strukturze, funkcjach i skutkach spożywania człowiek posiadł rozległą wiedzę. Zdaniem antropologów, alkohol towarzyszy człowiekowi od zarania jego dziejów. Początkowo pełnił funkcje fizjologiczne – jako lekarstwo, znieczulenie bólu czy do redukcji zmęczenia; psychologiczne – jako reduktor leku, odprężenie, rozluźnienie, obniżenie sprawności psychicznej; społeczne – używany w życiu towarzyskim, pomocny w nawiązywaniu kontaktów, pokonywaniu nieśmiałości, element obrzędów i praktyk religijnych. W najnowszych czasach duże

[1] Cz. Ciekiera, *Ryzyko uzależnień,* Lublin 1994, s. 77.

znaczenie mają również względy ekonomiczne (produkcja, handel, dystrybucja alkoholu) oraz polityczne[2].

Jest wiele rodzajów napojów alkoholowych różniących się smakiem i zapachem, ale każdy z nich posiada wspólny składnik. Znamy kilkadziesiąt gatunków piwa, wina, wódki, koniaków i likierów. Różnią się swoim składem chemicznym w zależności od gatunku, do którego należą. Dla przykładu: piwo zawiera takie pierwiastki i substancje, jak dwutlenek węgla, fosfor, miedź, żelazo, magnez, potas, kwas mlekowy, różne cukry i białko. W skład win wchodzi glicerol, sód, potas, kwas octowy, cytrynowy, mlekowy, miedź, wapń, aldehyd octowy. Mocniejsze alkohole, jak niektóre gatunki rumu czy koniaku, zawierają znacznie większe ilości aldehydu octowego, a poza tym metanol, butanol i propanol. Dlatego też wywierają znacznie toksyczniejsze działanie niż czysta wódka czy rozcieńczony spirytus. Mimo różnorodnego składu chemicznego, każdy z wymienionych powyżej alkoholi zawiera jedną wspólną substancję chemiczną o nazwie etanol (C_2H_5OH) – ETOH.

Alkohole to związki o prostej budowie, złożone z cząsteczek węgla, tlenu i wodoru. Każdy ma swoją nazwę dostosowaną do liczby atomów węgla tworzących jego cząsteczki. Jest to substancja charakteryzująca się ostrym i piekącym zapachem, o bezbarwnej, płynnej postaci lżejszej od wody, szybko utleniająca się i paląca błękitnym płomieniem. Alkohol łatwo wchodzi w reakcję z wodą, jest od niej lżejszy, a jego ciężar właściwy wynosi 0,79-0,81 g. Temperatura zamarzania czystego alkoholu jest bardzo niska, wynosi -130°C, natomiast temperatura wrzenia wynosi około +78°C. Wartość odżywcza alkoholu jest bardzo niewielka, natomiast ilość kalorii przez niego dostarczanych jest taka sama, jak tłuszczu. Są to jednak puste kalorie, pozbawione składników mineralnych, białka i witamin. Ilekroć alkohol staje się substytutem pożywienia organizm nie otrzymuje niezbędnych składników odżywczych.

Do najpopularniejszego napoju alkoholowego zaliczyć należy alkohol etylowy. Jest on przeznaczony do celów konsumpcyjnych. Uzyskuje się go drogą fermentacji produktów roślinnych. Otrzymywany w ten sposób trunek zawiera nieznaczną ilość alkoholu, dlatego w celu zwiększenia jego mocy poddaje się go wielokrotnej destylacji, podczas której usuwane zostają z niego

[2] Por tamże.

szkodliwe i niebezpieczne dla organizmu zanieczyszczenia. Czysty spirytus zawiera około 96% alkoholu etylowego. Po zmieszaniu go w odpowiednim stosunku z wodą, produkuje się z niego wódkę oraz inne napoje alkoholowe. Wśród popularnie używanych alkoholi najmniej alkoholu etylowego zawiera piwo – przeciętnie około 4,5%, w winie jego zawartość wynosi średnio 15%, w likierach – 30%, w wódce 40-45% i powyżej.

Cząsteczki alkoholu są bardzo drobne, co pozwala na ich szybkie przenikanie do ustroju człowieka, gdzie aktywnie działają na jego organizm, szczególnie zaś na układ nerwowy, wywołując w nim zmiany stanów psychicznych. Po spożyciu, alkohol przedostaje się do żołądka, a następnie do dalszych odcinków przewodu pokarmowego: dwunastnicy i górnej części jelita cienkiego. Dopóki pozostaje w żołądku jest nietoksyczny. Dopiero wchłonięty do krwiobiegu i wraz z krwią przedostający się do wszystkich tkanek i narządów może ukazać swoje toksyczne działanie. Szybkość wchłaniania i natężenie alkoholu we krwi zależy od tego, gdzie następowała resorpcja. Może zostać wchłonięty bezpośrednio z żołądka, z tym że resorpcja ta nie jest całkowita, a jej czas jest dłuższy. Szybciej wchłaniany jest z jelita cienkiego, a co za tym idzie, jego stężenie we krwi oraz działanie na organizm jest silniejsze. Szczyt alkoholemii, czyli najwyższego stężenia alkoholu we krwi, występuje w czasie od 45 do 90 minut po spożyciu.

Poziom alkoholu określa się w promilach, obliczając, ile gram etanolu znajduje się w jednym litrze krwi. Jest to prawna miara nietrzeźwości, którą określa się jako 0,5 promila alkoholu we krwi.

Alkoholizm jako choroba

Alkoholizm – jest to nałogowe picie alkoholu, wskutek czego powstaje choroba, prowadząca do wielu niekorzystnych dla zdrowia następstw. Termin „alkoholizm" wprowadził szwedzki lekarza Magnus Hussa i po raz pierwszy opublikował go w 1849 roku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wciągnęła go na listę chorób dopiero w 1957 roku. W 1983 roku organizacja ta w IX rewizji międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów wprowadziła nową terminologię. Jednostka chorobowa została nazwana „zespołem uzależnienia od alkoholu", natomiast w miejsce alkoholizmu wprowadzono terminy „problemy związane z alkoholem" lub „problemy alkoholowe".

Obejmują one różnorodne, niepożądane efekty picia z jednostkowego bądź społecznego punktu widzenia. Dotychczasowe określenia, takie jak alkoholizm nałogowy czy alkoholizm przewlekły zamieniono na „zespół uzależnienia od alkoholu" (zespół zależności alkoholowej). Przez uzależnienie rozumie się psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną (alkohol, nikotyna, narkotyki, leki), charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji.

Alkoholizm jest chorobą polegającą na kontynuacji spożycia alkoholu przez daną osobę, pomimo że powoduje to problemy w różnych dziedzinach życia. To jedna z najczęstszych i najbardziej niebezpiecznych chorób, jakie dotykają człowieka. Jest to choroba głęboko zaburzająca świadomość i wolność człowieka, która dla większości uzależnionych okazuje się chorobą śmiertelną. Mamy tu do czynienia z chorobą w sensie ścisłym, charakteryzującą się konkretnymi przejawami i mechanizmami oraz mającą specyficzny przebieg. Uzależnienie od alkoholu jest chorobą niszczącą człowieka we wszystkich sferach jego człowieczeństwa i jego aktywności. Powoduje stopniową utratę wolności i odpowiedzialności, zaburza więzi interpersonalne oraz uniemożliwia normalne funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie. Zwykle na końcu dopiero następuje degradacja fizyczna, która dla wielu staje się jedynym motywem, który skłania do powstrzymania się od picia alkoholu. Alkoholizm jest chorobą chroniczną, czyli taką, która w pewnych swych aspektach trwa do końca życia – jest chorobą nieuleczalną i nieodwracalną. Każdy uzależniony będzie do końca życia alkoholikiem, czyli kimś, kto nie potrafi spożywać alkoholu w sposób umiarkowany i kontrolowany. Jednak po spełnieniu określonych warunków, staje się możliwe zachowanie abstynencji do końca życia, co umożliwia powstrzymanie choroby alkoholowej. Uzależniony może wtedy stopniowo wychodzić z czynnej fazy choroby i stawać się trzeźwym alkoholikiem.

Alkoholizm to choroba pierwotna, czyli taka, która nie jest efektem innych chorób. Organizm alkoholika reaguje na alkohol inaczej niż organizm osoby nieuzależnionej. Alkoholicy są

bezsilni wobec sposobu, w jaki organizm reaguje na alkohol. Istnieją solidne podstawy, by twierdzić, że alkoholizm jest dziedziczny. Widać ciągłość jego występowania w kolejnych pokoleniach rodziny.

Alkoholizm jest chorobą przewlekłą, która rozwija się stopniowo, dlatego też istnieje duże ryzyko nawrotu; zawsze jest niebezpieczeństwo, że ponownie dojdzie do zapicia. Alkoholizmu nie da się wyleczyć – można nad nim jedynie zapanować. Jeżeli nie podejmuje się długofalowych środków zaradczych, mających na celu zapanowanie nad chorobą, nawrót jest wysoce prawdopodobny. Zapanowanie nad alkoholizmem wymaga całkowitej abstynencji.

Alkoholizm jest chorobą chroniczną. Alkoholik nie może się wyleczyć w sensie powrotu do picia kontrolowanego, może jednak zdrowieć. Istotą zdrowienia nie jest szukanie czegoś, co zastąpiłoby alkohol, ale znajdowanie innych sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, uczenie się bycia z ludźmi, uczenie się cierpliwości, podejmowania decyzji i budowanie więzi z bliskimi, radzenie sobie ze swoimi stanami psychicznymi.

Alkoholizm jest chorobą postępującą – nigdy „nie stoi w miejscu". Stan chorego nigdy nie pozostaje bez zmian ani nigdy samoistnie nie ulega poprawie. Jeżeli chory się nie leczy, jego stan ciągle się pogarsza. Postępując, alkoholizm zagarnia i niszczy wszystkie po kolei sfery życia chorego – fizyczną, psychiczną, behawioralną i społeczną – co sprawia, że alkoholik przestaje kierować swoim życiem. Proces choroby alkoholowej można podzielić na trzy stadia: stadium początkowe, zaawansowane i przewlekłe.

Uzależnienie od alkoholu w zaawansowanej fazie jest chorobą niezwykle trudną do leczenia. W tej sytuacji bardzo istotnym znaczeniem jest umiejętność wczesnego jej zdiagnozowania. Do bezpośrednich i podstawowych znaków choroby alkoholowej należą:
– zmiana tolerancji na alkohol,
– zespół abstynencyjny,
– „głód" alkoholu,
– koncentracja życia wokół spraw dotyczących alkoholu,
– utrata kontroli nad piciem,
– zaburzenia pamięci i świadomości.

Elementem decydującym o skuteczności podjętego leczenia jest jak najwcześniejszy moment rozpoczęcia kuracji. Wielu dorosłych ludzi uniknęłoby kłopotów wynikających z nadużywania alkoholu, gdyby potrafili odpowiednio wcześ-

nie postrzegać sygnały wskazujące, że trzeba poważnie zająć się sprawą swojego picia.

Oto lista takich sygnałów: jeśli ktoś pije nadal, mimo szkód spowodowanych przez picie, jeśli ktoś jednorazowo wypija większe ilości alkoholu, gdy człowiek sięga po alkohol dla usunięcia przykrych skutków picia, gdy ktoś pije samotnie, gdy ktoś zaniedbuje swoje codzienne obowiązki i zadania, gdy ktoś ma trudności z przypomnieniem sobie zdarzeń związanych z wczorajszym piciem, gdy ktoś przy pomocy alkoholu łagodzi poczucie winy i wyrzuty sumienia, gdy kieruje samochodem pod wpływem alkoholu, gdy ktoś reaguje napięciem i rozdrażnieniem na utrudnienia w piciu i gdy zaprzecza, że ma problemy związane z alkoholem, podczas gdy są one widoczne dla innych, gdy ktoś otrzymuje od innych „sygnały ostrzegawcze", sugestie przerwania picia czy ograniczenia ilości.

Działanie alkoholu na organizm człowieka

Alkohol należy do teratogenów chemicznych lub fizycznych czynników silnie trujących organizm. Spożywanie go pociąga za sobą wiele niekorzystnych konsekwencji dla człowieka, zarówno biologicznych, psychicznych, jak i społecznych. Poprzez spożywanie znacznych ilości alkoholu człowiek narażony jest na kłopoty ze zdrowiem, kłótnie, konflikty, ubóstwo, naruszenie prawa, uzależnienie.

Alkohol, który dostaje się do krwi i w niej krąży, przedostaje się do całego organizmu. Jego działanie uzależnione jest od dawki, jaką człowiek spożył. Wpływ alkoholu na poszczególne układy w organizmie człowieka uzależniony jest od kilku czynników, którymi są m.in.: ilość spożytego alkoholu, stan odżywienia organizmu, brak lub obecność schorzeń, ogólny stan psychiczny.

Układ pokarmowy

Ostra intoksykacja alkoholowa prowadzi do podrażnienia przewodu pokarmowego, czego skutkiem są liczne zaburzenia, do których zaliczamy: nieżyt błony śluzowej żołądka (podrażnienie śluzówki), nudności, zaburzenia wchłaniania pokarmów, zaburzenia wchłaniania witamin, niedowagę, ogólne wyniszczenie, niedożywienie, brak podstawowych składników krwiotwór-

czych, m.in. żelaza, witaminy B12, kwasu foliowego, podrażnienie śluzówki, co implikuje jej uszkodzenie, którego konsekwencją są: zapalenie przełyku, zaostrzenie choroby wrzodowej i dwunastnicy, zaburzenia pracy jelit, stan zapalny trzustki, stan zapalny wątroby, a co za tym idzie – zaburzenia trawienia, zmniejszenie tolerancji na pokarmy tłuste, marskość wątroby z takimi objawami, jak obrzęki, powiększenie, zwiększenie obwodu brzucha, niedobór białka w osoczu, anemia, żylaki przewodu pokarmowego występujące jedynie przy równoczesnej marskości wątroby.

Serce i układ krążenia

Przewlekłe i intensywne spożywanie alkoholu osłabia mięsień serca i powoduje schorzenia układu sercowo-naczyniowego, do których należą nadciśnienie, kardiomiopatie, arytmia oraz udary mózgowe. Alkohol podwyższa ciśnienie krwi, a co za tym idzie, ryzyko nadciśnienia tętniczego jest większe u osób go spożywających. Wraz ze wzrostem ilości spożytego alkoholu, zwiększają się powikłania ciśnienia tętniczego, a z nimi rośnie liczba zgonów tym spowodowanych. Badania wskazują, że wraz z zaprzestaniem picia napojów alkoholowych nadciśnienie może być częściowo odwracalne.

Przy spożywaniu dużych ilości alkoholu może dojść do kardiomiopati alkoholowej, czyli zwyrodnień mięśnia sercowego, jego przerostu oraz osłabienia siły skurczów. U osób z kardiomiopatią zauważono znacznie zmniejszoną wydolność serca, proporcjonalną do spożywanej dawki alkoholu. Nadużywanie go prowadzi do nierównej pracy serca. Migotanie i trzepotanie przedsionków należy do zaburzeń związanych z przewlekłą konsumpcją alkoholu. Ocenia się, że u od 15 do 30% pacjentów migotanie przedsionków może wiązać się z alkoholem.

Układ odpornościowy

Alkohol hamuje funkcje układu odpornościowego, upośledza zdolność limfocytów do produkcji przeciwciał, osłabiając ich aktywność. Przejawia się to zwiększoną wrażliwością organizmu na choroby zakaźne i nowotwory, zapalenie płuc, gruźlicę, zakażenia krwi, choroby układu moczowego, bakteryjne zapalenie otrzewnej, ropne zakażenia skóry i tkanki podskórnej, zapalenie opon mózgowych. Osoby nadużywające alkoholu częściej zapadają na wymienione choroby niż osoby niepijące.

Układ hormonalny

Alkohol zaburza funkcjonowanie układu hormonalnego. Prowadzi do obniżenia płodności zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Oddziałuje nie tylko na syntezę i uwalnianie hormonów, ale także na ich transport. Oddziałuje na tkanki i cały proces metabolizmu. Zaburza wydolność seksualną, może prowadzić do impotencji. U kobiet rozregulowuje cykl miesiączkowy, prowadzi do zaburzeń owulacji oraz zmian jajników. Picie alkoholu przed okresem pokwitania może opóźnić dojrzewanie płciowe a u dojrzałych kobiet przyspieszyć menopauzę.

Układ nerwowy

Nawet niewielka ilość spożytego alkoholu zmienia stan ośrodkowego układu nerwowego. Sprawia on, że zmniejszanie się masy mózgu następuje w sposób przyspieszony. Alkohol wpływa na mowę, wzrok, koordynację ruchową, procesy myślowe oraz zachowanie. Osłabia lub wzmacnia działanie pewnych neuroprzekaźników, czyli substancji przenoszących sygnały między neuronami. W rezultacie ta nieprawidłowa komunikacja zakłóca normalne funkcjonowanie mózgu. Zaburza czucie, osłabia odruchy. W skrajnych przypadkach po spożyciu znacznej ilości alkoholu mogą wystąpić niedowłady, a nawet porażenia. Przewlekłe spożywanie alkoholu może również spowodować poważne problemy ze wzrokiem będące wynikiem toksycznego uszkodzenia nerwu wzrokowego.

Kobiecy styl picia alkoholu

W dzisiejszych czasach kobiety pełnią różne funkcje w społeczeństwie. Z roli żony i matki stały się również kobietami sukcesu, businesswomen zarządzającymi wielkimi firmami, inwestującymi na giełdzie. Stereotyp matki-polki odchodzi w zapomnienie. Coraz częściej można usłyszeć czy zobaczyć, że na ważnym kierowniczym stanowisku zasiada kobieta.

Wraz ze zmieniającą się funkcją społeczną kobiety, zmienia się także jej styl życia. Aby prężnie działać w środowisku dotychczas zdominowanym przez mężczyzn, kobieta musi poddać się pewnym regułom i zasadom wyznawanym przez nich. Stara się, więc dorównać w różnych dziedzinach mężczyźnie. Emancypacja kobiet wyzwalająca je z braku samodzielności i uzależnienia od

mężczyzn, oprócz wolności ekonomicznej i społecznej, przyniosła im równocześnie zwielokrotnienie obowiązków życiowych, konieczność wypełniania na raz wielu funkcji społecznych.

Role, jakie dzisiaj pełnią kobiety, można podzielić i poszerzyć o role: pełnione na rzecz męża (konkubina), a wśród nich rola niani, spowiednika, psychoterapeuty, niekiedy osoby, na której można wyładować agresję; związane z pełnieniem gospodarstwa domowego, tzn. rola praczki, sprzątaczki, kucharki, zaopatrzeniowca, złotej rączki, montera, specjalistki od gospodarowania czasem wolnym, współżywicieli rodziny; córki; siostry; synowej; przyjaciółki.

Ukazanie spektrum ról wypełnianych przez kobiety wymaga określenia ról, jakie pełnią poza środowiskiem rodzinnym. Należą do nich:

1. Kierownicze stanowiska w zakładach pracy.
2. Samodzielne prowadzenie własnych przedsiębiorstw (zakład fryzjerski, salon kosmetyczny, mała gastronomia, sklep).
3. Dodatkowa praca, w tym okresowa.
4. Role związane z działalnością na rzecz otoczenia (wolontariuszki, radne gminy, parafii, członkinie ochotniczych straży pożarnych).

Postępująca unifikacja stylów życia kobiet i mężczyzn daje się zaobserwować nie tylko w wykonywanych czynnościach, ale także w zachowaniu. Współczesne kobiety, chcąc dorównać mężczyznom, przejmują od nich dotychczasowe zadania, a wraz z nimi negatywne zachowania, które im nie przystoją. Wśród tych zachowań wymienić należy: nagminne używanie przez kobiety słów uznawanych powszechnie za obraźliwe i stosowanie różnych form agresji, nieraz wręcz wyrafinowanych; zachowania przestępcze, a także picie i nadużywanie alkoholu czy też zażywanie innych środków toksycznych. Zachowania takie nie przynoszą kobietom zaszczytu. Opisywane dotychczas jako subtelne, delikatne i kruche osoby, pełne wrażliwości i miłości odbiegają od tego obrazu.

Dzisiejsza rzeczywistość nakłada na kobiety szereg różnorodnych ról, co pociąga za sobą trudności w ich wypełnianiu. Utrudnienia te tkwią w uwarunkowaniach biopsychospołecznych oraz kulturowych kobiety. Mogą nimi być: nieprzygotowanie do pełnienia danej roli (zbyt wczesne macierzyństwo), zły wybór partnera, niespełnione marzenia i wyobrażenia o małżeństwie, rodzinie,

niedocenienie przez członków rodziny, brak umiejętności godzenia kilku ról, przemęczenie, wyczerpanie, niespełnione oczekiwania, brak czasu na prace w domu, na naukę, dla rodziny, dla siebie, odpowiedzialność, zła atmosfera w pracy, zazdrość, zawiść i plotkarstwo w pracy, nieumiejętność rozwiązania problemu, obawa przed utratą pracy, trudności finansowe związane z opłatami za studia, stres w domu, pracy, przed egzaminem.

Jednym ze sposobów radzenia sobie z trudnościami jest sięganie po alkohol. Statystyki podają, że alkohol w Polsce pije około 80% kobiet. Symulatorem picia przez nie alkoholu są występujące utrudnienia spotykane na co dzień, związane z pełnionymi rolami. Aby je zlikwidować, sięgają po alkohol, który chwilowo odrywa je od rzeczywistości i pomaga zapomnieć o problemach. Motywem, który pociąga kobiety do sięgania po alkohol, jest: chęć zapomnienia, ogólne pobudzenie organizmu do intensywniejszej pracy, wzbudzenie zainteresowania swoją osobą, urozmaicenie szarego, ponurego życia, „lepsze" kontakty towarzyskie, rozluźnienie, ogólne przyzwolenie otoczenia (stwarzanie wielu okazji do picia).

Spożywanie znacznych ilości alkoholu prowadzi do degradacji psychicznej człowieka ze wszystkimi jej konsekwencjami. Kobiety częściej sięgają po alkohol w związku z problemami emocjonalnymi. Chcąc zagłuszyć lub skompensować problemy, z jakimi się borykają, szukają ucieczki w alkoholu. Dzieje się tak dlatego, że kobiety częściej niż mężczyźni przeżywają poczucie winy. Zdarza się, że poczucie to prowadzi je do depresji oraz zaburzeń nerwicowych. Czynnikiem, który determinuje kobiety do sięgnięcia po alkohol, może stać się także traumatyczne przeżycie oraz przeżywanie silnego stresu.

Normy kulturowe, regulujące spożywanie alkoholu, nie są jednakowe dla wszystkich. Od kobiet, bowiem oczekuje się większej wstrzemięźliwości, a nawet abstynencji, z racji wypełnianych przez nie ról społecznych. Normy obyczajowe związane ze spożyciem alkoholu są dla nich bardziej rygorystyczne. Mimo równouprawnienia, ciężar społecznego potępienia kobiet alkoholiczek jest nadal o wiele większy niż alkoholików mężczyzn. Zaznaczyć należy, że ze względu na pełnione przez kobiety role społeczne, alkoholizm wśród nich jest bardziej piętnowany, ponieważ, kiedy pije kobieta, cierpi całe społeczeństwo.

Alkohol jest wszechobecny w naszej kulturze od stuleci. Po napoje alkoholowe sięgamy przy każdej niemal okazji. Wówczas

nie zastanawiamy się nad jego wpływem na nasz organizm. Nad konsekwencjami, jakie niesie za sobą jego spożycie.

Po spożyciu napoju alkoholowego następuje jego wchłanianie, jego szybkość zależy od wypełnienia żołądka treścią pokarmową. Zdecydowanie najwięcej alkoholu do krwi dostaje się z jelit, a stamtąd za pośrednictwem naczyń krwionośnych przedostaje się do pozostałych organów naszego ciała, w tym do mózgu. Etanol zakłóca pracę neuronów, negatywie wpływa na przewodzenie impulsów nerwowych. Konsekwencje picia alkoholu są tym bardziej widoczne im więcej człowiek go spożyje. W zależności od stężenia alkoholu we krwi występują określone objawy zatrucia alkoholem:

Tabela 1. Stężenia alkoholu we krwi a objawy zatrucia alkoholem

Stężenie alkoholu	Objawy
od 0,3 do 0,5 promila	Nieznaczne zaburzenia równowagi oraz euforia i obniżenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia
Do 0,7 promila	Zaburzenia sprawności ruchowej (niezauważalne osłabienie refleksu, nadmierna pobudliwość i gadatliwość, a także obniżenie samokontroli oraz błędna ocena własnych możliwości, które często prowadzą do fałszywej oceny sytuacji
do 2 promili	Zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżenie progu bólu, spadek sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.) pogłębiający się w miarę narastania intoksykacji alkoholowej, opóźnienie czasu reakcji, wyraźna drażliwość, obniżona tolerancja, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie akcji serca.
do 3 promili	Zaburzenia mowy (mowa bełkotliwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi, wzmożona senność, znaczne obniżona zdolność do kontroli własnych zachowań
do 4 promili	Spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, osłabienie lub zanik odruchów fizjologicznych oraz głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki
powyżej 4 promili	Głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka oddechowego i naczyniowo-ruchowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol.

Źródło: B. Woronowicz: ,,*Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*'', Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2003.

Stężenie alkoholu we krwi zależy od ilości wypitego trunku, oraz masy ciała. „Blisko 80% kobiet spożywa alkohol. Kobiety piją średnio znacznie mniej alkoholu niż mężczyźni i znacznie rzadziej doświadczają z tego powodu problemów. Niewiele osób wie, że alkohol działa inaczej (bardziej toksycznie) na organizm kobiety niż mężczyzny". Przeciętnie kobiety są mniejsze od mężczyzn, ale nawet „jeśli kobieta waży tyle samo co mężczyzna, to po wypiciu identycznej porcji alkoholu jej organizm otrzyma go 40% więcej". Co jest tego przyczyną? Kobiety mają więcej tkanki tłuszczowej, a jednocześnie mniej wody w organizmie, ta sam ilość alkoholu jest rozpuszczona w mniejszej ilości wody. Mają więcej kobiecego hormonu estrogenu, który sprzyja intensywniejszemu wchłanianiu alkoholu. Kobiety mają mniej enzymów odpowiedzialnych za metabolizm alkoholu.

Wynika z tego, że są o wiele bardziej narażone na negatywne konsekwencje picia niż mężczyźni. Spożyty przez kobiety alkohol w większym stopniu powoduje dysfunkcje mózgu, upośledzenia funkcji poznawczych, zaburza funkcje hormonalne, zwiększa zagrożenie wystąpienia nowotworu sutka oraz każda ilość alkoholu wypita w ciąży działa toksycznie na rozwijający się płód. Nadmiernie pijące kobiety o wiele częstej są ofiarami urazów i wypadków, przemocy fizycznej czy seksualnej. Niepokojące są wyniki badań parpowskich, z których wynika, że kobiety pijące najwięcej alkoholu to osoby w wieku od 18 do 29 lat, pozostające w stanie wolnym (panny i osoby rozwiedzione), mieszkanki miast (powyżej 50 tys. mieszkańców), uczące się i studiujące oraz bezrobotne. Co dziesiąta kobieta w tym wieku wypija rocznie ponad 7,5 l czystego alkoholu, co stwarza ryzyko poważnych szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. Powszechność alkoholu wśród kobiet w dzisiejszych czasach budzi wiele obaw. Społeczeństwo nie ingeruje i raczej akceptuje kwestię nadużywania alkoholu przez kobiety, nawet te będące w ciąży. Kobieta w ciąży pijąca kieliszek czerwonego wina, nie budzi negatywnych emocji, nikt nie zwróci jej uwagi, że pijąc, szkodzi dziecku.

Alkohol w organizmie kobiety

Jak podaje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, kobiety spożywają średnio znacznie mniej alkoholu niż mężczyźni. Zapewne dlatego większość fachowej litera-

tury opisuje zjawisko spożywania alkoholu jedynie przez mężczyzn. Publikacje dotyczące kobiet pijących alkohol są znacznie uboższe. Tendencje, jakie są kształtowane, powinny zmienić obecny stan. Fakt, że coraz więcej kobiet sięga po napoje alkoholowe potwierdzony jest licznymi badaniami. W mediach coraz częściej padają informacje o pijanych kobietach.

Alkohol inaczej wpływa na organizm kobiet niż mężczyzn, a efekty zdrowotne jego nadużywania są dla nich groźniejsze. Nie wszyscy zdają sobie sprawę (zdecydowanie mniejsza część społeczeństwa), że alkohol działa bardziej toksycznie na organizm kobiety niż mężczyzny. Dzieje się tak między innymi ze względu na odmienność biochemiczną obydwu organizmów. U kobiet znajduje się znacznie więcej tkanki tłuszczowej, a przy tym mniej wody (u kobiet płyny stanowią około 60% masy ciała, a u mężczyzn około 70 % masa ciała) niż u mężczyzn. W związku z tym, taka samo ilość spożytego przez nich alkoholu zostanie rozpuszczona w mniejszej ilości wody. W okresie okołomiesiączkowym organizm kobiety zatrzymuje więcej wody. Badania biochemiczne wykazały, że przy tej samej ilości spożytego alkoholu, stężenie alkoholu we krwi są wyższe, a objawy zatrucia znaczniejsze u kobiet niż u mężczyzn, zwłaszcza jeżeli piją one w okresie przedmenstruacyjnym. Kobiecy hormon estrogen sprzyja intensywniejszemu wchłanianiu alkoholu i zwiększa jego toksyczność, głównie metabolitu, jakim jest aldehyd octowy.

Organizm kobiety słabiej metabolizuje alkohol w żołądku, gdyż zawiera mniej niż organizm mężczyzny enzymów odpowiedzialnych za tę czynność. Implikuje to większą jego ilość docierającą do wątroby, a co za tym idzie – znaczniejsze jej niszczenie. Objawy marskości wątroby u kobiet pojawiają się już po 5 latach intensywnego picia, podczas gdy u mężczyzn okres ten wynosi 10-20 lat i umierają one z powodu marskości w młodszym wieku niż mężczyźni.

Również mózg narażony jest na silniejsze dysfunkcje. Alkohol zakłóca jego zdolności psychomotoryczne. Dlatego kobiety po spożyciu alkoholu gorzej radzą sobie z działaniami złożonymi. Nadmierne spożywanie alkoholu może zakłócić cykl miesiączkowy, gdyż zaburza funkcje hormonalne. Stwierdzono również związek pomiędzy spożywaniem alkoholu a nowotworami u kobiet (rakiem piersi, jajnika, trzonu macicy).

Picie alkoholu przez kobiety prowadzi do psychospołecznych następstw takich, jak: zaburzenia zachowania, utrata zainteresowań, zaburzenia nastroju, wykroczenia, przestępstwa, depresja, zachowania.

Problemy z alkoholem wśród kobiet

W społeczeństwie funkcjonuje mit, iż porządne kobiety nie zostają alkoholiczkami. Jest to jednak nieprawda. W wyniku przeobrażeń kulturowych i społecznych, jakie zachodzą w ostatnich latach, coraz więcej osób sięga po alkohol, w tym również kobiety. Piętno tej choroby jest dla kobiet szczególnie dotkliwe, dlatego też sięgają one po alkohol w samotności, znacznie trudniej jest im zwrócić się o pomoc. Nie do końca jest to jednak prawda, ponieważ coraz więcej kobiet, a szczególnie młodych pije alkohol publicznie i to w dużych ilościach. U kobiet alkohol czyni większe szkody w tkance mózgowej niż u mężczyzn z uwagi na jej większą wrażliwość, stąd też kobiety szybciej się upijają i mają mniejszą tolerancję na alkohol, a ponadto szybciej wywołuje on u nich uzależnienie, czyli chorobę alkoholową. Kobiety piją, mimo że mają świadomość konsekwencji rodzinnych, społecznych, łącznie z utratą pracy. Nawet jeśli podejmują leczenie, to terapia ich jest utrudniona, ponieważ często kobietom towarzyszą zaburzenia depresyjne i traktują one alkohol jako poprawiacz samopoczucia. Tak faktycznie alkohol działa, ale są to złudne –„dobre" – strony picia alkoholu. Wśród kobiet występuje zróżnicowanie w zachowaniach związanych z piciem alkoholu w zależności od wieku, pełnionych ról życiowych oraz stanu cywilnego. Na ogół kobiety, które piją, spożywają mniej alkoholu i mają mniej problemów oraz objawów uzależnienia niż mężczyźni, ale wśród najintensywniej pijących kobiety dorównują mężczyznom lub przewyższają ich pod względem liczby problemów powstałych w wyniku picia. Wbrew panującej powszechnie opinii kobiety, które pełnią wiele ról (np. mężatki pracujące poza domem), mogą doświadczać mniej problemów z alkoholem niż te, które nie pełnią tylu ról. Pozbawienie możliwości pełnienia roli życiowej może spowodować wzrost ryzyka nadużywania alkoholu. Czas pojawienia się pierwszych problemów z alkoholem

a rozpoczęciem leczenia jest krótszy u kobiet niż u mężczyzn. Badania kobiet-alkoholiczek w trakcie leczenia wskazują, że często doświadczają one silniejszych fizjologicznie zaburzeń we wczesnym okresie picia, pomimo iż spożywają mniej alkoholu niż mężczyźni. Wyniki te wskazują, że konsekwencje związane z intensywnym piciem mogą u kobiet pojawiać się szybciej lub mogą być silniejsze. Przewlekłe nadużywanie alkoholu zbiera większe żniwo ofiar śmiertelnych wśród kobiet niż u mężczyzn. Wskaźnik umieralności alkoholiczek jest wyższy aż od 50 do 100% w porównaniu do wskaźnika umieralności uzależnionych mężczyzn. Coraz więcej dowodów wskazuje, że u kobiet szkodliwy wpływ alkoholu na wątrobę jest silniejszy niż u mężczyzn, szczególnie alkoholowa marskość wątroby oraz zapalenie wątroby następuje po stosunkowo krótkim okresie intensywnego picia. U kobiet picie może być również związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka piersi. Zaburzenia menstruacji są związane z przewlekłym, intensywnym piciem. Zaburzenia te mogą mieć niekorzystny wpływ na płodność. Dalsze picie może prowadzić do wczesnego wystąpienia menopauzy. Obecnie problemem staje się picie alkoholu w czasie ciąży. Popularne jest stwierdzenie, że alkohol, a zwłaszcza piwo czy czerwone wino, kobiecie w ciąży nie zaszkodzi. Okazuje się, że wiele zaburzeń i uszkodzeń u noworodków jest wynikiem tego, że ich matki piły alkohol w ciągu pierwszych trzech miesięcy ciąży. Kobiety w ciąży często słyszą: lampka czerwonego wina nie zaszkodzi, a może pomóc. Nie ma nic bardziej błędnego. Niebezpieczeństwo polega na tym, że zmiany u płodu wywołuje już niewielka ilość alkoholu. Alkohol obecnie w potocznej świadomości nie jest trunkiem, który pije się tylko przy szczególnych okazjach towarzyskich, ale pełni rolę „napoju na co dzień". Picie alkoholu przez kobiety w ciąży jest przyczyną, dla której rodzi się coraz więcej dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodu FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*). Jest on spowodowany tym, że alkohol przechodzący poprzez łożysko do krwi płodu przenika do tkanki mózgowej, którą silnie uszkadza. „Nawet troje dzieci na każde 1000 urodzeń żywych może być dotkniętych FAS-em. To więcej niż liczba rodzących się dzieci z Zespołem Downa (1 na 700 urodzeń). Dziesięć razy więcej dzieci ma rozmaite zaburzenia rozwojowe spowodowane alkoholem klasyfikowane jako FAE (*Fetal Alcohol Effects*). Szacuje się, że negatywne

konsekwencje ekspozycji płodu na alkohol mogą występować u 1% wszystkich noworodków”[3].

Skala zjawiska na świecie i w Polsce. Epidemiologia

Na całym świecie częstotliwość występowania FAS-u jest szacowana na 3-9 na 1000 żywych urodzeń. Jest ona jednak różna w różnych krajach. W USA ok. 3 żywych urodzeń na 1000, we Francji 4,8 żywych urodzeń na 1000, RPA 40 żywych urodzeń na 1000 . Wśród niektórych autochtonicznych kanadyjskich społeczności badania sugerują występowanie od 25 do 200 przypadków FAS/ FASD na 1000 urodzeń[4].

Ocena częstotliwości spożywania i nadużywania alkoholu przez kobiety ciężarne jest bardzo trudna z wielu powodów. Bojąc się krytyki środowiska, niechętnie przyznają się do spożywania alkoholu. Często nie mają również wiedzy na temat szkodliwości alkoholu dla rozwijającego się płodu. Do powodów tych trudności dodać należy również fakt niejednoznacznej opinii środowisk lekarskich oraz mediów na temat teratogennego działania alkoholu. Często zdarza się że położnicy – ginekolodzy nie informują pacjentek spodziewających się dziecka o niebezpieczeństwie płynącym ze spożywania alkoholu podczas ciąży, a nawet zachęcają do przysłowiowej lampki wina jakoby działającej pozytywnie, redukując stres, napięcie, a nawet znosząc czynność skurczową macicy, przyczyniając się w ten sposób do zmniejszenia zagrożenia przedwczesnym porodem[5].

Poniżej zamieszczona została prezentacja wyników analizy picia oraz nadużywania alkoholu przez ciężarne kobiety w wybranych państwach wyrażona w procentach.

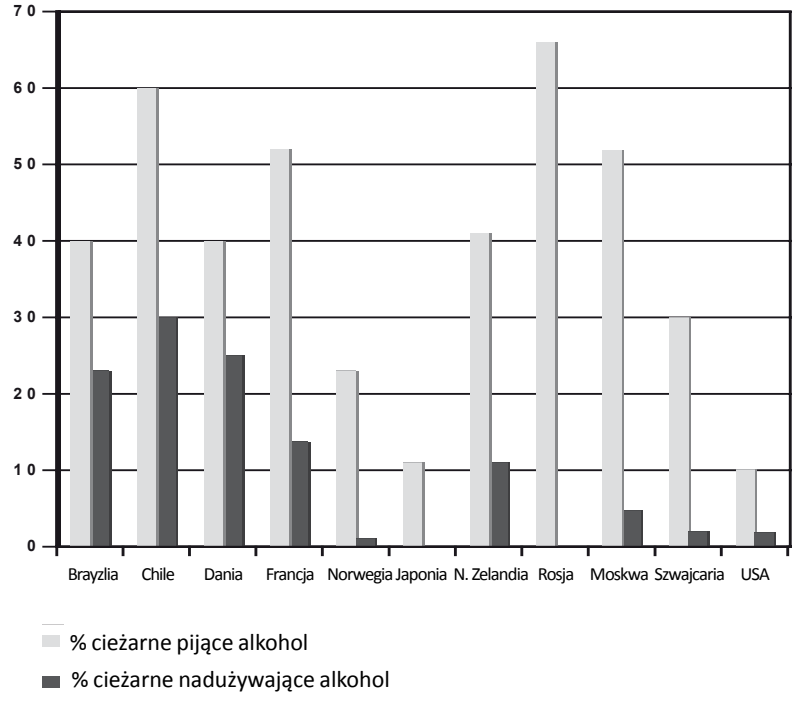
---

[3] www.parpa.pl (dostęp: 5.06.2010).

[4] C.A. Dell, G. Roberts, *Research update. Alcohol Use and Pregnancy: An Important Canadian public Health and Social Issue*, Ontario 2006.

[5] P. Raczyński, *Materiały Informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy*, Warszawa 2007, s. 6.

Wykres 1. Procentowy rozkład kobiet w ciąży spożywających alkohol w wybranych państwach



Źródło: W. Szychta, T. Skoczylas, T. Laudański, *Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia", 2008, tom 1, zeszyt 4, s. 310.

Źródłem są dane zaczerpnięte z literatury na temat szkodliwości spożywania alkoholu podczas ciąży, uwzględniające najnowszą światową literaturę przedmiotu (lata 1999-2008)[6]. Z opracowywanych danych autorzy wysnuli wniosek, iż większość kobiet ciężarnych (99%) jest świadoma, że konsumpcja alkoholu jest przeciwwskazana w okresie ciąży i zgłasza, że wie o ryzyku, jakie niesie z sobą picie alkoholu w ciąży. Uważają przy tym jednak, że ich nie dotyczy zagrożenie.

[6] W. Szychta, T. Skoczylas, T. Laudański, *Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia", 2008, tom 1, zeszyt 4, s. 309-313.

Około 80% kobiet pije na pół roku przed koncepcją, a 40% nadużywa alkohol. Ponadto kobiety z grupy planujących ciążę piją mniej alkoholu przez 6 miesięcy przed koncepcją. Wśród kobiet ze złą przeszłością ginekologiczną, które planują dziecko, spożywanie alkoholu jest rzadkie.

Ponadto kobiety z grupy planujących ciążę piją mniej alkoholu przez 6 miesięcy przed koncepcją. Wśród kobiet ze złą przeszłością ginekologiczną, które planują dziecko, spożywanie alkoholu jest rzadkie.

Kobiety, które spożywają alkohol po rozpoznaniu ciąży, są najczęściej w wieku między 30 a 39 r., są lepiej wykształcone i mające wyższy dochód[7].

Liczebność występowania FAS-u w Polsce nie jest znana, ponieważ dotychczas nie prowadzono oficjalnych badań na ten temat na terenie naszego kraju. O skali zjawiska możemy jedynie wnioskować, mając do dyspozycji wyniki badań dotyczących spożycia alkoholu oraz wiedzę na temat jego szkodliwości w okresie ciąży.

W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie pod kierunkiem prof. K. Niemca badano próbki moczu kobiet ciężarnych, które przynosiły je na rutynowe badanie do szpitalnego laboratorium. Badacze, poszukując wskaźników rozpadu alkoholu w moczu, wykryli, że co trzecia próbka wskazywała, że kobieta piła alkohol, wiedząc, że jest w ciąży[8]. Można więc przypuszczać, że alkohol będzie przyczyną różnych trudności rozwojowych, które mogą wystąpić u dzieci tych matek.

Badanie wykonane w Sopockiej Pracowni Badań Społecznych, zlecone przez PARPA w roku 2005 na reprezentatywnej 1038 osobowej grupie kobiet w wieku prokreacyjnym, tj. 18-40 lat, wykazało, że co trzecia pytana kobieta przyznała, że piła alkohol w czasie ciąży. Najczęściej piły alkohol kobiety z wykształceniem średnim, najrzadziej z podstawowym. Więcej pijących ciężarnych kobiet było w małych i średnich miastach, a najmniej w dużych miastach i na wsi. Przypuszcza się, że kobiety

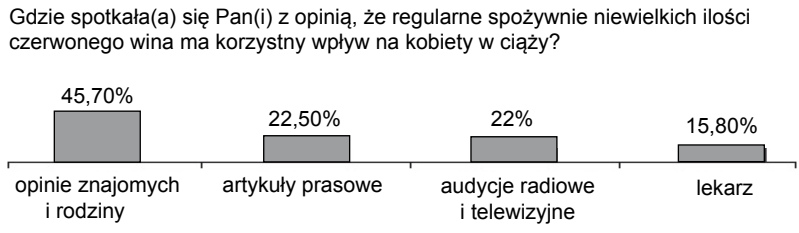
[7] Tamże, cyt., s. 310.

[8] K. Niemiec i wsp., *Oznaczenie aktywności beta-heksozoaminidazy oraz y-glutamylotranspeptydazy w moczu jako markerów spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne-doniesienia wstępne,* „Medycyna wieku rozwojowego", 2003, Tom VII, 4 część II, s. 629-638.

w dużych miastach są bardziej świadome niebezpiecznego działania alkoholu na płód. Kobiety ze środowisk wiejskich jako powód nie picia podawały względy kulturowe lub inne np. wiarę. Kobiety wierzące i praktykujące w znacznie mniejszym (12%) stopniu niż niewierzące lub wierzące i niepraktykujące (31%) spożywały alkohol[9].

Na zlecenie Fundacji „Rodzic po Ludzku" w 2005 r. pracownia IBSOS przeprowadziła badanie na reprezentatywnej losowo-kwotowej próbie 1 000 Polaków w wieku 15 i więcej lat. Badania ujawniły, że Polacy skłonni są przyznać że alkohol szkodzi rozwijającemu się płodowi, ale jednocześnie jedna trzecia (31,7%) pytanych twierdzi, że niewielka dawka alkoholu może mieć korzystne działanie dla matki i jaj nienarodzonego dziecka. Na pytanie, gdzie spotkali się Państwo z opinią o korzystnym działaniu alkoholu w czasie ciąży, ankietowani odpowiadali:

Wykres 2. Wyniki badania przeprowadzonego przez Ipsos na zlecenie Fundacji „Rodzić po Ludzku" w 2005 r.



Źródło: www.ciazabezalkoholu.pl

Ponad dwie trzecie badanych Polaków (83%) spotkało się z informacją, że nawet najmniejsza ilość alkoholu może być niebezpieczna dla dziecka i jego rozwoju. Tylko 14,2% nic o tym nie wiedziało. Spośród ankietowanych, którzy spotkali się z opinią o szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży, ponad dwie

[9] Alkohol i kobiety [online] www.ciazabezalkoholu.pl/materialy_prasowe.html+PARPA+w+roku+2005+na+reprezentatywnej+1038&cd=2&hl=pl&ct=clnk&gl=pl (dostęp: 05.06.2010).

trzecie (77,5%) jest przekonane o słuszności tego twierdzenia. Tylko 14,6% uważa taką opinię za przesadzoną. Niepokój budzi fakt że jedna trzecia (33,5%) ankietowanych kobiet, które urodziły jedno lub więcej dzieci, przyznaje się do spożywania niewielkich ilości alkoholu[10].

Obecnie spożycie alkoholu w Polsce na jednego mieszkańca szacuje się średnio 9,21 litra[11]. Badanie wzorów konsumpcji alkoholu zrealizowane latem 2008 roku na losowej próbie adresowej liczącej 1075 osób, reprezentatywnej dla dorosłych mieszkańców polski w wieku 18 lat i więcej wykazało, że największe spożycie alkoholu dotyczy grupy kobiet 18-29 letnich oraz 30-39 letnich, a więc wieku, kiedy kobiety najczęściej zostają matkami[12].

Zatrważających danych dostarcza ekspertyza oparta na wynikach ogólnopolskich badań ankietowych z 2009 r. Około 14% wszystkich badanych i aż 29% kobiet pijących alkohol w ciągu ostatniego roku spożywało napoje alkoholowe, będąc w ciąży. Informacji na ten temat dostarczyła analiza odpowiedzi na pytanie o to, kiedy miała miejsce ostatnia okazja picia alkoholu.

W grupie kobiet, które przyznały się, że ostatni raz spożywały alkohol w ciągu ostatnich 9 miesięcy, ponad połowa (59%) stwierdziła, że piła alkohol w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a więc wtedy, kiedy miała już pewność co do faktu, że była w ciąży[13].

Kobiety spożywające w ciąży napoje alkoholowe deklarowały następującą częstotliwość picia w ciągu ostatniego roku: raz w miesiącu lub rzadziej 71,6%; dwa do czterech razy w miesiącu 22,7%; dwa lub trzy razy w tygodniu 4,3%; cztery lub więcej razy w tygodniu 0,4% (2 badane).

Niezależnie od ograniczenia ilości spożywanego alkoholu aż 11% kobiet, będąc świadomymi swojej ciąży, wypijało w tym okresie jednorazowo ponad 20g etanolu. W pierwszym trymestrze ciąży, kiedy płód jest szczególnie wrażliwy na działanie al-

---

[10] *A. Otffinowska,* Polacy o piciu alkoholu przez kobiety w ciąży, [online] http://www.ipsos.pl/picie-alkoholu-kobiety-w-ciazy, (dostęp: 05.06.2010).

[11] Wielkość i struktura spożycia alkoholu w Polsce, [online] http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16, (dostep:10.03.2010).

[12] Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce, [online] http://www.parpa.pl/download/wzory%202008%20wnioski%20.pdf, (dostęp: 04.05.2010).

[13] A.Wojtyła i wsp., *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży Ekspertyza oparta na wynikach ogólnopolskich badań ankietowych z 2009 r.*, Warszawa 2009, s. 79-80.

koholu 8% kobiet spożywających alkohol wypijało ponad cztery porcje standardowe etanolu przy jednej okazji[14].

Trudno jest oszacować, jaka liczba dzieci urodzi się z różnego rodzaju uszkodzeniami lub czy w wyniku całkowitego zniszczenia przez alkohol komórek zarodka dojdzie do wczesnych poronień. Biorąc pod uwagę dane, pochodzące z tego i innych badań przeprowadzonych w latach wcześniejszych na temat ogólnego spożycia alkoholu przez kobiety, szacuje się, że w Polsce co roku rodzi się ok. 900 dzieci z pełnoobjawowym FAS-em. Dziesięć razy więcej dzieci ma inne zaburzenia związane z alkoholem opisywane jako FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder* – Poalkoholowe Uszkodzenie Płodu). Większość przypadków pozostaje niezdiagnozowana lub zdiagnozowana niewłaściwie[15].

Świadomość kobiet dotycząca zagrożeń związanych z piciem alkoholu w czasie ciąży w świetle przeprowadzonych badań

Każda kobieta pragnie urodzić zdrowe dziecko. Nie każda jednak wie, że spożywając alkohol w okresie ciąży, może pozbawić nowo rozwijającego się w niej człowieka szans na prawidłowy rozwój. Wiele kobiet nie zna skutków, jakie niesie z sobą spożywanie alkoholu w trakcie ciąży. Za mało jest informacji na ten temat w poradniach dla kobiet, prasie, radio czy telewizji. Stąd badania poziomu wiedzy na temat wpływu alkoholu na rozwój płodu ciężarnych kobiet.

W badaniach sondażowych prowadzonych pod kierunkiem Marka Banacha, a przeprowadzonych w 2008 roku na 878 osobowej grupie studentek różnych uczelni, uczennic szkół ponadgimnazjalnych oraz pacjentek poradni dla kobiet w ciąży – stwierdzono, co następuje:

Po pierwsze – po alkohol sięga 86% badanej populacji, częściej studentki w porównaniu z pozostałymi grupami, co można zrozumieć, zważywszy, że w pozostałych grupach badano osoby młodsze oraz będące w specyficznej sytuacji z uwagi na ciążę (tabela 1.).

[14] Tamże, s. 81.

[15] Co to jest FAS, [online] http://fas.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=35, (dostęp: 12.05.2010).

Tabela 1. Używanie alkoholu

Czy zdarza Ci się używać alkoholu?	Studentki		Inne grupy kobiet		Ogółem	
	L – 524	%	L -354	%	**L – 878**	%
Tak	478	91,22	287	81,07	**756**	**86,10**
Nie	46	8,78	67	18,93	**113**	**13,90**
Razem	524	100,00	354	100,00	**878**	**100,00**

Po drugie – częstotliwość picia alkoholu też budzi poważne obawy. Fakt, że w ostatnim tygodniu czy miesiącu przed badaniem po alkohol sięgnęło ponad 90% respondentów wskazuje na znaczne rozpowszechnienie tego zjawiska (tabela 2.).

Tabela 2. Częstotliwość picia alkoholu

Jak często?	Studentki		Inne grupy kobiet		Ogółem	
	478	%	287	%	**L – 765**	**%**
Kilka razy w tygodniu	21	4,41	8	2,79	**29**	**3,79**
Raz w tygodniu	195	40,79	85	29,62	**280**	**36,60**
Raz w miesiącu	224	46,86	138	48,08	**362**	**47,32**
Rzadziej niż raz w miesiącu	38	7.94	56	19,51	**94**	**12,29**
Razem	478		287	100,00	**878**	**100,00**

Po trzecie – stwierdzono, że ponad 70% respondentek w okresie ciąży używała napojów alkoholowych.

W grupie studentek matkami bądź w ciąży było 175 osób, natomiast w pozostałych grupach 56 (tabela 3.).

Tabela 3. Picie alkoholu w czasie ciąży

Czy w czasie ciąży piłaś alkohol?	Studentki – w ciąży lub matki		Kobiety w ciąży lub matki		Ogółem	
	175	%	56	%	**231**	**%**
Tak	143	81,71	23	41,07	**166**	**71,86**
Nie	32	18,29	33	58,93	**65**	**28,14**
Razem	175	100	56	100,00	**231**	**100**

Po czwarte – przyczyny sięgania przez kobiety w ciąży po alkohol to najczęściej namowa najbliższych, zalecenie lekarza lub pielęgniarki, własna inicjatywa lub picie okazjonalne, np. na imprezach (tabela 4.).

Tabela 4. Przyczyny sięgania po alkohol przez kobiety w ciąży

Jakie były przyczyny sięgania po alkohol w czasie ciąży?	Studentki – w ciąży lub matki		Kobiety w ciąży lub matki		Ogółem	
	L-143	%	L-23	%	**166**	**%**
Zalecenie lekarza lub pielęgniarki	34	23,77	7	30,44	**41**	**25,30**
Poradził mi ktoś z najbliższej rodziny	36	25,17	7	30,44	**43**	**25,90**
Znajomi mnie namówili	3	2,10	-	-	**3**	**1,81**
To był moja inicjatywa	31	21,68	6	26,09	**37**	**22,29**
Piłam tylko okazjonalnie	27	18,88	3	13,03	**30**	**18,07**
Inne	12	8,40	-	-	**12**	**7,23**
Razem	143	100,00	23	100,00	**166**	**100,00**

Badania porównawcze

Dla porównania i lepszego zilustrowania omawianych problemów przedstawiam wyniki badań przeprowadzone przez Zuzannę Konieczną wśród 78 kobiet, pacjentek przychodni ginekologiczno-położniczej Specjalistycznego Szpitala w Brzozowie.

Z grupy kobiet, które twierdząco odpowiedziały na pytanie dotyczące spożywania alkoholu, 19 (100%) piło wino, 5 (26,3%) piło piwo, 2 (10,5%) piły inne napoje zawierające alkohol. Żadna z badanych kobiet nie spożywała wódki w okresie ciąży.

Podając względy, które kierowały kobietami do sięgania po alkohol, u 16 kobiet (61% ogółu) była to ich samodzielna decyzja, w przypadku 3 kobiet, tj. 13% całości, piły alkohol, gdyż namówili je znajomi, rodzina. Taka sama liczba kobiet odpowiedziała, że lekarz zalecił im spożywanie alkoholu. Również 3 kobiety (13%) podały inne względy sięgania po alkohol. Odpowiedzi przedstawiają się następująco:

„Ciąża przebiegała latem, gasiłam pragnienie".

„Miałam ochotę na piwo".

„Ponoć jest zalecane kobietom w ciąży".

W przypadku wyrażenia opinii na temat wpływu alkoholu na rozwój dziecka zdecydowana większość ankietowanych kobiet (61%) uważa, że alkohol szkodzi dziecku, 10,3% kobiet nie wie, czy szkodzi, 2,6% jest zdania, że alkohol nie wpływa na rozwój dziecka, 1,3% kobiet nie udzieliło odpowiedzi na powyższe pytanie.

Na pytanie dotyczące informacji o wpływie alkoholu na rozwój płodu od lekarza prowadzącego ciążę 21 kobiet (26,9%) potwierdza otrzymanie takiej informacji, 35 kobiet (44,9%) twierdzi, że lekarz nie informował ich o wpływie alkoholu na rozwój dziecka, zaś 22 kobiety (28,2%) nie pamięta takiej informacji od lekarza prowadzącego.

W zapytaniu o określenie „Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS)" 37 kobiet (47,4%) odpowiedziało, że spotkało się z tym określeniem, jednak większość z nich, tj. 41 (52,6%), nie spotkało się w/w określeniem.

Na pytanie: „Czy rozumiem określenie Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS)?". 25 kobiet (32,1%) odpowiedziało twierdząco, zaś znacząca większość, tj. 53 kobiety (67,9%), nie rozumie tego

określenia. Stawiając pytanie, co określenie oznacza, ankietowane kobiety podawały, że:

„Jeśli matka jest uzależniona od alkoholu, to dziecko również".

„Gdy matka w czasie ciąży pije alkohol, to dziecko może urodzić się z dysfunkcjami zdrowia, chore".

„Dziecko w okresie ciąży i po porodzie narażone jest na szkodliwy wpływ spowodowany alkoholem, może dojść do mikrouszkodzeń".

„Podejrzewam, że chodzi o zaburzenia u dzieci, których matka w czasie ciąży piła alkohol".

„Gdy matka zażywa alkohol w podczas ciąży w krwi matki znajduje się alkohol i przechodzi on do krwi dziecka. Powoduje różnego rodzaju uszkodzenia".

„Szkodzi dziecku".

„Dziecko rodzi się upośledzone".

„Czasem niedorozwój dziecka, zniekształcenie twarzy".

„Dzieci są zwolnione w rozwoju psychicznym, są agresywne, nie potrafią podejmować własnych decyzji".

„Rodzi się człowiek z pewnymi ubytkami w organizmie – ubytki neurologiczne".

„To zespół fizycznych i umysłowych zaburzeń u dziecka, które są skutkiem oddziaływania alkoholu w okresie prenatalnym".

„Dziecko rodzi się z jakimś promilem alkoholu w organizmie".

„Dziecko rodzi się uzależnione".

„Dziecko może urodzić się z zaburzeniami fizycznymi i psychicznymi".

„Zaburzenia w rozwoju dziecka spowodowane spożywaniem alkoholu przez kobiety w ciąży".

„Zaburzenia w rozwoju płodu, niższa masa urodzeniowa, wpływ na późniejszą zdolność dziecka do uczenia się, mniejsza zdolność koncentracji, nerwowość".

„Wpływ picia alkoholu w ciąży na rozwój dziecka w łonie matki i w okresie po urodzeniu dziecka na dalszy jego rozwój. Wpływ na rozwój układu nerwowego – mózgu dziecka, uszkodzenie komórek mózgowych, zniekształcenie twarzy, mała masa urodzeniowa noworodka, w przyszłości trudności w uczeniu się, trudności z koncentracją, nadpobudliwość".

Z powyższego wynika, że 8 kobiet (10,3%) nie odpowiedziało, co, według nich, oznacza określenie Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS).

Zapytane o posiadany zasób wiedzy na temat wpływu alkoholu na ciążę 2 kobiet (2,6%) odpowiedziały, że nic nie wiedzą na ten temat, 25 kobiet (32,1%) odpowiedziało, że wie mało oraz chętnie dowie się więcej, zaś 51 kobiet (65,3%) uważa, że wie wystarczająco o wpływie alkoholu na ciążę.

Podsumowanie

Zdecydowana większość respondentek to mieszkanki wiosek leżących w powiecie brzozowskim, korzystające z usług Konsultacyjno-Ginekologicznej Poradni dla kobiet przy Specjalistycznym Szpitalu w Brzozowie.

Badane kobiety w większości posiadają średnie wykształcenie. Zdecydowanie wieksza liczba kobiet stwierdza, że nie piła alkoholu w ciąży. Niestety, sporo z nich przyznaje się do spożywania alkoholu. Najczęściej spożywanym alkoholem było wino. Fakt, że 11 kobiet nie odpowiedziało na pytanie o spożywanie alkoholu może sugerować, że respondentki nie chciały się przyznać do spożywania alkoholu w czasie ciąży. W związku z tym, w wyniku badań liczba kobiet, które piły alkohol w okresie ciąży, może wzrosnąć do 38,5%. Zdecydowana większość jest zdania, że alkohol szkodzi rozwijającemu się dziecku, mimo to 19 kobiet przyznało się do jego spożywania. Lekarze nie informują swoich pacjentek o wpływie alkoholu na rozwój płodu. Ponad połowa badanych nie spotkała się oraz nie rozumie określenia Płodowy Zespół Alkoholowy. W opinii badanych kobiet posiadają one wystarczającą wiedzę na temat wpływu alkoholu na ciążę, z czym nie można się zgodzić, analizując uzyskane odpowiedzi respondentek dotyczące tego faktu. W związku z powyższym uważamy, że należy opracować program profilaktyczny skierowany do kobiet planujących macierzyństwo, kobiet będących w ciąży oraz ich otoczenia, którego celem stanie się dotarcie do jak najszerszego grona osób z informacjami na temat skutków spożywania alkoholu w okresie ciąży.

Zakończenie

Nadużywanie alkoholu jest problemem na skalę światową, to problemem cywilizacji, „choroba rodziny", gdyż przez alkohol cierpią wszyscy jej członkowie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowym podaje, że co trzecia kobieta w ciąży spożywa alkohol, a skutki tego są dramatyczne. Picie alkoholu przez ciężarne kobiety prowadzi do uszkodzenia płodu. Fetal Alcohol Syndrome (FAS) to zespół zaburzeń, na które każda kobieta będąca w ciąży i pijąca alkohol naraża swoje dziecko.

Zasadniczym celem badań było zbadanie zasobu wiedzy kobiet w ciąży na temat wpływu alkoholu na rozwój płodu. Przedstawione wyniki badań świadczą o tym, że jest ona niedostateczna lub zbyt ogólna.

Większość kobiet zdaje sobie sprawę z tego, że alkohol szkodzi rozwojowi dziecka, a mimo to sięga po niego. Choć badania wykazały, że ponad połowa ankietowanych kobiet nie spożywała alkoholu w czasie ciąży, to jednak przypuszczamy, że procent kobiet, które przynajmniej raz napiły się alkoholu w tym czasie jest nieco większy. Przeprowadzone badania dowodzą, że mit o pozytywnym wpływie czerwonego wina na organizm kobiety nadal „krąży" wśród ciężarnych kobiet. Fakt jest taki, że lampka czerwonego wina ciężarnej kobiecie nie zaszkodzi, jednak dziecku, które nosi pod sercem może wyrządzić wiele złego, może uszkodzić jego organizm. Wynik badań potwierdził, że zdecydowana większość kobiet nie spotkała się z określeniem Płodowy Zespół Alkoholowy oraz nie rozumie tego określenia. Można wnioskować, że kobiety nie znają skutków spożywania alkoholu w czasie ciąży, spustoszeń, jakie dokonuje alkohol w organizmie ich jeszcze nienarodzonych dzieci. Wiedza, jaką posiadają na ten temat, to kropla w morzu. Choć respondentki stwierdziły, że posiadają wystarczającą wiedzę na temat wpływu alkoholu na rozwój płodu, twierdzimy, że jest ona niedostateczna i wymaga pogłębienia.

W związku z powyższym uważam, że konieczne jest przedsięwzięcie działań, które przybliżą tematykę spożywania alkoholu w okresie ciąży kobietom, które planują macierzyństwo lub posiadają dzieci oraz ich otoczeniu. Działania te miałyby na celu zminimalizowanie liczby kobiet, które sięgną po alkohol, wiedząc, że spodziewają się dziecka. Stąd koniecznością wydaje się prowadzenie różnorodnych akcji profilaktycznych na terenie

praktycznie całego kraju w oparciu o zasoby gmin, powiatów, województw: w szkołach rodzenia, w szkołach gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych i wyższych oraz wśród narzeczonych podczas nauk przedmałżeńskich.

Podsumowując rozważania, należałoby zaznaczyć, że w dużym stopniu to właśnie od nas rodziców, wychowawców, pedagogów pracowników opieki i innych wyspecjalizowanych jednostek zależy, jak przebiegać będzie pogłębianie wiedzy na temat Płodowego Zespołu Alkoholowego. Musimy dołożyć wszelkich starań, aby informacja na temat szkodliwości spożywania alkoholu w okresie ciąży dotarła do jak najliczniejszej grupy kobiet – przyszłych matek.

Literatura przedmiotu:

Aase J.M., M.D., *Kliniczne rozpoznawanie Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS). Trudności w wykrywaniu i diagnostyce*, *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, Warszawa 1998.

Andersen P., Baumberg B., *Alkohol a człowiek*, Warszawa 2007.

Baudet J., Pichereau D., Zago J., *Choroby niepołożnicze u ciężarnych*, Warszawa 1990.

Brzeziński J., *Metody badań psychologicznych,* Warszawa 1996.

Burgess D.M., *Pomoc w przygotowaniu dzieci z FAS lub FAE do nauki w szkole i do dalszego życia, Uszkodzenia płodu wywołanie alkoholem*, Warszawa 1998.

Charness M.E., *Alkohol i mózg*, *Alkohol i mózg*, Warszawa 1998, s. 6.

Chodubski A., *Wstęp do badań politologicznych*, Gdańsk 1998.

Ciekiera Cz., *Ryzyko uzależnień,* Lublin 1994.

Coles C., *Krytyczne okresy narażania płodu na działanie alkoholu. Wyniki badań na modelach zwierzęcych zwierzęcych na ludziach, Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem,* Warszawa 1998.

Dutkiewicz M., *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki,* Kielce 2001.

Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Zespół Alkoholowy Płodu i Efekt Alkoholowy Płodu, red. Marek Banach, Kraków 2004.

Dziewiecki M., *Człowiek w obliczu alkoholizmu*, *Przesłanie nadziei. Przewodnik dla duszpasterstwa trzeźwości*, Warszawa.

Encyklopedia katolicka t. I; F. Gryglewicza, R. Łukaszyka, Z. Sułkowskiego (red.), Lublin 1995.

Falewicz J.K., *ABC problemów alkoholowych*, Warszawa 1993.
Fijałkowski W., *Dar rodzenia*, Warszawa 1985.
Flanagan G.L., *9 pierwszych miesięcy życia*, Warszawa 1973.
Fudała J., *Kobiety i alkoho*l, Warszawa 2007.
Hryniewicz D., *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Warszawa 2007.
Johnson V.E., *Od jutra nie piję. Praktyczne uwagi na temat leczenia uzależnienia od alkoholu*, Warszawa 1992.
Katolo A.J., *Embrion ludzki – osoba czy rzecz?,* Lublin–Sandomierz 2000.
Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, Warszawa 1996, tłumaczenie: A. Basaj, A. Bielasik.
Kleca M., *Ciąża i alkohol. W trosce o twoje dziecko,* Warszawa 2006.
Klecka M., *Fascynujące dzieci*, Kraków 2007.
Kulisiewicz T., *Uzależnienie alkoholowe*, Warszawa 1982.
Lisiewicz J., *Alkohol a zdrowie i kultura człowieka*, Kraków 1986.
Llewellyn-Jones D., *Ja mężczyzna*, Warszawa 1996.
Materiały informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy, Warszawa 2007.
Mattson S.N., Jernigan T.L., Riley E.P., *Zastosowanie MRI do badań skutków narażania na wpływ alkoholu w życiu płodowym. Metoda umożliwiająca głębszy wgląd w istotę FAS, Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, Warszawa 1998.
Michaelis E.K., Michaelis M.L., *Komórkowe i molekularne podstawy teratogennych właściwości alkoholu*, Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem, Warszawa 1998.
Miller M., Gorski T. T., *Rodzina uzdrowiona, zdrowienie z uzależnienia,* przeł. A. Staszewska, Warszawa 1996.
Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny,* Warszawa 2000.
Osiatyński W., *Grzech czy choroba,* Warszawa 1992.
Rugh R., Shettles L.B., *Od poczęcia do narodzin*, Warszawa 1979.
Sammon S., *Dzieci alkoholizmu. Dorosłe dzieci z rodzin dotkniętych alkoholizmem w życiu zakonnym i kapłaństwie*, Kraków 1998.
Sikorski J., *Problemy związane z alkoholem, Przesłanie nadziei. Przewodnik dla duszpasterstwa trzeźwości*, Warszawa 1996.
Skrzydlewski W., *Chrześcijańska wizja miłości, małżeństwa i rodziny*, Kraków 1989.
Tuner J.S., Helms D.B., *Rozwój człowieka*, Warszawa 1999.
Weiner L., Morse B.A., *Strategie interwencji wobec dzieci z FAS, Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem,* Warszawa 1998.

Woronowicz B.T., *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa 1994.
Zajączkowski K., *Nikotyna, alkohol, narkotyki-profilaktyka uzależnień, krótki poradnik psychologiczny*, Kraków 2001.
Żernicki B., *Mechanizmy działania mózgu*, Wrocław 1980.

Artykuły

Bortkiewicz P., *Podstawy teologiczne świętości i nienaruszalności życia ludzkiego*, „Ateneum Kapłańskie", z. 3 (535) (1998).
Dziewałtowska O., *Narażenie płodu na działanie alkoholu a mózg*, „Świat problemów" 3(110)/2002.
Jan Paweł II, *Nienaruszalne prawa istoty ludzkiej*, „Oservatore Romano" wyd. polskie 17 (1996) nr 9.
Komorowska M., *Uszkodzenia mózgu u dzieci z FASD*, „Remedium", Grudzień 2007.
Moszczyńska P., *Alkohol a ciąża*, „Lider" nr 12/2001.
Piwko K., *Alkoholowy Zespół Płodowy. Strategie Postępowania wobec dzieci z FAS*, „Lider" 1(203)2008.
Sołtysia T., *Młoda kobieta pije, dlaczego?*, „Problemy alkoholizmu" 8-9/1997.
Wspólne działanie na rzecz zapobiegania FAS – wskazania dla projektów lokalnych, „Świat problemów" 3(110)/2002.
Wynik badań na zlecenie PARPA przez PBS w Sopocie w czerwcu i lipcu 2005 r. na reprezentatywnej próbie 1038 Polaków.

Strony internetowe:

http://parpa.nazwa.pl
http://www.parpa.pl
http://www.duszpasterstwo-trzezwosci.opole.opoka.org.pl
http://www.fosterparents.org.pl
http://www.is.umk.pl
http://est.org.pl
http://www.szpital-brzozow.pl

CZĘŚĆ II

Teoretyczne aspekty FASD – *Fetal Alcohole Spectrum Disorders*

Teksty pojawiające się w tej części to próba przybliżenia teoretycznych i jednocześnie interdyscyplinarnych treści dotyczących Akloholowego Zespołu Płodowego. Stąd spojrzenie czysto medyczne na problemy rozwijającego się w łonie matki płodu, w fachowej i wnikliwej analizie przeprowadzonej przez Ireneusza Kowalewskiego, który przybliża w interesujący i jednocześnie zrozumiały sposób rozwój dziecka i wpływ, jaki w poszczególnych jego etapach ma na dziecko alkohol. W podobnym tonie utrzymane są teksty Joanny Klimczak i Bernadetty Sarnackiej. Wychodzą one w swej tematyce trochę dalej poza sam rozwój płodowy dziecka, pokazując konsekwencje picia alkoholu przez matkę dla dziecka także w późniejszych postnatalnych etapach rozwojowych. Zwracają zatem uwagę na tzw. zaburzenia pierwotne i wtórne związane z funkcjonowaniem dziecka z FASD.

Ireneusz Kowalewski

Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód

Podstawą zdrowia człowieka jest prawidłowy rozwój i wzrastanie. Termin wzrastanie dotyczy zmian wielkości ciała oraz poszczególnych jego części: komórek, tkanek, narządów, układu narządów, organizmu jako systemu. Natomiast rozwój obejmuje różnicowanie budowy oraz funkcji organizmu. Może on ulegać wpływom czynników środowiskowych, które mogą powodować zmiany anatomiczne, emocjonalne lub społeczne. Rozwój osobniczy, czyli ontogeneza, określany jest jako proces obejmujący całe życie człowieka od poczęcia – czyli zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik – aż do śmieci organizmu[1]. Podstawową cechą rozwoju jest nieodwracalność zmian oraz to, że ma on charakter progresywny. Nieodwracalność zmian dotyczy nie tylko cech anatomicznych, ale również fizjologicznych. Naczelnym celem tych zmian jest ciągłe przystosowywanie się organizmu do zmieniającego się środowiska, co w efekcie pozwala na kontynuację życia, czyli przedłużenie istnienia gatunku. Nie można mówić o rozwoju, jeżeli nie stwierdza się przemian i różnicowania organizmu w kierunku powstania nowej, wyższej jakości. Ten proces to progresja. Dyscyplina nauki obejmująca obserwacje rozwijającego się organizmu w zależności od przebiegu czasu, potencjału genetycznego oraz wpływów środowiskowych to auksologia. W jej kręgu zainteresowań naukowych jest poznanie nie tylko rozwoju biologicznego, psychicznego, ale również rozwoju narządu ruchu, czyli motoryki organizmu. Embriologia jest jedną z części auksologii zajmującą się rozwojem wewnątrzmacicznym.

Wzrastanie poprzez rozwój fizyczny obejmuje wszystkie procesy przemian od poziomu molekularnego, prenatalnego, do zło-

[1] A. Jopkiewicz, E. Suliga, *Biologiczne podstawy rozwoju człowieka*, Kielce 2000, s. 11.

żonych zmian fizjologicznych i anatomicznych, makroskopowych i mikroskopowych, również w okresie pokwitania i dorastania.

Rozwój czynności motorycznych, nerwowych zależy od prawidłowego rozwoju i wzrastania struktur nerwowych, które mogą być modyfikowane przez wpływ czynników środowiskowych.

Rozwój czynności poznawczych zależy w głównej mierze od czynników genetycznych i środowiskowych, dojrzewania neurologicznego i behawioralnego.

Rozwój psychospołeczny stanowi dopełnienie integrujące wyżej wymienione aspekty[2].

Wartości ostateczne cech morfologicznych, fizjologicznych oraz psychospołecznych indywidualnie są różne. Wynika to ze zróżnicowania osobniczego rozwoju cech jakościowych i ilościowych.

Cechy jakościowe są genetycznie zdeterminowane i są niezmienne. W momencie narodzin mamy np. dwie kończyny górne, dwoje oczu, nos, stopę, taką, a nie inną strukturę skóry, tęczówkę, cechy charakterystyczne dla naszego gatunku. Zależy to od podstawowej determinanty naszego rozwoju, jaką stanowi nasz genom. Wysokość człowieka, stan emocjonalny, sprawność umysłowa, ciężar ciała, tętno to wybrane cechy, które w większym lub mniejszym stopniu ulegają zmianom poprzez wpływy genetyczne, środowiskowe i paragenetyczne. Nazywa się te cechy ilościowymi.

Każde dziecko rozwija się w sposób odmienny i indywidualny. Zróżnicowanie międzyosobnicze, między innymi wywołane przez wolniejsze lub szybsze tempo rozwoju cech osobniczych, powoduje, że zakres prawidłowości jest bardzo szeroki. Istnieje wiele torów wzrastania i rozwoju dziecka, które zależą od wpływu różnorodnych czynników modulujących.

Uważa się, że czynniki wpływające na rozwój można podzielić na następujące grupy: czynniki genetyczne, paragenetyczne i środowiskowe.

Czynniki genetyczne i paragenetyczne to geny zawarte w genomie człowieka, które realizują fenotyp w procesie nazywanym epigenezą. Czynniki środowiskowe mogą wchodzić w interakcję z genotypem i w zależności od rezystencji organizmu dokonywać zmian w szlaku lub szlakach rozwojowych, wywołując zjawisko

[2] R.E. Behrman (NELSON), *Podręcznik Pediatrii*, Warszawa 2002, s. 15.

fenokopii. Powodować to może występowanie wad wrodzonych dotyczących np. nosogardzieli, układu krążenia czy narządów zmysłów. Dzieci dziedziczą po rodzicach geny. To, jak będzie przebiegał rozwój i jakie powstaną u dziecka cechy, zależy nie od samych genów, lecz od interakcji pomiędzy odziedziczonymi genami a czynnikami i warunkami środowiskowymi.

Czynniki paragenetyczne wpływają na rozwój zarodka i płodu. Do tych czynników zaliczamy: stan zdrowia matki, konstytuowany przez jej biopotencjał genetyczny i wiek, wpływ genów heterologicznych oraz dziedziczenie cytoplazmatyczne – matka przekazuje pewną ilość cytoplazmy z komórki jajowej – tryb życia matki, higienę przebiegu ciąży. Styl i tryb życia przyszłej matki to jedna z najważniejszych kategorii wchodzących w zakres tego czynnika. Do kategorii tej można zaliczyć: żywienie ciężarnej, aktywność fizyczną, wypoczynek, palenie czynne i bierne tytoniu, nadużywanie alkoholu, przyjmowanie leków, choroby zakaźne, liczbę przebytych naturalnych poronień.

Czynniki pochodzenia środowiskowego to różnorodne wpływy otoczenia dziecka w okresie prenatalnym i późniejszym, od których zależeć będzie realizacja jego potencjału genetycznego. Do tych czynników można zaliczyć: żywienie dziecka, poziom życia, warunki socjalne, społeczne, kulturowe, stres, aktywność motoryczną, warunki klimatyczne, geograficzne oraz inne.

Rozwój dziecka można podzielić na trzy stadia. Pierwszy to stadium rozwoju listków zarodkowych, który trwa od pierwszego do trzeciego tygodnia. Dochodzi do zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik i powstaje zygota. W trzecim tygodniu widoczna jest tarcza zarodkowa, w której rozróżniamy ektodermę, endodermę i mezodermę. Drugie stadium nazywane jest zarodkowym. Trwa od czwartego do ósmego tygodnia. Charakterystyczną cechą tego okresu jest różnicowanie się wszystkich tkanek oraz tworzenie zawiązków narządów pierwotnych wszystkich układów narządowych człowieka. Trzecie stadium to rozwój płodowy, trwający od dziewiątego tygodnia do porodu[3].

Teratogenami określa się różnorodne czynniki najczęściej pochodzenia środowiskowego, które mogą powodować trwałe zaburzenia budowy lub czynności organizmu, jeśli narażenie na ich oddziaływanie wystąpi w okresie życia embrionalnego albo

[3] K. Ostrowski, *Embriologia człowieka*, Warszawa 2000, s. 63.

płodowego. Mogą to być czynniki środowiskowe, substancje farmakologiczne, środki psychoaktywne czy zatrucia zawodowe. Uważa się obecnie, że nie ma teratogenów absolutnych, muszą zaistnieć określone warunki, w których czynnik teratogenny będzie działał w sposób uszkodzeniowy. Największa podatność na uszkodzenia występuje w okresie od drugiego do dziesiątego tygodnia ciąży (4-12 tyg. od pierwszego dnia ostatniej miesiączki). Pierwsze dwa tygodnie po zapłodnieniu uważa się za względnie bezpieczne, ponieważ w tym okresie zarodek zbudowany jest z niewielu komórek. W tym okresie po zadziałaniu czynnika teratogennego występuje samonaprawa uszkodzeń albo śmierć zarodka. Do dziesiątego tygodnia wszystkie struktury embrionu są ukształtowane, dlatego późniejsza ekspozycja na teratogen jest mniej groźna. Opisywane są jednak w tym późniejszym okresie ekspozycji przypadki występowania dysrupcji, zaburzeń rozwoju i dojrzewania tkanek, co prowadzić może do upośledzenia rozwoju płodu oraz zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Można wyróżnić kilka cech charakterystycznych z punktu widzenia klinicznego określających działanie czynników teratogennych. Po pierwsze, wrażliwość na działanie czynników teratogennych jest osobniczo zróżnicowana i zależy od potencjału genetycznego matki i płodu. Po drugie, narażenie na działanie jednoczasowe różnych czynników teratogennych może powodować inne zespoły wad i zaburzeń niż narażenie na działanie tych czynników osobno. Po trzecie, teratogeny rzadko wywołują wystąpienie jednej wady lub zaburzenia, najczęściej prowadzą do wystąpienia zespołów wad wrodzonych[4].

Używki i środki psychoaktywne są zaliczane do teratogenów, które mogą negatywnie wpływać nie tylko na zdrowie matki,ale również na rozwój embrionu i płodu.

Picie alkoholu przez kobietę w ciąży niesie duże ryzyko. Nawet niewielkie, ale codzienne spożywanie alkoholu, szczególnie w pierwszych tygodniach ciąży, może przyczynić się do występowania szeregu chorób i zaburzeń rozwojowych u płodu i matki.

G.B. Curtis twierdzi, że długotrwałe spożywanie alkoholu w czasie ciąży prowadzi do zespołu alkoholowego wrodzonego, czyli nieprawidłowego rozwoju płodu. Zespół alkoholowy

[4] B. Górnicki, B. Dębiec, *Pediatria*, t. 1, Warszawa 2004, s. 150.

wrodzony, według tego autora, obejmuje zestaw objawów występujących u dzieci, których matki spożywały alkohol w trakcie przebiegu ciąży[5]. Jego podstawową cechą obserwowaną u dzieci jest opóźnienie rozwoju przed i po urodzeniu. U płodów, później u noworodków obserwuje się wady serca i kończyn, a także deformację rysów twarzy. Nos jest zdeformowany i ma kształt siodełka, szczęka jest płaska i cofnięta. Obserwuje się również opadnięcie jednej z powiek oraz zaburzenia funkcjonowania motorycznego pod postacią zesztywnienia stawów oraz wiotkości mięśni. Obecnie uważa się, że każda ilość alkoholu może powodować wady wrodzone. Niektórzy naukowcy twierdzą, że spożywanie alkoholu przez ojca dziecka w tym czasie, gdy doszło do zapłodnienia, również może powodować alkoholowy zespół wrodzony lub opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego[6].

Jednak z naukowego punktu widzenia należy wziąć pod uwagę, że udowodnienie zależności między występowaniem wad wrodzonych a narażeniem płodu na działanie alkoholu wymaga dodatkowej analizy ogólnej działania czynników teratogennych. Po pierwsze, można stwierdzić, że narażenie płodu na działanie alkoholu powoduje zwiększenie ryzyka urodzenia się dziecka z pewnymi określonymi wadami lub z pewnym typem wad wrodzonych. Ponadto, obecnie wysoka rozpoznawalność wad w wyniku działania alkoholu – co powoduje statystyczny wzrost występowania wszystkich wad wrodzonych – może być spowodowana coraz lepszymi technologiami diagnostycznymi. Trzeba również wziąć pod uwagę termin narażenia, czyli czas, w którym działał czynnik teratogenny. Ma on istotny wpływ na wywołanie wad wrodzonych, gdyż morfogeneza przebiega w okresie między ósmym a dwunastym tygodniem ciąży. Dlatego większość zaburzeń budowy tkankowej wywołujących wady wrodzone występują przed dwunastym tygodniem ciąży. S.B. Cassidy i D.A.H. Whiteman uważają dalej, że wzrost i rozwój ośrodkowego układu nerwowego również może ulec zaburzeniom po tym okresie. Narażenie zarodka na teratogeny przed implantacją prowadzi do poronienia albo nie powoduje żadnych skutków. Duże znaczenie ma również dawka przyjmowanego czynnika teratogennego, która stosowana w ilości podprogowej może nie

[5] G.B. Curtis, *Twoja ciąża od A do Z*, Warszawa 2004, s. 163-164.

[6] Tamże, s. 164.

powodować żadnych widocznych zmian. Następnym elementem, który warto poddać analizie, jest jakość genotypu matki i płodu, które w znacznym stopniu decydują, czy płód zostanie uszkodzony. Należy pamiętać również o tym że rzadko czynnik teratogenny działa na organizm w sposób izolowany, w związku z czym może dochodzić do interakcji z innymi czynnikami osłabiającymi, neutralizującymi lub wzmacniającymi[7].

Najczęstszym ogólnym miernikiem efektów rozwoju śródmacicznego jest masa urodzeniowa dziecka. Podstawowym czynnikiem decydującym o prawidłowej masie urodzeniowej dziecka jest czas trwania ciąży. Drugim czynnikiem jest wielkość ciała matki i zwiększenie się jej masy w czasie ciąży. Dlatego ważny jest stan prawidłowego odżywienia matki i jej bilans energetyczny. Ulega on zaburzeniu w przypadku ciężarnych palących i nadużywających alkoholu, co szczególnie widoczne jest we współczesnych cywilizowanych społeczeństwach. Ogólny rozwój dziecka upośledza picie alkoholu przez matkę[8]. Powoduje to, że w grupach ryzyka związanych z nadużywaniem alkoholu w przebiegu ciąży narastającym problemem jest niska masa urodzeniowa dziecka. Może być ona wywoływana dwoma przyczynami: skróconym okresem trwania ciąży lub zahamowaniem rozwoju śródmacicznego. Krótszy czas trwania ciąży wiąże się wprost z masą ciała matki sprzed okresu ciąży. Zahamowanie rozwoju w okresie śródmacicznym wynika z zachorowań, sposobu żywienia oraz nadużywania alkoholu[9].

Jednoznacznie można stwierdzić, że alkohol jest poważnym czynnikiem teratogennym, na którego działanie narażony jest płód. Wykazano korelację pomiędzy ilością alkoholu wypitego przez matkę a ilością i jakością wad wrodzonych występujących u dziecka. Wiadomo, że istotna jest predyspozycja genetyczna u matki i u płodu inicjująca wystąpienie płodowego zespołu alkoholowego. Średnia częstość zachorowań z powodu tego zespołu wynosi 1-2 na 1000 noworodków. Zespół pojawia się średnio u co trzeciego dziecka matek nadużywających alkohol, pijących więcej niż 4-6 kieliszków alkoholu dziennie. Uważa się, że co piąte dzie-

[7] P.H. Dworkin, *Pediatria*, Wrocław 1993, s. 218.

[8] N. Wolański, *Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia*, Warszawa 2006, s. 456.

[9] Tamże, s. 457.

cko, u którego występuje łagodne i umiarkowane upośledzenie umysłowe, jest obciążone wadami w następstwie picia alkoholu przez matkę w okresie rozwoju wewnątrzmacicznego[10].

Pod względem objawowym płodowy zespół alkoholowy przedstawiany jest różnie przez poszczególnych autorów.

Według R. Berkowa, zespół występuje u dzieci matek, które spożywały alkohol w okresie ciąży i charakteryzuje się opóźnieniem wzrostu wewnątrzmacicznego, małogłowiem, skróceniem szpar powiekowych, skrajnym upośledzeniem umysłowym, rzadziej anomaliami stawów, wadami układu sercowo-naczyniowego, śmiertelnością okołoporodową oraz opóźnieniem rozwoju. Powyższy autor uważa, że nie jest znana maksymalna ilość wypijanego alkoholu przez ciężarną mogąca spowodować uszkodzenia. Podaje, że nie stwierdzono wzrostu występowania wad, jeżeli nie został przekroczony próg 45 ml alkoholu dziennie (ekwiwalent trzech drinków)[11].

J.M. Friedman wyróżnia dwie postacie kliniczne FASD: klasyczną oraz o przebiegu lżejszym. Do objawów klasycznej postaci zespołu alkoholowego zaliczył: niedobór wzrostu, upośledzenie umysłowe, zaburzenia zachowania oraz charakterystyczne cechy dysmorficzne twarzy, do których należą: krótkie szpary powiekowe, niedorozwój części środkowej twarzy, długa i płaska rynienka nosowo-wargowa oraz wąska czerwień wargi górnej. Często występują też wrodzone wady serca i zaburzenia morfologiczne mózgu. Według tego autora, lżejsza postać zespołu alkoholowego cechuje się zaburzeniami wzrostu, obniżeniem zdolności intelektualnej oraz zaburzeniami zachowania dziecka. Klasyczny zespół alkoholowy występuje u dzieci nałogowych alkoholiczek, które nadużywały alkoholu w czasie ciąży. Postać lekka wywołana jest piciem przez matkę niewielkich ilości alkoholu[12].

S.B. Cassidy i D.A.H. Whiteman również kategoryzują objawy w dwóch grupach. Przedstawiają objawy kliniczne płodowego zespołu alkoholowego oraz „prawdopodobnie poalkoholowego zaburzenia u płodu". Objawy kliniczne pełnoobjawowego zespołu alkoholowego autorzy podzielili na cztery grupy: zaburzenia

[10] P.H. Dworkin, *Pediatria*, dz.cyt., s. 226.

[11] R. Berkow, MSD Manual, *Podręcznik terapii i diagnostyki*, Wrocław 2005, s. 2172.

[12] J.M. Friedman, F.J. Dill, M.R. Hayden, B.C. McGillivray, *Genetyka*, Wrocław 2000, s. 174-176

funkcji ośrodkowego układu nerwowego, niedobór wzrastania oraz cechy dysmorficzne twarzy. Zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego powodują opóźnienie rozwoju fizycznego, upośledzenie rozwoju intelektualnego (średni IQ około 63), słabą koordynację ruchów, drżenie mięśni i nadmierną pobudliwość nerwową, hiperaktywność, zaburzenia organizacji mózgu pod postacią nieprawidłowej struktury i zmienionej migracji komórek nerwowych. Może występować małogłowie spowodowane małomózgowiem. Niedobór wzrastania objawia się obniżeniem masy i długości noworodka poniżej trzeciego percentyla, słabo rozwinięta jest podskórna tkanka tłuszczowa, przyrost masy i długości w późniejszym okresie rozwoju dziecka jest słabszy. Cechy dysmorficzne twarzy dotyczą obszaru środkowotwarzowego – wąska i długa rynienka podnoskowa, słabo wykształcona górna warga. Do innych nieprawidłowości autorzy zaliczyli: zmniejszoną ruchomość stawów, kamptodaktylię lub klinodaktylię piątych palców rąk, anomalie budowy żeber, nieprawidłowości budowy nerek, anomalie Klippela-Feila, czyli wrodzony blok kręgów szyjnych. U dzieci alkoholiczek, u których występuje lekki przebieg choroby, można stwierdzić jedną lub więcej nieprawidłowości typowych dla tego zespołu. Dlatego zmiany te zostały nazwane prawdopodobnie poalkoholowymi zaburzeniami u płodu[13].

Inny autor, R. Behrman, do charakterystycznych cech płodowego zespołu alkoholowego zalicza: niedobory wzrostu i wagi oraz obwodu głowy rozpoczynające się w okresie prenatalnym i utrzymujące się po urodzeniu, nieprawidłowości twarzy pod postacią krótkich szpar powiekowych, fałdów nakątnych, niedorozwoju szczęki, małej żuchwy i wargi górnej, wad serca – przede wszystkim ubytki przegród – nieprawidłowości mniejszych stawów i kończyn z pewnymi ograniczeniami ruchów i zmienionych linii dłoni, opóźnionego rozwoju i upośledzenia umysłowe, wahającego się od granicznego do ciężkiego. Autor ten uważa, że ciężkość dysmorfogenezy waha się od znacznych zaburzeń u dzieci objawiających pełne cechy zespołu alkoholowego do umiarkowanych zmian u dzieci tylko z nielicznymi objawami[14].

[13] P.H. Dworkin, *Pediatria*, dz. cyt., s. 220.

[14] R.E. Behrman (NELSON), *Podręcznik Pediatrii*, dz. cyt., s. 550.

Obecnie większość autorów[15] uważa, że nawet niewielkie ilości pitego alkoholu przez matki w przebiegu ciąży, częściej wywołują u potomstwa objawy patologiczne o mniejszym nasileniu dotyczące zaburzeń rozwoju fizycznego (wymiary ciała) i psychicznego (zaburzenia zachowania).

Porównując obserwacje różnych autorów z własnymi, dotyczącymi objawów klinicznych występujących u dzieci z alkoholowym zespołem płodowym, można dokonać uogólnienia i podzielić je na następujące zespoły objawowe: zaburzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego, upośledzenie umysłowe, zaburzenia zachowania, wady układu krążenia, wady układu kostno-stawowego, zaburzenia rozwoju fizycznego oraz inne rzadsze zaburzenia morfogenezy.

Patomechanizm alkoholowego zespołu płodowego jest w dalszym ciągu przedmiotem badań naukowych i nie jest wyjaśniony do końca. Przypuszcza się, że alkohol uszkadza transport łożyskowy, utrudniając przechodzenie przez łożysko aminokwasów oraz cynku, które niezbędne są do biosyntezy białka w organizmie, co powoduje wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu.

Skuteczne zapobieganie polega na całkowitej abstynencji od alkoholu matki, po poczęciu. Warto zastanowić się, czy terminu abstynencji od alkoholu nie zwiększyć nawet do sześciu miesięcy przed zapłodnieniem dla obojga przyszłych rodziców, co pozwoli na wyeliminowanie ewentualnych zaburzeń związanych z genetycznym materiałem rozrodczym (jakość genetyczna komórki jajowej i plemnika).

Opieka nad kobietą w ciąży skoncentrowana na rodzinie to mógłby być ważny element współczesnej profilaktyki . Rodzina jest podstawowym, naturalnym środowiskiem rozwoju i życia człowieka, a także fundamentalną instytucją społeczną opartą na trwałych podstawach związków biologicznych i emocjonalnych. Jako grupa społeczna podlega przemianom w zakresie swojej struktury, realizowanych funkcji i modelu wewnątrzrodzinnego. Przeobrażenia te dokonują się pod wpływem wielu czynników wynikających z procesów rozwoju i przemian społeczno-ekonomicznych, społecznych, kulturowych, politycznych[16].

[15] P.H. Dworkin, *Pediatria*, dz. cyt., s. 221; J. M. Friedman, F.J. Dill, M.R. Hayden, B.C. McGillivray, *Genetyka*, dz. cyt., s. 174; R.E. Behrman (NELSON), *Pediatria*, dz.cyt., s. 550.

[16] H. Marzec, M. Pindera, *Problemy Rodziny Na Początku Trzeciego Tysiąclecia*, Piotrków Trybunalski 2007, s. 5.

Jesteśmy świadkami wciąż rosnącej liberalizacji norm i wartości, odchodzenia od wartości tradycyjnych na rzecz wartości ekonomicznych, konsumpcjonizmu, indywidualizmu zarówno w poglądach, jak i w zachowaniach ludzi. Coraz bardziej rośnie poczucie wolności, możliwości dokonywania wyborów, pogłębia się nastawienie na samorealizację i szczęście osobiste osiągane nieraz za wszelką cenę[17].

Przeobrażenia społeczne, gospodarcze i polityczne w naszym kraju wywierają istotny wpływ na funkcje społeczne realizowane przez rodzinę, na zakres jej zadań i powinności. Rodzina jako podstawowa komórka społeczna i naturalne środowisko wychowawcze nie nadąża za współczesnymi zmianami. Transformacja ustrojowa w Polsce tworzy nowe wzory zachowań, inne wartości i normy życia w społeczeństwie.

Badania prowadzone w ramach WHO pozwoliły oszacować, że rodzina zabezpiecza 75% działań w dziedzinie zdrowia. Szczególnego znaczenia nabiera pomoc rodziny w opiece nad osobami, u których pojawiła się sytuacja nadużywania środków psychoaktywnych. Rodzina realizuje wszystkie profilaktyczne i opiekuńczo-pielęgnacyjne zadania wzmacniające zdrowie swoich członków zgodnie ze stwierdzeniem, że zdrowie zaczyna się w rodzinie. Rodzina, pomijając fakt hospitalizacji, sprawuje opiekę w chorobie i rehabilitacji. W tym ujęciu jest to jedna z ważniejszych indywidualnych i społecznych funkcji rodziny[18].

Prawidłowo funkcjonująca rodzina równocześnie z innymi zadaniami sprawuje opiekę nad swoimi bliskimi. Opieka ta ma charakter złożony i wielostronny. Rodzina:
– przekazuje, kształtuje wzory, motywuje do przestrzegania właściwych zachowań zdrowotnych;
– stwarza warunki ich realizacji;
– zabezpiecza w trudnych sytuacjach życiowych;
– wspomaga emocjonalnie i opiekuńczo w sytuacji choroby;
– pozwala na odreagowanie silnych napięć emocjonalnych niekorzystnych dla zdrowia;
– realizuje pełną opiekę i pomoc w samoobsłudze i innych czynnościach[19].

[17] Tamże, s. 5.

[18] Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodziny. Kontekst zdrowia i choroby*, Warszawa 1995, s. 18-19.

[19] Tamże, s. 20.

Populacja dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w Polsce wynosi blisko 13 mln (około 32% ogółu ludności). Polska jest w czołówce krajów europejskich, w których średnia wieku ludności jest najmniejsza[20]. Rocznie rodzi się około 360 tys. dzieci[21]. W okresie tym ujawnia się lub powstaje wiele zaburzeń, które utrzymują się w dalszych latach życia. Z tego względu zapobieganie zaburzeniom rozwoju staje się podstawową inwestycją w zdrowie społeczeństwa. Zdrowa, przyszła matka, zdrowi rodzice, zdrowe otoczenie to wyzwania, którym powinno starać się sprostać nowoczesne społeczeństwo i państwo.

Wraz z postępem cywilizacji coraz częściej możemy zaobserwować wzrost negatywnych zachowań zdrowotnych, przede wszystkim wśród ludzi młodych. Do podstawowych zachowań antyzdrowotnych należy nadużywanie i uzależnienie od alkoholu. Zwyczaj picia alkoholu jest od wieków wkomponowany w tradycję i obyczajowość, a sposób jego używania oraz obserwowane skutki stanowią o kulturze społeczeństwa.

Celem zapobiegawczych działań zdrowotnych jest przeciwdziałanie rozwojowi choroby, diagnostyka we wczesnym stadium, zatrzymanie rozwoju i odwrócenie następstw. Wartość działań lekarskich jest ważna. Każda kobieta ciężarna z problemem alkoholowym uzyska profesjonalną pomoc medyczną w gabinecie lekarza rodzinnego, ale bez współpracy i wsparcia całej rodziny w leczeniu szanse na sukces mogą być niewielkie. Model opieki skoncentrowany na rodzinie powoduje zogniskowanie uwagi nie tylko na kobiecie, ale również na noworodku, potrzebach ojca i innych członków rodziny.

Działania profilaktyczne skierowane do rodziny powinny mieć następujące cele: przekazywanie i propagowanie wiedzy naukowej dotyczącej nadużywania i uzależnienia od alkoholu, wspieranie umiejętności rozwiązywania problemów rodzinnych i indywidualnych, umiejętności dotyczące zdolności wybierania pozytywnego, zdrowego stylu życia, rozwijanie umiejętności komunikacji interpersonalnych, nie tylko w rodzinie, ale również w otoczeniu, rozwój umiejętności życia asertywnego, kształtowanie środowiska rodzinnego tak, by jakość życia była jak najwyższa, umiejętności wczesnej diagnostyki zaburzenia i korzystania z działań pomocowych (formalnych i nieformalnych).

[20] B. Wojnarowska, *Profilaktyka w pediatrii*, Warszawa 1998, s. 5.

[21] *Rocznik Statystyczny Rzeczpospolitej Polskiej*, 2004, s. 191.

Uzależnienie od alkoholu jest często wynikiem interakcji dwóch czynników: cierpienia psychicznego i niezdolności radzenia sobie z nim. Rodzina to najlepsze miejsce, w którym wygrana staje się łatwiejsza.

Literatura przedmiotu:

Behrman R.E. (NELSON), *Podręcznik Pediatrii,* Warszawa 2002.
Berkow P.R., MSD Manual, *Podręcznik terapii i diagnostyki*, Wrocław 2005.
Curtis G.B., *Twoja ciąża od A do Z,* Warszawa 2004.
Dworkin P.H. , *Pediatria,* Wrocław 1993.
Friedman J.M., Dill F.J., Hayden M.R., McGillivray B.C., *Genetyka,* Wrocław 2000.
Górnicki B., Dębiec B., *Pediatria* T. 1., Warszawa 2004.
Jopkiewicz A. , Suliga E., *Biologiczne podstawy rozwoju człowieka*, Kielce 2000.
Kawczyńska-Butrym Z., *Rodziny. Kontekst zdrowia i choroby,* Warszawa 1995.
Marzec H., Pindera M., *Problemy Rodziny Na Początku Trzeciego Tysiąclecia,* Piotrków Trybunalski 2007.
Ostrowski K., *Embriologia człowieka,* Warszawa 2000.
Rocznik Statystyczny Rzeczpospolitej Polskiej, 2004.
Wojnarowska B., *Profilaktyka w pediatrii,* Warszawa 1998.
Wolański N., *Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia*, Warszawa 2006.

Joanna Klimczak

Fetal Alcohol Syndrom – czyli skutki oddziaływania alkoholu na płód

Istnieje wiele czynników, które, zarówno w okresie ciąży, podczas trwania porodu, jak i w okresie poporodowym, mogą zaburzyć prawidłowy rozwój nienarodzonego dziecka.

Czynniki, które zaburzają rozwój potomstwa w czasie życia płodowego i powodują wrodzone upośledzenie, zwane są teratogenami, co tłumaczono z greckiego, „robiący potwory".

Teratogeny oddziałujące na płód mogą wywoływać: zaburzenia funkcjonowania, opóźnienia wzrostu, anomalie rozwojowe czy śmierć płodu. Większość teratogenów powoduje jednak tylko niektóre z wymienionych skutków.

Do grupy tej nie należy niestety alkohol, on bowiem może wywołać wszystkie cztery grupy objawów.

„Picie alkoholu przez kobiety prowadzi do psychospołecznych następstw, takich jak: zaburzenia zachowania, utrata zainteresowań, zaburzenia nastroju, wykroczenia, przestępstwa, depresja, zachowania"[1]. Ponadto alkohol klasyfikowany jest jako teratogen neurobehawioralny, czyli należący do specyficznej grupy teratogenów mogących spowodować uszkodzenia mózgu. **Jest on także jedyną przyczyną wywołującą *Fetal Alcohol Syndrome.***

Fetal Alcohol Syndrom (FAS) to zaburzenie, jakie pojawia się u dzieci jako rezultat spożywania przez ciężarną matkę alkoholu.

Dzięki tak zwanej barierze łożyskowej dziecko w łonie matki chronione jest przed szkodliwym wpływem wielu czynników toksycznych i zarazków. Niestety, cząsteczki alkoholu bez problemu przenikają przez łożysko matki. W efekcie po około 40 minutach od momentu spożycia przez matkę alkoholu jego stężenie u płodu jest zbliżone do stężenia alkoholu we krwi matki.

[1] M. Banach, *Świadomość kobiet dotycząca zagrożeń związanych z piciem alkoholu w czasie ciąży*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Banach M., Gierat T.W. red.), MTM Levoca Sk, 2009, s. 38.

I choć alkohol może mieć negatywny wpływ na wszystkie komórki i narządy, to szczególnie na jego działanie narażony jest mózg. Już w bardzo wczesnym okresie ciąży może on zostać trwale uszkodzony.

Również matki pijące alkohol w czasie karmienia piersią dostarczają go swoim dzieciom ze wszystkimi tego skutkami.

Alkohol jest najbardziej rozpowszechnionym środkiem teratogennym, który uszkadza bardziej niż jakikolwiek narkotyk.

FAS jest na świecie trzecią co do wielkości po zespole Downa i rozszczepieniu kręgosłupa przyczyną wad wrodzonych płodu i wiodącą przyczyną chorób umysłowych.

O teratogennym działaniu alkoholu na płód wiadomo od dawna. Pierwsze badania, które można potraktować jako studium neurobehawioralnych skutków spowodowanych wpływem alkoholu na płód, przeprowadziła dr Dora Papara-Nicholson w 1957 r. Były to badania nad ciężarnymi świnkami morskimi, którym kilka razy w tygodniu podawano alkohol. Nowonarodzone potomstwo bardzo różniło się od zdrowych zwierząt. Małe świnki miały niską wagę urodzeniową, trudności z przemieszczaniem się, ponadto miały trudności z ssaniem i jedzeniem[2].

Następnie w 1968 Paul Lemoine w swoich badaniach, które prowadził przez blisko 30 lat, przedstawił dokładny opis skutków wpływu alkoholu na płód oraz długofalowe efekty prenatalnej ekspozycji na alkohol. Na tej podstawie opracował on pierwszą charakterystykę dzieci matek alkoholiczek. Zwrócił on uwagę, że badane przez niego dzieci mają specyficzne rysy twarzy (płaskie czoło, mały zadarty nos, wąska górna warga, płaskie policzki, małożuchwie, deformacja uszu), występował u nich niedorozwój psychofizyczny, małogłowie oraz zaniżona waga urodzeniowa.

Następnie przez szereg lat Lemoine obserwował losy potomstwa dzieci matek pijących. Zauważył, że w miarę rozwoju dziecka, wyraźne w dzieciństwie cechy dysmorfii twarzy z czasem zanikały, u osób dorosłych natomiast utrzymywało się charakterystyczne małogłowie. Dzieci dotknięte FAS-em ujawniały zaburzenia rozwoju psychomotorycznego, nadpobudliwość, występował u nich zaburzony rozwój mowy i brak dojrzałości szkolnej. Badanie EEG wykazywało opóźnione dojrzewanie czynności bio-

[2] M. Klecka, *FAScynujące dzieci*; Kraków 2007, s. 17.

elektrycznej mózgu. Śledząc losy swoich podopiecznych, Lemoine zauważył także, że problemy umysłowe nasilały się najbardziej w wieku dorosłym. Badania Lemoine stały się krokiem milowym w badaniach nad wpływem alkoholu na nienarodzony płód, a od tamtego czasu po wielu latach studiów nie odkryto lepszego opisu syndromu niż ten zaprezentowany przez Lemoine[3].

Sam termin FAS po raz pierwszy został użyty dopiero w 1973 r. przez dwóch amerykańskich naukowców: K.L. Jonesa i D.W. Smitha na określenie zespołu nieprawidłowości stwierdzonych u niektórych dzieci matek alkoholiczek.

Opracowanie tej definicji pozwoliło wyodrębnić nowy rozpoznawany klinicznie zespół chorobowy, wyraźnie inny od wszystkich pozostałych zespołów wad wrodzonych i występujący wyłącznie u dzieci matek alkoholiczek.

Badacze obserwowali grupę dzieci matek uzależnionych od alkoholu i zwrócili uwagę na ich fizyczne podobieństwo bez względu na różnice kulturowe i rasowe. Jones oraz jego współpracownicy, opracowali wówczas trzy główne kategorie nieprawidłowości spotykanych u dzieci z FAS-em:

- prenatalne i postnatalne spowolnienie rozwoju fizycznego, wyrażanego poprzez długość i masę ciała oraz obwód głowy (poniżej 10 centyla);
- nieprawidłowy rozwój Ośrodkowego Układu Nerwowego (OUN), upośledzenie funkcjonowania intelektualnego i społecznego;
- zespół ściśle określonych anomalii twarzy (dysplastyka twarzy) wraz z bardziej zmiennymi nieprawidłowościami budowy kończyn i serca.

Dziś kryteria diagnostyczne, choć udoskonalone i wzbogacone, zawierają tę samą triadę czynników klinicznych[4].

Trzeba jednak pamiętać, że nie ma dwojga identycznych dzieci z FAS-em, a objawy występują w różnym natężeniu. „Badania diagnostyczne dotyczące zespołu alkoholowego płodu wymagają dużego doświadczenia z uwagi na podobieństwa, jakie występują pomiędzy FAS-em a innymi jednostkami chorobowymi.

---

[3] M. Klecka, *Fetal Alcohol Syndrome – Alkoholowy Zespół Płodowy. Poalkoholowe dzieci ze złożona niepełnoprawnością.* Artykuł pochodzi z materiałów szkoleniowych.

[4] Por. M. Klecka, *FAScynujące dzieci*; Kraków 2007, s. 18.

Zatem, diagnozując dziecko z FAS/FAE, musimy najpierw wykluczyć następujące zespoły chorobowe:
- Zespół Kornelii de Lange – czyli wrodzoną postać opóźnienia umysłowego, charakteryzującego się powolnym wzrostem, małą głową i wydłużoną rynienką podnosową;
- Zespół Wiliamsa – charakteryzujący się małą wagą urodzeniową dziecka, trudnościami w zaadaptowaniu się do otoczenia i zaburzeniami funkcji organicznych;
- Dziecięce porażenie mózgowe – zespół zaburzeń motorycznych będących skutkiem uszkodzenia centralnego układu nerwowego, a przejawiającego się między innymi w zaburzeniach: umysłowych, koncentracji, widzenia, słuchu; padaczce; zwiększonej aktywności ruchowej; trudnościach w nauce;
- Autyzm – charakteryzujący się rozległymi wielopostaciowymi zaburzeniami rozwojowymi, których przyczyną są różnego rodzaju uszkodzenia mózgu"[5].

Przy diagnozie FAS-u istotne jest zatem stwierdzenie nieprawidłowości we wszystkich trzech kategoriach i udokumentowanie picia alkoholu przez matkę w czasie trwania ciąży.

Zależy to od ilości spożywanego alkoholu – bo zgodnie z zasadami teratologii im większa jest dawka teratogenu, tym rozleglejsze są uszkodzenia i szkodliwy wpływ na potomstwo, przy czym nawet niewielka dawka alkoholu może mieć skutki teratogeniczne – zależy to także od okresu ciąży, w jakim alkohol był spożywany. Ponadto ważną rolę odgrywają też takie czynniki, jak: dieta matki, jej wiek oraz historia picia.

Alkohol pity przez matkę w ciąży może negatywnie wpływać na rozwój płodu w różnych fazach jego rozwoju:
- **I trymestr ciąży:** alkohol uszkadza mózg, zaburza prawidłowy rozwój i migrację komórek, może dojść do deformacji twarzy, uszkodzenia ważnych organów, takich jak: serce, wątroba, a nawet do poronienia.
- **II trymestr ciąży**: alkohol zagraża poronieniem, osłabia rozwój mózgu, a ponadto uszkodzone mogą zostać komórki mięśni, skóry, gruczołów, kości.
- **III trymestr ciąży:** alkohol może prowadzić do opóźnienia przyrostu wagi dziecka, przedwczesnego porodu, a także w szcze-

[5] M. Banach, A. Korzonek, *Strategie i sposoby postepowania z dzieckiem z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodu*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych,* red. M. Banach, T.W. Gierat, MTM, Levoca Sk 2009, s. 185.

gólny sposób wpływa na rozwój zdolności poznawczych, koncentracji uwagi i myślenia przyczynowo-skutkowego.

Skutki neurobehawioralnego czynnika teretogennego, takiego jak alkohol, obserwuje się także wówczas, gdy nie występują anomalie fizyczne. Aby spowodować fizyczne deformacje u rozwijającego się płodu, potrzebna jest większa dawka teratogenu, natomiast aby uszkodzić mózg, wystarczy niewielka ilość alkoholu. Tym samym najpoważniejszy wpływ alkohol ma na mózg, który rozwija się przez całą ciążę i jest bardzo wrażliwy na uszkodzenia[6].

Najbardziej narażone na działanie alkoholu obszary mózgu to:

- **ciało modzelowate** – które przekazuje informacje pomiędzy prawą i lewą półkulą. Ciało modzelowate pomaga obu półkulom współpracować przy podejmowaniu codziennych decyzji. Jeżeli brakuje połączeń pomiędzy dwoma półkulami mózgu, informacje przepływają powoli i nieskutecznie;
- **móżdżek** – odpowiada za funkcje motoryczne – czyli zgrabne, skoordynowane ruchy oraz równowagę;
- **zwoje podstawy** – odpowiadają za pamięć i procesy poznawcze;
- **hipokamp** – bierze udział w procesach uczenia się i pamięci;
- **płaty czołowe** – odpowiadają za funkcje wykonawcze, kontrolę impulsów, osąd.

Najcięższą formą uszkodzenia jest **FAS,** czyli **Alkoholowy Zespół Płodowy** – oznacza on zespół wad wrodzonych zarówno somatycznych, jak i neurologicznych wywołanych na skutek prenatalnej ekspozycji na działanie alkoholu. Dzieci cierpiące na pełnoobjawowy FAS charakteryzują się:

- **specyficznymi anomaliami w budowie twarzy** – jej dysmorficzny wygląd to: krótkie szpary powiekowe, opadające powieki, szeroko rozstawione oczy, krótki zadarty nos, wygładzona rynienka nosowa i wąska górna warga, brak czerwieni wargowej, wolniejszy rozwój środkowej części twarzy, mała, słabo rozwinięta żuchwa, ponadto występują nisko osadzone uszy, krótka szyja, niedorozwój płytki paznokciowej u rąk i u nóg, anormalność stawów i kości;
- **spowolnionym rozwojem fizycznym, tak przed, jak i po urodzeniu**. Pojawiają się opóźnienia wzrostu: niska waga urodzeniowa, mała głowa, niski wzrost i waga w stosunku do wieku i opóźnienia rozwojowe;

[6] Tamże.

– **występującymi objawami wynikającymi z uszkodzenia Ośrodkowego Układu Nerwowego, które przejawiają się poprzez:**
  - zaburzenia małej i dużej motoryki – dzieci z FAS-em mają kłopoty związane z utrzymywaniem równowagi i brakiem koordynacji wzrokowo-ruchowej;
  - zaburzenia sensoryczne – trudności z odbieraniem bodźców, w tym również głodu, pragnienia i bólu, trudności z poczuciem swojego ciała w przestrzeni, jak również zrozumienia kierunków, występuje tak zwana nadwrażliwość lub niedowrażliwość na bodźce, nieprawidłowe odczucia wzrokowe, słuchowe, smakowe, węchowe czy dotykowe;
  - zaburzenia uwagi – u dzieci z FAS-em występują problemy z utrzymaniem uwagi, słaba kontrola impulsów oraz problemy z pamięcią operacyjną, co sprawia, że mają one słabe zdolności adaptacyjne;
  - trudności w uczeniu się – występuje deficyt uwagi i pamięci, trudności z gromadzeniem i wykorzystaniem informacji, zaburzeniu ulegają funkcje pamięci bezpośredniej, która jest mało wydajna, zaburzona jest integracja posiadanych wiadomości, tworzenie skojarzeń, przypominanie informacji, zapominanie, nieprawidłowa jest percepcja wzrokowa;
  - trudności w rozumieniu pojęć abstrakcyjnych – (pojęć matematycznych, czasu, pieniądza, odległości), kłopoty z organizacją i planowaniem, nieumiejętność rozwiązywania problemów, trudności w przewidywaniu, uczeniu się na błędach, słaba ocena sytuacji;
  - trudności komunikacyjne i językowe – u małych dzieci wstępuje opóźniony rozwój mowy, dzieci z FAS-em mają trudności w używaniu języka w bardziej skomplikowanych kontekstach społecznych, występuje dosłowne rozumienie i używanie pojęć, brak zrozumienia żartów, niezrozumienie intonacji językowej i emocjonalnej (smutek, radość, złość oraz twierdzenie, pytanie i rozkaz)[7].

Pełnoobjawowy **FAS** stanowi jednak zaledwie 10% wszystkich zaburzeń rozwojowych wynikających z działania etanolu, ogólnie noszących nazwę **Spektrum Alkoholowych Uszkodzień Płodu FASD.**

[7] T. Jadczak-Szumiło, *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD*, PARPA, s. 19-32

Oprócz FAS-u wyróżniamy więc:

FAE – *Fetal Alcohol Effect* – Alkoholowy Efekt Płodowy (odmiana FAS-u; efekt działania alkoholu). Termin ten stosowany jest do opisania odmiany FAS-u bez charakterystycznych fizycznych cech tego zespołu (widocznych zewnętrznych deformacji).

PFAS – *Partial Fetal Alcohol Syndrome* – Częściowy Zespół Alkoholowy Płodu. Termin ten mówi o niektórych spośród fizycznych objawów FAS-u, gdzie osoba może mieć problemy z nauką i odpowiednim zachowaniem, co wskazuje na uszkodzenie centralnego układu nerwowego (CUN).

ARBD – *Alcohol Related Birth Defects* – Poalkoholowy Defekt Urodzeniowy (wady rozwojowe związane z działaniem alkoholu). Określa fizyczne anomalie wynikające z potwierdzonej prenatalnej ekspozycji na alkohol: uszkodzenie serca, niewłaściwa budowa szkieletowa, zaburzenia widzenia i słyszenia oraz małej i dużej motoryki.

ARND – *Alcohol Related Neurodevelopment Disorders* – Poalkoholowe Zaburzenia Układu Nerwowego (zaburzenia neurologiczne związane z działaniem alkoholu). Uszkodzenie OUN, wynikające z potwierdzonego spożywania alkoholu w okresie prenatalnym. Przejawia się to w: problemach z nauką, słabą kontrolą impulsów, problemach z pamięcią, koncentracją, zachowaniem nieakceptowanym społecznie oraz niewłaściwym osądem sytuacji.

FARC – *Fetal Alcohol Related Conditions* – Poalkoholowe Środowisko dla Rozwoju Płodu.

Różnice w wymienionych wyżej jednostkach chorobowych dotyczą specyfiki zaburzeń. Sytuacja dzieci dotkniętych PFAS, ARND, ARBD jest szczególnie trudna i stanowi duże wyzwanie zarówno dla opiekunów, jak i nauczycieli.

Osoby dotknięte częściowymi uszkodzeniami poalkoholowymi mają mniej nasilone objawy i mniej uszkodzeń niż dzieci z pełnoobjawowym FAS-em. Ponieważ jednak jest je trudniej zdiagnozować, dzieci takie traktowane są jak zdrowe, a oczekiwania społeczne wobec nich są takie same, jak wobec innych zdrowych dzieci. Niemożliwość wywiązania się z narzuconych norm i ról społecznych powoduje u nich długotrwałą frustrację i zaburzenia zachowania.

Oprócz zaburzeń pierwotnych. będących efektem działania alkoholu na płód, wyróżnia się także **zaburzenia wtórne,** które są skutkiem braku lub niewłaściwej opieki nad dziećmi

z syndromem alkoholowym. Nie są to zaburzenia wrodzone, dlatego można im zapobiec, rozumiejąc ograniczone możliwości dzieci i odpowiednio modyfikując oczekiwania opiekunów. Mogą się one przejawiać poprzez:
– lęk, złość, unikanie, wycofanie;
– wejście w rolę ofiary lub prześladowcy;
– przerwanie nauki szkolnej;
– bezrobocie;
– bezdomność;
– zależność od innych, chęć zadowolenia innych;
– choroby psychiczne, samookaleczenia, depresję;
– gwałtowne, szokujące zachowania;
– impulsywność;
– konflikty z prawem;
– skłonność do uzależnień.

Brak diagnozy i odpowiedniego prowadzenia dziecka z syndromem FAS prowadzi do wzmocnienia zaburzeń wtórnych i z czasem postrzegania dziecka tylko poprzez pryzmat tych zaburzeń[8].

Mówiąc o syndromie FAS, musimy pamiętać, iż problem ten dotyczy całego społeczeństwa, wszystkich grup społecznych i zawodowych.

Mówimy tu nie tylko o kobietach uzależnionych od alkoholu, które nie przestrzegają abstynencji podczas ciąży ze względu na rozbudowane mechanizmy uzależnienia, czy też o kobietach pijących nadmiernie „rozrywkowo", niedojrzałych, niemyślących o wpływie alkoholu na ich zdrowie i życie, czy też o kobietach traktujących ciąże jako nieszczęście, a alkohol jako środek wczesnoporonny.

Także bowiem wśród dojrzałych, zaradnych, dobrze sytuowanych kobiet powszechne jest picie alkoholu w towarzystwie. Często zapracowane i zagonione przez większą część tygodnia, starają się zrelaksować, sięgając po alkohol. Także one pijąc, uszkadzają swoje dziecko.

To właśnie dzieci z tej grupy najrzadziej otrzymują trafną diagnozę. Nikt nawet nie odważy się zapytać o fakt picia w czasie ciąży[9].

[8] Tamże s. 29-32.

[9] Por. K. Liszcz, *Jak wspierać dziecko z alkoholowym zespołem płodowym w rodzinie*, Toruń 2007, s. 5-6.

Badania Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie wskazują na fakt, iż w Polsce rodzi się ok. 3 dzieci z FAS-em na 1000 żywych urodzeń (ok. 1000 dzieci rocznie). Grupa dzieci dotkniętych pozostałymi zaburzeniami poalkoholowymi sięga 3% noworodków.

Wiadomo też, że 33% kobiet w Polsce w wieku prokreacyjnym (18-40 lat) spożywa alkohol w czasie ciąży. Ten brak świadomości nie dotyczy tylko kobiet spodziewających się dziecka, ale także lekarzy i osób należących do personelu medycznego. Nie wszyscy specjaliści wiedzą o konsekwencjach picia alkoholu w ciąży[10].

Większość kobiet piła alkohol we wczesnym okresie ciąży, kiedy nie wiedziały jeszcze, że są w ciąży.

Inne badania stwierdzają, że wśród pijących ciężarnych kobiet: 0,5% pije codziennie; 4-5% 1-2 razy w tygodniu; 10% 1-2 razy w miesiącu. Pozostałe kilka razy podczas całego okresu trwania ciąży.

FAS jest chorobą nieuleczalną, której można w 100% zapobiegać, utrzymując abstynencję podczas ciąży. Do dnia dzisiejszego nie ustalono, jaka dawka alkoholu mogłaby być bezpieczna dla płodu. Każda ilość alkoholu wypitego w czasie ciąży to ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka. Jeżeli „uda" się mu i nie będzie miało FAS-u, to i tak istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia lżejszych zaburzeń.

Skutki działania alkoholu na płód są nieodwracalne. Ludzi z FAS-em nie można wyleczyć, można natomiast podjąć szereg działań terapeutycznych mających na celu poprawę ich funkcjonowania.

Dlatego tak ważne jest jak najwcześniejsze postawienie diagnozy umożliwiającej określenie deficytów i wprowadzenie działań terapeutycznych, które pozwolą zminimalizować i doprowadzą do lepszego funkcjonowania dziecka lub nie dopuszczą do powstania zaburzeń wtórnych.

W Polsce diagnoza i terapia FAS-u dopiero się rozwija. Nieliczne ośrodki diagnozują i prowadzą terapię dzieci z FAS-em.

Koniecznym jest więc dalsze szkolenie wykwalifikowanej kadry specjalistów, którzy swym działaniem obejmą nie tylko dzieci dotknięte FAS-em, ale także otoczą fachową pomocą ich rodziny i najbliższe środowisko.

[10] Dane pochodzą z badań przeprowadzonych przez PBS na zlecenia PARPA w Sopocie w 2005 r. na reprezentatywnej próbie 1038 Polek.

Niezbędne jest także prowadzenie szkoleń osób na co dzień pracujących z dziećmi: nauczycieli, pedagogów, psychologów, wychowawców, lekarzy, by dzięki ich świadomości i wiedzy możliwie szybko mogły być podejmowane kroki zaradcze.

Ważnym jest też dalsze prowadzenie kampanii informacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa, by upowszechniać wiedzę na temat zasadności abstynencji kobiet w ciąży.

W Polsce od 2001 r. obchodzone są Światowe Dni FAS, które zawsze rozpoczynają się 09.09 (września) o godz. 09.09. Te dziewiątki symbolizują dziewięć miesięcy, które powinny przebiegać bez alkoholu. Ponadto w wielu miastach odbywają się liczne konferencje, sympozja, kampanie m.in.: „Ciąża bez alkoholu", „Nie pije za jego zdrowie" (jako jedna z pierwszych w Europie), „Lepszy start dla Twojego dziecka", które w sposób bezpośredni przyczyniają się do poszerzenia świadomości społeczeństwa na temat abstynencji w czasie ciąży.

Podsumowując, należy pamiętać, że FAScynujące dzieci obciążone Płodowym Zespołem Alkoholowym są wartościowymi ludźmi posiadającymi wiele talentów. Zazwyczaj są to osoby przyjazne, otwarte, opiekuńcze, zaangażowane i ciężko pracujące na swoje efekty.

Jednak ze względu na swe ograniczenia wymagają wszechstronnej opieki osób dorosłych, obejmującej działania natury medycznej, psychologicznej, edukacyjnej i socjalnej. Dzięki takiej opiece będą mogli osiągnąć optymalny dla siebie poziomu rozwoju.

Literatura przedmiotu:

Banach M. (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Fetal Alkohol Syndrome i Fetal Alkohol Effects*, Kraków 2004.

Banach M., Gierat T.W. (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych,* MTM Levoca Sk, 2009.

Liszcz K., *Jak wspierać dziecko z alkoholowym zespołem płodowym w rodzinie*, Toruń 2007.

Jadczak-Szumiło T., *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD*, Warszawa 2008.

Klecka M., *FAScynujące dzieci*; Kraków 2007.

Klecka M., *Fetal Alcohol Syndrome – Alkoholowy Zespół Płodowy. Poalkoholowe dzieci ze złożoną niepełnoprawnością*, Materiałów szkoleniowe, IX Światowy dzień FAS, Lędziny 2009.

Bernadetta Sarnacka

Funkcjonowanie dzieci z FAS-em

Od momentu odkrycia FAS-u (*Fetal Alcohol Syndrome* – Alkoholowy Syndrom Płodowy) minęło 36 lat (1973). Diagnoza Johnesa i Smitha – dwóch amerykańskich naukowców, którzy jako pierwsi użyli tego terminu, pozwoliła wyodrębnić nowy, rozpoznawany klinicznie zespół chorobowy. Podane przez nich trzy główne kategorie nieprawidłowości spotykanych u dzieci z FAS-em, poddane w późniejszym okresie kilku modyfikacjom, nadal stanowią podstawę klinicznego rozpoznania FAS-u – zaburzenia, które pojawia się u dzieci jako rezultat spożywania przez ciężarną matkę alkoholu. „Są to zjawiska opisywane głównie w literaturze angielskojęzycznej, a najwięcej badań prowadzonych jest aktualnie w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie. Pojawia się ten problem w sytuacji spożywania alkoholu przez kobietę będącą w ciąży. Pomimo że w ciągu ostatnich dwudziestu lat znacznie poprawił się stan świadomości społeczeństwa na temat ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu przez kobietę ciężarną, to z przykrością skonstatować należy fakt, że działania podejmowane w tym zakresie w naszym kraju są najczęściej niewystarczające albo mają ograniczony zasięg ś rodowiskowy”[1].

Alkohol uznany jest za najbardziej rozpowszechniony środek teratogenny (czyli toksyczny). Teratogen neurobehawioralny, jakim jest alkohol, uszkadza ośrodkowy układ nerwowy (OUN) i mózg. Okazało się, że kobiety w wieku rozrodczym sięgają po niego znacznie częściej niż po papierosy czy inne używki, a im większa jego dawka i dłuższy czas przyjmowania, tym głębsze uszkodzenia płodu[2].

[1] M. Banach, A. Korzonek, *Strategie i sposoby postepowania z dzieckiem z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodu*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, T.W. Gierat, MTM Levoca Sk, 2009, s. 183.

[2] Por. M. Klecka, *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007, s. 20.

Komórki mają różną wrażliwość na działanie alkoholu. Zarówno matki, jak i ich dzieci różnią się stopniem odporności na uszkodzenie alkoholowe. Stopień uszkodzenia zależy również od etapu ciąży (trymestry). Co ciekawe, czasem jednorazowe spożycie alkoholu może spowodować większe uszkodzenia niż popijanie tej samej dawki przez cały dzień – szczególnie uszkodzenia neuronów w móżdżku. Z kolei większa ilość alkoholu wypita przez ciężarną matkę przyczynia się do deformacji fizycznych. Ponadto kobiety mają większą niż mężczyźni podatność na uszkodzenia wątroby przez alkohol, jak też większą skłonność do uzależnienia się[3].

Niniejszy artykuł pozwoli spojrzeć na problemy funkcjonowania dzieci z FAS-em w poszczególnych etapach życia i dostrzec nieprawidłowości rozwojowe wynikające z uszkodzeń wywołanych działaniem alkoholu na płód.

Mózg

Mózg jest częścią ośrodkowego układu nerwowego (OUN), umieszczonego w obrębie czaszki i otoczonego oponami mózgowo-rdzeniowymi[4]. Układ nerwowy jest integralną częścią naszego organizmu. Składa się z ogromnej liczby komórek nerwowych, czyli neuronów (15 mld u dziecka). Możliwości naszego mózgu zależą przede wszystkim od ilości neuronów, ale też od sieci połączeń między nimi. Układ nerwowy steruje funkcjonowaniem pozostałych układów, tj.: oddechowego, pokarmowego, wydalniczego, krwionośnego. Czuwa nad naszym snem i postrzeganiem świata: widzeniem, słyszeniem, rozumieniem, planowaniem, podejmowaniem decyzji, zapamiętywaniem, przeżywaniem emocji i uczuć, poznawaniem. Jego główną częścią jest mózg, zbudowany z dwóch symetrycznych półkul odpowiedzialnych przede wszystkim za pamięć, myślenie oraz czucie. Do przekazywania informacji pomiędzy półkulą prawą i lewą półkulą służy ciało modzelowate. Jest ono mostem łączącym półkulę prawą – odpowiadającą za myślenie abstrakcyjne, emocje i odczuwanie, twórcze myślenie i intuicję – z lewą półkulą –

[3] Por. tamże, s. 23-37.

[4] http://portalwiedzy.onet.pl, (dostęp 04.09.2009).

odpowiadającą za zasady, konsekwencję, logikę, precyzowanie i porządkowanie myśli.

W mózgu możemy wyróżnić trzy bardzo ważne obszary: pień mózgu, móżdżek i mózgowie. Każdy z nich jest odpowiedzialny za inne zadania. Mózg jest plastycznym organem, który poza predyspozycjami genetycznymi, kształtuje się poprzez doświadczenie i uczenie się oraz współpracuje z innymi organami.

Pień mózgu

Znajduje się poniżej półkul mózgowych, bezpośrednio przed móżdżkiem, który łączy mózg z rdzeniem kręgowym. Kontroluje podstawowe funkcje życiowe, tj.: oddychanie, trawienie, regulację pracy serca lub ciśnienia tętniczego, czuwania i zdolności snu, widzenia i słyszenia. W pniu mózgu wytwarzana jest serotonina, która reguluje fazy snu i nastroju. Wpływa też na odczuwanie łaknienia, odruch wymiotny i popęd seksualny. Zaburzenie jej poziomu może powodować depresję, stany lękowe, migrenę i cyklofrenię.

Móżdżek

Znajduje się w tylnej części czaszki. Odpowiada za koordynację ruchów i utrzymanie równowagi ciała. Pomaga ustalić napięcie mięśniowe. Lewa strona móżdżku pomaga poruszać prawą stroną ciała, a prawa strona móżdżku dowodzi ruchami lewej strony ciała.

Mózgowie

Mózgowie – kora mózgowa przetwarza informacje płynące ze zmysłów. Umożliwia wyrażanie wartości: intelektualnych, moralnych i duchowych. W mózgowiu wyodrębniamy pięć obszarów, tzw. płaty: czołowy, skroniowy, ciemieniowy, potyliczny i brzeżny. Płat czołowy jest najbardziej rozwiniętą częścią mózgu, jednocześnie najbardziej wrażliwą na urazy traumatyczne, stres, działanie neurotoksyn i niedostatki żywieniowe. Płat czołowy angażuje naszą świadomość, oceniając stopień radzenia sobie w życiu. Znajdują się w nim: (1) ośrodki emocji, sądów i samokontroli, (2) obszary ruchowe kontrolujące nogi, stopy, tułów, ręce, ramiona, szyję, twarz, gardło i język,

oraz (3) obszar czuciowy, kontrolujący nasze zmysły: węchu, wzroku, dotyku, słuchu i smaku[5].

Wpływ alkoholu na mózg dziecka i jego rozwój

Co dzieje się z nienarodzonym jeszcze dzieckiem, którego matka spożywa alkohol? W okresie prenatalnym następuje bardzo szybki rozwój komórek. Ściśle określone (zaprogramowane genetycznie) zostają wszystkie cechy rozwijającego się człowieka – cały plan rozwoju, czyli szczegółowe instrukcje kierunku postępu całego organizmu (np. kolor oczu, włosów, wzrost). Czas prenatalny to też czas przygotowania, gdzie „rozwijający się człowiek ćwiczy nowe umiejętności, niezbędne do przetrwania po urodzeniu"[6]. Co dzieje się z rozwijającym płodem, gdy zamiast przyjaznego mu środowiska wewnątrzmacicznego, podany mu zostanie alkohol? Alkohol powoduje szerokie spektrum uszkodzeń w OUN na różnych etapach rozwoju. Cząsteczki alkoholu z łatwością przenikają przez łożysko i dostają się do krwiobiegu płodu. Dlatego, gdy ciężarna matka sięga po alkohol, dziecko pije razem z nią.

Najbardziej narażone na działanie alkoholu są takie obszary mózgu, jak: ciało modzelowate, móżdżek, płat czołowy, zwoje podstawy i hipokamp, pień mózgu. Jeśli most, jakim jest ciało modzelowate, zostanie uszkodzony lub całkowicie zerwany, „powoduje (to) kompletny paraliż komunikacyjny"[7] między dwoma półkulami mózgowymi. Niektóre dzieci z pełnoobjawowym syndromem FAS mają nawet całkowity zanik ciała modzelowatego. Jeśli połączenia między dwoma półkulami mózgu są słabe, przepływ informacji jest powolny i nieskuteczny. Dlatego większość dzieci z FAS/FAE postępuje czysto impulsywnie, nie uświadamiając sobie konsekwencji działania. Osoby z uszkodzonym ciałem modzelowatym mają trudności z odróżnianiem lewej strony od prawej, wykonywaniem naprzemiennych ruchów, nie potrafią tańczyć, maszerować, poruszają się niezgrabnie. Przy uszkodzeniu móżdżku dzieci mają trudności z chodzeniem po

[5] M. Klecka, *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007, s. 53-63.

[6] Tamże, s. 44.

[7] M. Klecka, *Ciąża i alkohol w trosce o Twoje dziecko*, Warszawa 2007, s. 20.

schodach, skakaniem na jednej nodze i utrzymaniem równowagi przy zmianach pozycji – nawet w sytuacji zabawy. Przy uszkodzeniu pnia mózgu obserwowane są: zaburzenia snu, trudności z połykaniem pokarmu i wody (dysfagia), trudności z oddychaniem, trudności z organizacją otoczenia i odbieraniem bodźców, zawroty głowy i mdłości, problemy z równowagą i ruchem. Wiele dzieci z FAS/FAE ma również problem z płatami czołowymi, które rozwijają się jako ostatnie, ale i tu działanie alkoholu powoduje duży dyskomfort w prawidłowym funkcjonowaniu. Uszkodzenie ich ogranicza kreatywność, elastyczność i inwencję w obliczu nowych problemów często nawet wtedy, gdy iloraz inteligencji (IQ) mieści się w granicach normy. Uszkodzenie to może się objawiać w niezdolności do opracowania strategii rozwiązywania problemów, jakich wymagają sytuacje życiowe. Ma wpływ na aktywność motoryczną i pamięć przyzwyczajeń.

Niebezpiecznym uszkodzeniom ulegają obszary mózgu wywołane tzw. okazjonalnym piciem alkoholu. Sporadyczne przyjmowanie alkoholu przez ciężarną matkę (nawet w małych ilościach) może powodować:

– śmierć komórek mózgowych, przez co dziecko przychodzi na świat z mniejszą ilością komórek nerwowych oraz mniejszym mózgiem;
– migrację komórek do niewłaściwych obszarów, w związku z czym komórki nerwowe (neurony) w procesie tworzenia nie trafiają do obszarów mózgu, gdzie powinny podjąć działanie, ale znajdują się gdzie indziej (w innych obszarach, które nie są celem ich migracji). W efekcie dziecko ma w głowie „neurologiczny mętlik" uniemożliwiający mu myślenie, zapamiętywanie, poznawanie, przetwarzanie informacji itp.;
– tworzenie się niewłaściwych połączeń między neuronami, co wpływa na odbiór świata przez dziecko (np. podwyższony próg bólu)[8].

Prenatalne uszkodzenie mózgu jest trudne do zdiagnozowania, nawet dla specjalistów. Spowodowane jest to rozległością uszkodzeń i różnorodnością objawów, ale też stawianiem rozpoznań z pominięciem poalkoholowej etiologii zaburzenia. Do najczęściej stawianych diagnoz można zaliczyć: zaburzenia zachowania, zespół hiperkinetyczny z zaburzeniami uwagi lub

[8] Tamże, s. 22-23.

ADHD. Istnieją też osobnicze i rodzinne odmienności w zakresie wielkości i rodzaju szkód poalkoholowych, jakie ponosi dziecko. Ma to dodatkowy wpływ na trudności diagnostyczne.

Zaburzenia odruchowości

Dziecko pochodzące na świat jest „bombardowane" sygnałami z otoczenia, których nie rozumie, nie potrafi zinterpretować. Reaguje na nie, ale nie rozumie swoich reakcji. Żeby przeżyć w tym nowym dla niego świecie, dziecko wyposażone zostaje w zestaw prostych odruchów, pomagających działać automatycznie w reakcji na informacje pochodzące z otoczenia i jego wymagania. To „zaprogamowanie" pomaga przetrwać w pierwszych tygodniach życia. W późniejszym okresie umożliwia ono kształtowanie nawyków kontrolowanych. Te nawyki są „automatycznymi stereotypiami ruchowymi, pochodzącymi z głęboko położonych struktur układu nerwowego (pnia mózgu) i funkcjonującymi bez udziału kory mózgowej"[9]. Po spełnieniu swojego celu powinny one wygasnąć lub przejść pod kontrolę wyższych partii mózgu, pozwalających na reakcje zależne od woli dziecka. Wygaszanie odruchu często wiąże się z nabyciem nowej umiejętności. Ich przetrwanie (powyżej 12 miesiąca życia) świadczy o nieprawidłowości czy wręcz patologii i niedojrzałości OUN.

U dzieci z syndromem FAS możemy wyróżnić przetrwałe odruchy pierwotne: MORO; STOS (symetryczny toniczny odruch szyi); ATOS; toniczny błędnikowy; Palmara (dłoniowo-chwytny).

Odruch MORO

Pojawia się najwcześniej ze wszystkich odruchów pierwotnych, już ok. 9 tygodnia życia płodowego i występuje przy urodzeniu. Stanowi automatyczną reakcję na sytuację, która wywołała lęk. Fizycznymi reakcjami na odruch Moro są: nagłe pobudzenie, szybkie wdechy, czasem wybuch gniewu i płaczu, uwolnienie adrenaliny i kortyzolu (hormonu stresu), przyspieszone bicie serca, wzrost ciśnienia krwi itd. Odruch ten jest niezbędny, aby noworodek mógł przeżyć. Jego celem jest alarmowanie i przywoływanie pomocy, ma też znaczenie dla rozwoju

[9] M. Klecka, *FAScynujące dzieci*, dz. cyt., s. 104.

mechanizmu oddychania (ułatwia pierwszy wdech tuż po narodzeniu). Odruch Moro wywołany jest przez nagły, niespodziewany bodziec słuchowy (hałas), wzrokowy (nagły ruch lub zmiana światła w polu widzenia) lub dotykowy – ból, zmianę temperatur, gwałtowne ruchy drugiej osoby. W późniejszym życiu może zostać wywołany w sytuacjach ekstremalnych.

Wygaszanie odruchu powinno nastąpić między drugim a czwartym miesiącem życia, gdy zostanie zastąpiony odruchem Straussa (przestrachu, wzdrygnięcia). Jeśli odruch Moro nie wygaśnie w tym okresie, dziecko będzie cały czas przesadnie, nawykowo reagowało strachem. Jako najwcześniejszy z odruchów jest podstawą dalszego życia i funkcjonowania. Może to prowadzić do poważniejszych zaburzeń. Nagły hałas, światło, ruch, zmiana pozycji czy równowagi mogą wywołać niekontrolowaną reakcję. Dziecko znajduje się wówczas w podwyższonym stanie gotowości do walki (gniew, krzyk) lub ucieczki (wycofania się). W organizmie wydzielane są adrenalina i kortyzol – hormony stresu. Te same hormony powodują wzrost wrażliwości na bodźce i natężenie reakcji. Przez nadmiar bodźców zostaje ograniczona percepcja dziecka. Odruch Moro wpływa też na rozwój emocjonalny, powodując zmienność nastrojów i nieprzewidywalność. Doprowadza do szeregu zakłóceń w funkcjonowaniu innych układów.

Niektóre dzieci z FAS-em, przeciwnie, mają słabo wykształcony odruch Moro, co powoduje jeszcze inne skutki rozwojowe. Do wywołania reakcji emocjonalnej będą potrzebowały silnych bodźców. „Wydaje się, że niczego się nie boją, i że zupełnie nie zdają sobie sprawy z zagrożeń. Mają trudności z rozpoznawaniem i nazywaniem własnych oraz cudzych emocji. Każdy dzień odbierają podobnie; różnorodne sytuacje w ich odbiorze niewiele od się od siebie różnią”[10].

Odruch STOS (symetryczny toniczny odruch szyi)

Moment pojawienia się to 6-9 miesiąc życia. Czas wygaszania to 9-11 miesiąc życia. Odruch ten ułatwia dziecku przeciwstawienie się grawitacji przez podniesienie się na rękach i kolanach z leżenia na brzuchu. Często uważany jest za ważny etap odruchu błędnikowego. Ułatwia wygaszenie odruchu tonicznego

[10] Tamże, s. 111-112.

błędnikowego i jest pomostem do etapu raczkowania. Odruch błędnikowy toniczny wpływa na napięcie mięśni całego ciała, a symetryczny toniczny odruch szyi dzieli ciało na pół w poziomej linii środkowej. Kiedy wyprostowana jest głowa, prostuje się także górna część ciała, a zgina dolna. Kiedy zgina się głowa uginają się ramiona, a prostują nogi. Dziecko zdobywa wyczucie równowagi, przestrzeni i głębokości. Kontrola ruchów głowy i prawidłowa równowaga są niezbędne dla automatycznego funkcjonowania innych układów[11].

Niewygaszony odruch STOS powoduje, że dzieci rzadko raczkują, poruszają się „niedźwiedzim chodem" na rękach i na nogach, mogą przesuwać się na pupie lub podciągać do pozycji stojącej. Pojawia się u nich tendencja do garbienia się w trakcie siedzenia przy stole, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej (niechlujne jedzenie, niezdarność), trudności z regulacją widzenia dwuocznego (przy przenoszeniu wzroku z tablicy na zeszyt). Objawy wskazujące na bardzo opóźniony w rozwoju symetryczny toniczny odruch szyi to również trudności z synchronizacją ruchów (przy nauce pływania) i zaburzenia uwagi w wyniku dyskomfortu, jaki sprawia siedzenie w jednej pozycji.

Odruch ATOS (asymetryczny toniczny odruch szyi)

Pojawia się w 18 tygodniu życia płodowego. Ułatwia ruch – kopanie, rozwija napięcie mięśniowe i stymuluje układ przedsionkowy. Jest w pełni obecny przy urodzeniu. Okres wygaszania przypada na ok. 6 miesiąc życia dziecka. Odruch ten wywołany jest przez obrót głowy dziecka na bok, co powoduje wyprostowanie ręki i nogi w bok w stronę, w którą zwrócona jest głowa i zgięcie kończyn po przeciwnej stronie. Powinien być w pełni rozwinięty, zanim płód będzie gotowy do przyjścia na świat, by ułatwić poród. Z kolei odruch ATOS jest również sam wzmocniony przez proces porodu i jednocześnie czyni go bezpieczniejszym.

Dzieci z FAS-em mają opóźniony rozwój tego odruchu. Często nie jest on jeszcze wykształcony w momencie porodu. Zarówno wspomniany wcześniej odruch Moro, jak i asymetryczny

[11] Por. S. Goddard, Odruchy, uczenie i zachowanie. Klucz do umysłu dziecka, Warszawa 2004, s. 38-42.

toniczny odruch szyi ATOS, mogą być przyczyną zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej niemowląt. Jeśli nie zostanie wygaszony ok. 6 miesiąca życia dziecka, zakłóca prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Pojawią się przede wszystkim ruchy jednostronne, zamiast naprzemiennych przy poruszaniu się (tzw. chód robota), zachwiania równowagi przy ruchach głową, nieustalona lateralizacja, trudności z przekroczeniem linii środkowej, a także trudności z percepcją wzrokową. Dla dzieci z przetrwałym ATOS-em, pisanie nigdy nie będzie czynnością automatyczną, ale sporym wysiłkiem. Odruch może wpływać na ruchy oczu, co spowoduje ograniczenie pola widzenia i odbieranie bodźców tylko z linii środkowej (negatywny wpływ na płynność czytania).

Odruch toniczny błędnikowy

Odruch błędnikowy toniczny jest wywoływany poprzez ruch głowy do przodu lub do tyłu powyżej bądź poniżej linii kręgosłupa. Wyprost głowy poniżej poziomu kręgosłupa, powoduje natychmiastowy wyprost ramion i nóg. Pojawia się w życiu płodowym – tzw. pozycja w zgięciu, jest też obecny przy porodzie. Wygaszanie następuje ok. 4 miesiąca życia. Wpływa na rozłożenie napięcia mięśniowego w ciele, umożliwiając wyprostowanie się noworodkowi ze zgiętej pozycji płodowej. Jeśli działanie tego odruchu zostanie przedłużone, to ograniczony zostanie rozwój odruchów ustalenia głowy, co z kolei wpłynie na zaburzoną pracę oczu. Dziecko z przetrwałym odruchem tonicznym błędnikowym nie będzie miało poczucia stabilności grawitacyjnej z powodu „przerzucania" środka równowagi, wywoływanego ruchami głowy i zmianą napięcia mięśniowego. Brak punktu odniesienia w przestrzeni będzie uniemożliwiał dziecku ocenę przestrzeni, dystansu, głębokości i prędkości. Odruch ten może również powstrzymywać dziecko przed raczkowaniem i pełzaniem (które umożliwiają synchronizację widzenia, słyszenia, czucia i ruchu), gdyż ruch głowy powoduje wyprost nóg.

Przetrwały odruch toniczny błędnikowy w zgięciu i wyproście będzie wskazywał na hipotomię – słabe napięcie mięśniowe lub hipertonię – wzmożone napięcie mięśni, zaburzenia wzrokowo-motoryczne, problemy związane z układem równowagi, niechęć do sportu (zajęć wychowania fizycznego), upośledzone poczucie czasu i słabe zdolności organizacyjne.

Odruch Palmara (dłoniowo-chwytny)

Czas pojawienia się to 11 tydzień życia płodowego, ukształtowany w pełni w czasie narodzin. Wygaszany zostaje w 2-3 miesiącu życia. Rozwój odruchu następuje od mimowolnego uchwytu do umiejętności rozluźniania palców i pełnej kontroli nad nimi. W 36 tygodniu życia zostaje zastąpiony przez chwyt pęsetkowy. Cechą charakterystyczną odruchu Palmara jest zaciśnięcie palców przez noworodka wywołane lekkim dotykiem lub naciskiem jego dłoni.

Jeśli nie zostanie wygaszony w odpowiednim czasie, może negatywnie wpływać na koordynację motoryki małej, mowę i wydawanie dźwięków. Ponadto dziecko nie będzie mogło przejść przez etapy nauki rozluźniania i manipulowania palcami, ponieważ hamowane będą samodzielne ruchy kciuka i palców. Przetrwały odruch dłoniowo-chwytny może powodować trudności z mówieniem, jak też poruszaniem ustami podczas pisania[12].

Przez zakłócenia w rozwoju dziecka w okresie prenatalnym spowodowane alkoholem żyje ono w ciągłym chaosie. Niewykształcone, częściowo wykształcone lub niewygaszone odruchy stanowią o wadliwym funkcjonowaniu dziecka z FAS-em i wskazują na trudności, z którymi musi się ono zmagać. Szczególnie narażone są takie sfery rozwoju, jak: raczkowanie, siadanie, chodzenie, chwytanie, percepcja, mówienie, rozumienie mowy i nabywanie umiejętności życia społecznego. Posługując się tymi kategoriami, można dokonać oceny rozwoju dziecka. Sygnały ostrzegawcze pojawiają się w sferze umysłowej, emocjonalno-społecznej i w sferze ruchowej.

Neuropsychologiczny profil dzieci z FAS-em

Trudności rozwojowe dzieci z FAS-em wynikają z uszkodzeń OUN i należą do zaburzeń pierwotnych (objawy fizyczne i umysłowe, z którymi dziecko przychodzi na świat), ale jeśli ich przyczyny nie zostaną prawidłowo zrozumiane, odczytane przez opiekunów dziecka i będzie ono traktowane jako dziecko zdrowe, od którego wymaga się prawidłowego funkcjonowania, pojawią się zaburzenia wtórne (zaburzenia zachowania, zaburzenia społeczne). Zaburzeń wtórnych możemy uniknąć przez zrozumie-

[12] Tamże, s. 25-27.

nie problemu i właściwą interwencję. Funkcjonowanie dziecka z FAS-em zależy od uszkodzeń spowodowanych piciem przez matkę alkoholu w czasie ciąży, od okresu ciąży, od dawki i towarzyszących temu czynników środowiskowych i osobniczych.

W funkcjonowaniu dziecka z FAS-em obserwujemy zaburzenia w rozwoju motoryki małej i dużej; zburzenia sensoryczne; zaburzenia związane z uczeniem się; zaburzenia psychiczne; trudności społeczne; trudności językowe; trudności w samodzielnym funkcjonowaniu[13].

Zaburzenia w rozwoju motoryki

W zakresie zaburzeń motoryki dużej u dzieci z FAS-em obserwuje się brak koordynacji ruchowej i kłopoty związane z równowagą. Dzieci te mają trudności w chodzeniu tip-topami i w chodzeniu po linii prostej stopa za stopą. W zakresie motoryki małej u młodszych dzieci widoczne są opóźnienia rozwojowe – brak organizacji motorycznej. U dzieci starszych – w zakresie ruchomości palców u rąk i wykonywania złożonych ruchów rąk.

Zaburzenia sensoryczne

Dzieci z FAS-em mają kłopoty z poczuciem własnego ciała w przestrzeni, rozumieniem kierunków czy położenia kończyn górnych i dolnych. Mają problem z odczuwaniem bodźców, takich jak: ból, głód czy pragnienie. Czasem też mogą pojawić się nieprawidłowe odczucia słuchowe, węchowe, dotykowe czy wzrokowe, w tym halucynacje.

Zaburzenia uwagi

Przy uszkodzeniu OUN u dzieci z FAS-em pojawiają się problemy z utrzymaniem uwagi, słabą kontrolą impulsów i problemy z pamięcią operacyjną. W efekcie tych zaburzeń dzieci obarczone syndromem FAS mają słabe zdolności adaptacyjne. Problemem staje się niezdolność do dłuższego skupienia uwagi, nadaktywność i łatwość rozpraszania uwagi.

Zaburzenia uczenia się

U dzieci z FAS-em można stwierdzić kompleksowe zaburzenia uczenia się. Ponadto, jak wykazują badania (Arson, Szwecja 1985),

[13] Por. T. Jadczak-Szumiło, *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Warszawa 2008, s. 19-20.

występowanie cech fizycznych FAS-u koreluje z obniżonym IQ. Dzieci z FAS-em mają nieprawidłową percepcję wzrokową (nieprawidłowo wykonują rysunek postaci ludzkiej), wykazują brak stabilności emocjonalnej, są nadaktywne, mają trudności ze skupieniem się. Źródłem tych trudności jest słaba pamięć i mała zdolność do przetwarzania informacji. Słowo czy też informacja mogą być znane dziecku, ale nie potrafi jej ono zastosować w określonych sytuacjach.

Funkcje wykonawcze

Funkcje wykonawcze związane są z podejmowaniem decyzji i planowaniem, z myśleniem twórczym i abstrakcyjnym, oceną własnych potrzeb, pragnień i działań ukierunkowanych do ich osiągnięcia. Na skutek uszkodzeń u dzieci z FAS-em przetwarzana jest tylko ograniczona ilość informacji, co znacznie utrudnia zaplanowanie i wykonanie określonego zadania. Ponadto występują deficyty w zakresie oceny oraz poddania krytycznej analizie własnego zachowania.

Zaburzenia w rozwoju języka

U małych dzieci najczęściej widoczny jest opóźniony rozwój mowy. W późniejszym rozwoju uwidacznia się brak kluczowych zdolności komunikacyjnych w grupie rówieśniczej, co normalnie pozwala na utrzymanie relacji. Dzieci z FAS-em mają kłopoty z rozumieniem metafor i nie potrafią nazwać emocji, jakie przeżywają. Na skutek uszkodzenia prawej półkuli mózgu dzieci mają kłopot w porozumiewaniu się, gdyż mają trudności ze zrozumieniem kontekstu wypowiedzi, melodii czy tonu głosu. Nie rozumieją gestów i wyrazu twarzy rówieśników, co utrudnia korektę tych zachowań i potęguje trudności w kontaktach z innymi.

Zaburzenia psychiatryczne

Nie istnieje odrębna klasyfikacja związana z prenatalną ekspozycją na alkohol dla zaburzeń neuropsychiatrycznych czy neurorozwojowych. Dotyczą one bardziej ogólnego stanu zdrowia. Ze względu na zaburzenia psychiczne mogą się pojawić u chorych problemy relacji z matką związane z przywiązaniem, zaburzenia sensoryczne związane z regulacją zachowań i odpowiedzią na bodźce. U dzieci z FAS-em można jednak zaobserwować labilność emocjonalną (zaburzenia afektywne), płaczliwość oraz ataki paniki z hiperwentylacją.

Trudności społeczne

Nieprawidłowe zachowania dzieci z FAS-em łamią wszelkie społeczne normy. Nie przewidują konsekwencji własnych działań, gdyż nie poddają ich refleksji. Nie rozumieją znaków dawanych przez otoczenie jako odpowiedzi na ich zachowanie.

W świetle badań z lat 90. XX wieku (Spohr i zespół) wśród dzieci, u których postawiono diagnozę FAS w okresie niemowlęcym lub we wczesnym dzieciństwie, wraz z wiekiem zmniejszają się cechy dysmorfii twarzy, ale utrzymuje się niski wzrost (mikrocefalia). W miarę dojrzewania poprawiają się wady wrodzone organów wewnętrznych, nieprawidłowości organów wewnętrznych i specyficzne symptomy neurologiczne[14].

Funkcjonowanie dzieci z FAS-em (rozwój) w poszczególnych okresach życia

Dziecko z FAS-em (do 3 roku życia)

Niemowlęta, których matki piły w czasie trwania ciąży regularnie i w dużych ilościach, mogą przechodzić zespół abstynencyjny. Objawia się to: zaburzeniami snu, drgawkami czy nadwrażliwością. Charakteryzują się one niską wagą urodzeniową (niski wzrost i mały obwód głowy), zniekształconymi ustami i podniebieniem. Większość z nich jest drażliwa, nerwowa, ma problemy ze ssaniem i karmieniem, ma zbyt słabe lub wzmożone napięcie mięśniowe, jest nadwrażliwa na dźwięk i światło oraz nadmiernie płaczliwa.

Młodsze dzieci często są stale rozdrażnione, nadaktywne, miewają krótki czas skupienia uwagi, opóźnienia rozwojowe (np. z rozwojem aparatu mięśniowego).

Dzieci przedszkolne z FAS-em (3-6 rok życia)

W wieku przedszkolnym dzieci z FAS-em wykazują objawy nadpobudliwości oraz nadwrażliwość na dotyk i dźwięk. Funkcje poznawcze, motoryczne i ogólny rozwój mowy są na niskim poziomie. Ich zdolności werbalne często są lepsze, aniżeli myślenie. Ciężko jest im przechodzić z jednej czynności w inną. Mogą się często denerwować i ulegać zmianom nastroju. Są jednak

[14] Por. T. Jadczak-Szumiło, *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Warszawa 2008, s. 19-30.

w tym wieku najczęściej przyjacielskie, miłe, rozmowne, chętnie wchodzące w kontakt z drugim człowiekiem.

Dzieci z FAS-em nie posiadają umiejętności przewidywania zagrożenia. Nie odróżniają przyjaciela od wroga, stąd też mogą reagować podobnie w stosunku do nowo poznanych osób, jak do swoich rodziców. Dlatego muszą być pod stałym nadzorem opiekuna. Może to powodować frustrację i nasilać się z wiekiem.

Dzieci z FAS-em w wieku szkolnym (6-13 lat)

W tym okresie widoczny jest słabszy rozwój w stosunku do rówieśników. Dzieci z FAS-em wolniej rosną, słabiej przybierają na wadze (pomimo prawidłowej diety). Za stan ten odpowiedzialny jest słaby rozwój mózgu.

Rozpoczęcie nauki w szkole powoduje wyłonienie dodatkowych problemów. Dotyczą one nawiązania i utrzymania nowych znajomości i dopasowaniu się do grupy. Dzieci z FAS-em wolą bawić się z dziećmi młodszymi od nich o 2, 3 lata. Nie czerpią wiedzy z doświadczeń. Mają problemy z przestrzeganiem reguł i nie rozumieją konsekwencji swoich działań. Środowisko szkolne jest dla nich dużym wyzwaniem. Zbyt duża liczba wszechobecnych bodźców prowadzi do problemów w nauce, do gniewu, frustracji i zachowań agresywnych. Mają one problemy z przyswajaniem materiału przez kłopoty z pamięcią (deficyty pamięci). Nie rozumieją pojęć abstrakcyjnych (czas, pieniądz, matematyka). Trudno im zrozumieć wartość pieniądza i nauczyć się posługiwać zegarkiem.

Nastolatki z FAS-em (13-18 lat)

Mogą zanikać anomalie (dysmorfia) twarzy. Typowa dla dzieci z FAS-em – szczupła sylwetka – zaczyna się zmieniać, jednak wiek rozwojowy jest nadal cofnięty ok. 6 lat. Wskazują oni niewłaściwe zachowania typu: kradzieże i kłamstwo. Łatwo popadają w alkoholizm, narkotyki, depresje ze skłonnościami do samobójstwa. Mogą mieć trudności w relacjach z innymi i mają słabą ocenę swoich czynów.

Młodzież i osoby dorosłe z FAS-em (18-21 lat)

Objawy syndromu FAS pozostają na całe życie. Utrzymuje się niski wzrost i mała objętość głowy, w niektórych przypadkach deformacje twarzy. Widoczne są również ograniczenia umysłowe czy nawet choroby umysłowe ze stanami depresji, izolacji

i nieprzewidywalnych zachowań. Rozwój umysłowy 21-latka może odpowiadać rozwojowi 12-latka. Wiele kłopotów wśród dorosłych z FAS-em wiąże się z nadużywaniem alkoholu i braniem narkotyków, co prowadzi do innych problemów. Dorośli z FAS-em mogą być niezdolni do posługiwania się pieniędzmi czy opieką nad dzieckiem. Stąd niezależność życiowa w niektórych przypadkach będzie niemożliwa.

Zakończenie

Śledząc okres od momentu zdefiniowania syndromu FAS do wiedzy, jaką posiadamy w dniu dzisiejszym, jasno przedstawia się nam sytuacja dzieci obciążonych uszkodzeniami spowodowanymi działaniem alkoholu w okresie prenatalnym. Mówimy o nich: FASolki, FAScynujące czy sFAStrygowane. Duża grupa dzieci z uszkodzeniem poalkoholowym, ma poważne problemy behawioralne (m.in. niedojrzałe społecznie zachowania). Ważne jest, by zrozumieć poważne uszkodzenia OUN i mózgu, które przejawiają się konkretnymi zachowaniami, trudnymi do opanowania. Wśród dzieci z FAS-em istnieje duża rozbieżność w rozwoju: fizycznym, emocjonalnym i społecznym. Niektóre z nich będą samodzielne, a inne będą wymagały wsparcia, nadzoru czy też pomocy. Jednak odkrycie mechanizmów plastyczności rozwojowej mózgu pozwala z nadzieją patrzeć na działania lecznicze, rehabilitacyjne, usprawniające i wychowawczo-opiekuńcze.

Literatura przedmiotu:

Banach M., Gierat T.W. (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Levoca Sk, 2009.

Goddard S., *Odruchy, uczenie i zachowanie. Klucz do umysłu dziecka*, Warszawa 2004.

Jadczak-Szumiło T., *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku,* Warszawa 2008.

Klecka M., *FAScynujące dzieci,* Kraków 2007.

Klecka M., *Ciążą i alkohol w trosce o Twoje dziecko,* Warszawa 2007.

http://portalwiedzy.onet.pl

CZĘŚĆ III

Wiedza na temat Alkoholowego Zespołu Płodowego w świetle badań

Znacznym problemem w Polsce jest znajomość skutków picia alkoholu przez kobiety w ciąży. Spora część naszej żeńskiej i nie tylko populacji nie wie, jak alkohol działa na organizm człowieka, jakie szkody może wyrządzić. Jeszcze większy zakres nieświadomości występuje w zakresie wiedzy dotyczącej teratogennych skutków prenatalnej ekspozycji na alkohol. Badania podjęte przez studentów pedagogiki społeczno-opiekuńczej z Uniwersytetu Pedagogicznego były próbą określenia i opisania ilościowego tego właśnie aspektu. Poniższe artykuły to doniesienia z prowadzonych przez nich badań. Obejmowały one różne docelowe grupy respondentów – studentów różnych krakowskich uczelni, uczniów małopolskich szkół ponadgimnazjalnych, nauczycieli przedszkoli i szkół podstawowych, a także przedstawicieli środowisk medycznych. W prezentowanym opracowaniu znalazły się teksty prezentujące wiedzę w tym zakresie uczniów szkół krakowskich – teksty Magdaleny Domalik i Piotra Hejnolda, młodzieży zakopiańskiej – opracowanie Marii Gomółki. Magdalena Borowy zaprezentowała wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów, a Magdalena Adamek wśród krakowskich nauczycieli. Wniosek, jaki nasuwa się po ich lekturze, jest jeden: warto o tym problemie mówić we wszystkich badanych środowiskach, ponieważ zakres wiedzy jest niewystarczający, a zainteresowanie duże.

Piotr Hejnold

Postawy krakowskich licealistów wobec FAS-u

U dzieci ze zdiagnozowanym FAS-em (*Fetal Alcohol Syndrome*) obserwuje się trudności z pamięcią, szczególnie krótkotrwałą, brak poczucia upływu czasu i cykliczności zdarzeń, brak plastyczności w myśleniu, dostrzeganiu związków przyczynowo-skutkowych oraz trudności z myśleniem abstrakcyjnym. U dzieci z FAS-em często występują zmęczenie i napady złego humoru, drażliwość, poirytowanie, frustracje, gniew i agresja. Pojawiają się: nieuzasadniony strach, unikanie, wycofanie się, zamknięcie się w sobie i ucieczki z domu. Dzieci te często kłamią, mają problemy w domu i w szkole, problemy z prawem. Sięgają po używki i nadużywają ich, mowa tu zwłaszcza o alkoholu i narkotykach. Niestety, bardzo często towarzyszą im także choroby psychiczne.

Licealiści coraz częściej sięgają po alkohol, coraz więcej spotyka się nieplanowanych ciąż u dziewcząt, które nie ukończyły jeszcze 18 roku życia. Młode kobiety, w pełni dojrzałe fizycznie, emocjonalnie są jeszcze dziećmi, podejmują pochopne decyzje, nie przewidują konsekwencji swoich zachowań. W mojej opinii to właśnie młode dziewczyny, ale również ich koledzy, przyszli ojcowie, powinni mieć świadomość, czym jest FAS, powinni mieć prawidłowe postawy wobec spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży.

Kobieta, nie wiedząc jeszcze, że pod jej sercem rozwija się nowe życie, dziecko, może nieświadomie narażać je na poważne kłopoty, na mniej lub bardziej zaawansowane dysfunkcje i upośledzenia, spożywając alkohol. Zdaję sobie sprawę, że w Polsce FAS jest pojęciem nowym, że wiedza na temat tej choroby może być niezadowalająca, ale zakładam, że mimo to młodzi ludzie zdają sobie sprawę, jak alkohol szkodliwie wpływa na dziecko w łonie matki.

Coraz więcej instytucji, głównie Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ale również Instytut Matki

i Dziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" czy liczne poradnie oraz pracownie psychologiczne i pedagogiczne oraz fundacje, stara się dotrzeć do szerokiego grona odbiorców z przekazem zawierającym treści mówiące o szkodliwości spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży, o konsekwencjach wynikających ze spożycia nawet najmniejszej ilości alkoholu na płód.

„Przykładem takiej właśnie działalności jest Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa w Lędzinach. Osoby związane z tym ośrodkiem rozpoczęły intensywne poszukiwanie informacji o FAS-ie i FAE, zjawisk uwarunkowanych piciem alkoholu przez kobiety ciężarne. Działając w strukturach związanych z zastępczym rodzicielstwem, jako pierwsi w Polsce zaczęli na ten temat mówić, organizować konferencje, szkolenia dla rodziców adopcyjnych i zastępczych, pielęgniarek, lekarzy oraz wszystkich zainteresowanych tą problematyką. Stowarzyszenie jest organizatorem obchodów Światowego Dnia FAS w Polsce"[1].

Stąd liczne kampanie społeczne, pikniki informacyjne, reklama w mediach. Przykładem może być projekt PARPA o nazwie *Ciąża bez alkoholu*, do współtworzenia którego przyłączyło się Ministerstwo Zdrowia oraz polski oddział Światowej Organizacji Zdrowia. Dzięki reklamom w prasie (w tym specjalistycznej dla kobiet oczekujących potomstwa), radio i telewizji świadomość w społeczeństwie dotycząca omawianego zagadnienia powinna się zwiększyć, powinno dać się zaobserwować postawy świadczące o społecznym nieakceptowaniu picia w okresie ciąży. Niestety, młodzież, licealiści, mają zazwyczaj inne zainteresowania, zajmują się szkołą, lekcjami, a zajęcia pozaszkolne związane są raczej ze sportem, nauką języków obcych itp., czyli niekoniecznie ze zgłębianiem problematyki FAS-u. Jako student pedagogiki bardzo chciałbym uchronić swoich przyszłych podopiecznych przed problemami, nie straszyłem ich jednak zdjęciami i opisami zaburzeń dzieci z FAS-em. Zapytałem ich o zdanie, o aktualną wiedzę, o postawy, jakie reprezentują.

W badaniach pomogli mi licealiści z III Liceum Ogólnokształcącego im. Jana Kochanowskiego w Krakowie. Przebadałem łącznie 91 osób w trzech klasach. Aby zbadać postawę wobec

[1] M.Banach, A Korzonek, *Strategie i sposoby postępowania z dziećmi z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodu*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, T.W. Gierat, MTM Levoca Sk, 2009, s. 183.

FAS-u, niezbędne było poznanie kształtu trzech jego komponentów, składowych – poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. W części pytań badających komponent poznawczy uczniowie odpowiedzieli na pytania: skąd czerpali wiedzę o FAS-ie, co jest źródłem ich postawy. 42 osoby, co stanowi 46,2% populacji, spotkało się z problematyką FAS-u, oglądając TV (56,1% dziewcząt i 20% chłopców), 23 osoby (19 dziewcząt i 4 chłopców) uznało, że to Internet jest miejscem, gdzie zetknęli się z FAS-em (jest to 25,3% populacji). Na tej podstawie mogę stwierdzić, że media, a w szczególności telewizja i Internet są źródłami postaw licealistów. Warto zwrócić uwagę na niską skuteczność prasy, form drukowanych oraz radia – zaledwie 14 (w tym 12 dziewcząt) na 91 osób miało styczność z FAS-em właśnie przy okazji czytania prasy, 6 widziało bilbordy i plakaty, 9 broszury reklamowe. Myślę, że nie jest zaskoczeniem, biorąc pod uwagę tempo życia i czasy, w jakich żyjemy, że to właśnie media, które są najpopularniejszym źródłem informacji wśród młodzieży oraz te, do których jest największy dostęp, wpływają najbardziej znacząco na kształtowanie się postaw. Ciekawym faktem jest, że zaledwie 3 dziewczyny zaznaczyły lekcję biologii jako formę zetknięcia się z FAS-em. Wiadome jest, że lekcja była przeprowadzana dla całej klasy, jednak tylko one zapamiętały jej merytoryczną treść. Jest to ważna wskazówka dla osób zajmujących się przygotowywaniem szkoleń oraz warsztatów – muszą one być przeprowadzone w taki sposób i w tak atrakcyjnej formie, by młodzi ludzie zapamiętali jak najwięcej treści.

Zapytałem następnie moich respondentów, czego do tej pory się dowiedzieli o Alkoholowym Zespole Płodowym. Jako że było to pytanie otwarte, musiałem je w jakiś sposób skategoryzować. Zważając jednak na poziom wiedzy licealistów, nie było to zbyt trudne – podzieliłem odpowiedzi na trzy kategorie – osób, które nie wpisały nic, osób, które posiadają ogólne, szczątkowe informacje oraz osób, które były w stanie udzielić wyczerpującej odpowiedzi.

Czego się już dowiedziałeś/aś na temat FAS-u?

Jak się okazało, 64,8% badanych (w tym 76% chłopców) nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie, zostawiając albo puste miejsce, albo wpisując „nic" lub „niczego". Są to dane co najmniej zatrważające, skłaniające do zadumy i przemyślenia celowości i skuteczności edukacji antyalkoholowej. Zaledwie 5,5%

badanych – same dziewczęta – potrafiło podać konkretne informacje dotyczące objawów fizycznych bądź psychicznych Alkoholowego Zespołu Płodowego, 29,7% (31,8% dziewcząt i 24% chłopców) było w stanie udzielić szczątkowych, niepełnych informacji. Zastanawiające jest, że młodzi ludzie nie ryzykują – nikt nie podał informacji błędnych – jeśli nie znał odpowiedzi, po prostu jej nie udzielał.

Kolejnym badanym wskaźnikiem postawy była wiedza ogólna na temat picia alkoholu przez kobiety w ciąży. Zapytałem licealistów, czy wiedzą, jakie są niebezpieczeństwa związane z piciem alkoholu w ciąży i poprosiłem o ich wymienienie. Niczego młodym ludziom nie narzucałem, a prezentowane wyniki pochodzą tylko i wyłącznie z ankiety, którą przeprowadziłem. 71,4% respondentów (77,3% dziewcząt i 56% chłopców) wie, jakie są zagrożenia związane ze spożywaniem alkoholu w czasie ciąży. Wśród dziewcząt przeważa opinia, że powoduje ono uszkodzenie płodu (44%) oraz poronienie (21,2%) i upośledzenie umysłowe dziecka (22,7%), a wśród chłopców – upośledzenie umysłowe (45,6%) i fizyczne dziecka (40%), które są bardziej obszernymi kategoriami niż u dziewcząt (odpowiednio 22,7% i 12,1%). Wniosek nasuwa się sam – chłopcy podchodzą do FAS-u , jak do choroby opierającej się niemal całkowicie na upośledzeniu, fizycznym bądź umysłowym, praktycznie nie biorąc pod uwagę innych jego czynników.

Tylko 2,2% ogółu badanych wymienia uszkodzenie układu nerwowego płodu, a 3,3% – FAS. Niezwykle wąską kategorię, stworzoną całkowicie przez dziewczęta (1,5%) stanowi „zagrożenie zdrowia matki". Świadczy to o tym, że uczennice jako młode kobiety zdają sobie sprawę, że alkohol może mieć zgubny wpływ nie tylko na płód, ale także na nie same. Ciekawe jest też, że chłopcy nie wymieniają wcale uszkodzenia płodu jako możliwego skutku spożywania alkoholu przez ciężarną, a jest to jeden z głównych czynników, z którego rozwija się także FAS.

Jakie niebezpieczeństwa związane są z piciem alkoholu przez kobietę w ciąży?

Zapytałem także młodzież, czy wie, z jakimi problemami funkcjonują dzieci z FAS-em, jeśli tak, poprosiłem o wymienienie. Przy konstruowaniu pytań ankiety doskonale zdawałem sobie sprawę, że nastolatkowie mogą mieć problemy z odpowie-

dzią na to pytanie, jednak nie podejrzewałem, że aż tak duże. 86,4% (57 osób) dziewcząt i 92% (23 osoby) chłopców nie było w stanie odpowiedzieć na wyżej postawione pytanie.

Tabela 1. Problemy, z jakimi funkcjonują dzieci z FAS-em

	NIE	TAK	Jakie:	
Kobiety	57	9	Zaburzenia w rozwoju	2
			Upośledzenie umysłowe	6
			Niska masa ciała	1
			Alkoholizm	1
			Zaburzenia w działaniu układu nerwowego	1
Mężczyźni	23	2	Upośledzenie umysłowe	1
			ADHD	1
Ogółem	80	11		

Myślę, że niezbyt optymistyczne jest to, że młodzież jako główny (wymieniony przez 6 dziewcząt) problem dzieci z FAS-em podaje upośledzenie umysłowe, co jest oczywistą nieprawdą. Martwi mnie to, ponieważ na podstawie tych danych powstaje bardzo negatywny i zniekształcony obraz dzieci z tym schorzeniem w wyobraźni licealistów. Wśród innych zaburzeń wymienianych przez dziewczęta znalazły się: zaburzenia w rozwoju (2 osoby), niska masa ciała (1 osoba), alkoholizm (1 osoba), zaburzenia w działaniu układu nerwowego (1 osoba).

Zaledwie 2 (8%) chłopców było w stanie podać jakiekolwiek problemy, z jakimi funkcjonują dzieci z FAS-em, wymieniając upośledzenie umysłowe i ADHD. Takie wyniki świadczą o tym, że chłopcy nie mają najmniejszego pojęcia, co grozi ich przyszłym dzieciom, jeśli ich matka będzie spożywać alkohol w czasie ciąży.

Pytania dotyczące komponentu behawioralnego zawarłem w tym samym kwestionariuszu ankiety, w którym mieściły się pytania związane z komponentem poznawczym. Celem moich badań nie było odkrycie zachowań nastolatków wobec dzieci dotkniętych Alkoholowym Zespołem Płodowym, nie zamieszczałem więc pytań typu „Czy chciałabyś/chciałbyś siedzieć w ławce z osobą chorą na FAS?" lub „Czy pomogłabyś/pomógłbyś odrabiać lekcje koledze z FAS-em?". Chciałem odkryć zachowania młodzieży wobec zjawiska jako takiego – niezbyt do tej pory znanego szerszemu społeczeństwu. Interesowało mnie, czy młodzi ludzie, zdając sobie sprawę, że istnieje syndrom FAS, będą chcieli dowiedzieć się o nim więcej. Dlatego też zadałem pytania: „Czy chcesz zdobyć dalsze informacje na temat FAS-u?" i „Czy chcesz wziąć udział w szkoleniach na temat FAS-u?". 51 na 66 dziewcząt, co stanowi 77,3%, wyraziło chęć dowiedzenia się czegoś nowego o Alkoholowym Zespole Płodowym. Jest to bardzo pozytywny wynik. Statystyki te zaniżają nieco chłopcy, ponieważ aż 18 (72%) takiej chęci nie ma. Dlatego też dane ogólne są nieco gorsze – 63,7% (58 osób) ogółu badanej grupy wyraziło chęć zdobycia nowych informacji na temat FAS-u, co nadal stanowi ponad połowę. W świetle tych wyników może warto się zastanowić nad zwiększeniem ilości broszur reklamowych oraz wydawnictw na temat FAS-u i sprawieniem, by były one bardziej dostępne w miejscach, gdzie bywają młodzi ludzie – szkole, gabinecie pedagoga, psychologa szkolnego, pielęgniarki, przychodni lekarskiej.

Tabela 2. Chęć pogłębienia wiedzy o FAS-ie

	Chęć zdobycia nowych informacji o FAS-ie		Chęć wzięcia udziału w szkoleniach na temat FAS-u	
	TAK	NIE	TAK	NIE
Kobiety	77,3%	22,7%	68,2%	31,8%
Mężczyźni	28%	72%	36%	64%
Ogółem	63,7%	36,3%	59,3%	40,7%

Nieco mniej ankietowanych – 59,3% (54 osoby) wyraziło chęć wzięcia udziału w szkoleniach na temat FAS-u. Jak poprzednio, w szeregach chętnych przeważają dziewczęta – aż 68,2% z nich ma pozytywne nastawienie względem tej kwestii. Zaledwie 9 chłopców, co stanowi 36% ogółu młodych mężczyzn, wyraziło opinię podobną do większości dziewcząt, natomiast większość z nich – 64%, 14 osób – zaprzeczyła.

Na podstawie tych wyników daje się zauważyć pewną prawidłowość – mianowicie nieznacznie mniejszy jest odsetek osób chcących wziąć udział w szkoleniach na temat FAS-u niż osób pragnących zdobyć informacje na temat tego syndromu.

Komponent związany z emocjami postanowiłem zbadać przy pomocy innego narzędzia badawczego – ankiety skali postaw. Licealiści mieli poddać ocenie 15 stwierdzeń poprawnych i 15 błędnych. Zdania były wymieszane – zabieg miał sprowokować ankietowanych do zwiększenia uwagi. Aby określić emocje jako pozytywne, przy stwierdzeniach właściwych należało wpisać 3, a przy stwierdzeniach niewłaściwych -3. Okazało się, że na wszystkie 91 osób, 66 wykazuje emocje pozytywne. Z łatwością można zauważyć też, że komponent afektywny jest niezmiernie ważny w ogólnej postawie licealistów. W przeciwieństwie do ankiety, w której badałem komponent poznawczy i behawioralny, kiedy to często uczniowie zostawiali puste pola, w przypadku skali postaw nie pozostała ani jedna nie wypełniona rubryka. Brak elementarnej wiedzy na temat FAS-u, jak się okazało, nie przeniósł się na postawę. Dominujący w niej komponent afektywny pozwala mieć nadzieję, że licealiści są na tyle dojrzali, nie godzą się na spożywanie alkoholu przez kobiety w ciąży.

Literatura przedmiotu

Banach M. Gierat T.W. (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Levoca Sk 2009.

Banach M. (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Fetal Alkohol Syndrome i Fetal Alkohol Effects*, Kraków 2004.

Klecka M., *FAScynujące dzieci,* Kraków 2007.

Klecka M., *Ciążą i alkohol w trosce o Twoje dziecko,* Warszawa 2007.

Magdalena Domalik

Wiedza uczniów krakowskich szkół ponadgimnazjalnych na temat FAS-u

Alkoholowy Zespół Płodu jest zespołem nieprawidłowości, które można stwierdzić u dzieci niektórych matek spożywających alkohol w czasie ciąży. Wiąże się z nim szereg fizycznych, umysłowych i behawioralnych anormalności.

Temat ten jest dla mnie interesujący, ponieważ w Polsce jest on stosunkowo nowy i jeszcze nie znany, nie ma wielu publikacji poruszających ten problem, a dostępne informację często są powielane w wielu źródłach.

Miałam okazję brać udział w kilku konferencjach na temat Alkoholowego Zespołu Płodu, a także uczestniczyć w warsztatach zorganizowanych dla rodzin i opiekunów dzieci z FAS-em. Takie działania są dla tych ludzi siłą i wsparciem, dając im wyraźnie do zrozumienia, że nie pozostają sami wobec tego problemu oraz że mogą liczyć na rzetelną i fachową pomoc specjalistów i innych ludzi dotkniętych tym trudnym problemem, mających większe doświadczenie w obcowaniu i pracy z takim dziećmi.

„Wiedza na temat skutków spożywania alkoholu w okresie ciąży jest znikoma. Wiemy, że szkodzi, jednak większość uważa, że niewielka ilość »procentowego« płynu jest wskazana. Myślenie takie jest mylne, gdyż nie znamy bezpiecznej dawki alkoholu, która nie wpłynie negatywnie na rozwijający się w łonie matki płód. Wiele osób nigdy nie słyszało o Płodowym Zespole Alkoholowym. Nie wie, skąd się bierze, nie potrafi go scharakteryzować, nie wie, jak mu zapobiegać ani jak postępować i pracować z dziećmi, które Zespół dotyka. Wynika z tego faktu konieczność prowadzenia ciągłych badań dotyczących świadomości kobiet o niebezpieczeństwach związanych z piciem przez nie alkoholu w czasie ciąży. Że jest to problem, nikogo dziś nie trzeba przekonywać. Stąd w naszej społecznej rzeczywistości pojawia się coraz więcej działań związanych z poszerzaniem horyzontów wiedzy kobiet w tym zakresie. Przykładem niech będzie realizowana

przez rok – od 9 września 2007 kampania »Ciąża bez alkoholu« zaplanowana przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych"[1]. Dlatego wydaje się koniecznym prowadzenie badań dotyczących tego właśnie zjawiska w różnych grupach naszego społeczeństwa, a w szczególności w tych, które z racji wieku bądź specyficznej podatności narażone są w większym stopniu niż inne na możliwość wystąpienia FASD. Stąd decyzja o przeprowadzeniu takich badań w grupie młodzieży ponadgimnazjalnej.

Badania dotyczące świadomości i wiedzy uczniów odnośnie do Alkoholowego Zespołu Płodu – FAS udało mi się przeprowadzić w jednym z krakowskich liceów.

Celem moich badań było rozeznanie środowiska i zapoznanie się z opiniami uczniów XXIV Liceum Ogólnokształcącego w Krakowie na temat Alkoholowego Zespołu Płodu FAS. Problem badawczy, który mnie interesował i na którym oparłam moje badania, brzmiał następująco: „Jaki jest poziom wiedzy uczniów szkoły średniej na temat Alkoholowego Zespołu Płodu – FAS przed i po prezentacji?".

Wyniki badań pozwoliły udzielić odpowiedzi na pytania szczegółowe:

– Jaka jest wiedza uczniów na temat Alkoholowego Zespołu Płodu?
– Na ile zajęcia dotyczące Alkoholowego Zespołu Płodu wpływają na przyrost wiedzy uczniów w tym zakresie?

W moich badaniach posłużyłam się metodą quasi-eksperymentu pedagogicznego z zastosowaniem pomiaru początkowego i końcowego. „Jest to metoda przydatna do uzyskania informacji o zmianach poziomów wiedzy i umiejętności uczniów pod wpływem zastosowania rozrywek umysłowych"[2]. Jako zmienną niezależną przyjęłam klasę, wiek uczniów i szkołę, do jakiej uczęszczają. Za zmienną zależną zajęcia dotyczące Alkoholowego Zespołu Płodu – FAS. Między badaniami początkowymi końcowymi wprowadziłam czynnik eksperymentalny – prezentację dotyczącą problematyki Alkoholowego Zespołu Płodu.

Projektowanie programu profilaktycznego nie miałoby sensu bez zaplanowania metod oceny skuteczności zrealizowanych od-

[1] M. Banach, *Świadomość kobiet dotycząca zagrożeń związanych z piciem alkoholu w czasie ciąży*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, T.W. Gierat, MTM, Levoca Sk 2009, s. 25.

[2] W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela,* Warszawa 1968, s. 83.

działywań. Do badania zmian, które, jak się zakłada, mają wystąpić w wyniku tych oddziaływań, można wykorzystać wiele procedur o charakterze eksperymentalnym lub quasi-eksperymentalnym. Istotą każdej z nich jest porównanie stanu wyjściowego (diagnoza) ze stanami po zakończeniu programu. Natomiast elementami, którymi się poszczególne procedury różnią od siebie, są: losowy dobór grupy, obecność grupy kontrolnej, obecność grupy kontrolnej (nieuczestniczącej w programie) oraz fakt przeprowadzenia badań przed interwencją profilaktyczną – pretest, a nie tylko po jej zakończeniu – posttest. W moich badaniach wykorzystałam procedurę pretest/posttest bez grupy kontrolnej.

Badania przeprowadziłam na próbie 76 osób, którą stanowili uczniowie trzech klas drugich XXIV Liceum Ogólnokształcącego w Krakowie. We wszystkich klasach przeważała liczba dziewcząt. Łącznie udało mi się zebrać 74 wypełnionych kwestionariuszy. Moje badania zostały podzielone na 3 etapy, ponieważ wynikiem badań miało być sprawdzenie świadomości uczniów dotyczącej tematyki FAS przed i po prezentacji, do kolejnych etapów swoich badań musiałam wybrać jedną klasę. Pierwsza część badania została przeprowadzona w grudniu 2008 roku na godzinach wychowawczych pod nadzorem wychowawców. Badania przebiegały bez problemów, uczniowie wypełnili ankiety zgodnie z podanymi wcześniej instrukcjami, a pytania nie sprawiły im większej trudności. Badanie przebiegało bardzo sprawnie. W jednej z klas po zebraniu ankiet pojawiło się wiele pytań, uczniowie przejawiali duże zainteresowanie tematem, dlatego też postanowiłam wytypować właśnie tę klasę do udziału w dalszych badaniach. Druga część badania miała miejsce w grudniu 2009 roku. Odbyła się na godzinie wychowawczej w obecności wychowawcy. Przeprowadziłam prezentacje na temat FAS-u – Płodowego Zespołu Alkoholowego, w której wzięły udział 23 osoby, dwóch uczniów było nieobecnych. Klasa była bardzo zainteresowana poruszanymi przeze mnie zagadnieniami, a po prezentacji wywiązała się ciekawa dyskusja, w której uczniowie praktycznie sami zadawali sobie pytania i na nie odpowiadali. Ostatni etap badania odbył się w marcu 2010 roku, tak jak uprzednio na godzinie wychowawczej i w obecności wychowawcy. W badaniach uczestniczyły wyłącznie osoby, które wzięły udział w prezentacji, czyli 23 maturzystów. Uczniowie otrzymali ankiety, większość pytań została przekształcona tak, aby uczniowie mogli wykazać się wiedzą zdo-

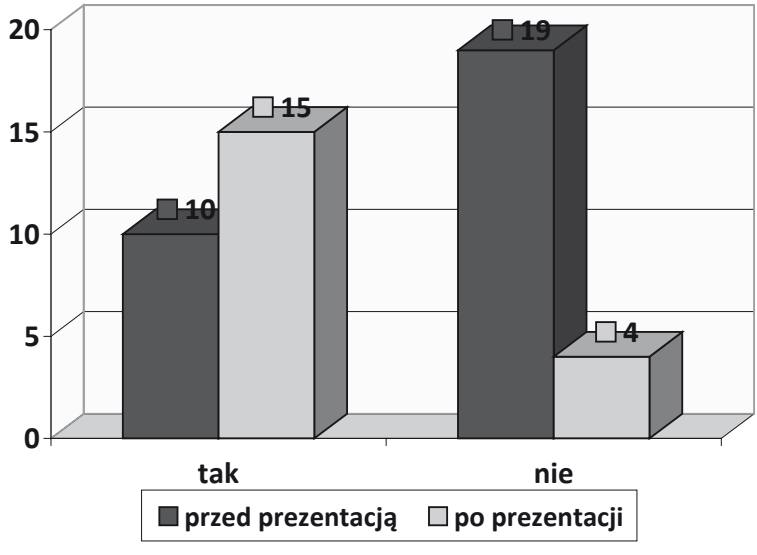
bytą podczas prezentacji. Tak jak badanie poprzednie również to przebiegło szybko i sprawie. W trakcie przeprowadzania badań nie natknęłam się na większe i znaczące problemy. Początkowo problematyczne było wygospodarowanie godziny lekcyjnej na przeprowadzenie badań, ponieważ w klasie jest wiele bieżących spraw, które trzeba omówić. Jednak, kiedy wychowawczyni klasy bliżej zapoznała się z tematyką zajęć, bardzo chętnie wyraziła zgodę na uzupełnienie ankiet na jej zajęciach. Obawiałam się, że na godzinie wychowawczej może być niska frekwencja, na szczęście moje obawy się nie potwierdziły.

Wśród zadanych pytań w ankiecie za najbardziej znaczące uznałam następujące:

1. Czy słyszałeś o Alkoholowym Zespole Płodu – FAS?
2. Z jakimi formami przekazu treści o FAS-ie zetknęłaś/zetknąłeś się do tej pory?
3. Czy rozumiesz określenie Płodowy Zespół Alkoholowy – FAS?
4. Czy wiesz, z jakimi problemami funkcjonują dzieci z FAS-em?
5. Czy jesteś zainteresowany/zainteresowana zdobywaniem kolejnych informacji o FAS-ie?

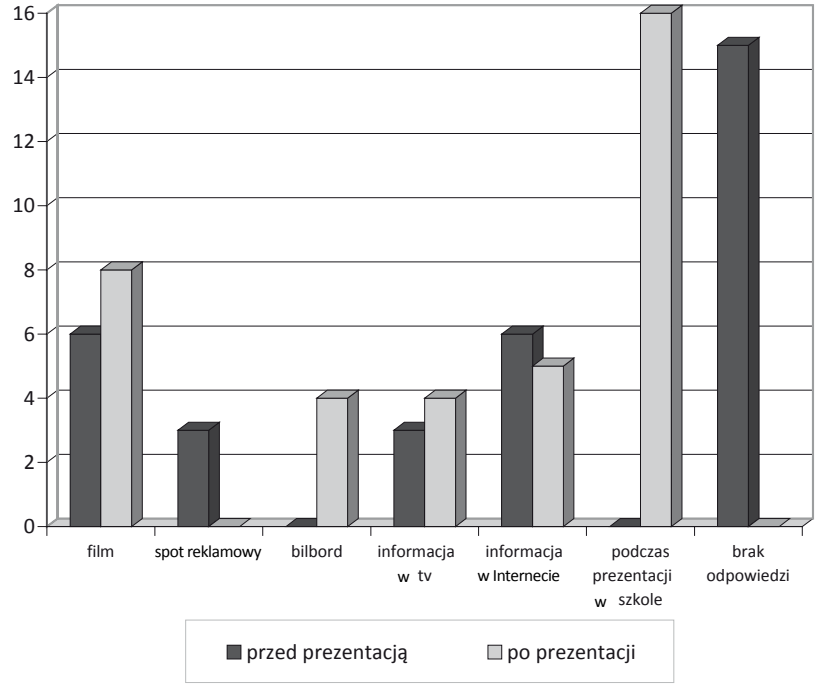
Odpowiedzi na powyższe pytania zobrazowałam za pomocą wykresów.

Wykres 1. Wiedza uczniów na temat FAS



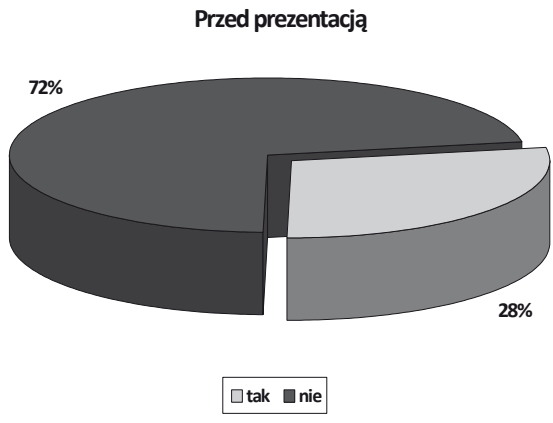
Na pytanie: Czy słyszałaś/słyszałeś o Alkoholowym Zespole Płodu? – badana wiedza uczniów przed prezentacją profilaktyczną była znikoma, zaledwie 10 uczniów słyszało o Alkoholowym Zespole Płodu – FAS. Zapewne jest to wynikiem młodego wieku uczniów i tego, że nie są jeszcze na etapie planowania rodziny, jednak nie usprawiedliwia to ich niskiego poziomu świadomości w tym temacie. Część z nich wie tylko, że kobieta w ciąży nie powinna spożywać alkoholu. Nie wiedzą jednak, dlaczego i jakie mogą być tego konsekwencje. W badaniu po przeprowadzonej prezentacji wyniki bardzo się zmieniły, prawie dwukrotnie. Nastąpił zdecydowany przyrost wiedzy w tym temacie. Odpowiedzi udzielone na to pytanie dokładnie pokazują, jak zajęcia profilaktyczne wpłynęły na wiedzę i odpowiedzi uczniów.

Wykres 2. Źródła informacji o FAS-ie

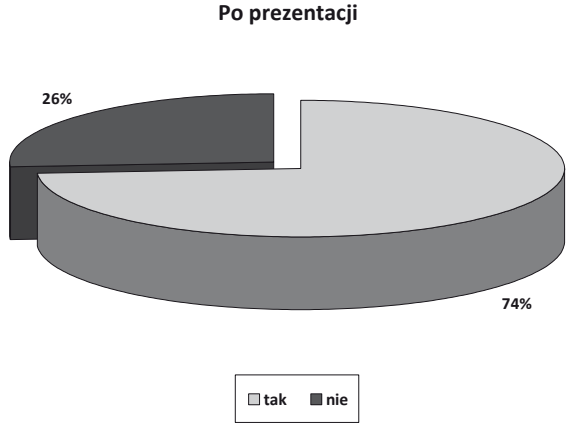


Wykres ten przedstawia źródła informacji o Alkoholowym Zespole Płodu. Jak widać, są one bardzo rozbieżne. Przed moją prezentacją w szkole uczniowie, mimo mojej prośby, nie podeszli poważnie do tematu i do powierzonego im zadania. Aż 15 na 25 osób nie udzieliło żadnej odpowiedzi, być może wynikało to z ich całkowitej niewiedzy o tym zjawisku. W tym pytaniu można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Nikt z pytanych uczniów nie natknął się na broszurę zawierającą informacje na temat Alkoholowego Zespołu Płodu. Zarówno przed, jak i po prezentacji nikt nie widział plakatu informacyjnego w szkole. Nikt również nie zauważył wielkich bilbordów na ulicach naszego miasta. Zaledwie 6 na 25 osób natknęło się w Internecie na informacje związane z tematyką FAS, a także usłyszało w filmie coś o tym problemie. Informacje podawane w telewizji wyłapały zaledwie 3 osoby. Analizując te wyniki, miałam nadzieję, że po mojej prezentacji wiedza uczniów zdecydowanie wzrośnie, na szczęście nie pomyliłam się. Już sam fakt, że żaden z uczniów nie pozostawił tego pytania bez odpowiedzi jest bardzo zadawalający i satysfakcjonujący. Aż 16 z 23 osób dzięki tej prezentacji prawdopodobnie po raz pierwszy usłyszało o problemie Alkoholowego Zespołu Płodu. Mając już inne podejście i co najważniejsze podstawową wiedzę w tym temacie, uczniowie stali się bardziej wyczuleni i zaczęli zwracać większą uwagę na bilbordy, informacje w telewizji itp. Jest to z pewnością również skutek pomyślnie przeprowadzanych społecznych kampanii, jak np. „Ciąża bez alkoholu". Nie zmienia to faktu, że nie można spocząć na laurach i odpuścić, tylko w dalszym ciągu skutecznie i konsekwentnie informować i edukować nasze wciąż nieświadome powagi i skali tego problemu społeczeństwo. Badania przeprowadzone po prezentacji w XXIV Liceum Ogólnokształcącym napawają optymizmem i pokazują sens podejmowania dalszych trudów w uświadamianiu beztroskich i niczego nieświadomych przyszłych rodziców.

Wykres 3. Rozumienie terminu FAS



Wykres 4. Rozumienie terminu FAS



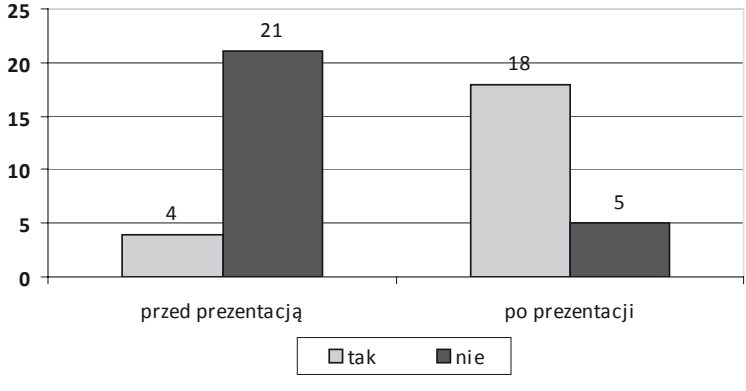
Spośród 10 uczniów – którzy byli badani przed prezentacją i udzielili odpowiedzi twierdzącej na pytanie: Czy słyszałaś/słyszałeś o Alkoholowym Zespole Płodu – FAS? – zaledwie siedmioro z nich odpowiedziało w kolejnym pytaniu, co oznacza FAS. Być może wynika to z tego, że jest to termin stosunkowo nowy, który rzadko używany jest w potocznym języku. Jak nie trudno

się domyślić, uczniowie odpowiedzieli bardzo ogólnikowo na to pytanie, a przykładowe odpowiedzi, które się pojawiły to:
– „Choroba związana z piciem alkoholu w czasie ciąży i poza nią, powodująca uszkodzenie płodu";
– „Choroba, którą kobieta niedbająca o swoje zdrowie zaraża swoje dzieci";
– „Picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży, powoduje uzależnienie dziecka od alkoholu".

Natomiast po prezentacji odpowiedzi odwróciły się o 180 stopni. Spośród 19 osób, które zadeklarowały, że słyszały o Alkoholowym Zespole Płodu, aż 17 udzieliło odpowiedzi, co oznacza określenie FAS. Tym razem odpowiedzi były już bardziej przemyślane i konkretne, świadczące o tym, że uczniowie zrozumieli i przyswoili materiał, który przedstawiany był w trakcie prezentacji. Odpowiedzi, jakie padały najczęściej, to:
– „Kobiety, które piją alkohol w ciąży zagrażają swojemu dziecku, rodzi się upośledzone i ma niedorozwój w różnych funkcjach życiowych";
– „Dziecko ma uszkodzenia wyglądu i rozwoju, przez to, że matka piła w ciąży";
– „Z Alkoholowym Zespołem Płodu rodzą się dzieci, których nieodpowiedzialne matki spożywały alkohol w czasie ciąży, narażając je na wady różnego typu".

Te wyniki utwierdziły mnie w przekonaniu, że moje starania nie poszły na marne i mimo że obecnie wiedza uczniów pozostawia jeszcze wiele do życzenia, to z czasem ta prezentacja przyniesie wymierne korzyści.

Wykres 5. Problemy, z jakimi funkcjonują dzieci z FAS-em

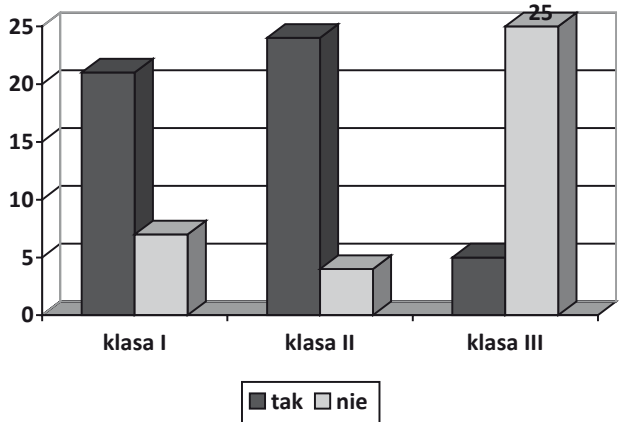


W pytaniu o problemy dzieci z FAS-em przed prezentacją aż 21 na 25 uczniów odpowiedziało, że nie wie, z jakimi problemami funkcjonują dzieci z FAS-em. Odpowiedzi są o tyle zaskakujące, że w poprzednim pytaniu odpowiedzi są odwrotne. Dzieci, których matki piły w czasie ciąży, mają podobne zaburzenia, jak dzieci z FAS-em czy FAE. Nie są to te same zaburzenia, ale bardzo podobne. Wyniki te pokazują, że młodzież tak naprawdę nie wie, czym jest FAS i jakie są jego objawy.

Wyniki, które analizowałam już po prezentacji, wyglądają znacznie lepiej. 18 uczniów na 23 wie, z jakimi problemami funkcjonują dzieci z FAS-em. W ankiecie padły następujące odpowiedzi:

– upośledzenie umysłowe;
– niedorozwój fizyczny;
– zmiany kształtu twarzy, głowy;
– uszkodzenia wewnętrzne, brak koncentracji, problemy z nauką;
– nadpobudliwość;
– zaburzenia w układzie nerwowym;
– niski iloraz inteligencji;
– problemy z pamięcią.

Wykres 6. Stopień zainteresowania zdobywaniem kolejnych informacji związanych z FAS-em.



Na pytanie: Czy jesteś zainteresowany/zainteresowana zdobywaniem kolejnych informacji o FAS-ie? – początkowo aż 19 na 25 osób nie było zainteresowanych zdobywaniem kolejnych in-

formacji o FAS-ie. Być może wynikało to z faktu, że problem ten nie był uczniom znany. Nasza mentalność, niestety, w dalszym ciągu jest taka, że boimy się tego, co nieznane i obce.

Natomiast po zajęciach profilaktycznych sytuacja diametralnie się zmieniła, ponieważ aż 17 na 23 osoby były zainteresowane zdobywaniem kolejnych informacji o FAS-ie. Zastanawiające jest dla mnie jednak, dlaczego pozostałe 6 osób nie wyraziło takiej chęci. Z pewnością wynika to ze zwiększonego zainteresowania młodzieży tym tematem po mojej prezentacji. Uczniowie stali się również bardziej wyczuleni na informacje związane z tym problemem, które docierały do nich za sprawą mass mediów. Dlatego nie powinno się rezygnować z profilaktyki, ale kłaść na nią duży nacisk, a wtedy z pewnością przyniesie ona wymierne efekty.

Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że uczniowie mają niedostateczną wiedzę na temat FAS-u i FAE oraz niebezpieczeństw związanych z tym problemem. Sądzę, że nie tylko uczennice, jako przyszłe matki, ale także przyszli ojcowie powinni znać i być świadomymi zagrożeń w zakresie FAS-u i FAE i konsekwencji, jakie niesie spożywanie alkoholu przez matki w czasie ciąży. Dlatego uważam, że powinno się kłaść jeszcze większy nacisk na profilaktykę i organizowanie kampanii społecznych dotyczących tego problemu. Powinno się zadbać również o dostęp do materiałów informacyjnych w tym zakresie. Uważam, że w szkołach co jakiś czas powinny być organizowane warsztaty poruszające problematykę FAS-u, mówiące, gdzie w razie potrzeby szukać pomocy, gdzie się zgłosić. Powinny być organizowane konferencje, wykłady, dla nauczycieli i pedagogów, którzy mogliby swoją wiedzę przekazywać młodzieży.

Jak wiadomo, problem alkoholu wśród młodzieży jest bardzo poważny, nie można go lekceważyć i bagatelizować. Młodzież w dzisiejszych czasach pije coraz więcej i coraz częściej, po alkohol sięgają coraz młodsi. Dzieje się tak, ponieważ nikt im nie przeszkadza i nikt głośno nie protestuje wobec tego zjawiska. Nieletni, którzy nie mogą legalnie kupić alkoholu, są bardzo kreatywni i mają wiele sprawdzonych sposobów na jego zdobycie. Chyba najpopularniejszym z nich jest przekupienie napotkanego dorosłego pod sklepem. Większość z nich przystaje na to, bo to dobry interes. Producenci alkoholu wydają rok rocznie gigantyczne sumy na promocje i reklamy napojów alkoholowych, wabiąc i zachęcając tym samym do kupna i spożycia ich produktu.

Problem spożywania alkoholu jest bardzo poważny, niepokojąco szybko zwiększa się liczba młodocianych dorosłych alkoholików. Najczęściej są to dzieci pochodzące z rodzin patologicznych, ale nierzadko również są to dzieci z tzw. dobrych domów i rodzin prawidłowo funkcjonujących. Dzieci, zmieniając szkołę, często wpadają w złe towarzystwo, takie, któremu trzeba udowodnić swoją wartość, najczęściej paląc papierosy lub pijąc alkohol. Dlatego tak ważne jest, aby takie kampanie, jak „Ciąża bez alkoholu" były coraz bardziej nagłaśniane, aby docierały do coraz większej grupy odbiorców. Ważnym elementem byłoby wprowadzanie większej części ich elementów do Internetu. To właśnie Internet jest potęgą i formą przekazu, z którą mają najwięcej do czynienia i bez której większość nastolatków nie wyobraża sobie normalnego funkcjonowania. Uważam, że tematyka FAS-u powinna być także poruszana na zajęciach z profilaktyki uzależnień. Nie powinny się one ograniczać się tylko do problemu papierosów czy narkotyków, ponieważ dziecko z Alkoholowym Zespołem Płodu jest konsekwencją picia alkoholu przez kobietę będącą w ciąży.

Uważam, że powinno się położyć ogromny nacisk na profilaktykę. Powinny temu służyć zajęcia wychowania do życia w rodzinie. W naszym społeczeństwie temat seksu i ciąży w dalszym ciągu pozostaje tematem tabu. Wielu rodziców nie wyraża zgody na to, aby ich dzieci uczęszczały na takie zajęcia, z obawy przed zgorszeniem. Trzeba młodzieży umożliwić dotarcie do takich informacji, odpowiednio ją ukierunkować. To zadanie dorosłych, rodziców, nauczycieli, bo jeśli odpowiednio zareagują, skutki tego problemu mogą być dużo mniejsze.

Literatura przedmiotu:

Banach M., Gierat T.W. (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Levoca Sk 2009.

Banach M. (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Fetal Alkohol Syndrome i Fetal Alkohol Effects*, Kraków 2004.

Klecka M., *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007.

Klecka M., *Ciążą i alkohol w trosce o Twoje dziecko*, Warszawa 2007.

Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1968.

Maria Gomółka

Wiedza uczniów szkoły na temat Zespołu Alkoholowego Płodu

Do moich badań wybrałam tematykę FAS-u oraz związane z nią opinie uczniów. Jest to dla mnie temat bardzo interesujący, ponieważ uczestniczyłam w kilku konferencjach na ten temat, jak również wiele o tym czytałam, mimo iż na polskim rynku nie ma zbyt wielu dostępnych publikacji. Tematyka Zespołu Alkoholowego Płodu nie jest w Polsce dobrze znana, a obecnie w świecie stanowi ciekawy przedmiot badań. Dlatego też chciałam sprawdzić poziom wiedzy na ten temat wśród polskiej młodzieży. Do przeprowadzenia badań wybrałam moje rodzinne miasto – Zakopane. Przedmiotem moich badań była wiedza na temat FAS-u uczniów Zespołu Szkół Hotelarsko-Turystycznych w Zakopanem. Natomiast celem zapoznanie się z opiniami uczniów klasy drugiej Zespołu Szkół Hotelarsko-Turystycznych w Zakopanem na temat Zespołu Alkoholowego Płodu FAS. Problem badawczy, na którym oparłam swoje badania, brzmiał następująco: Jaki jest poziom wiedzy na temat Zespołu Alkoholowego Płodu wśród uczniów ZSHT w Zakopanem oraz czy uległ on zmianie po przeprowadzonej w szkole prezentacji na temat FAS-u?

Postawione przeze mnie hipotezy były następujące:

1. Zakładam, że wiedza uczniów na temat Alkoholowego Zespołu Płodu FAS jest niewystarczająca.
2. Zakładam, że po przeprowadzeniu prezentacji o tematyce dotyczącej FAS oraz problematyki z nim związanej nastąpi przyrost wiedzy uczniów w tym zakresie.

Wskaźnikami w przypadku moich badań są przyrost wiedzy uczniów na temat FAS-u oraz przeprowadzona prezentacja. Poziom wiedzy uczniów na temat tego, czym jest FAS, jak się objawia, jak funkcjonują dzieci z tą chorobą oraz jakie są charakterystyczne cechy ich wyglądu. Dokonanie badań za pomocą ankiet, a następnie dokładna ich analiza były podstawą porównania

poziomu wiedzy młodzieży z przed i po prezentacji. W moich badaniach posłużyłam się metodą eksperymentu pedagogicznego. Pretestu dokonałam w formie początkowego badania ankietowego. Eksperymentem właściwym było przeprowadzenie przeze mnie prezentacji, pogadanki na temat Alkoholowego Zespołu Płodu FAS. Grupą kontrolną była klasa numer 3, która nie miała przeprowadzanej prezentacji, a grupą eksperymentalną klasa I i II. Natomiast posttest stanowiło przeprowadzenie ponownego badania ankietowego we wszystkich trzech klasach, a następnie dokonanie zestawienia i porównania wyników oraz wysunięcie wniosków. Do badania wiedzy uczniów na temat FAS-u wykorzystałam technikę ankiety. Narzędziem badawczym w wybranej przeze mnie technice był kwestionariusz. Badania rozpoczęłam w 2009 r. Przeprowadziłam wówczas badanie ankietowe na temat FAS-u na próbie 91 osób, którą stanowiło 76 uczennic oraz 15 uczniów z trzech klas drugich Liceów Technicznych w Zespole Szkół Hotelarsko-Turystycznych w Zakopanem. Następnie w dwóch klasach, nazwanych przeze mnie klasą numer I i II, przeprowadziłam w styczniu 2010 r. wykład na temat FAS-u oraz zagadnień z nim związanych. Uczniowie byli już wówczas w trzeciej klasie liceum. Jedynie w klasie numer 3 nie przeprowadziłam wykładu. Ostatnim etapem mojej pracy badawczej było przeprowadzenie w kwietniu 2010 r. ponownego badania za pomocą kwestionariusza ankiety dotyczącego wiedzy uczniów na temat Alkoholowego Zespołu Płodu. Badanie przebiegło we wszystkich trzech klasach, a próba badawcza wynosiła 86 osób – 72 uczennice i 14 uczniów. Badania przebiegły bez problemów. Uczniowie wypełnili ankiety zgodnie z instrukcją.

FAS – *Fetal Alcohol Syndrome* – Płodowy Zespół Alkoholowy charakteryzuje się: dysmorfiami twarzy, opóźnieniami wzrostu oraz nieprawidłowościami Ośrodkowego Układu Nerwowego. Jest to zespół nieprawidłowości stwierdzony u dzieci niektórych matek spożywających alkohol podczas ciąży[1]. Alkohol przenika wtedy przez łożysko i jest w całości wchłaniany przez dziecko, nieodwracalnie uszkadzając płód, podczas gdy matka nawet tego nie odczuwa. Dzieci, które podczas życia płodowego narażone były na działanie alkoholu, ale nie posiadają pełnoobjawowego FAS-u, diagnozowane są jako osoby z *Fetal Alkohol Effects* – FAE. Dzieci te mogą wyglądem nie różnić się od dzieci

[1] A. Basaj, *Uszkodzenia płodu wywoane alkoholem*, Warszawa, 1997, s. 1.

zdrowych, a ich rozwój umysłowy może mieścić się w normie, ale, tak jak dzieci z FAS-em, mogą mieć problem z nauką, zachowaniem i rozumowaniem. Istnieje jeszcze określenie FASD – *Fetal Alkohol Spectrum Disorder* – jest to termin określający szeroki zakres skutków, które mogą wystąpić u dzieci, których matki spożywały alkohol podczas ciąży. Termin ten nie jest używany jako jednostka chorobowa, lecz jest to praktyczny opis związany z ekspozycją płodu na alkohol.

„Oprócz Zespołu Alkoholowego Płodu (FAS) można wyróżnić jeszcze kilka innych jednostek chorobowych spowodowanych spożywaniem przez kobiety alkoholu. Należą do nich:
– *Fetal Alcohol Effects* (FAE) – Poalkoholowy Efekt Płodowy;
– *Alcohol Related Birth Defects* (BARD) – Poalkoholowy Defekt Urodzeniowy;
– *Alcohol Related Neurodevelopment Disorders* (AREND) – Poalkoholowe Zaburzenia Rozwoju Układu Nerwowego;
– *Fetal Alcohol Related Conditions* (FARC) – Poalkoholowe Środowisko dla Rozwoju Płodu"[2].

Trzy główne kategorie nieprawidłowości spotykanych u dzieci z FAS-em to:[3]
– spowolnienie rozwoju fizycznego, wyrażonego poprzez długość i masę ciała oraz obwód głowy, w okresie przed- i pourodzeniowym;
– upośledzenie funkcjonowania intelektualnego i społecznego oraz zaburzenie koordynacji ruchowej;
– zespół ściśle określonych drobnych anomalii twarzy wraz z bardziej zmiennymi nieprawidłowościami budowy kończyn i serca.

„W związku z tym, że nie ma w Polsce wypracowanej w sposób szczegółowy procedury diagnostycznej, Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa w Lędzinach proponuje oprzeć diagnozę na kilku podstawowych sferach i badać je na różnych poziomach, począwszy od urodzenia. W badaniach diagnostycznych należy wziąć pod uwagę następujące sfery:
– wywiad z kobietą na temat picia alkoholu w okresie ciąży;
– historię choroby;
– informacje o porodzie, np. czy był przedwczesny, czy w terminie;

[2] M. Banach, A. Korzonek, *Strategie i sposoby postępowania z dziećmi z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodu*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, T.W. Gierat, Levoca Sk 2009, s 184.

[3] A. Basaj, *Uszkodzenie...*, dz. cyt., s. 2.

– badanie dziecka po porodzie – waga, obwód głowy, cechy morfologiczne;
– opóźnienie wzrostu;
– opóźnienie rozwoju;
– nieprzybieranie na wadze;
– symptomy związane z Ośrodkowym Układem Nerwowym – proces uczenia się, pamięć, strona zmysłów, wyczucie ciała w przestrzeni itp.[4].

Tak przeprowadzona diagnoza obejmuje całą sferę motoryki, sensoryki oraz sferę rozwoju społecznego i emocjonalnego, pozwala na wgląd w rozwój dziecka i w przypadku stwierdzenia zaburzeń korektę w określonych dziedzinach. A zatem stwarza szansę na trafną i optymalnie dobraną terapię, uwzględniającą indywidualne potrzeby dziecka w tym zakresie"[5].

Możliwe defekty u dzieci związane ze spożywaniem alkoholu przez matkę w okresie ciąży

Dzieci z syndromem FAS mogą mieć szereg uszkodzeń i nieprawidłowości rozwojowych. Nie zawsze występują one w pełnym spektrum. Oprócz licznych zmian w budowie ciała dzieci z FAS-em mają przede wszystkim uszkodzony mózg. Często zdarza się, że mają niewielkie wady fizyczne, nie radzą sobie z prostymi zadaniami poznawczymi, ponieważ ich największe szkody związane z teratogennym działaniem alkoholu dotyczą OUN. Można wymienić następujące defekty pojawiające się w budowie poszczególnych narządów:

Oczy: zaburzenia wzroku, zez, opadanie powiek, hipoplazja nerwu wzrokowego, refrakcja wynikająca z małego rozmiaru gałek ocznych, zmiany w budowie tętnic siatkówki.

Uszy: nawracające zapalenia ucha i powikłania z tym związane, ubytki słuchu, wadliwa budowa kanałów słuchowych, zaburzenia przetwarzania słuchowego związane z uszkodzeniami pnia mózgu i obszarów korowych.

Twarz i czaszka: małogłowie, spłaszczenie środkowej części twarzy, szeroka nasada nosa, brak lub zmniejszenie czerwieni

[4] Opracowano na podstawie wywiadu przeprowadzonego z wiceprzewodniczącą Stowarzyszenia Rodzicielstwa Zastępczego w Lędzinach przez A. Korzonek i J. Cholewę.

[5] M. Banach, A. Korzonek, *Strategie…*, dz. cyt., s. 185-186.

wargowej górnej, krótki zadarty nos, brak lub zmniejszenie filtru pod nosem, hipoplazja szczęki.

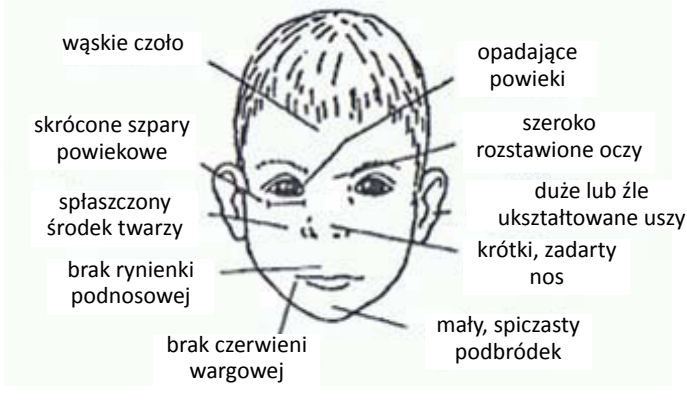
Serce: ubytek między przedsiąkowy (ASD), wady w budowie naczyń krwionośnych, ubytek przegrody między komorowej (VSD), Tetralogia Fallota – wada serca, na którą składa się zwężenie tętnicy płucnej. Przerost prawej komory serca, ubytek między komorami serca, przemieszczenie aorty.

Nerki: zdwojenie moczowodu, wodonercze, zmieniony kształt nerek, nerki dysplastyczne.

Układ kostny: kinodaktylia – łukowaty piąty palec u rąk, paznokcie hipoplastyczne, skrócone piąte palce dłoni i stóp, skolioza, klatka piersiowa lejkowata lub kurza, zmieniona budowa stawów, ograniczony zakres ruchu w łokciu – wzrost promieniowo-łokciowy, Zespół Klippla-Fela – jest to spłaszczenie lub zespolenie dwóch lub więcej kręgów szyjnych w postaci bloku.

Z punktu widzenia klinicznego istnieje 10 głównych, charakterystycznych cech teratogennego działania alkoholu: nadpobudliwość; deficyty uwagi, rozproszenie; osłabienie reakcji hamujących, brak opanowania; nietypowy chód; słabo rozwinięte funkcje motoryczne; zaburzenia duchowości; zaburzenia mowy; wady słuchu; labilność emocjonalna; trudności ze ssaniem i jedzeniem[6].

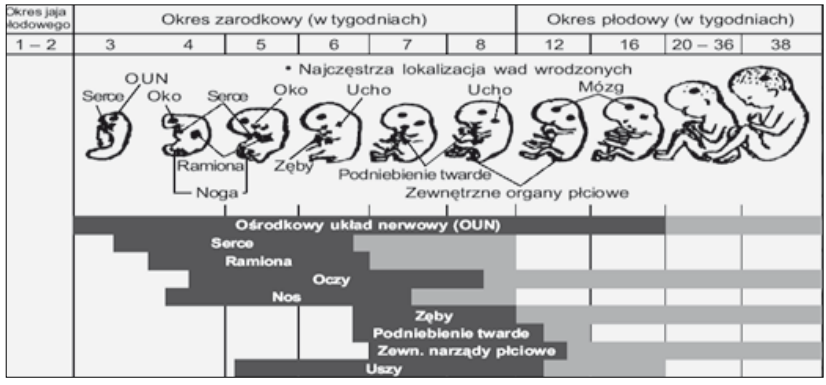
Rys. 1. Twarz dziecka z FAS-em.



Źródło: *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej*, red. M. Banach, Kraków 2004.

[6] M. Klecka, *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007, s. 27.

Rycina 1. Podatność płodu na powstanie wad wrodzonych w różnych okresach rozwoju.



Źródło: *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej*, dz. cyt.

Kolor czarny oznacza okres największej wrażliwości, podczas którego substancje teratogenne powodują największe uszkodzenia poszczególnych narządów. Szary kolor oznacza okres rozwoju, w którym dochodzi do zaburzeń czynnościowych mniejszych nieprawidłowości strukturalnych.

W dalszym rozwoju pojawiają się problemy z uwagą i pamięcią, metabolizmem, koordynacją psychoruchową i emocjami.

Uwaga i pamięć

– dziecko ma kłopoty z pamięcią, uczeniem się, jest rozproszone;
– zaczyna później niż rówieśnicy mówić, a z czasem ma kłopoty z rozumieniem słów i gramatyki, mimo obszerności i ,,kwiecistości" wypowiedzi, które maskują braki w zakresie rozumienia mowy innych i czytanego tekstu;
– niewłaściwie rozmieszcza litery i słowa podczas pisania, trudno mu utrzymać taką samą wielkość liter i umieścić pismo między dwoma liniami;
– ma trudności z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych (matematyka, czas, pieniądze);
– dla utrzymania koncentracji potrzebuje ruchu;
– ma trudności w dostrzeganiu różnic między dwoma podobnymi obiektami;
– ma trudności w dokańczaniu rozpoczętych czynności;

– potrzebuje nieustannego przypominania i instrukcji odnośnie do tego, co ma robić, mimo że są to czynności codziennie powtarzane, np. mycie zębów czy konieczność pójścia do łazienki;
– wykazuje zaburzone przyswajanie treści werbalnych i kłopoty z pamięcią słuchową, co jest powodem kłopotów z wypełnianiem poleceń;
– zaburzone jest przyswajanie bodźców słuchowych, np. rozumienie potocznej mowy, wychwytywanie subtelnych różnic w dźwiękach, kłopoty ze słyszeniem przy dodatkowym hałasie;
– wykazuje słabą zdolność do przywoływania informacji;
– ma trudności z uwewnętrznieniem mowy, często myśli głośno;
– nie umie wyciągać wniosków, przewidywać konsekwencji zachowań.

Koordynacja psychoruchowa

– dziecko wykazuje niepewność przy przenoszeniu przedmiotów;
– ma zmniejszoną wrażliwość na dotyk oraz słabą świadomość własnego ciała;
– szybko się męczy;
– jest niezdarne ruchowo: jego ruchy są kanciaste, bywa, że dziecko chodzi, „głośno tupiąc lub szurając";
– unika podejmowania wysiłków i prac wymagających precyzyjnego wykonania;
– nie jest w stanie wykonywać prostych czynności czy określić, gdzie znajdują się jego części ciała bez własnej kontroli wzrokowej;
– przejawia nieświadomość tego, co się dzieje wokół, niezrozumienie sytuacji;
– potrafi kiwać się, siedzieć bezczynnie czy stać przez długi czas;
– wykonuje tiki lub grymasy twarzy;
– może pojawić się problem z bezkolizyjnym poruszaniem się po pokoju, trudność w chwytaniu i utrzymaniu przedmiotów.

Emocje

– dziecko jest impulsywne;
– wykazuje labilność uczuciową;
– nieumiejętnie rozpoznaje uczucia u siebie i innych, wykazuje brak empatii, trudności w rozumieniu intencji;
– pojawiają się zaburzenia przywiązania;

Metabolizm

Problemy metaboliczne mogą być związane z alergiami pokarmowymi, niskim poziomem cukru we krwi, obecnością pasożytów lub metali ciężkich w organizmie, niskim poziomem kwasów tłuszczowych czy też odwodnieniem związanym ze zbyt małym spożyciem wody.

Najczęstszym problemem jest jednak niedocukrzenie, bezpośrednio wpływające na zachowanie dziecka. Już po obudzeniu dziecko jest poirytowane i pobudzone, nieco uspokajając się po zjedzeniu śniadania. Dzieje się tak dlatego, iż niedocukrzenie powoduje uwalnianie się adrenaliny, co prowadzi do zachowań agresywnych, drażliwości, wybuchowości, złośliwości i wyraźnego pobudzenia. Z kolei niedocukrzenie może wystąpić przy nieregularnym odżywianiu się dziecka albo spożywaniu pokarmów zawierających duże ilości cukru. U dzieci z FAS-em występują również zaburzenia przywiązania. W roli córki czy syna ma ono duże znaczenie.

M. Klecka wyróżnia różne typy zaburzeń przywiązania u dziecka z Alkoholowym Zespołem Płodowym[7]:

Typ I: *nieprzywiązany* – dziecko nie preferuje żadnej osoby z otoczenia, nawet w sytuacjach zagrożenia brak jest jego wyraźnej reakcji emocjonalnej na rozłąkę, nie różnicuje kontaktów towarzyskich (wszystkich traktuje podobnie).

Typ II: *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 nieznanych osób, np. poszukuje u nich pocieszenia.

Typ III: *zahamowany* – dziecko przejawia 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.

Typ IV: *agresywny* – dziecko wyraźnie preferuje jednego opiekuna, ale bliski kontakt jest przerywany wybuchami złości i agresji, przejawia złość częściej i z większym nasileniem niż to czynią rówieśnicy, przejawia lęk.

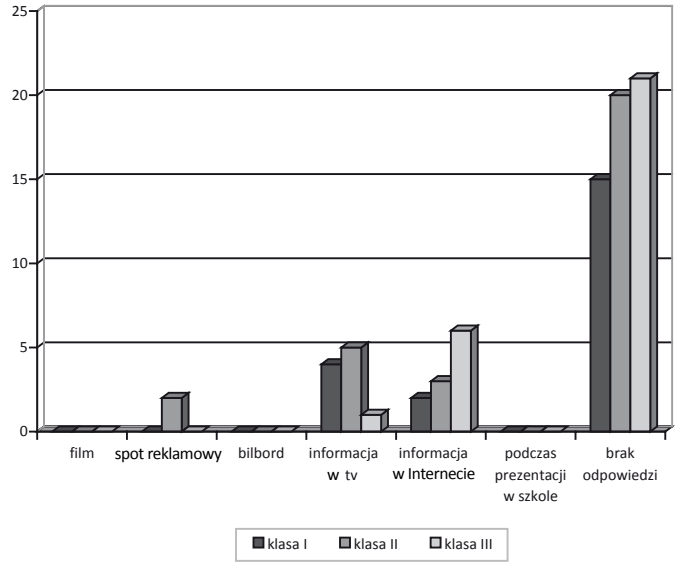
Typ V: *odwrócone role* – role rodzic – dziecko są odwrócone, dziecko utrzymuje bliskość z opiekunem w nieznanym otoczeniu, bez przejawiania lęku, dziecko jest nadmiernie wymagające, rządzące się, nadmiernie troskliwe lub kontrolujące

[7] Tamże, s. 123.

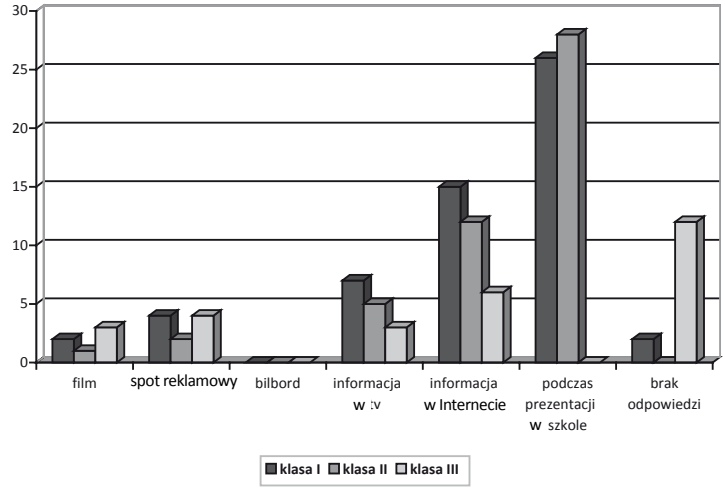
w stosunku do opiekuna, dziecko przejawia nadmierne zainteresowanie psychicznym samopoczuciem rodzica.

Alkoholowy Zespół Płodu w opinii młodzieży z ZSHT w Zakopanem

Wykres 1. Źródła informacji o FAS-ie. Pretest



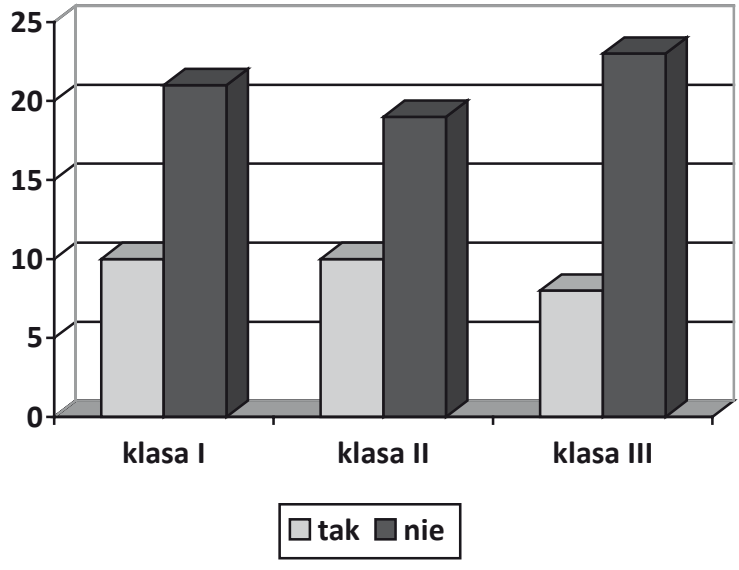
Wykres 2. Źródła informacji o FAS-ie. Posttest



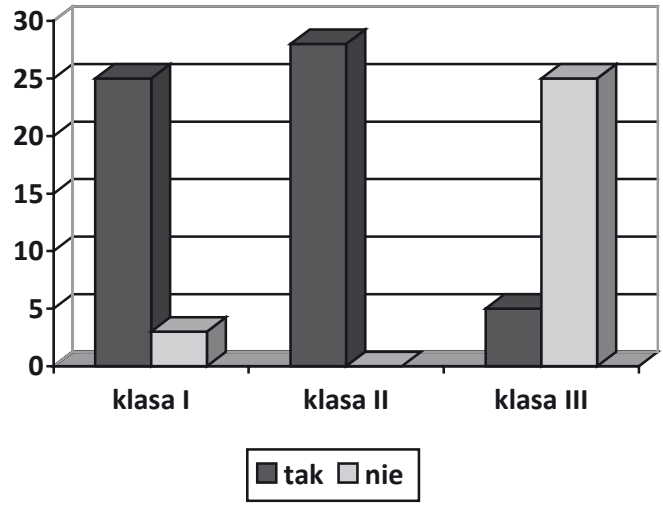
Pierwszy wykres przedstawia źródła informacji o Alkoholowym Zespole Płodu w preteście. Jak widać, wyniki we wszystkich klasach są bardzo zbliżone. Młodzież nie spotkała się z żadnymi informacjami na temat tego zjawiska w filmach i na bilbordach. Zaledwie kilka osób usłyszało o tym w telewizji lub znalazło taką informację w Internecie. Żadnej odpowiedzi nie udzieliły 15, 20 i 24 osoby. Tak niskie wyniki lub nieudzielenie żadnej odpowiedzi zapewne wynikają z braku wiedzy młodzieży w tym temacie.

W trakcie drugiego badania, co ilustruje wykres drugi, nastąpił niewielki, ale znaczący przyrost wiedzy. Mając inne podejście do tego problemu i posiadając już podstawową wiedzę w tym zakresie, uczniowie stali się bardziej wyczuleni i zaczęli zwracać większą uwagę na spoty reklamowe, informacje w telewizji i także wyłapywali informacje w różnego rodzaju filmach. Również sami na własną rękę zaczęli szukać informacji na temat FAS-u w Internecie. Jednak zdecydowanie najwięcej uczniów udzieliło odpowiedzi informującej, że źródłem informacji o FAS-ie była prezentacja w szkole. Zadawalający jest również fakt, iż uczniowie z klasy, w której nie odbyła się prezentacja, zaciekawieni tym terminem, samodzielnie, na własną rękę zaczęli szukać informacji o FAS-ie w Internecie. Pojawiające się spoty reklamowe również wzbudzały ich zainteresowanie.

Wykres 3. Rozumienie terminu FAS. Pretest

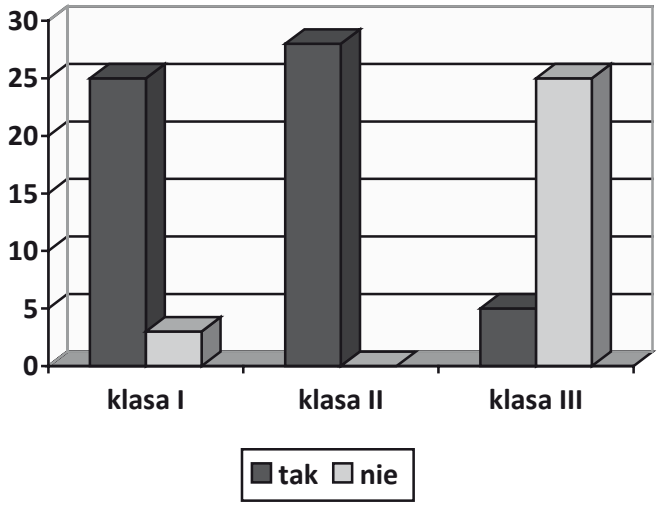


Wykres 4. Rozumienie terminu FAS. Posttest

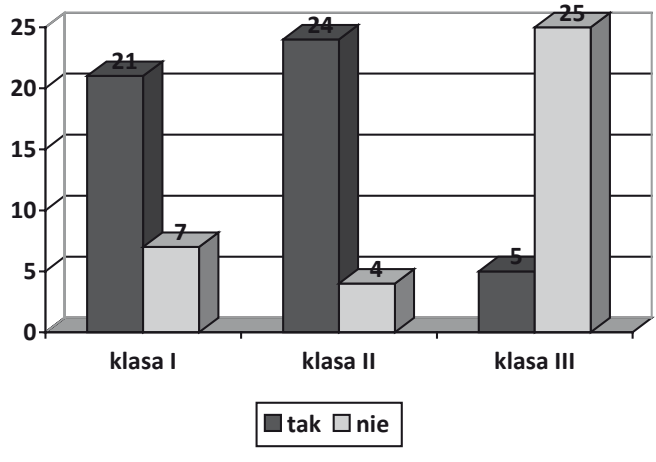


Wykresy podane wyżej wyglądają, jakby kolory z wykresu trzeciego zamieniły się miejscami z kolorami z wykresu numer cztery (oprócz klasy III). W tym pytaniu znowu nastąpił ponad dwukrotny przyrost wiedzy na temat FAS-u. W postteście widoczna jest różnica pomiędzy klasami, w których przeprowadzone zosały zajęcia, a grupą kontrolną. W klasie III na 30 osób obecnych aż 25 odpowiedziało, iż nie rozumie terminu FAS. Niepokojący jest jednak fakt, że spośród 86 osób, które odpowiedziały twierdząco, aż 54 osoby usłyszały o FAS-ie w szkole, podczas prezentacji. Oznacza to, że kampanie, takie jak: „Ciąża bez alkoholu" prowadzone przez PARPĘ, nie docierają do wystarczającej liczby odbiorców.

Wykres 5. Problemy, z jakimi funkcjonują dzieci z FAS-em. Pretest



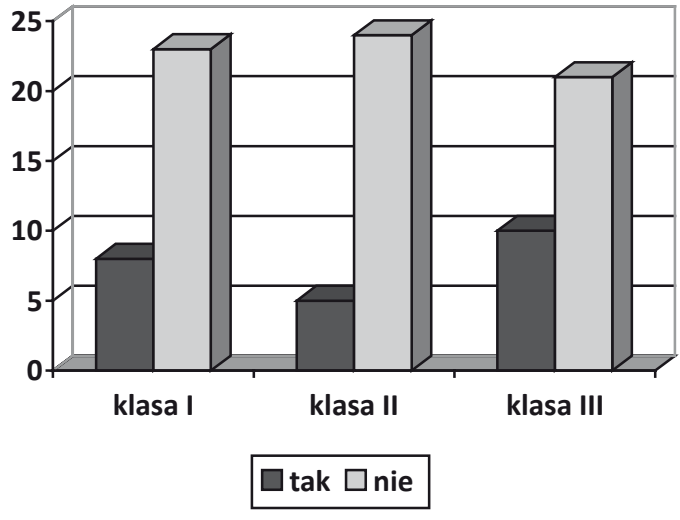
Wykres 6. Problemy, z jakimi funkcjonują dzieci z FAS-em. Posttest



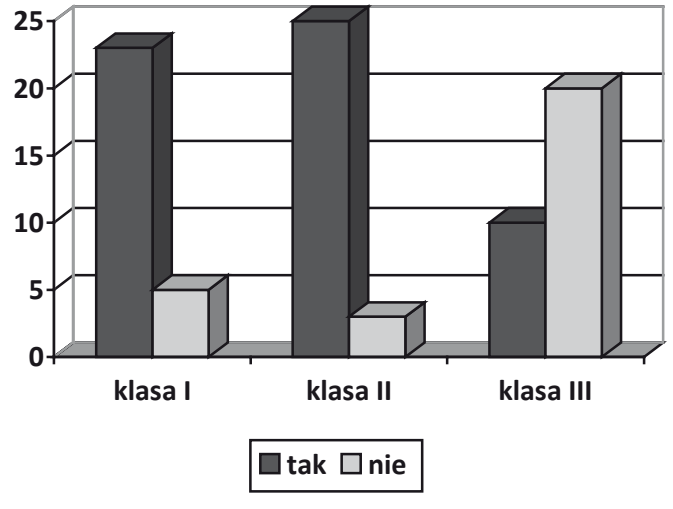
W pytaniu: Czy wiesz, z jakimi problemami funkcjonują dzieci z FAS-em? – podczas przeprowadzanego pretestu aż 72 na 91 osób zaznaczyło, iż nie wie, z jakimi problemami funkcjonują te dzieci, natomiast podczas posttestu 45 na 56 osób odpowiedziało, że wie, a jedynie 11 osób zaprzeczyło. W grupie kontrolnej nie nastąpił przyrost wiedzy – na 30 osób 25 odpowiedziało, że nie wie, a podczas pretestu z 31 osób również 25 odpowiedziało, że

nie wie, jakie są to problemy. W wymienianych odpowiedziach w postteście padały takie odpowiedzi, jak: uszkodzenie OUN, zmiany wyglądu twarzy, zaburzenia w zachowaniu, ogólny niedorozwój, wady serca.

Wykres 7. Zainteresowanie informacjami o FAS-ie. Pretest

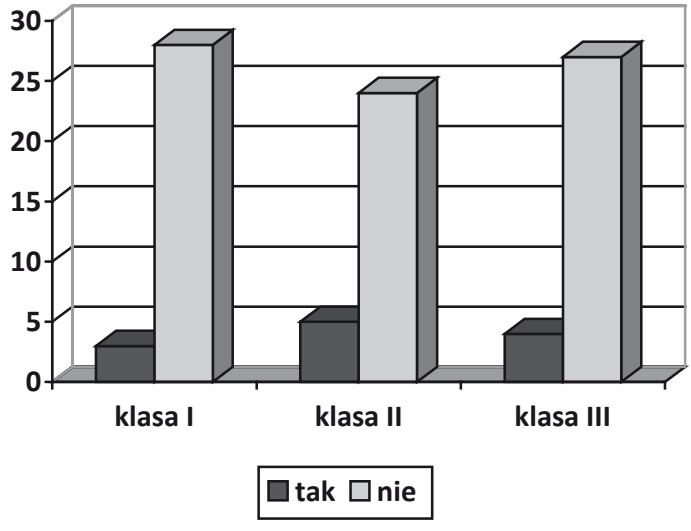


Wykres 8. Zainteresowanie informacjami o FAS-ie. Posttest

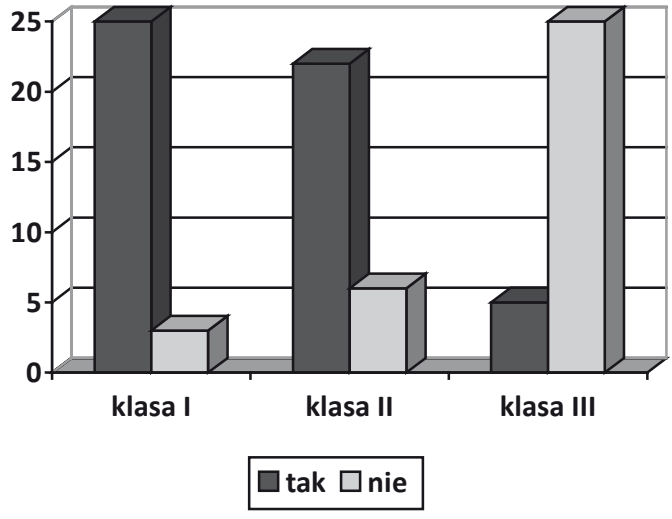


W kolejnym pytaniu wyniki pokazały, jak znacząco przyrost wiedzy o FAS-ie wpłynął na zainteresowanie zdobywaniem kolejnych informacji na ten temat. Jest to bardzo zadowalające. W ankiecie będącej pretestem na pytanie: Czy jesteś zainteresowany/zainteresowana zdobywaniem kolejnych informacji o FAS-ie – jedynie 13 osób na 91 odpowiedziało twierdząco, a po prezentacji, w klasach numer I i II 48 na 56 osób odpowiedziało „tak", w grupie kontrolnej jedynie 10 na 30 osób odpowiedziało twierdząco. Nie dziwi ten fakt, ponieważ w grupie kontrolnej, pozostawionej bez prezentacji, prawie nikt nie rozumiał terminu FAS, co może być główną przyczyną braku zainteresowania tym tematem.

Wykres 9. Informacje o FAS-ie. Pretest



Wykres 10. Informacje o FAS-ie. Posttest



W odpowiedziach na pytanie o informacje na temat FAS-u zauważamy wyraźnie, jak ważne są zajęcia profilaktyczne rozpowszechniające wiedzę na temat FAS-u. W preteście jedynie 12 na 91 osób wiedziało, gdzie szukać informacji na temat FAS-u. W postteście, w grupie kontrolnej, aż 25 na 30 wciąż nie wie, gdzie szukać tych informacji. Natomiast w klasach numer I i II po zajęciach profilaktycznych aż 47 na 56 osób wie, gdzie szukać informacji o FAS-ie.

Wnioski i postulaty

Jak widzimy na podstawie przeprowadzonych przeze mnie badań, wiedza nastolatków na temat FAS-u i picia przez kobietę w czasie ciąży alkoholu nie jest zadowalająca. Młode kobiety mają znikomą wiedzę na temat FAS/FAE oraz zagrożeń z nimi związanych. Widzimy również, jak bardzo zmienił się poziom tej wiedzy po przeprowadzonych zajęciach profilaktycznych. Stopień świadomości na temat FAS-u wzrósł nawet trzykrotnie.

Postawione przeze mnie hipotezy potwierdziły się. Wiedza uczniów ZSHT na temat FAS-u była niewystarczająca, natomiast po przeprowadzonych zajęciach profilaktycznych nastąpił znaczny przyrost wiedzy w tym zakresie.

Wyniki moich badań pokazują, jak ważne jest przeprowadzanie tego typu zajęć w szkołach, wśród młodzieży. To właśnie młodzi ludzie są przecież przyszłymi rodzicami i powinni zdawać sobie sprawę z zagrożeń, jakie mogą dotknąć ich przyszłe dzieci oraz wiedzieć, jak zapobiegać występowaniu tych zagrożeń.

Uważam, że uczniowie, a w szczególności uczennice jako przyszłe matki powinny posiadać większą świadomość w zakresie FAS-u, FAE oraz zagrożeń związanych z piciem w czasie ciąży alkoholu. Powinno być zatem organizowanych więcej kampanii społecznych dotyczących tego problemu, jak również więcej ogólnodostępnych materiałów informacyjnych na ten temat i więcej informacji w szkołach. Organizować należy konferencje, szkolenia, wykłady dla nauczycieli i pedagogów, a oni zdobytą wiedzę powinni przekazywać młodzieży.

Kampanie, takie jak: „Ciąża bez alkoholu", należy bardziej nagłaśniać oraz wprowadzać więcej ich elementów do Internetu, ponieważ to właśnie z tą formą przekazu młodzi ludzie mają do czynienia najczęściej. Myślę, że na zajęciach z profilaktyki uzależnień w szkołach powinien być także podjęty temat FAS-u , jak również zajęcia te powinny być prowadzone w większym zakresie, a nie tylko sprowadzać się do okazjonalnych pogadanek na temat niepicia alkoholu czy zażywania narkotyków. Jak wiadomo, zagrożenie alkoholizmem wśród młodzieży stanowi obecnie olbrzymi problem. Coraz częściej młodzi ludzie piją, choćby dlatego, że nikt im nie przeszkadza w kupowaniu i spożywaniu alkoholu, a producenci alkoholu wydają co roku dziesiątki milionów, by alkohol reklamować i reklamy te adresują przede wszystkim do młodzieży. Problem spożywania alkoholu jest bardzo poważny, gdyż do grona osób spożywających alkohol dołączają coraz młodsze dzieci, z których większość staje się alkoholikami. Są to dzieci pochodzące z rodzin patologicznych, jak również z rodzin, które wydają się dobrze funkcjonować.

Młodzież najczęściej odzwierciedla zachowania dorosłych, a po zdobyciu w sobie wiadomy sposób butelki taniego wina i po jego wypiciu odnajduje w sobie stan lekkości (pozornej), łatwość nawiązywania kontaktu czy samozadowolenie. Tak jak przy uzależnieniu od nikotyny, następuje zapotrzebowanie organizmu na zwiększoną ilość alkoholu, ochota wprowadzenia się w stan „błogości" po przebytym stresie czy załamaniu. Wpływ obyczajów, czyli wspólnego picia, stanowi bardzo popularny

sposób nawiązywania i umacniania kontaktów między ludźmi. Od wczesnych lat uczymy się, patrząc na dorosłych, oglądając filmy i czytając książki, że wspólna konsumpcja napojów alkoholowych jest czymś atrakcyjnym. Następnie, uczestnicząc w życiu towarzyskim, sami odkrywamy uroki towarzyskiego picia, które dla wielu stają się źródłem radości, ułatwiają zbliżenie się ludzi do siebie, tworzą okazję do spotkań, zabawy i załatwiania interesów.

Aby zapobiec nasileniu się tego groźnego zjawiska, należy wprowadzać jak najwcześniej działania profilaktyczne wśród młodych ludzi, dodatkowo rodzice i opiekunowie powinni swoją postawą świadczyć o zaletach życia w trzeźwości.

Literatura przedmiotu

Banach M. (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Fetal Alkohol Syndrome i Fetal Alkohol Effects*, Kraków 2004.

Banach M., Gierat T.W. (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*,Levoca Sk 2009.

A. Basaj, *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, Warszawa 1997.

T. Jadczak-Szumiło, *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Warszawa 2008.

M. Klecka, *Ciąża i alkohol w trosce o Twoje dziecko*, Warszawa 2007.

M. Klecka, M. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD. Rozpoznanie, różnicowanie i podstawy terapii*, Warszawa 2009.

M. Klecka, *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007.

E. Sawaściuk, *Z FAS-trygowane dzieci*, „Charaktery" 08/2007, sierpień 2007.

www.ciazabezalkoholu.pl

www.fas.edu.pl

www.parpa.pl

www.zeropromila.pl

Magdalena Borowy

Porównanie poziomu wiedzy studentów Uniwersytetu Rolniczego oraz Uniwersytetu Pedagogicznego na temat problematyki FAS

Celem badań było ustalenie stopnia wiedzy studentów na temat zagrożeń i konsekwencji spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży.

Badania objęły grupę 50 studentów Uniwersytetu Pedagogicznego oraz 50 studentów Uniwersytety Rolniczego. Cała grupa respondentów liczyła zatem 100 osób uczęszczających na studia stacjonarne.

Badania przeprowadzono w maju 2009 r. W badaniach posłużono się kwestionariuszem ankiety zawierającym 21 pytań, na które respondenci odpowiadali samodzielnie, uzupełniając kwestionariusz.

Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły wiadomości na temat FAS-u, ilości spożywania alkoholu, poglądów studentów na temat spożywania alkoholu w ciąży oraz konsekwencji jego konsumpcji. Kwestionariusz ankiety wykorzystany w trakcie badań zawierał 21 pytań dotyczących Alkoholowego Zespołu Płodu. Kwestionariusz składał się zarówno z pytań otwartych, jak i zamkniętych, a także jednokrotnego i wielokrotnego wyboru.

Pierwsze cztery pytania dotyczyły spożywania alkoholu przez studentów w ogóle, natomiast w dalszej części ankiety pytano o spożywanie alkoholu w ciąży, rozumienie pojęcia FAS, znajomość zagrożeń i konsekwencji spożywania alkoholu w ciąży oraz potrzeby stworzenia materiałów informacyjnych na temat FAS-u.

Zdecydowana większość studentów przyznaje, że spożywa alkohol, czyni tak aż 91% całej grupy badawczej. To ogromna większość przebadanych studentów, jednakże w grupie tej mieszczą się zarówno osoby sięgające po alkohol bardzo sporadycznie, jak i studenci alkoholizujący się niezwykle często.

Częstotliwość spożywanego alkoholu to kolejne pytanie zadane rerespondentom. Pytano, ile porcji alkoholu i w jakim cza-

sie wypijają. Jedna porcja to 10 g czystego alkoholu to szklanka piwa, lampka wina lub kieliszek wódki.

Spośród 100 przebadanych respondentów 91% odpowiedziało twierdząco na zadane pytanie, natomiast 9% udzieliło odpowiedzi „nie". Z przytoczonych danych wynika, iż prawie połowa studentów spożywa porcję alkoholu co najmniej raz w tygodniu, gdyż 25 respondentów wypija „porcję na tydzień", a 24 „kilka porcji na tydzień". Uważam, że przytoczone dane świadczą o bardzo częstym spożywaniu alkoholu przez studentów, co może okazać się niepokojące w świetle przeprowadzonych badań.

Kolejne pytanie dotyczyło rodzaju spożywanego alkoholu. Na pytanie drugie odpowiadali tylko respondenci, którzy w pierwszym pytaniu odpowiedzieli twierdząco. Respondent mógł zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

Z badań wynika, iż piwo jest trunkiem najczęściej spożywanym przez studentów. Często studenci sięgają także po wino – 35 osób udzieliło takiej odpowiedzi. Respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź i tak uczyniła ponad połowa z nich, dlatego też 91 badanych udzieliło 138 odpowiedzi.

Dalszą kwestią poruszaną w badaniach była opinia studentów na temat bezpieczeństwa picia alkoholu w ciąży. Zdecydowana większość respondentów uważa, że spożywanie alkoholu w ciąży nie jest bezpieczne. Twierdzi tak aż 95% procent ogółu badanych. Jest to niewątpliwie wynik napawający optymizmem.

Pięcioro studentów uważa że spożywanie alkoholu w ciąży nie jest szkodliwe, twierdzą oni, że kilka porcji alkoholu na cały okres ciąży to bezpieczna dawka. Przekonania te są błędne, jednakże jest to relatywnie mała grupa w porównaniu do całkowitej liczby respondentów. Według badanych, najbezpieczniejszym alkoholem dla kobiet w ciąży jest wino – wybrało je 27 respondentów. W opinii 9 z nich takim alkoholem jest miód pitny, natomiast dla 4 badanych piwo to bezpieczny trunek. Wydaje mi się, iż taki układ odpowiedzi respondentów może być spowodowany przekonaniami dominującymi w świadomości społeczeństwa polskiego, np. o dobroczynnym wpływie wina na krążenie czy piwa na laktację.

Zdecydowana większość (96) respondentów jest przeciwna i nie pozwoliłaby spożywać alkoholu kobietom w ciąży. Jest to wysoki wynik mogący świadczyć o racjonalnym i dojrzałym podejściu studentów do tego problemu.

Kolejne pytanie dotyczyło sugestii osób trzecich na temat spożywania alkoholu w ciąży.

W tej kwestii największym autorytetem wśród respondentów obdarzona jest osoba lekarza, za jego sugestią na picie alkoholu w ciąży zdecydowało by się aż 48 respondentów. Dlatego tak istotne jest, by lekarze zwracali uwagę swoim pacjentkom na zagrożenia, jakie mogą powstać podczas spożywania alkoholu w ciąży.

W następnym pytaniu kwestionariusza respondenci zaznaczali dowolną ilość odpowiedzi.

Zdecydowana większość respondentów (84) była uprzedzana o szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży. Wynik ten jest wysoki i na jego podstawie możemy zakładać, że tak duża świadomość szkodliwości wpływu alkoholu na płód ustrzeże młode pokolenie przed spożywaniem trunków alkoholowych przez ciężarne.

Największa część badanych o szkodliwości picia alkoholu w ciąży dowiedziała się z telewizji. Często także padały takie odpowiedzi, jak: „z prasy", „Internetu", „od lekarza", „z radia". Taki rozkład odpowiedzi ankietowanych świadczy o ogromnej roli mediów w kształtowaniu wiedzy i świadomości człowieka dzisiejszych czasów.

Kolejne pytanie kwestionariusza dotyczyło pojęcia FAS. Respondenci odpowiadali na pytanie dotyczace pojęcia Alkoholowy Zespłół Płodowy. Większość respondentów (60 osób) nie spotkała się z pojęciem FAS. Pomimo wysokiej liczby respondentów deklarujących wiedzę na temat zagrożeń i konsekwencji spożywania alkoholu w ciąży, w Polsce stosunkowo niedawno pojawiło się pojęcie Płodowego Zespołu Alkoholowegoł jest ono jeszcze mało rozpowszechnione w mediach, co może powodować, iż pomimo świadomości zagrożeń i znajomości konsekwencji spożywania alkoholu w ciąży, społeczeństwu pojęcie FAS-u jest mało znane.

W grupie tych, którym pojęcie to nie jest obce, za najczęstsze źródło informacji wybierano telewizję (27), częstym wyborem był także Internet (15), prasa (11) oraz radio (11). Odpowiedzi te ponownie podkreślają wielką rolę mediów w kreowaniu społecznej wiedzy i świadomości.

Większość respondentów nie potrafi wyjaśnić, czym jest Płodowy Zespół Alkoholowy, co może być spowodowane małą wiedzą społeczeństwa na ten temat, stosunkowo niedawnym

pojawieniem się pojęcia w Polsce lub małym zainteresowaniem mediów tą tematyką.

Zdecydowana większość (79) ankietowanych nie potrafi przybliżyć pojęcia FAS-u. Najczęstszą odpowiedzią wśród respondentów, którzy próbują wyjaśnić termin FAS jest stwierdzenie, iż oznacza to, że matka rodzi pijane bądź uzależnione dziecko. Odpowiedź ta może być spowodowana coraz częstszymi wiadomościami pojawiającymi się w mediach o pijanych matkach rodzących dzieci, które na świat przychodzą także pod wpływem alkoholu. Nie jest to jednak poprawne rozumienie pojęcia FAS-u.

Kolejne pytanie dotyczyło skutków, jakie wywołuje picie alkoholu w ciąży. Dwie trzecie przebadanych studentów uważa, że zna skutki, jakie wywołuje spożywanie alkoholu w ciąży. To dość wysoki wynik, jednakże część z podawanych przez respondentów odpowiedzi może okazać się nietrafnymi.

Najczęstszym ze skutków podawanych przez ankietowanych są upośledzenia/niedorozwój (52 wybory) oraz choroby/kalectwo (22). Ogólnie patrząc na podane przez respondentów odpowiedzi, zauważyć można, że są one poprawne, jednak najczęściej wybierane pojęcia (np. choroby) są tak szerokie, że zawierać się w nich mogą różne elementy, nie zawsze zgodne z teorią na temat FAS-u. Z tych najbardziej charakterystycznych, ale niepotwierdzających wiedzy o FAS-ie można wymienić: alkoholizm dziecka, poronienia, ślepota, nerwica, śmierć dziecka, kłopoty ze słuchem, deformacje ciała itp.

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło konsekwencji, jakie wywołuje alkohol spożywany przez przyszłe matki. Pytanie brzmiało: Z jakimi konsekwencjami wywołanymi piciem alkoholu przez kobietę w ciąży Pani/Pana zdaniem spotykamy się w przypadku dziecka z Alkoholowym Zespołem Płodu? Respondenci mogli zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi. Badani najczęściej wybierali takie odpowiedzi, jak: „niska waga urodzeniowa" – 70 osób oraz ta sama liczba osób „uszkodzenie mózgu", natomiast „upośledzenie umysłowe" zaznaczyło 64 respondentów. Większość studentów prawidłowo wybierała pośród podanych odpowiedzi, jednakże padały także takie odpowiedzi, które nie są konsekwencjami FAS-u (np. takie jak: „zespół Downa" czy „wodogłowie").

Zdecydowana większość ankietowanych (97) uważa, że pojawia się za mało informacji na temat FAS-u. Jest to w Polsce

relatywnie nowe zagadnienie, stąd zapewne zainteresowanie tą problematyką.

Następny problem poruszany w kwestionariuszu dotyczył konieczności poszerzania wiedzy na temat FAS-u. Pytanie, na które odpowiadali ankietowani brzmiało: Kto Pani/Pana zdaniem powinien w większym zakresie przekazywać takie informacje? Najczęściej podawaną odpowiedzią była „telewizja" – 72 respondentów, drugim pod względem częstości wyborem były – szkoły (61 wyborów), natomiast trzecim lekarze (58). Takie odpowiedzi ankietowanych podkreślają, jak wielka jest rola mediów w kształtowaniu wiedzy społeczeństwa. Pojawiały się też takie odpowiedzi, jak: księża, ośrodki zdrowia, pielęgniarki, pedagodzy, pełnomocnicy ds. przeciwdziałania patologiom społecznym i inne.

Zdecydowana większość respondentów życzyłaby sobie, by pojawiło się więcej materiałów informacyjnych na ten temat, świadczy to o dużym zapotrzebowaniu na wiedzę o FAS-ie i problemach, jakie wiążą się ze spożywaniem alkoholu w ciąży. Ankietowani jako najbardziej pożądane źródło informacji podają „bezpłatne broszury informacyjne" (63 osoby) oraz „plakaty i bilbordy" (60 osób). Wybór takich odpowiedzi może być spowodowany zainteresowaniem młodych ludzi właśnie takimi formami przekazu informacji.

Wnioski

Na podstawie wykonanej analizy wyników badań, należy stwierdzić, że studenci przyznają się do częstego spożywania napojów alkoholowych, ze szczególnym upodobaniem do trunków, takich jak piwo czy wino. Większość z respondentów sięga po alkohol dla towarzystwa, co może wynikać ze stylu życia, jaki dominuje w tej grupie społecznej. Większość z nich przyznaje się, że nie zawsze kontrolowała ilość wypijanego alkoholu i zdarzyło im się upić trunkami alkoholowymi.

Zastany stan wiedzy przebadanych studentów na temat FAS-u nie był zbyt wysoki. Większość z nich nie słyszała o Płodowym Zespole Alkoholowym, jednakże w zdecydowanej większości poprawnie określają oni spożywanie alkoholu jako szkodliwe dla rozwijającego się płodu i deklarują, że nie spożywaliby/

nie pozwolili partnerce na spożywanie napojów alkoholowych w ciąży. Pomimo takich deklaracji ponad jedna czwarta respondentów uważa, że wino jest bezpiecznym alkoholem dla ciężarnych kobiet, a aż około połowa z nich sięgnęłaby po alkohol pod wpływem sugestii lekarza. Zdecydowana większość ankietowanych była uprzedzana o szkodliwym wpływie alkoholu na płód, przy czym najwięcej z nich takie informacje otrzymało z telewizji bądź prasy. Pomimo że ponad trzy czwarte respondentów nie potrafi podać przybliżonego określenia pojęcia FAS-u, część z ankietowanych poprawnie wymienia konsekwencje, jakie mogą wystąpić po spożywaniu alkoholu przez ciężarne kobiety. Żaden z respondentów nie podał poprawnej nazwy organizacji zajmującej się problematyką FAS-u w Polsce, pojawiły się odpowiedzi, takie jak: Monar czy AA jednakże nie można traktować ich jako sztandarowych organizacji zajmujących się Płodowym Zespołem Alkoholowym.

Ogromna większość studentów, którzy wzięli udział w badaniach, przeczuwa braki w swojej wiedzy, dlatego też uważają oni, że powinno pojawić się więcej informacji dotyczących Alkoholowego Zespołu Płodu. W mniemaniu tej grupy badawczej problematyką tą w szerszym zakresie powinny zająć się media, szkoły, a także ośrodki zdrowia i lekarze. Informacje powinny być przekazywane w postaci bezpłatnych broszur informacyjnych, plakatów i bilbordów. Respondenci uważają również, że uczelnie wyższe powinny włączyć się w akcję informacyjną o FAS-ie, tworząc plakaty, broszury informacyjne oraz organizując konferencje i sympozja naukowe adresowane przede wszystkim do studentów.

Madgdalena Adamek

Wiedza i świadomość nauczycieli na temat problematyki FAS/FAE

Nie ulega wątpliwości, iż nauczyciele, poza rodzicami, są pierwszymi opiekunami dziecka w pierwszych latach jego życia. Opieka nie sprowadza się tylko i wyłącznie do zaspokajania podstawowych, życiowych potrzeb dziecka, ale przede wszystkim pełni niezwykle ważną funkcję wychowawczą. Aby rozwój wychowanka był harmonijny i odpowiedni, nauczyciel powinien wybrać takie metody i formy pracy, by były one właściwie dostosowane do każdego dziecka z osobna. Zatem podstawowym warunkiem sukcesu pedagogicznego jest znajomość swoich podopiecznych.

W latach siedemdziesiątych w USA zwrócono uwagę na pewien czynnik wspólny, który łączył dużą grupę dzieci z różnymi trudnościami wychowawczymi oraz rozwojowymi. Próbowano powiązać fakt spożywania alkoholu przez matkę dziecka, kiedy była z nim w ciąży, z bieżącymi zaburzeniami dziecka. Przeprowadzając badania, nie ograniczono się wyłącznie do rodzin z problemem alkoholowym, lecz zbadano ogół populacji. Wreszcie Kenneth Lyons Jones i David W. Smith w 1973 roku stworzyli termin Alkoholowy Zespół Płodowy, a także opisali symptomy tej choroby[1].

Jak wynika z sondaży, w Polsce do picia alkoholu w czasie ciąży przyznaje się 30% badanych kobiet. Nie każde dziecko tych matek przyjdzie na świat z syndromem FAS/FAE. Niektóre z nich będą całkowicie zdrowe. Niemniej jednak trudno oszacować skutki, jakie niesie z sobą spożywanie alkoholu przez ciężarne kobiety na ich nienarodzone potomstwo. Etanol potrafi wyrządzić niewyobrażalne szkody w ciągle rozwijającym się,

[1] K. Burda, *Dzieci, które potrzebują przewodnika*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia" 2008, nr 3, s. 3.

bardzo wrażliwym organizmie płodu. Naukowcy do tej pory nie określili minimalnej dawki alkoholu, która byłaby całkowicie bezpieczna dla płodu. Kolejną niewiadomą jest fakt, czy istnieje taki okres ciąży, w którym spożywanie alkoholu nie będzie miało negatywnych skutków na nienarodzone dziecko. Ponadto nie stwierdzono, czy istnieje taki rodzaj napoju alkoholowego, którego spożywanie przez kobietę ciężarną nie wyrządzi szkody jej potomstwu[2].

Niniejsza praca jest próbą zbadania oraz porównania poziomu wiedzy nauczycieli Przedszkoli Samorządowych i nauczycieli Publicznych Szkół Podstawowych dotyczącej wpływu alkoholu wypijanego przez kobiety ciężarne na rozwój dziecka w okresie prenatalnym i postnatalnym. Celem badań stało się również sprawdzenie, czy nauczyciele znają takie pojęcia, jak: FAS czy FAE i na ile orientują się w problematyce Płodowego Zespołu Alkoholowego. Od kilku lat interesuję się tematyką związaną z syndromem FAS/FAE. Uważam, iż w naszym kraju nadal jest to mało zbadana dziedzina, a związana przecież z takimi dyscyplinami wiedzy, jak medycyna i nauki społeczne. Dlatego też podjęłam decyzję, aby od strony naukowej przyjrzeć się tej kwestii. Celem moich badań jest rozpoznanie i opisanie poziomu wiedzy nauczycieli krakowskich Przedszkoli Samorządowych i Szkół Podstawowych na temat problematyki FAS/FAE. Problem badawczy został sformułowany następująco: Jaki poziom wiedzy dotyczący problematyki FAS/FAE prezentuje badana populacja nauczycieli krakowskich Szkół Podstawowych i Przedszkoli Samorządowych? Na potrzeby moich badań zdecydowałam się skorzystać z metody badań sondażowych z wykorzystaniem ankiety. W badaniu posłużyłam się kwestionariuszem ankiety, który zostanie samodzielnie wypełniany przez respondentów. Składa się on z dwunastu pytań zamkniętych z kafeteriami. Miejscem przeprowadzenia moich badań stały się krakowskie Szkoły Podstawowe. Łącznie 16 szkół i 16 przedszkoli, a w nich 50 nauczycieli nauczania zintegrowanego i 50 nauczycieli przedszkola.

Pod opiekę wychowawców trafiają różne dzieci z różnorodnych środowisk. Mimo iż na pierwszy rzut oka mogą wydawać się zdrowe i w normie rozwojowej, to każde z nich będzie wykazywać specyficzne problemy czy zaburzenia rozwoju. Wiąże

[2] M. Klecka, *Ciąża i alkohol. W trosce o Twoje dziecko*, Warszawa 2006, s. 4.

się to bezpośrednio z indywidualnymi możliwościami oraz potrzebami każdego pojedynczego ucznia. Priorytetowym, choć niezwykle trudnym zadaniem nauczycieli jest poznanie swoich wychowanków oraz odkrycie tkwiącego w nich potencjału.

W przypadku dzieci obciążonych syndromem FAS staje się to jeszcze bardziej skomplikowane. Nauczyciele przedszkoli i szkół nie są świadomi, czym tak naprawdę jest Płodowy Zespół Alkoholowy i jakie niesie z sobą konsekwencje. Natomiast właśnie odpowiedni poziom wiedzy, zasygnalizowanie problemu oraz właściwy do niego stosunek stają się szansą dla dzieci z FAS-em czy FAE. Szansą, że ktoś będzie troszczył się o ich prawidłowy rozwój w sposób rzetelny i świadomy. Szansą, że i one z pomocą kompetentnych ludzi osiągną w życiu sukces.

Chciałabym przypomnieć etiologię powstawania Alkoholowego Zespołu Płodowego. Trzeba pamiętać, iż mózg płodu dojrzewa w szybkim tempie i rozwija się bardzo intensywnie już w pierwszych tygodniach ciąży. Z tego też powodu nawet minimalna dawka alkoholu spożyta przez ciężarną matkę pociąga za sobą ryzyko uszkodzenia dojrzewających i wrażliwych neuronów. Wraz z wiekiem u dzieci ujawniają się trudne do zdiagnozowania objawy, m.in.: problemy z koncentracją uwagi oraz pamięcią, trudności w uczeniu się, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego lub większa podatność organizmu na różne schorzenia[3].

Płodowy Zespół Alkoholowy, inaczej znany jako FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*), to zespół pewnych nieprawidłowości rozwojowych, charakterystyczny dla dzieci, których matki spożywały alkohol w czasie ciąży. Wpływ alkoholu może być brzemienny w skutkach. Zaburza on fizyczny, umysłowy oraz behawioralny rozwój człowieka. Ponadto uszkadza funkcjonowanie układów sensorycznych, motorycznych czy oddechowych[4]. Osoby dotknięte syndromem FAS cechują swoiste deformacje w obrębie twarzy, niedobór wagi i wzrostu, a także trwałe uszkodzenie mózgu. Płodowy Zespół Alkoholowy należy do grupy fizycznych i umysłowych schorzeń wrodzonych[5].

Warunkiem wystąpienia Alkoholowego Zespołu Płodu jest alkohol wypijany przez ciężarne kobiety. Z łatwością przedostaje

[3] Tamże, s. 5-6.

[4] VIII Światowy Dzień FAS 14.10.2008. *FASD jako problem całej rodziny. Różne aspekty terapii,* Lędziny, s. 37.

[5] M. Przystałowska, *Płodowy zespół alkoholowy*, „Remedium" 2006, nr 10, s. 30.

się on poprzez ściany łożyska, gdzie następnie zostaje wchłonięty przez płód, nieodwracalnie go uszkadzając. Nasuwający się wniosek jest oczywisty: FAS jest jednostką chorobową[6], której można w 100% zapobiec[7]. Wystarczy tylko powstrzymać się od spożywania alkoholu w czasie ciąży. Zbyt mało jest przeprowadzonych badań, by w pełni poznać dokładne skutki, jakie niesie z sobą bezpośrednia ekspozycja alkoholu na dojrzewający płód. Nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu, która nie mogłaby mu zaszkodzić. Mając to wszystko na względzie, należy bezwzględnie unikać alkoholu przez cały okres trwania ciąży, by nie narazić potomstwa na zaburzony rozwój.

Okazuje się, iż nie wszystkie dzieci, których matki nie zachowały abstynencji podczas ciąży, rodzą się z zespołem FAS. Jedne będą bardziej upośledzone od innych, niektóre będą miały przewagę fizycznych anomalii nad kognitywnymi. W przyszłości te dzieci najprawdopodobniej mogą mieć duże kłopoty z nauką oraz nawiązywaniem przyjaźni. „Dlatego każde z nich będzie potrzebowało odpowiedniego pokierowania i wsparcia"[8].

Warto nadmienić, iż całkowita ekspresja Płodowego Zespołu Alkoholowego nie zależy tylko i wyłącznie od działania samego etanolu na rozwijający się płód. Konsekwencje niosą za sobą również takie czynniki, jak: czas trwania spożycia alkoholu, sposób picia alkoholu (okazjonalne bądź ciągłe), rodzaj spożywanych trunków, sposób odżywania się ciężarnej kobiety, jej wiek, status socjoekonomiczny oraz przynależność etniczna[9].

Wychowawcy powinni zdawać sobie sprawę, iż nie ma dwojga identycznych dzieci cierpiących na FAS/FAE. Na wystąpienie objawów u dzieci wpływa ilość konsumowanego alkoholu przez matkę, a także okres ciąży, w jakim był on spożywany. Do najistotniejszych objawów somatycznych należą przede wszystkim cechy dymorficzne w obrębie twarzy oraz niski wzrost i waga w porównaniu do rówieśników, czyli tzw. objawy pierwotne, z którymi noworodek przychodzi na świat[10].

---

[6] Broszura, *Kobieta i alkohol*, Warszawa 2008.

[7] Broszura, *Fas i mózg*, Warszawa 2008.

[8] M. Banach (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki. FAS i FAE*, Kraków 2004, s. 5.

[9] Tamże, s. 15.

[10] M. Klecka, *Ciąża i alkohol...*, dz. cyt., s. 14-15.

Jednakże, jak wykazały badania, objawy te nie wystąpią u wszystkich dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym. Dlatego też nauczyciele początkowo mogą nie być świadomi, że pracują z dzieckiem o tak poważnych zaburzeniach rozwojowych. Będzie to tym trudniejsze, jeżeli objawów nie widać „na pierwszy rzut oka" (np. brak rynienki podnosowej). Istnieje ryzyko, iż wychowawcy zakwalifikują dziecko z FAS-em lub FAE jako ucznia niezdyscyplinowanego bądź niegrzecznego, który nie słucha poleceń nauczyciela i sprawia tylko problemy wychowawcze.

Nie istnieje możliwość zniwelowania czy wyeliminowania objawów pierwotnych związanych z Alkoholowym Zespołem Płodu, co nie oznacza, że rodzice i wychowawcy nie mogą nic zrobić dla chorego dziecka. Zapewniając mu właściwą opiekę, stwarzając odpowiednie warunki do rozwoju, otrzymuje ono szansę, aby wyrosło na spełnionego człowieka. Jak już wcześniej wspomniałam istnieją także objawy wtórne związane z FAS-em, które powstają w ciągu życia dziecka. Na ich wystąpienie ma wpływ przede wszystkim środowisko, w którym rozwija się dziecko. Nie wolno zapominać o właściwym sposobie postępowania z dzieckiem z Płodowym Zespołem Alkoholowym, a także o tym, jak te osoby są postrzegane przez innych ludzi. Potrzebują one stabilnego, rozumiejącego oraz wspierającego środowiska rodzinnego, a także przedszkolnego i szkolnego.

Do objawów wtórnych zalicza się m.in.: skłonności do wybuchu gniewu, upór i złość; unikanie, wycofanie i izolację; lękliwość, czyli niepewność i ostrożność w nowych sytuacjach; impulsywność, czyli działanie bez refleksji; nadpobudliwość, w tym zespół ADHD; nadwrażliwość na bodźce (głównie dźwięki i dotyk); trudności z przetwarzaniem nadmiernej ilości bodźców, złą organizację własnych działań; problemy z koncentracją uwagi i pamięcią; niskie poczucie własnej wartości; nieumiejętność uczenia się na błędach pomimo stosowanych kar, zaburzenia snu; trrudności adaptacyjne[11].

Przyczyną wszystkich problemów dzieci cierpiących na FAS, FAE jest nie tylko sama istota tego zaburzenia, ale w znacznej mierze niezrozumienie go przez nauczycieli. Jeżeli w dalszym ciągu będą oni traktować nieodpowiednie postępowanie swoich wychowanków jako celowe i świadome, może to doprowadzić

[11] Tamże, s. 16-19.

do chęci ukarania dzieci za ich zachowanie. To natomiast oznaczać będzie karanie za objawy choroby, na które wychowankowie nie mają żadnego wpływu. W konsekwencji takich działań nauczycieli, zaburzenia dzieci mogą się tylko pogłębiać. Nie będą one w stanie pojąć, z jakiego powodu zostały poddane karze, co może tylko zwiększyć ich frustrację lub spowodować zamknięcie się w sobie.

Poziom wiedzy nauczycieli na temat zagrożeń i konsekwencji spożywania alkoholu w ciąży

Badania sondażowe przeprowadziłam na reprezentatywnej 100 osobowej grupie nauczycieli. W grupie wychowawców szkół podstawowych 49 przebadanych przeze mnie osób to kobiety oraz jeden mężczyzna. Wśród nauczycieli przedszkolnych wszystkie osoby badane to kobiety. Rozpiętość wiekowa respondentów sytuowała się między 25. a 55. rokiem życia. Większość z nich może się poszczycić wieloletnim stażem pracy. Wykształcenie wszystkich badanych nauczycieli to wyższe wykształcenie pedagogiczne.

Pytanie pierwsze dotyczyło faktu, czy badana osoba spotkała się kiedykolwiek z terminem Płodowego Zespołu Alkoholowego. Pojęcie FAS-u zna 81 nauczycieli z badanej populacji, a pozostałe 19 osób nigdy o nim nie słyszało. Okazuje się, iż dla znacznej liczby nauczycieli przedszkoli oraz szkół podstawowych termin FAS jest znany. Wskazywać to może na fakt, iż wiedza o Płodowym Zespole Alkoholowym wśród nauczycieli jest coraz lepsza. Jednakże ciągle istnieje duży odsetek badanych, którzy nigdy nie zetknęli się z pojęciem FAS-u czy FAE. Moim zdaniem, jest to bardzo niepokojące. Otóż, co prawda w Polsce dopiero od kilku lat zaczęło być głośniej na temat Płodowego Zespołu Alkoholowego, niemniej jednak nauczyciele i pedagodzy powinni być zaznajomieni z różnymi zaburzeniami czy chorobami ich wychowanków.

Na pytanie dotyczące źródła wiedzy o zespole FAS w grupie nauczycieli odpowiedzi udzieliło 81 respondentów. Pragnę wyraźnie podkreślić, iż w powyższym pytaniu liczba odpowiedzi możliwych do podania wynosiła więcej niż jedną. Zatem całkowita liczba odpowiedzi to 185. Średnio każda z przebadanych

osób zaznaczyła 2-3 z możliwych kafeterii. Zasadniczym źródłem wiedzy o Płodowym Zespole Alkoholowym dla ankietowanych okazały się artykuły prasowe (45 osób) oraz kampanie reklamowe w telewizji (27 osób). Kolejnych 21 przebadanych osób wyszczególniało audycje radiowe, 20 osób inne źródła wiedzy, do których zaliczono studia wyższe (11 osób), programy telewizyjne (4 osoby), literaturę (3 osoby) szkolenie (1 osoba), nauczyciele z klas integracyjnych (1 osoba) oraz praca z chorym dzieckiem (1 osoba).

Część badanych wskazała na strony internetowe (19 osób), pracę (15 osób) oraz opinie znajomych, rodziny (10 osób). 8 wychowawców na pytanie o źródło wiedzy o FAS-ie udzieliło odpowiedzi: konferencje naukowe, następnych 6: opinie lekarza, pielęgniarki czy położnej, tyle samo (6 osób) wskazało na bilbordy.

Uważam, że nauczycielom przedszkoli oraz szkół podstawowych brakuje dostatecznej wiedzy dotyczącej problematyki Płodowego Zespołu Alkoholowego. Z tego też powodu tak istotne i znamienne wydaje się propagowanie cennych informacji o tych zaburzeniach. „Pomimo że w ciągu ostatnich dwudziestu lat znacznie poprawił się stan świadomości społeczeństwa na temat ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu przez kobietę ciężarną, to z przykrością skonstatować należy fakt, że działania podejmowane w tym zakresie w naszym kraju są najczęściej niewystarczające albo mają ograniczony zasięg środowiskowy. Przykładem takiej właśnie działalności jest Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa w Lędzinach. Osoby związane z tym ośrodkiem rozpoczęły intensywne poszukiwanie informacji o FAS-ie i FAE, zjawisk uwarunkowanych piciem alkoholu przez kobiety ciężarne. Działając w strukturach związanych z zastępczym rodzicielstwem, jako pierwsi w Polsce zaczęli na ten temat mówić, organizować konferencje, szkolenia dla rodziców adopcyjnych i zastępczych, pielęgniarek, lekarzy oraz wszystkich zainteresowanych tą problematyką. Stowarzyszenie jest organizatorem obchodów Światowego Dnia FAS w Polsce”[12]. Media podjęły słuszne działania w tym kierunku. Oprócz Kampanii Społecznej „Ciąża bez alkoholu”, od czasu do czasu w telewizji

[12] M. Banach, A. Korzonek, *Strategie postępowania z dzieckiem z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodu*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, T.W. Gierat, Levoca Sk 2009, s. 183.

pojawiają się krótkie programy edukacyjne, jak na przykład wyemitowany w 2007 roku przez TVP 2 program angielskiej telewizji BBC. Dziennikarze oraz naukowcy publikują coraz więcej artykułów dotyczących FAS-u w czasopismach i szeroko rozumianej literaturze. Niemniej jednak wciąż są to raczej pisma specjalistyczne, np. „Świat Problemów", „Remedium" czy „Bliżej Przedszkola". Także w Internecie, uznawanym za najbardziej wpływowe medium w obecnych czasach, można odnaleźć coraz więcej stron poświęconych tej problematyce. Ogromu istotnych oraz wartościowych informacji dostarczają konferencje naukowe, na których można spotkać specjalistów – lekarzy, psychologów, pedagogów, dla których ta jednostka chorobowa, jaką jest Alkoholowy Zespół Płodu, jest już dobrze znana. Muszę przyznać, iż obecnie częstotliwość ich organizowania wzrasta. Ostatnimi czasy odbyły się one w Niepołomicach, Krakowie oraz Lędzinach, gdzie rok rocznie zwołuje się konferencję na temat Płodowego Zespołu Alkoholowego z okazji Światowego Dnia FAS. Małą skutecznością wykazały się bilbordy, choć na ulicy można było spotkać wiele pochodzących z Kampanii Społecznej z 2006 „Ciąża bez alkoholu".

Pytając o źródło, z którego ankietowani dowiedzieli się o syndromie FAS, chciałam sprawdzić, która droga przekazu wiedzy jest najskuteczniejsza. Nie było dla mnie zaskoczeniem, że skuteczne okazały się kampanie reklamowe emitowane w telewizji (27 wychowawców). Jeszcze więcej respondentów (45 osób) przeczytało artykuły prasowe na ten temat bądź wysłuchało audycji radiowych (20 osób), co może świadczyć o tym, iż nauczyciele ciągle dokształcają się, sięgając po fachowe pozycje.

Wyniki badań wskazują, iż zdecydowana większość nauczycieli (99 osób) posiada świadomość, że spożywanie alkoholu przez kobiety w ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia różnych wad urodzeniowych u rozwijającego się płodu. Zdecydowana większość z nich zgadza się z tą opinią. Tylko 1 osoba raczej nie zgadza się, że alkohol może mieć wpływ na wystąpienie wad urodzeniowych u dojrzewającego płodu.

Konsumpcja alkoholu przez kobiety spodziewające się potomstwa wpływa na wzrost ryzyka pojawienia się wad urodzeniowych u płodu. Taką wiedzę posiada 99 przebadanych wychowawców przedszkoli oraz szkół podstawowych. Po raz kolejny widać, że ankietowani posiadają świadomość, na temat

niebezpiecznego wpływu alkoholu nie tylko na zdrowie kobiety, ale również jej nienarodzonego dziecka. Tylko zdaniem jednego nauczyciela używka ta nie wpływa na rozwój płodu.

Nauczyciele przedszkoli oraz szkół podstawowych zapytani o swoją praktykę zawodową odpowiedzieli w następujący sposób. Otóż, zdaniem 35 osób, trudno stwierdzić, czy pracowali z dzieckiem z zaburzeniami poalkoholowymi. Kolejnych 33 wychowawców orzekło, iż nigdy nie mieli pod opieką dziecka z FAS-em bądź FAE. 24 wychowawców przyznaje, iż niektórzy z ich uczniów pasowali do profilu dziecka z FAS-em czy FAE, natomiast 8 nauczycieli potwierdza, że pracowali z wychowankiem cierpiącym na Płodowy Zespół Alkoholowy.

Niebagatelną kwestią moich badań było odkrycie, czy nauczyciele spotkali się w swojej praktyce zawodowej z dzieckiem o zaburzeniach poalkoholowych oraz ilu takich wychowanków było. Większość ankietowanych (łącznie 68 osób) odpowiedziało, że nigdy nie pracowali z takimi podopiecznymi bądź stwierdziło, że trudno im się wypowiedzieć na ten temat. Może to sugerować, iż mieli pod swoją opieką dziećmi obarczone różnorakimi problemami, ale brak było pewności co do przyczyn tych zaburzeń. Mogło to mieć związek z brakiem należytej diagnostyki oraz niedostatkiem wiedzy wychowawcy.

Kolejnych 32 respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej na zadane pytanie. 8 osób, co stanowi 8% wszystkich odpowiedzi, pracowało z dzieckiem z FAS-em, FAE. Moim zdaniem, to znaczna liczba wychowanków, co tylko potwierdza statystyki urodzeń niemowląt obciążonych Płodowym Zespołem Alkoholowym. Z drugiej strony może to wynikać z faktu, że medycyna coraz bardziej troszczy się o dzieci z zaburzeniami poalkoholowymi, które można odpowiednio zdiagnozować, by później wspierać ich prawidłowy rozwój.

67 osób z przebadanej populacji nauczycieli nie wiedziałoby, jakimi metodami wychowawczymi pracować z dziećmi z FAS-em, FAE, gdyby tacy uczniowie znaleźli się w ich grupie przedszkolnej lub klasie szkolnej. Zdaniem 7 z nich, zdecydowanie nie znają odpowiednich metod potrzebnych w pracy z dziećmi obciążonymi Alkoholowym Zespołem Płodu. Natomiast 31 respondentów uważa, że raczej posiada wiedzę na temat metod wychowawczych z chorymi uczniami, a 2 nauczycieli zdecydowanie zna te metody.

Nauczyciele nie do końca wiedzą, jak odpowiednio poradzić sobie z wychowankami obciążonymi syndromem FAS/FAE. Tylko 33% wychowawców uważa, że wie, jak postępować z dziećmi cierpiącymi z powodu Alkoholowego Zespołu Płodu. Jak już wcześniej wspomniałam, tacy uczniowie wymagają właściwego podejścia i traktowania. Istnieje potrzeba, by zastosować pewne zasady i metody pracy, czasem istotna staje się stymulacja rozwoju oraz terapia. Tylko 31 respondentów wyraziło przypuszczenie, iż będą wiedzieć, jakimi metodami pracować z uczniami z Płodowym Zespołem Alkoholowym, a dwoje nauczycieli było o tym zdecydowanie przekonanych.

Dane z badań wskazują na to, iż 22 nauczycieli zna organizacje zajmujące się problematyką FAS-u w Polsce, a pozostałe 78 wychowawców nie potrafiłoby wymienić żadnej z nich. Krótko mówiąc, niewiele, gdyż tylko 22 nauczycieli przedszkoli oraz szkół podstawowych na 100 przebadanych, zadeklarowało znajomość organizacji oferujących pomoc dla wychowanków cierpiących na Płodowy Zespół Alkoholowy. Do organizacji tych należą m.in. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) prowadząca działania prewencyjne i edukacyjne, Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa Oddział Śląski w Lędzinach, Fundacja „Daj szansę" w Toruniu oraz Poradnia Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży z FAS/FAE, które organizują system wsparcia, pomocy i terapii dla osób oraz rodzin z FAS-em. Ponadto warto wspomnieć o Instytucie Matki i Dziecka zajmującym się działalnością badawczą czy Centrum Zdrowia Dziecka, prowadzącym działalność informacyjną. Jednak działalność wyżej wymienionych organizacji nie jest powszechnie znana całemu społeczeństwu i być może z tego wynika także nieznajomość tychże organizacji przez nauczycieli.

Celem ostatniego pytania było skontrolowanie, czy wychowawcy posiadają dostateczną wiedzę na temat FAS-u czy FAE, by móc prawidłowo wspierać rozwój dziecka z takim zaburzeniami. Wyraźna większość przebadanej grupy nauczycieli (83 osoby) sądzi, że nie dysponuje wystarczającą wiedzą, przy czym zdaniem 19 wychowawców, ich poziom wiedzy o problematyce FAS-u jest jeszcze zbyt niski. Według 14 wychowawców, informacje na temat Płodowego Zespołu Alkoholowego są raczej wystarczające, by móc pracować z dzieckiem cierpiącym na ten syndrom. Pozostałych 3 ankietowanych wyraża opinię, że zde-

cydowanie posiada dostateczną wiedzę o FAS-ie i mogą prawidłowo wspierać rozwój dziecka z FAS-em czy FAE.

Ostatnie pytanie z ankiety okazało się swoistym pytaniem kontrolnym względem pytania 9. Dotyczyło ono opinii samych nauczycieli, czy w ich mniemaniu posiadają dostateczną wiedzę na temat Alkoholowego Zespołu Płodu, aby w razie potrzeby móc właściwie pokierować rozwojem dzieci z tymi zaburzeniami. Tak jak przypuszczałam, zdecydowana większość wychowawców (83 osoby) przyznała się do braku posiadanych informacji odnośnie do problematyki tej choroby. Tylko 17 ankietowanych sądzi, że są wystarczająco dobrze przygotowane do pracy z wychowankami obciążonymi FAS-em lub FAE.

Podsumowując ogólne wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań, mogę stwierdzić z całą pewnością, że poziom wiedzy nauczycieli krakowskich Samorządowych Przedszkoli oraz nauczycieli krakowskich Szkół Podstawowych nauczania zintegrowanego dotyczący problematyki FAS-u i FAE jest niewystarczający. Każdego roku rodzi się spora liczba dzieci z zaburzeniami poalkoholowymi. Nie da się zatuszować istniejącego problemu. Kiedy noworodki dorosną, zostają przedszkolakami. Później pójdą do szkoły. Poprzez negatywny wpływ alkoholu jeszcze w trakcie ich życia płodowego, będą one charakteryzować się swoistymi cechami, ale także i ograniczeniami.

Nauczyciele oraz wychowawcy powinni być świadomi, iż istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że tacy uczniowie znajdą się w ich grupie. Z tego właśnie powodu tak istotne wydaje się być podnoszenie świadomości oraz wiedzy opiekunów o specyfice tych zaburzeń. Jak wynika z moich badań, korzystne efekty przynosi popularyzacja tego tematu w mediach. Na szczęście ukazuje się coraz więcej artykułów prasowych, reportaży oraz programów TV dotyczących Płodowego Zespołu Alkoholowego. Internet także daje sporo możliwości. Umieszczając w przeglądarce hasło FAS z dnia na dzień znajdujemy coraz więcej stron, które dostarczają nowych danych o tym syndromie. Trafionym pomysłem okazuje się organizowanie konferencji naukowych, gdyż biorąc w nich udział, można otrzymać rzetelne i prawdziwe informacje od specjalistów z tej dziedziny. Ponadto temat Alkoholowego Zespołu Płodu zaczął pojawiać się na studiach medycznych oraz pedagogicznych, toteż młodzi ludzie posiadają pewien zakres wiedzy związany z tematyką FAS-u.

Myli się ten, kto uważa, iż problem Płodowego Zespołu Alkoholowego znamy dopiero od kilku lat. Na całym świecie zajmowano się nim już od lat 60. To dzięki swoim badaniom opublikowanym w 1968 roku Paul Lemoine, dowiódł, iż alkohol etylowy spożywany przez kobietę w ciąży jest czynnikiem najbardziej teratogennym dla rozwoju płodu. Dlaczego w Polsce zainteresowano się tym tak późno? Tego nie wiem i pewnie nie będzie mi dane się dowiedzieć. Na szczęście optymizmem napawa fakt, iż znaleźli się ludzie, którzy na własną rękę podjęli się trudu zdobycia informacji i poszukali pomocy merytorycznych dotyczących FAS-u. Mam tutaj na myśli znakomitych lekarzy oraz psychologów, między innymi Małgorzatę Klecką, Krzysztofa Liszcza, Ewę Jadczak-Szumiłło i innych. Ich działalność zatacza coraz szersze kręgi i widać wyraźny wydźwięk w postaci zainteresowania ze strony społeczeństwa. Mam nadzieję, że w następnych latach będzie już tylko lepiej.

Trud wychowania młodego człowieka nie należy tylko i wyłącznie do obowiązków rodziców. Kiedy dziecko przestaje być już niemowlakiem i wchodzi w środowisko przedszkolne, a później szkolne, wspieranie jego harmonijnego rozwoju staje się zadaniem wychowawców oraz nauczycieli. Aby mogli oni kompetentnie wykonywać swoją pracę wychowawczo-opiekuńczą, powinni być świadomi historii dotychczasowego rozwoju, możliwości rozwojowych oraz zaburzeń, którymi dotknięci są ich wychowankowie. Zasadne staje się, by nauczyciele byli szczególnie uwrażliwieni na potrzeby oraz ograniczenia rozwojowe swoich podopiecznych.

Współczesna edukacja ma przed sobą nowe wyzwania. Są to niespotykane do tej pory zaburzenia rozwojowe u dzieci. W szczególnie trudnej sytuacji są wychowankowie z FAS-em i FAE, gdyż ich problemy z reguły pozostają niezauważane. Wynika to z jednej, prostej przyczyny – niskiego poziomu wiedzy na ten temat. Może się zdarzyć, że dziecko otrzyma pomoc od nauczycieli i szkoły, jednakże z reguły jest ona nieadekwatna do jego potrzeb, a w konsekwencji pomimo włożonej pracy nie zaistnieją zamierzone efekty. Istnieją trzy główne grupy problemów dzieci z FAS-em i FAE. Są to problemy organizacyjne, pamięciowe oraz czuciowe. Zadaniem opiekuna jest podążanie za wychowankiem i pilnowanie go na każdym kroku.

Pomimo faktu, iż dopiero od kilkudziesięciu lat świat zainteresował się dziećmi, których matki piły alkohol, będąc z nimi w ciąży, to problem ten istnieje od dawna. Jest pewne, że nie zniknie, dopóki społeczeństwo nie będzie miało pełnej świadomości istoty zagrożeń, jakie niesie z sobą alkohol na prawidłowy rozwój płodu. Warto podkreślić, że obowiązkiem nauczycieli jest także pedagogizacja rodziców. Jednak, by mogli przekazywać kompetentne informacje, wcześniej sami muszą być odpowiednio wyedukowani.

Jak słusznie kiedyś powiedział Jerome K. Jerome: „Pijąc cudze zdrowie psujemy własne". A jak się okazuje nie tylko własne...

Literatura przedmiotu

Banach M. (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej FAS i FAE*, Kraków 2004.

Banach M., Gierat T.W. (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Levoca Sk 2009.

Ciąża bez alkoholu, Kraków 2008.

Evensen D., *FAS i mózg*, Warszawa 2008.

Fudała O., *Kobiety i alkohol*, Warszawa 2008.

Jadczak-Szumiło T., *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Warszawa 2008.

Klecka M., *Ciąża i alkohol w trosce o Twoje dziecko*, Warszawa 2007.

Klecka M., *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007.

Klecka M., *Objawy i wczesne rozpoznanie FAS*, „Niebieska Linia", 2006 nr 3.

Klecka M., *Refleksje o leczeniu dzieci z FAS*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej" 2008 nr 7.

Komorowska M., *Diagnoza FAS w praktyce*, „Remedium", 2007 nr 11.

Komorowska M., *Uszkodzenia mózgu u dzieci z FASD*, „Remedium", 2007 nr 12.

Liszcz K., *Rozpoznaję alkoholowy zespół płodowy – FAS*, Toruń 2008.

Liszcz K., *Dziecko z FAS w systemie edukacji*, „Eleuteria", 2007 nr 2.

Przystałowska M., *Płodowy zespół alkoholowy*, „Remedium", 2006 nr 10.

VIII Światowy Dzień FAS 14.10.2008., *FASD jako problem całej rodziny. Różne aspekty terapii*, Lędziny.

CZĘŚĆ IV

Problemy diagnostyczne Alkoholowego Zespołu Płodowego

Jednym z najpoważniejszych problemów, z jakimi przychodzi nam dzisiaj się borykać w zakresie Alkoholowego Zespołu Płodowego, jest problematyka jego diagnozowania. Należy stwierdzić w tym miejscu, że teksty poniższe koncentrujące się na tym właśnie aspekcjcie FASD są dla praktyków najtrudniejsze. Nie ma bowiem ściśle opracowanych i jednoznacznych testów medycznych, aczkolwiek spore osiągnięcia w tym zakresie poczynił zespół prof. Urbanika z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Badania przedstawione w poniższych artykułach mogą być wykorzystane do diagnozowania FASD w ściśle określonych warunkach. Testy medyczne wymagają specjalistycznej opieki i skierowania lekarza. Natomiast wykorzystanie w praktyce opisywanych testów diagnosytycznych wykorzystywanych w Stanach Zjednoczonych jest w warunkach polskich nie do końca uprawnione. Muszą one bowiem zostać zaadaptowane, musi być przeprowadzona ich walidacja i standaryzacja. Takie próby podjęła już Małgorzta Klecka. Można mieć nadzieję, że prowadzone przez nią badania szybko zakończą się sukcesem i pozwolą na prawomocne stosowanie tej metody w praktyce. Opracowania Marzeny Mrozowskiej i Katarzyny Frączak przybliżają możliwości diagnostyczne w tym zakresie.

Marzena Mrozowska

Problemy diagnostyczne dzieci z FASD

Wstęp

FAS jako jednostka chorobowa jest zjawiskiem nowym, niefunkcjonującym w świadomości społecznej, tak jak np. dysleksja czy ADHD. W związku z tym uzyskanie pomocy dla osób dotkniętych tym zespołem jest bardzo trudne.

W wyniku teratogennego wpływu alkoholu na płód rozwój umysłowy, społeczny oraz emocjonalny dzieci z FAS-em ulega znacznemu opóźnieniu i odpowiada wiekowi młodszemu niż metrykalny. Dziecko z FAS-em różni się więc od rówieśników, ma inne potrzeby wychowawcze i edukacyjne. W Polsce istnieją możliwości pomocy takim dzieciom, jak np. podstawy prawne umożliwiające pomoc ze strony poradni pedagogiczno-psychologicznych, szkół i instytucji zajmujących się dziećmi niepełnosprawnymi, praktyka pokazuje jednak, że często te możliwości nie są wykorzystywane, a dzieci z FAS-em oraz ich opiekunowie pozostawieni są sami sobie. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy są trudności ze zdiagnozowaniem tego zespołu. Objawy FAS-u są niespecyficzne, mogące sugerować inne schorzenia albo wręcz tak subtelne, że dziecko sprawia wrażenie mieszczącego się w normie rozwojowej.

Na świecie FAS jest zjawiskiem znanym od 40 lat. Państwa, takie jak USA czy Kanada, dopracowały się własnych narzędzi diagnostycznych dla upośledzeń związanych z prenatalną ekspozycją na alkohol. W Polsce również podejmowane są takie starania. Przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych działa grupa ekspertów FAS. Z inicjatywy jej członków zaangażowanych w różnorodne przedsięwzięcia dotyczące FAS-u, powstają nowe projekty badawcze i edukacyjne. Jest też kilka ośrodków na terenie Polski, gdzie można uzyskać

pomoc dla osób z trudnościami neurorozwojowymi na tle prenatalnej ekspozycji na alkohol. Trwają również prace nad standaryzacją i dostosowaniem do polskich warunków 4-stopniowej skali diagnostycznej we współpracy z Washington State Fetal Alcohol Syndrome Diagnostic & Prevention Network, co pomoże ujednolicić wszystkie zawiłości, a lekarze i terapeuci będą mogli według opisanych standardów diagnozować zaburzenia poalkoholowe u dzieci i młodzieży[1].

Epidemiologia

Jedyną przyczyną powstania FAS-u jest spożywanie alkoholu przez kobietę w czasie ciąży. Ocena częstotliwości spożywania i nadużywania alkoholu przez kobiety ciężarne jest jednak bardzo trudna z wielu powodów. Bojąc się krytyki środowiska, niechętnie przyznają się one do spożywania alkoholu. Często nie mają również wiedzy na temat szkodliwości alkoholu dla rozwijającego się płodu. Do powodów tych trudności dodać należy również fakt niejednoznacznej opinii środowisk lekarskich oraz mediów na temat teratogennego działania alkoholu. Często zdarza się że położnicy – ginekolodzy nie informują pacjentek spodziewających się dziecka o niebezpieczeństwie płynącym ze spożywania alkoholu podczas ciąży, a nawet zachęcają do przysłowiowej lampki wina jakoby działającej pozytywnie, redukującej stres, napięcie, a nawet znoszącej czynność skurczową macicy, przyczyniając się w ten sposób do zmniejszenia zagrożenia przedwczesnym porodem.

Obecnie roczne spożycie alkoholu w Polsce na jednego mieszkańca szacuje się średnio na 9,21 litra[2]. Badanie wzorów konsumpcji alkoholu zrealizowane latem 2008 roku na losowej próbie adresowej liczącej 1075 osób, reprezentatywnej dla dorosłych mieszkańców Polski w wieku 18 lat i więcej wykazało, że największe spożycie alkoholu w grupie kobiet dotyczy 18-29 latek oraz 30-39 latek,

[1] M. Klecka, *4-stopniowa skala diagnostyczna*, referat wygłoszony podczas konferencji naukowej „FASD jako wyzwanie dla rodziny, profesjonalistów, społeczeństwa" IX światowy dzień FAS, Lędziny 9.09.2009.

[2] Wielkość i struktura spożycia alkoholu w Polsce, [online] http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16 (dostęp: 10.03.2010).

a więc wieku, kiedy kobiety najczęściej zostają matkami[3]. Trudno jest oszacować, jaka liczba dzieci urodzi się z różnego rodzaju uszkodzeniami lub jak często w wyniku całkowitego zniszczenia przez alkohol komórek zarodka dojdzie do wczesnych poronień.

Biorąc pod uwagę dane, pochodzące z tego i innych badań przeprowadzonych w latach wcześniejszych na temat ogólnego spożycia alkoholu przez kobiety, szacuje się, że w Polsce co roku rodzi się ok. 900 dzieci z pełnoobjawowym FAS-em. Dziesięć razy więcej dzieci ma inne zaburzenia związane z alkoholem opisywane jako FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder* – Poalkoholowe Uszkodzenie Płodu). Większość przypadków pozostaje nie zdiagnozowana lub zdiagnozowana niewłaściwie[4].

Metody monitorowania spożycia alkoholu i ich zastosowanie dla oceny spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne

Opracowano wiele testów oceniających picie alkoholu wśród ciężarnych. Niektóre z tych badań wykorzystują wskaźniki biochemiczne, świadczące o zaburzeniu przez alkohol homeostazy ustrojowej, inne polegają na stosowaniu różnego rodzaju kwestionariuszy dotyczących sposobu picia alkoholu. Stwierdzenie spożywania alkoholu przez matkę w czasie ciąży jest istotne w procesie rozpoznawania Alkoholowego Zespołu Płodowego u jej potomstwa. Udokumentowanie takiego faktu jest jednym z kryteriów diagnostycznych FAS-u.

Problem występowania Alkoholowego Zespołu Płodowego „pojawia się w sytuacji spożywania alkoholu przez kobietę będącą w ciąży. Pomimo że w ciągu ostatnich dwudziestu lat znacznie poprawił się stan świadomości społeczeństwa na temat ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu przez kobietę ciężarną, to z przykrością skonstatować należy fakt, że działania podejmowane w tym zakresie w naszym kraju są najczęściej niewystarczające albo mają ograniczony zasięg środowiskowy”[5].

[3] Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce, [online] http://www.parpa.pl/download/wzory%202008%20wnioski%20.pdf (dostęp: 04.05.2010).

[4] Co to jest FAS, [online] http://fas.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=35 (dostęp: 12.05.2010).

[5] M. Banach, A. Korzonek, *Strategie i sposoby postępowania z dziećmi z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodu*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M Banach, T.W. Gierat, Levoca Sk 2009, s. 183.

Badania na temat spożycia alkoholu pokazują niepokojący wzrost liczby kobiet i młodych dziewcząt które sięgają po alkohol. Specyfika ich uzależnienia, która sprawia, że dużo rzadziej zgłaszają się na terapię dla uzależnionych od alkoholu, powoduje, że ważne jest stosowanie badań przesiewowych podczas każdej wizyty lekarskiej. Kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z usług medycznych, ponieważ większy ich odsetek cierpi na różnego rodzaju zaburzenia somatyczne (gastryczne, ginekologiczne), zaburzenia depresyjno-lękowe, a także częściej używają środków uspokajająco-nasennych lub przeciwbólowych. Pytanie o spożywanie alkoholu powinno być więc stałym elementem wywiadu lekarskiego.

Rutynowe badania przesiewowe, mające na celu wyodrębnić spośród populacji (np. grona pacjentów danego lekarza) osoby, które mogą wykazywać badane zaburzenie, są praktyką stosunkowo świeżą, ale mającą solidne podstawy. W 1990 r. Institute of Medicine opublikował przełomowy raport na temat wprowadzenia na szerszą skalę leczenia nadużywania alkoholu i narkotyków. Jego autorzy zalecali, żeby wszyscy pacjenci zgłaszający się do poradni byli badani przesiewowo pod kątem różnych problemów ze zdrowiem mogących wynikać z picia alkoholu i jeżeli będzie to konieczne, poddawani krótkiej interwencji albo kierowani na leczenie. Kobiety, które uzyskały pozytywne wyniki w kwestionariuszach przesiewowych, powinny zostać poddane dalszej ocenie i krótkiej interwencji, aby zredukować ryzyko dla rozwijającego się płodu i zwiększyć szanse na szczęśliwe rozwiązanie. Takie stanowisko przedstawiła angielska Royal College of Obstetricians and Gynecologists w wytycznych z 2006 r. dotyczących problemu spożywania alkoholu w okresie poprzedzającym zapłodnienie i w czasie ciąży[6]. Także Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało grupę ekspertów, którym postawiono za cel opracowanie, a następnie, przy wsparciu odpowiednich zarządzeń Ministerstwa Zdrowia, wdrożenie aktualnych zaleceń w zakresie opieki przedkoncepcyjnej[7].

[6] T. Niemiec, *Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. Aktualne (2006 r.) stanowisko Royal College of Obstetricians and Gynaecologistes,* „Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo" 3/2007.

[7] Tamże, s. 48

Wykrycie tego, że kobieta pije w czasie ciąży, jest bardzo ważne, może być jednak trudne. Kobiety często bowiem zmieniają swoje zwyczaje dotyczące picia, gdy dowiadują się o ciąży. Mogą jednak pić w sposób szkodliwy, zanim jeszcze dowiedzą się o swojej ciąży i do niektórych uszkodzeń płodu może dojść wcześniej. Standardowe pytania o aktualnie wypijane ilości alkoholu i częstość picia mogą więc nie ujawnić prawdziwego ryzyka. Do tego mogą posłużyc różnego rodzaju testy i kwestionariusze.

Testem, który początkowo nie był nastawiony na badanie kobiet ciężarnych, ale stanowi źródło takich, pytań jest test MAST (Michigan Alcoholism Screening Test). Zamiarem jego autorów było skonstruowanie jednoznacznego, prostego wywiadu, który mógłby być zastosowany nie tylko przez specjalistów zajmujących się uzależnieniami, ale również przez personel nieprofesjonalny w tej dziedzinie. Test jest oparty na 24 pytaniach, jego rozwiązanie zajmuje ok. 10 min[8].

Test MAST jest dość długi, co czyni go mało praktycznym w powszechnym użyciu. Prace nad uproszczeniem go doprowadziły do powstania kwestionariusza o nazwie CAGE. Kwestionariusz skrócono do 4 pytań, co sprawiło, że nadaje się do stosowania w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej[9].

W oparciu o poprzednie kwestionariusze MAST i CAGE przygotowano testy dla celów badań przesiewowych, skierowanych do kobiet ciężarnych T-ACE i TWEAK. Składają się one z 4 prostych pytań i wypełnienie każdego z nich zajmuje około jednej minuty. Pozwalają wykryć u kobiety ciężarnej, bieżąca konsumpcję alkoholu oraz picie ryzykowne lub alkoholizm w przeszłości[10].

Opis kwestionariusza T-ACE

T (Tolerance) – Ile drinków[11] (porcji alkoholu) musi Pani wypić, aby poczuć się na rauszu?

A (Annoyed) – Czy ludzie krytykujący fakt spożywania przez Panią alkoholu irytują panią?

[8] P. Raczyński, *Materiały informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy*, PARPA, Warszawa 2007, s. 7.

[9] Tamże, s. 8.

[10] Tamże, s. 9.

[11] Drink standardowy to napój zawierający ok. 10g czystego alkoholu. Przypis autorki.

C (Cut) – Czy kiedykolwiek miała Pani poczucie, że powinna Pani przestać pić alkohol?

E (Eye opener) – Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że wypicie drinka było pierwszą rzecz, jaką zrobiła Pani rano, aby uspokoić nerwy albo stanąć na nogi?

Ocena wyników:

Pozytywna odpowiedz na na pytania A, C, E – po 1 pkt,

Jeżeli w pytaniu T badana podała trzy lub więcej drinków (porcji standardowych) – 2 pkt.

Uzyskany wynik dwu lub więcej punktów oznacza, że kobieta prawdopodobnie pije alkohol w sposób ryzykowny.

Kolejnym testem przeznaczonym do badań przesiewowych kobiet ciężarnych jest test TWEAK.

Analiza badań wykazała, że za pomocą trzech pytań można było zidentyfikować 70% kobiet wykazujących dwie lub więcej cech typowych dla picia ryzykownego. Pytania te dotyczyły uświadamianych sobie epizodów utraty przytomności po alkoholu, poczucia konieczności zaprzestania picia oraz zgłaszanych skarg lub obaw ze strony najbliższych badanego z powodu jego picia. Kwestionariusz został utworzony przez kombinację powyższych pytań z pytaniem o tolerancję alkoholu z testu T-ACE oraz pytaniem dotyczącym porannego picia z kwestionariusza CAGE.

Opis kwestionariusza TWEAK:

T (Tolerance) – Ile drinków (porcji standardowych) jest pani w stanie wypić?

W (Worried) – Czy ktoś z Pani przyjaciół lub krewnych martwił się Pani piciem lub na nie narzekał?

E (Eye opener) – Czy czasami wypija Pani drinka zaraz po wstaniu?

A (Amnesia) – Czy zdarza się, że przyjaciele lub członkowie rodziny mówią Pani o rzeczach, które Pani powiedziała lub zrobiła, będąc pod wpływem alkoholu, a których nie jest Pani w stanie sobie przypomnieć?

K(C) (Cut down) – Czy czasami odczuwa pani potrzebę zaprzestania picia alkoholu?

Ocena wyników testu:

Pozytywna odpowiedz na pytania T w sytuacji wskazania przez badaną na trzy lub więcej drinków (porcji standardowych) – 2 pkt,

Pozytywna odpowiedz na pytanie T – 2 pkt

Pozostałe pytania – 1 pkt.

Gdy łączny wynik wynosi 2 lub więcej oznacza to, że badana kobieta prawdopodobnie pije ryzykownie.

Test pozwalający zebrać ilościowe informacje na temat picia alkoholu to kwestionariusz AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). AUDIT zalecany jest przez Światową Organizację Zdrowia i uwzględnia dane z badania fizykalnego oraz niektóre wyniki badań laboratoryjnych[12].

Oprócz konieczności przeprowadzenia wywiadu i rozmowy na temat szkodliwości alkoholu z każdą pacjentką planującą ciążę oraz kobietą ciężarną, wskazano również na możliwość zastosowania biochemicznych metod monitorowania spożywania alkoholu przez kobiety ciężarne. Dysponujemy wynikami badań przeprowadzonych pod kierunkiem prof. K. Niemca w Instytucie Matki i Dziecka, których celem było ustalenie przydatności oznaczania aktywności *beta-heksozoaminidazy* oraz *y-glutamylotranspeptydazy* w moczu do monitorowania spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne w pierwszym trymestrze ciąży i oceny wpływu alkoholu etylowego na rozwój płodu. Grupę badaną stanowiły 22 ciężarne deklarujące abstynencję. Wstępne wyniki badań wskazują, że związki te mogą spełniać rolę biologicznych wskaźników używania alkoholu. Badania wykazały również większą przydatność tych wskaźników w wykrywaniu picia alkoholu przez ciężarne niż badania ankietowe. Co trzecia próbka spośród 22 badanych deklarujących abstynencję ciężarnych wskazywała, że kobieta piła w czasie ciąży[13].

Badania przesiewowe pod kątem problemów związanych z alkoholem można prowadzić w wielu populacjach i w różnych warunkach. Umożliwiłoby to uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaka jest faktycznie skala problemu (głównie identyfikacja i zbadanie dzieci narażonych na działanie alkoholu podczas życia płodowego) oraz podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych.

[12] Tamże, s. 10-12.

[13] K. Niemiec i wsp., *Oznaczenie aktywności beta-heksozoaminidazy oraz y-glutamylotranspeptydazy w moczu jako markerów spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne-doniesienia wstępne*, „Medycyna wieku rozwojowego", 2003, tom VII, 4 część II, Kwartalnik Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, s. 629-638.

Klasyfikacja negatywnych skutków działania alkoholu na płód. Kliniczne cechy FAS-u

Termin Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) pojawił się w czasopiśmie Lancet w 1973 r. użyty przez zespół badaczy, m.in.: Kena Jonesa, Davida Smitha, Christy Ullerand i Ann Streissguth, do opisu kombinacji nieprawidłowości rozwojowych, które obejmowały twarzoczaszkę, kończyny i układ krążenia, jak również deficyt wzrostu i opóźnienia rozwoju u ośmiorga niespokrewnionych z sobą dzieci, urodzonych przez matki alkoholiczki. Badanie pokazało, że alkohol działający w łonie matki na rozwijający się płód powoduje charakterystyczne zniekształcenia w budowie ciała i organów wewnętrznych dzieci. Dalsze badania dotyczyły korelacji pomiędzy zaburzeniami rozwojowymi u potomstwa a intensywnością picia alkoholu przez matkę oraz wpływ na rozwój płodu dodatkowych czynników, takich jak: zły sen, odżywianie, nikotynizm, brak opieki lekarskiej. Badacze wkrótce odkryli, że deficyty rozwojowe zarówno fizyczne, jak i neurobehawioralne u dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol są bardzo zróżnicowane: od klasycznych, obejmujących całą triadę objawów (niska waga przed i pourodzeniowa, uszkodzenia OUN, malformacje twarzoczaszki), przez poważne do całkiem nieznacznych[14]. W 1978 r. Clarren i Smith wprowadzili termin Przypuszczalne Poalkoholowe Uszkodzenie Płodu (FAE) służące do opisu dzieci, u których nie manifestowały się wszystkie zaburzenia z kategorii FAS. Z powodu nadużywania tego terminu przez specjalistów stosujących go diagnostycznie w wielu przypadkach dzieci z zaburzeniami zachowania pochodzącymi z rodzin z problemem alkoholowym, autorzy zaapelowali o rezygnację z tej klasyfikacji jako mało precyzyjnej[15].

W 1996 r. w Institute of Medicine zaproponowano pięć klinicznych kategorii skutków ekspozycji na działanie alkoholu etylowego. Klasyfikacja ta zawiera:

– Płodowy Zespół Alkoholowy z potwierdzoną wewnątrzmaciczną ekspozycją na alkohol FAS;

[14] M. Klecka, *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007, s. 18.

[15] J.M. Aase, K.L. Jones, S.K. Clarren, *Do we Reed the term „FAE"?*, Pediatrics 1995, tom. 95. cyt. za M. Klecka i wsp., *4-stopniowa skala diagnostyczna*, materiały pokonferencyjne „FAS jako wyzawanie dla rodziny, profesjonalistów, społeczeństwa" IX Światowy Dzień FAS, Lędziny 09.09.2009.

– Płodowy Zespół Alkoholowy bez potwierdzonej wewnątrzmacicznej ekspozycji na alkohol;
– Częściowy FAS (Partial FAS) z potwierdzoną wewnątrzmaciczną ekspozycją na alkohol;
– poalkoholowe wady wrodzone ARBD Alcohol-Related Birth Defects;
– poalkoholowe zaburzenia neurorozwojowe ARND Alcohol Neurodevelopmental Disorder.

W 2000 r. autorzy pięciostopniowej kategorii klasyfikacji FAS, w celu uściślenia pojęć, zaproponowali nazwę *Fetal Alcohol Spectrum Disorder(s)* FASD. Ostanie wspólne oświadczenie NEOFAS (National Organisation of Fetal Alcohol Syndrom) i FASD Center of Excellence In Washington DC z 15 kwietnia 2004 r. brzmi następująco:

***„Fetal Alcohol Spectrum Disorder(s)* FASD –** jest ogólnym terminem opisującym całe spektrum skutków rozwojowych u potomstwa matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się; mogą trwać przez całe życie. **Termin FASD nie jest terminem przeznaczonym do wykorzystywania w diagnostyce klinicznej"[16].**

Badania u dzieci z FASD

„Chcesz zrozumieć funkcjonowanie swojego dziecka?
Spróbuj zrozumieć, jak funkcjonuje jego mózg".
Małgorzata Klecka

FASD jest zespołem nieprawidłowości o różnorodnych objawach. Fundamentem trudności rozwojowych dzieci z FASD są uszkodzenia w zakresie OUN. To tzw. zaburzenia pierwotne. U większości dzieci, aby ocenić, czy ich rozwój jest zaburzony, istnieje konieczność przeprowadzenia specjalistycznych badań umożliwiających dokładne określenie zaburzonych obszarów.

Przykładowe badania to:
– badania audiologiczne – dzieci z FASD cierpią często na nadwrażliwość lub niedowrażliwość słuchową. Zdarza się, że

[16] M. Klecka, M. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD. Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii"*, Warszawa 2009, s. 8.

dzieci straciły słuch w wyniku nieleczonych, przebytych infekcji ucha środkowego, które u dzieci z zaburzeniami czucia mają przebieg bezbolesny.
– badania rentgenowskie czaszki – w przypadku, gdy wielkość głowy dziecka jest wyjątkowo mała lub duża albo gdy podejrzewa się zwapnienia wewnątrzczaszkowe czy wadliwy rozwój czaszki;
– tomografia komputerowa CT mózgu – jest to technika umożliwiająca bezpośrednie obrazowanie mózgu. Badania tomograficzne są przydatne do wykrywania guzów, wodogłowia, torbieli czy też nagromadzeń krwi/płynów, wrodzonych anomalii;
– rezonans magnetyczny MRI – pozwala uzyskać przekrojowe obrazy mózgu. Badania MRI jest skuteczne w wykrywaniu nieprawidłowej mielinizacji oraz defektów pnia mózgu;
– emisyjna tomografia pozytronowa PET – metoda pozwalająca otrzymać informację o funkcjonowaniu mózgu. Wskaźnikiem aktywności jest stopień wykorzystania przez niego glukozy. Największa ilość glukozy gromadzi się w najbardziej aktywnych komórkach mózgu;
– elektroencefalografia EEG – technika ta mierzy zmiany aktywności elektrycznej na powierzchni mózgu. U osób z FASD badanie to może być pomocne, gdy podejrzewa się zaburzenia napadowe.

Do opracowania diagnozy dotyczącej OUN specjaliści neurorozwojowi posługują się tzw. profilem neurorozwojowym. Dzięki niemu oceniają funkcjonowanie OUN w porównaniu z prawidłowym rozwojem. Profil używany w programie FAStryga, według Toni Hager, stosowany w Centrum Opieki Zastępczej w Lędzinach odwołuje się do 12 poziomów funkcji neurologicznych, 4 oceniających funkcjonowanie zmysłów i 4 oceniających funkcje motoryczne.

4 poziomy sensoryczne pozyskują, a potem przetwarzają informacje płynące ze zmysłów: dotyku, wzroku, a także wyrażone przez emocje. Motoryka pozwala przechowywać i korzystać z informacji pochodzących ze zmysłów. Dzięki temu procesowi następuje rozwój mowy, pamięci, zdolności uczenia się, funkcjonowania społecznego, zachowania oraz funkcji poznawczych. Rozwój jest bezpośrednim następstwem tego, w jaki sposób mózg przyjmuje, przetwarza, gromadzi i wykorzystuje informacje płynące ze środowiska.

Ewaluacja neurorozwojowa rozpoczyna się oceną funkcji poszczególnych zmysłów dziecka: dotyk, słyszenie i widzenie, rozwój emocjonalny i społeczny, motoryka duża i mała, mowa, pamięć krótkotrwała, operacyjna, funkcje poznawcze (kognitywne) i społeczne (zachowawcze)[17].

Pod wpływem alkoholu rozwój płodu zostaje zaburzony na wiele sposobów. Oprócz strukturalnych i funkcjonalnych uszkodzeń mózgu dzieci poalkoholowe borykają się z ogromną ilością różnorakich problemów zdrowotnych związanych z prenatalnym uszkodzeniem organów wewnętrznych m.in. serca, nerek, wątroby. Często spotyka się defekty narządu wzroku, słuchu, układu kostnego. Dzieci z FASD potrzebują więc interdyscyplinarnego i indywidualnego podejścia. W proces diagnostyczny oraz działania terapeutyczne musi być zatem zaangażowanych wielu specjalistów z różnych dziedzin, tj.: neonatolog, lekarz pediatra, psycholog, psychiatra, neurolog, gastrolog, kardiolog i wielu innych w zależności od indywidualnego przypadku. Prócz tego potrzebni są również pedagodzy, kuratorzy, sędziowie, pracownicy socjalni wyposażeni w wiedzę na temat FASD, aby osobom dotkniętym tym schorzeniem oraz ich rodzinom pomóc.

Do wad rozwojowych wynikających z prenatalnej ekspozycji na alkohol dodać należy bardzo ważny fakt istnienia tzw. szkód środowiskowych. Bardzo niewiele dzieci z FASD wychowuje się w rodzinach biologicznych. Wiele z nich przebywa w zinstytucjonalizowanych ośrodkach opieki, w rodzinach zastępczych lub adopcyjnych. Mają więc za sobą wiele traum związanych z zaniedbaniem, wykorzystaniem seksualnym, porzuceniem z wieloma formami przemocy. Przychodzą na świat lub nabywają po narodzeniu różnego rodzaju choroby, jak AIDS, zapalenie wątroby, choroby weneryczne. Te dodatkowe brzemiona, które niosą, niezwiązane bezpośrednio z działaniem alkoholu, pogarszają jeszcze i tak trudną sytuację zdrowotną tych dzieci i również wymagają trafnego różnicowania i diagnozy.

Różnicowanie

Według opinii amerykańskich i kanadyjskich specjalistów zajmujących się diagnostyką, FASD to największy „przebieraniec", gdyż często upodabnia się do innych zaburzeń i niedorozwojów

[17] M. Klecka, *Fascynujące dzieci*, Kraków 2007, s. 141-149.

fizycznych i psychicznych. U wielu dzieci obciążonych FASD często stwierdza się m.in. takie zaburzenia, jak: nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD), zespół Aspergera, zespół zaburzeń więzi oraz inne schorzenia, których cechy fizyczne przypominają FAS[18]. Trudności w postawianiu właściwej diagnozy dodaje fakt małej wiedzy wśród specjalistów różnych dziedzin na temat tego zespołu. Często mimo ciężkich wad rozwojowych i widocznych dysmorfii, dzieci nie są diagnozowane w kierunku FAS-u. Każdą wadę mają oznaczoną osobno, właściwym dla danej choroby numerem. Opiekunowie wędrują od specjalisty do specjalisty, dołączając do teczki z dokumentami choroby dziecka coraz większą ilość wyników różnych badań i postawionych diagnoz. Jeżeli nikt nie połączy tych uszkodzeń ze spożywaniem alkoholu przez matkę podczas ciąży, zaowocuje to nieefektywnym leczeniem i co za tym idzie, terapią. Pojawi się frustracja i poczucie porażki u opiekunów chorego dziecka, którzy wiele wysiłku wkładają w pomoc dziecku, a w zamian osiągają bardzo mizerne bądź z goła żadne wyniki.

Kluczem do zrozumienia dzieci z FASD jest świadomość, że są one nie tylko dziećmi alkoholików, u których większość zachowań i zaburzeń ma swoje źródło w środowisku pełnym przemocy i zaniedbania. Osoby z FASD prezentują kliniczne objawy związane z toksycznym działaniem alkoholu na rozwijający się mózg w okresie prenatalnym, co nie zależy od środowiska rodzinnego.

W chwili obecnej FAS i ARND są diagnozowane jako przewlekłe zaburzenia rozwojowe i neuropsychiatryczne[19].

Jeśli idzie o podobieństwo objawów FASD do ADHD, to pierwsze badania porównawcze między tymi zespołami zaburzeń pokazują, że dzieci z FASD mają inny profil behawioralny, gorsze rozeznanie i funkcjonowanie w obszarze zachowań społecznych oraz słabiej rozpoznają i wyrażają emocje niż dzieci z ADHD. Społeczne deficyty u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi mogą mieć zupełnie inne źródło w przypadku poszczególnych jednostek zaburzeń. Dzieci z ADHD doświadczają problemów w kontaktach z innymi z powodu braku mechanizmów hamo-

[18] M. Klecka, m. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii,* PARPA, Warszawa 2009, s. 15.

[19] Tamże, s. 8.

wania i samoregulacji, a nie braku wiedzy i świadomości obowiązujących norm społecznych. Dziecko z ADHD dokładnie wie, jak ma się zachować, lecz nie potrafi tego zachowania wcielić w życie z powodu słabej kontroli impulsów i koncentracji. Odwrotność tej sytuacji stanowią dzieci autystyczne, które mają skrajne deficyty w sferze kontaktów społecznych, ale zupełnie tego nie dostrzegają i nie uświadamiają sobie. Zatem przy ocenie jakościowych różnic w modelach funkcjonowania społecznego w przebiegu zaburzeń neurorozowjowych ważne jest nie tylko przyglądać się zewnętrznym zachowaniom, ale także leżącym u ich podstaw mechanizmom poznawczym. Badanie różnic między FASD a ADHD dotyczy głównie funkcjonowania społeczno-poznawczego jako zdolności do zaobserwowania i rozróżniania myśli, postaw, wierzeń, intencji własnych od cudzych oraz „przetwarzania emocjonalnego" zdefiniowanego jako zdolność do rozpoznawania i różnicowania pomiędzy stanami emocjonalnymi u innych i u siebie. Umiejętności te stanowią podstawę do właściwej komunikacji międzyludzkiej. Istotą deficytów dzieci z FASD jest niezdolność do rozumienia i interpretacji stanów emocjonalnych i mentalnych ludzi.

Dzieci i nastolatki z FASD przypominają dzieci z ADHD i zaburzeniami zachowania w sferze zachowań antyspołecznych, takich jak: oszustwa i kradzieże. Czyny te mają jednak całkiem inne podłoże. Dzieci z FASD nie rozumieją, że powinny zachowywać się w określony normami sposób. Świadomość tej różnicy jest istotna ze względu na stawianą diagnozę i podejmowane działania terapeutyczne.

Uważa się, że profile rozwojowe i obserwacyjne dzieci FASD powinny być poszerzone o takie terminy, jak „rozproszenie" i „ciągły niepokój ruchowy"[20].

Innym należącym do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych zespołem jest Zespół Aspergera. Podobnie jak w przypadku FASD, zaburzenie to charakteryzuje się m.in. trudnościami w sferze kontaktów społecznych i wyobraźni.

Zespół Aspergera obecnie jest uznawany jako podgrupa zaburzeń w spektrum autyzmu. Osoby dotknięte tym schorzeniem oraz te, które cierpią z powodu prenatalnej ekspozycji na alkohol, mają podobne zaburzenia społeczne, takie jak: niezdol-

[20] Tamże, s. 15-16.

ność do uczestnictwa w interakcji z rówieśnikami (trudności w rozumieniu konwencji społecznych, zasad zabawy, „chłód emocjonalny"); słabe rozumienie wskazówek społecznych (trudności w rozumieniu koegzystencji, niestosowne uwagi); większe wykorzystanie pamięci niż rozumienia; lgnięcie do tego, co powtarzalne; problemy w zakresie komunikacji niewerbalnej; nieporadnej mowy ciała, ograniczonej lub niewłaściwej ekspresji twarzy; tudności w regulowaniu fizycznej bliskości z innymi, trudności w kontynuowaniu rozmowy[21].

Zaburzenia więzi to kolejna dysfunkcja, z jaką muszą borykać się poalkoholowe dzieci. Tworzenie prawidłowych więzi z ważnymi osobami dorosłymi (rodzicami, opiekunami) jest bardzo ważne dla dalszego rozwoju. Dzieci z FASD zwykle nie wychowują się w rodzinie biologicznej, ale w rodzinie zastępczej, adopcyjnej lub instytucji opiekuńczo-wychowawczej.

> „Nie ma takiego doświadczenia dla małego dziecka,
> które z większym prawdopodobieństwem wzbudzałoby w nim
> intensywną i gwałtowną niechęć do matki, jak separacja".
>
> John Bowlby

„Przywiązanie" to termin, który wykorzystał Bowlby do nazwania procesu, za pomocą którego dziecko tworzy więź ze swoim początkowym opiekunem, najczęściej matką. Zgodnie z tą teorią do zachowań związanych z przywiązaniem zalicza się te zachowania, które prowadzą do poszukiwania i utrzymywania bliskości konkretnej, preferowanej przez dziecko osoby, z reguły matki, w celu otrzymania od niej pociechy i ochrony. Powodują one wytworzenie się więzi uczuciowej między dzieckiem i matką, a potem między dzieckiem i innymi bliskimi członkami rodziny. Ważnym punktem teorii przywiązania jest założenie, że chociaż zachowania związane z przywiązaniem są najbardziej widoczne i intensywne w pierwszym okresie rozwoju, to można je obserwować na przestrzeni całego życia ludzkiego.

Strukturami poznawczymi, odpowiedzialnymi za funkcjonowanie systemu przywiązania, w tym ciągłości przywiązania w ciągu całego życia, są wewnętrzne modele operacyjne. Modele te formują się w toku interakcji z postaciami przywiązania. Jeśli osoby, do których dziecko jest przywiązane, są łatwo dostępne

[21] Tamże. s. 19.

i wrażliwe na jego potrzeby, rozwija ono wewnętrzne modele zawierające pozytywne przekonania na temat tych osób, a przez generalizację na temat innych ludzi oraz na temat samego siebie jako osoby godnej miłości i akceptacji. Jeśli natomiast osoby te nie są łatwo dostępne i nie wyrażają gotowości do okazywania pomocy i opieki, dziecko rozwija wewnętrzne modele zawierające negatywne przekonania na temat osób, do których jest przywiązane, jako mało przewidywalnych i niegodnych zaufania oraz negatywny obraz siebie samego.

Dzieci z FASD często są pensjonariuszami zinstytucjonalizowanych ośrodków opieki. Z opieką instytucjonalną, jakiej doświadczają, wiążą się poważne zagrożenia. Jednym z nich jest zespół wad zwany Reaktywnymi Zaburzeniami Przywiązania w Dzieciństwie (*attachment disorder of childhood, reactive*). To utrwalone nieprawidłowości wzorca związków społecznych u dziecka, które wiążą się z zaburzeniami emocjonalnymi i stanowią reakcję na zmiany warunków środowiskowych. Zaburzenia te objawiają się jako np. strachliwość, nadmierna czujność, słabe kontakty społeczne z rówieśnikami, agresja wobec siebie i innych, wyniszczenie, a w niektórych przypadkach upośledzenie wzrostu.

Innym zaburzeniem związanym z opieką instytucjonalną są Zaburzenia Selektywności i Przywiązania w Dzieciństwie. Najczęściej występuje u dzieci, u których we wczesnym dzieciństwie zmienił się opiekun. Nieprawidłowy wzorzec funkcjonowania społecznego powstaje w pierwszych pięciu latach życia. Utrzymuje się często nawet wtedy, gdy dziecko zostanie otoczone stabilną opieką.

Konsekwencją zaburzeń więzi u dziecka może być rozwinięcie się zaburzeń zachowania, depresyjnych zaburzeń zachowania lub mieszanych zaburzeń zachowania i emocji[22].

Do zaskakującego odkrycia doszła prof. Ann Streissguth, która w 1996 przeprowadziła badania na grupie 473 osób z FAS-em, poddając ich testom Wechslera, oceniającym poziom IQ. Rozpiętość wyników była ogromna. Od 20 (głębokie upośledzenie) do 120 (ponadprzeciętna inteligencja). Wniosek z badań jest niezwykle ważny: upośledzenie umysłowe nie jest cechą charakterystyczną dzieci z FASD[23]. Ponadto obserwacja zjawiska dowodzi, że dzieci z niższym ilorazem radzą sobie lepiej niż te

[22] Tamże, s. 23-27.

[23] M. Klecka, *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007, s. 78.

z ponadprzeciętną inteligencją. Prawdopodobnie jest tak dlatego, że dzieci z upośledzeniem są objęte specjalną troską, wobec nich stosuje się niższy próg wymagań oraz specjalne strategie terapeutyczne. Od dzieci z wysokim IQ oczekuje się dużo więcej niż potrafią z siebie dać, co prowadzi do różnego rodzaju zaburzeń wtórnych; depresji, zaburzeń zachowania, uzależnień etc.

Dysponujemy wynikami badań Teresy Jadczak-Szumiło psychologa i pedagoga, ekspertki ds. terapii dzieci przy PARPA, która przeprowadziła studium przypadku dwojga dzieci, chłopca i dziewczynki w wieku 10 i 11 lat. Dzieci miały zewnętrzne oznaki FAS-u, różną sytuacje rodzinną oraz otrzymały różny wynik w teście WISC-R. Dziewczynka 62 IQ, a chłopiec 113 IQ. Badanie to pokazało, że test ten nie różnicuje problemów dzieci z FAS-em. Mimo wysokiego IQ chłopiec miał orzeczenie o kształceniu specjalnym ze względu na zaburzenia zachowania. Badanie potwierdziło opisywane w literaturze trudności dzieci z FAS-em, polegające na kłopotach w rozumieniu metafor, dowcipów i meta-kontekstu języka, niemożności zrozumienia zabarwienia emocjonalnego związanego z sytuacjami społecznymi, co w pełni wyjaśnia kłopoty, jakie mają w swoich środowiskach poalkoholowe dzieci[24].

Trudności diagnostyczne FASD przejawiają się również w różnicowaniu cech dysmorficznych, które nie są specyficzne tyko dla tego zespołu. Poniżej przedstawiam przykłady zespołów wrodzonych i genetycznych mogących przypominać FASD.

Tabela 9: Zespoły przebiegające z malformacjami przypominającymi FAS[25].

Kliniczna nazwa	**Cechy wspólne z FAS-em**	**Cechy odmienne od FAS-u**
Zespół Aarskoga (dysplazja twarzowo-genitalna)	Szeroko rozstawione oczy, mały zadarty nos, szerokie *philtrum* i hipoplazja środkowej części twarzy	Twarz okrągła, ,,wdowi szpic", antymongoidalne ustawienie szpar powiekowych
Blepharophimosis syndrome (BPES)	Krótkie szpaty powiekowe i ptoza (opadające powieki)	Odwrócona zmarszczka nakątna, telekantus

[24] T. Jadczak-Szumiło, *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku,* PARPA, Warszawa 2008.

[25] M. Klecka, *4-stopniowa skala diagnostyczna,* referat wygłoszony podczas Konferencji Naukowej IX Światowego Dnia FAS.

Zespół Kornelii De Lang	Spłaszczona rynienka podnosowa, płaska nasada nosa, wgłębienie nasady nosa, mikrocefalia	Zrośnięte brwi, długie rzęsy, opadające kąciki ust, mikromelia (upośledzenie rozwoju kończyn)
Dubowitz syndrom	Zmarszczki natkane, ptoza, krótkie szpary powiekowe, mikrocefalia	Szeroki czubek nosa
Fetal anticonvulsant syndrome	Hipoplazja środkowej części twarzy, zmarszczki natkane, wydłużona rynienka podnosowa, cienka górna czerwień wargowa	Półkolista górna warga, wysokie czoło
Matczyna fenylekotonuria	Zmarszczki natkane, krótkie szpary powiekowe, długa, słabo wykształcona rynienka podnosowa, mikrocefalia	Mały zadarty nos, okrągła twarz
Zespół Noonan	Obniżona nasada nosa, zmarszczki natkane, szeroko rozstawione oczy, wydłużona rynienka podnosowa	Szerokie wargi skośne szpary powiekowe, dobrze wykształcone *philtrum*
Embriopatia toluenowa	Krótkie szpary powiekowe, hipoplazja środkowej części twarzy, mikrocefalia, wygładzona rynienka podnosowa, cienka górna warga	Anomalie małżowin usznych
Zespół Williamsa	Krótkie szpary powiekowe, zadarty nos, szerokie *philtrum*, hipoplazja szczęki, wgłębienie nasady nosa, zmarszczki nakątne, mikrocefalia	Szerokie, pełne wargi, wydęta dolna warga, gwiaździsty wzór tęczówki, wysklepienie okolic okołooczodołowych
Inne zespoły delecji/duplikacji chromosomowych	Krótkie szpary powiekowe, hipoplazja środkowej części twarzy, wygładzona rynienka podnosowa	

Podsumowanie

Od kilkudziesięciu lat mamy do czynienia z intensywnym rozwojem kryteriów diagnostycznych FAS-u i innych zaburzeń poalkoholowych. Na dzień dzisiejszy nie ma w naszym kraju opracowanego i rozpowszechnionego narzędzia diagnozującego FAS. W Polsce grupa kilku osób buduje swoją wiedzę na

podstawie doświadczenia z pracy z dziećmi z historią poalkoholową, dobudowując do tego wiedzę czerpaną z różnych źródeł m.in. od specjalistów różnych dziedzin medycznych, psychologów i psychiatrów. Mnóstwo tych działań opiera się więc na intuicji. Istnieje zatem ogromna potrzeba jednolitego, wystandaryzowanego narzędzia diagnostycznego.

Na jesieni 2009 r została rozpoczęta realizacja programu sprowadzenia z USA narzędzia „4 stopniowej skali diagnostycznej FASD", którym tamtejsi diagności, jako bardzo dokładnym i szczegółowym, posługują się z powodzeniem od kilku lat. Zostaną przetłumaczone i przystosowane do polskich warunków narzędzia oraz podręcznik. Pierwsze szkolenia 8 osobowego zespołu projektowego planuje się na połowę roku 2010. Następnie rozpocznie się szkolenie lekarzy i terapeutów. To doprowadzi do sytuacji, kiedy wszyscy specjaliści będą dysponować tym samym, jednolitym i sprawdzonym narzędziem.

Pomocy można szukać w:

1. **Centrum Opieki Zastępczej w Lędzinach** – mgr pielęgniarstwa, terapeutka neurorozwojowa Małgorzata Klecka.
2. **Instytucie Terapeutycznym Fundacji „Daj Szansę" w Toruniu** – dr Anna Grochol neurolog dziecięcy, pediatra.
3. **Pracownia Psychologiczna ITEM** – Umiejętności społeczne w Żywcu– Teresa Jadczak-Szumiło, psycholog.

Literatura przedmiotu:

Aase J.M., Jones K.L., Clarren S.K., *Do we Reed the term „FAE"?*, Pediatrics 1995, tom. 95. cyt. za M. Klecka i wsp., *4-stopniowa skala diagnostyczna,* materiały pokonferencyjne „FAS jako wyzawanie dla rodziny, profesjonalistów, społeczeństwa" IX Światowy Dzień FAS, Lędziny 09.09.2009.

Banach M., Gierat T.W. (red.), *Z zagadfnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Levoca Sk 2009

Jadczak-Szumiło T., *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przpadku*, Warszawa 2008.

K. Niemiec i wsp., *Oznaczenie aktywności beta-heksozoaminidazy oraz y-glutamylotranspeptydazy w moczu jako markerów spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne – doniesienia wstępne*, „Medycyna wieku rozwojowego", 2003, tom VII, 4 część II, Kwartalnik Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Klecka M., *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007.
Klecka M., Janas-Kozik M., *Dziecko z FASD Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*, Warszawa 2009.
Klecka M., *4-stopniowa skala diagnostyczna*, referat wygłoszony podczas Konferencji Naukowej IX Światowego Dnia FAS.
Niemiec T., *Wpływ alkoholu na przebieg ciąży*. Aktualne (2006 r.) stanowisko Royal College of Obstetricians and Gynaecologistes, „Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo" 3/2007.
Raczyński P., Materiały informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy, Warszawa 2007.
http://www.parpa.pl
http://fas.edu.pl/

Katarzyna Frączek

Diagnozowanie syndromu FAS w oparciu o podręcznik diagnozy z Uniwersytetu w Waszyngtonie

Syndrom FAS (z ang. *Fetal Alcohol Syndrome*) – Zespół Alkoholowy Płodu, według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10, jest jednostką chorobową o kodzie Q86.0, obejmującą zaburzenia, jakie pojawiają się u dziecka w wyniku spożywania alkoholu przez ciężarną matkę. Jest to zespół wad wrodzonych, somatycznych oraz neurologicznych. „Wiedza na temat skutków spożywania alkoholu w okresie ciąży jest znikoma. Wiemy, że szkodzi, jednak większość uważa, że niewielka ilość „procentowego" płynu jest wskazana. Myślenie takie jest mylne, gdyż nie znamy bezpiecznej dawki alkoholu, która nie wpłynie negatywnie na rozwijający się w łonie matki płód"[1].

Problem występowania tego syndromu dotyczy między innymi Polski. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) podaje, iż: „Nawet troje dzieci na każde 1000 urodzeń żywych może być dotkniętych płodowym zespołem alkoholowym (FAS). W Polsce rodzi się rocznie 300 000 dzieci. 0,3% to 900 dzieci z FAS-em. To więcej niż liczba rodzących się dzieci z zespołem Downa (1 na 700 urodzeń). Dziesięć razy więcej dzieci ma rozmaite zaburzenia rozwojowe spowodowane alkoholem klasyfikowane jako FAE (*Fetal Alcohol Effects*). Szacuje się, że negatywne konsekwencje ekspozycji płodu na alkohol mogą występować u 1 % wszystkich noworodków". Wyniki badań przeprowadzonych w 2005 roku przez PBS (Pracownia Badań Społecznych) na zlecenie PARPA są zatrważające: 33% kobiet w wieku prokreacyjnym, tj. między 18 a 40 rokiem życia, piło alkohol w czasie ciąży. Istotnym jest fakt, iż zdecydowana

[1] M. Banach, Z. Konieczna, *Świadomość kobiet dotycząca zagrożeń związanych z piciem alkoholu w czasie ciąży*, w: *Z zaagdanień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Banach M., Gierat T.W. (red.), MTM, Levoca Sk 2009, s. 25.

większość badanych (88%) była zdania, że nawet niewielka ilość alkoholu wypitego przez kobietę w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie płodu.

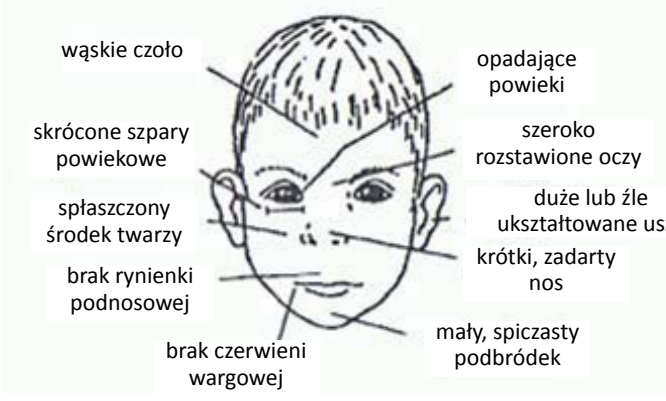
W materiałach informacyjnych dla lekarzy wydanych przez PARPA w 2005 roku można odnaleźć informację doc. dra hab. n. med. K.T. Niemca, który twierdzi, iż: „Poziom wiedzy na temat FAS-u w środowiskach medycznych jest dosyć niski, o czym świadczą m.in. wyniki badań własnych". Niestety, pomimo statystyk, które wskazują na wysoki procent urodzeń dzieci w Polsce z syndromem FAS, nie poświęca się wiele uwagi temu zagadnieniu zarówno wśród lekarzy, jak i pedagogów. Rzutuje to na brak ściśle określonych kryteriów diagnostycznych. W Polsce nie istnieje, niestety, ujednolicony formularz oceny diagnostycznej, który uwzględniałby nasilenie poszczególnych objawów syndromu FAS: „W Polsce nieliczni fachowcy diagnozują FAS/ FAE (…) Obecnie są opracowywane testy do rozpoznawania FAS/ FAE, w oparciu o profile i testy neurorozwojowe, z inicjatywy Stowarzyszenia Zastępczego Rodzicielstwa z Lędzinach, woj. Śląskie".

Chcąc zdiagnozować FAS, potrzebna jest wiedza na temat jego objawów. Należy przy tym pamiętać, że tak jak każde zdrowe dziecko jest inne, tak i dzieci z FAS/FAE różnią się między sobą. Dlatego nie u wszystkich muszą wystąpić poniżej wymienione objawy:

Objawy somatyczne:

– Pierwotne: opóźnienia wzrostu (niska waga urodzeniowa, niski wzrost i waga w porównaniu z rówieśnikami, mała głowa w stosunku do wieku, opóźniony rozwój), specyficzne cechy (krótkie szpary powiekowe, szeroko rozstawione oczy, krótkowzroczność, zez, krótki, zadarty nos, szeroka nasada nosa, brak „rynienki" między nosem a górną wargą, cienka górna warga, płaska środkowa część twarzy, mała, słabo rozwinięta żuchwa) i inne zniekształcenia (duże lub zdeformowane uszy, niedorozwój płytki paznokci u rąk i nóg, krótka szyja, słaba koordynacja wzrokowo-ruchowa, problemy ze słuchem, deformacje kości i stawów).

Ryc. 1 Deformacje twarzy u dziecka z FAS-em (Źródło: M. Banach (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej*, Kraków 2004, s. 9).



– Wtórne: lęk, złość, wycofanie, unikanie, wejście w rolę ofiary lub prześladowcy, zamknięcie się w sobie, kłamstwa, ucieczki z domu, przerwanie nauki szkolnej, zależność od innych, chęć przypodobania się innym, choroby psychiczne, depresja, samookaleczanie się, gwałtowne i szokujące zachowania, impulsywność, skłonność do uzależnień, tendencje i zachowania samobójcze.

Objawy psychiczne i umysłowe wynikające z uszkodzenia mózgu:

– Objawy związane z funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego: nadpobudliwość, nadwrażliwość na dźwięki i dotyk, trudności z przetwarzaniem nadmiernej ilości bodźców, zaburzenia snu, impulsywność, lękliwość, upór, skłonności depresyjne, skłonności do wybuchów gniewu, skłonności do drażnienia i tyranizowania innych, brak akceptacji samego siebie.

– Trudności w uczeniu się, które mogą przybrać następującą formę: opóźnienia rozwojowe, deficyt uwagi, niewystarczająca organizacja działań, problemy z pamięcią, trudności z myśleniem abstrakcyjnym, trudności z uczeniem się na błędach, upośledzenie myślenia przyczynowo-skutkowego, opóźnienie mowy, zaburzenia mowy.

– Nieprawidłowe zachowania społeczne: wagary, trudności adaptacyjne, wycofanie się, problemy z organizacją, izolowanie się.
– Inne nieprawidłowości: zaburzenia rozwoju seksualnego.

Jeden z systemów diagnostycznych z 1995 opublikowany w Waszyngtonie zakładał osobną diagnozę osób z potwierdzonym spożyciem alkoholu przez matkę w ciąży i osób z brakiem tego potwierdzenia.

1. Etapy diagnozy pacjentów z potwierdzoną ekspozycją płodu na alkohol:
   – Potwierdzenie spożycia alkoholu przez matkę w czasie ciąży.
   – Objawy charakterystycznych zaburzeń twarzy, obejmujących takie zaburzenia, jak: krótka szczelina powiekowa, wąska górna warga, spłaszczona rynienka podnosowa, spłaszczona środkowa część twarzy.
   – Objawy opóźnienia wzrostu w co najmniej jednej kategorii: niska waga urodzeniowa, tendencja spadkowa wagi, która nie jest związana z żywieniem, niska waga w stosunku do wzrostu.
   – Objawy zaburzenia rozwoju centralnego układu nerwowego w co najmniej jednej kategorii: zwiększona powierzchnia czaszki w chwili urodzenia, nieprawidłowości strukturalne mózgu (np. małogłowie, niedorozwój móżdżku), twarde lub miękkie objawy neurologiczne (np. zaburzenia umiejętności motorycznych, utrata słuchu, słaba koordynacja wzrokowo-słuchowa).
2. W przypadku pacjentów bez potwierdzenia ekspozycji płodu na alkohol: punkt 2., 3. i 4. jak wyżej.

Czy wytyczne do diagnozy podane powyżej są wystarczające? Nie uwzględniają one bowiem stopnia nasilenia objawów, nie określają normy i jej braku. Diagnozowanie w ten sposób pacjenta, pozostawia dowolność w ocenie danego objawu osobie diagnozującej. Co więcej, porównywanie takich wyników może stanowić duży problem. Do podstawowych ograniczeń we współczesnej praktyce diagnozy przypadków z zespołem alkoholowym płodu należą:

– brak standardowej klinicznej definicji FAS-u oraz innych zaburzeń spowodowanych ekspozycją płodu na alkohol;
– brak obiektywnych, ilościowych skal pomiaru i zapisu rozmiaru kluczowych objawów, np. nie jest określone, jak szeroka może być warga by zaliczać się do kategorii: „normy" lub „zaburzenia";

– określenie FAS nie oddaje różnorodności niepełnosprawności występujących u osób z tym syndromem. Nie ma dwóch przypadków, które posiadają tę samą konstelację niepełnosprawności i nieprawidłowości.

Dlatego autorka niniejszego artykułu, pisząc o diagnozie syndromu FAS, proponuje formularz oceny diagnostycznej syndromu FAS, opublikowany w 2004 roku przez Uniwersytet w Waszyngtonie, który przezwycięża wszystkie te niedogodności. Spośród zalet tego formularza, o czym piszą sami autorzy, należy wymienić: zwiększenie precyzji i dokładności diagnozy za pomocą obiektywnych, ilościowych skal pomiaru objawów specyficznych przypadków, lepszą charakterystykę pełnego spektrum zaburzeń wynikających z ekspozycji płodu na alkohol, ilościowy pomiar i system zapisu diagnozy, który może być używany niezależnie od klinicznej definicji przypadku, przejrzysty sposób diagnozy danego pacjenta, przez diagnozę nasilenia poszczególnych kategorii objawów.

Podręcznik do diagnozy *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (Poalkoholowego Uszkodzenia Płodu) z 2004 roku bazuje na doświadczeniach naukowców oraz na informacjach przekazanych im przez inne osoby. W poniższej części artykułu zostanie przedstawiony stworzony przez autorów 4-cyfrowy system diagnostyczny (wszystkie informacje zostały zaczerpnięte z owej książki). We wprowadzeniu piszą oni o problemach w diagnozowaniu FAS-u, podkreślając fakt, iż cechy fizyczne, kognitywne i behawioralne nie są dychotomiczne, czyli nie są albo normalne, albo wyraźnie nieprawidłowe. Każdy z tych obszarów można rozpatrywać na oddzielnym kontinuum od normy do wyraźnej nieprawidłowości.

Z powodu braku dokładności i obiektywności metod pomiaru i zapisu różnorodności zakresu wyników poszczególnych pacjentów, diagnozy różnią się między poszczególnymi klinikami. Błędne diagnozy powodują niewłaściwą opiekę nad pacjentem, co zwiększa ryzyko wystąpienia wtórnych zaburzeń. Z punktu widzenia zdrowia publicznego uchybienia w diagnozie prowadzą do błędnych oszacowań zasięgu występowania i częstotliwości syndromu FAS. Niedokładne oszacowania natomiast przekreślają wysiłki przydzielenia odpowiednich usług socjalnych i opieki zdrowotnej populacji wysokiego ryzyka i wykluczają możliwość dokładnego oszacowania podstawowej profilaktyki

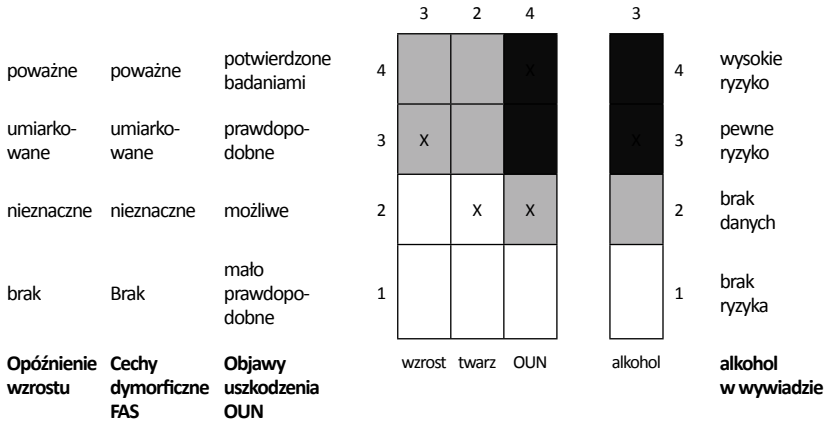
interwencyjnej. Z klinicznego punktu widzenia, błędna diagnoza zmniejsza możliwość trafnego określenia kontrastów między pacjentami, ograniczając tym samym możliwość porównania wyników badań.

Autorzy prezentują nowe podejście do diagnozy. Posługują się w stworzonym przez siebie formularzem oceny diagnostycznej, 4-cyfrowym kodem diagnostycznym. Cztery cyfry odzwierciedlają natężenie objawów z 4 głównych dziedzinach diagnostycznych, w następującej kolejności:
– niedobór wzrostu;
– specyficzne cechy twarzy;
– zaburzenia czynności mózgu;
– ekspozycja płodu na działanie alkoholu w czasie ciąży.

Każda kategoria rozpatrywana jest oddzielnie na 4-punktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza całkowity brak FAS-u, a 4 odpowiada silnemu, klasycznemu obliczu FAS-u. W tym systemie diagnozy zespół kliniczny, wypełniając formularz oceny diagnostycznej, gromadzi, zapisuje i interpretuje wszystkie istotne informacje, mające na celu uzyskanie dokładnego i precyzyjnego rozpoznania. Formularz ten może służyć również jako szablon do efektywnego wyrażania końcowych uwag medycznych i podsumowania diagnozy. Wypełniany jest przez zespół kliniczny, gdzie lekarze uzupełniają poszczególne działy, takie jak: wzrost, budowa i funkcjonowanie mózgu, cechy dysmorficzne twarzy, działanie alkoholu na płód i choroby współwystępujące. Terapeuta, psycholog, patolog językowy uzupełniają psychometryczne wskaźniki funkcjonowania mózgu, zaś lekarz i psycholog wyniki wywiadu z opiekunem.

Istotą tego systemu jest zdiagnozowanie poszczególnych kategorii objawów, a następnie ostateczne, ogólne zdiagnozowanie pacjenta. Zarówno pośrednie diagnozy, jak i diagnoza właściwa opierają się na skali Likerta. Poniżej znajduje się siatka 4-cyfrowego kodu diagnostycznego, opracowana w oparciu o skalę Likerta:

Tabela 1. Siatka 4-cyfrowego kodu diagnostycznego



Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code*. University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 8.

W siatce tej zostaje uwzględnione nasilenie zaburzenia: wzrostu, twarzy, centralnego układu nerwowego oraz wpływ alkoholu na płód. Tabelę tę wypełnia się, zakreślając krzyżykiem odpowiednią rubrykę i wpisując nad tabelą w odpowiedniej kolumnie jej liczbowy odpowiednik.

Wzrost ocenia się, uwzględniając:
– długość ciała w momencie narodzin,
– największy i najmniejszy wskaźnik wzrostu, biorąc pod uwagę siatkę centylową,
– wagę i wzrost w chwili badania pacjenta,
– wzrost rodziców.

Wszystkie te parametry należy odnieść do siatek centylowych i właśnie w centylach podać ocenę wzrostu pacjenta. Jeśli odczytujemy z siatki centylowej wzrost pacjenta w wieku 10 lat, z tego samego okresu musi być badana również waga pacjenta. W przypadku parokrotnego odchylenia od normy, wybiera się to, w którym była największa dewiacja. Na podstawie centyli koduje się ocenę wzrostu pacjenta literą A, B lub C, tak jak jest to zaprezentowane poniższej:

Tabela 2. Kodowanie wzrostu i wagi pacjenta odpowiednimi literami: A, B, lub C

Wzrost	waga
C	C
B	B
A	A

≤ 3-ci centyl = C
> 3-ci i ≤ 10-ty centyl = B
> 10-ty centyl = A

Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code*. University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 24.

Odpowiednio zakodowanej ocenie literami A, B, C przypo-rządkowuje się ocenę w skali Likerta:

Tabela 3. Ocena wzrostu i wagi pacjenta za pomocą 4- cyfrowego kodu diagnostycznego

4- punktowy kod diagnostyczny	Kategoria opóźnień wzrostu	Kombinacje ABC – oceny ze względu na wzrost i wagę
4	Ciężki, silny	CC
3	Umiarkowany	CB, BC
2	Łagodny	CA, BB, AC
1	Brak	BA, AB, AA

Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code*. University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 24.

Następnie ocenie zostają poddane cechy dysmorficzne twarzy i inne fizyczne objawy. Pomiar dokonywany jest zarówno w rzeczywistości, jak i w ramach zdjęcia (podawana jest rzeczywista długość w centymetrach, jak i w pikselach). W jego ramach badane są:
– długość prawej i lewej szczeliny powiekowej,
– odległość między wewnętrznymi kącikami oczu.

Dodatkowo określa się występowanie rynienki podnosowej i zwężenia górnej wargi. Tak jak przy ocenie wzrostu, wynik oceny cech dysmorficznych należy odpowiednio zakodować:

Tabela 4. Kodowanie cech dymorficznych twarzy systemem A-B-C

5-stopniowa skala Likerta dla rynienki podnosowej i wargi podnosowej	Z-wynik dla największej szczeliny powiekowej	Wąska górna warga	Gładkość rynienki	Szczelina powieki
4 lub 5	≤ - 2 SD	C	C	C
3	>- 2 SD i ≤-1 SD	B	B	B
1 lub 2	>- 1SD	A	A	A

Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code*. University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 29.

Odpowiednio zakodowanej diagnozie cech dysmorficznych twarzy w postaci kombinacji liter A, B, C, zostaje przyporządkowana odpowiednia cyfra ze skali Likerta:

Tabela 5. Ocena cech dysmorficznych twarzy za pomocą 4-punktowego kodu diagnostycznego

4-punktowy kod oceny diagnostycznej	Nasilenie zniekształceń twarzy	Kombinacje oceny ABC, ze względu na szczelinę powiekową – rynienkę podnosową – wargę
4	Ciężki	CCC
3	Umiarkowany	CCB, CBC BCC
2	Łagodny	CCA, CAC, CBB, CBA, CAB, CAA BCB, BCA, BBC, BAC ACC, ACB, ACA, ABC, AAC
1	Brak	BBB, BBA, BAB, BAA ABB, ABA, AAB, AAA

Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code*. University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 29.

Kolejną kategorią podlegającą diagnozie jest funkcjonowanie mózgu. Ocenie tej podlegają nieprawidłowości: strukturalne (np. choroby/urazy kości, nieprawidłowości strukturalne w obrazie rezonansu magnetycznego/tomografii komputerowej), neurologiczne (epilepsja, duża i mała motoryka, wyniki badania przesiewowego), psychometryczne (m.in. intelektualne, adaptacyjne, neuropsychologiczne, rozwojowe). Przeprowadzany jest także wywiad z opiekunem. Odpowiada on na pytania dotyczące pacjenta w zakresie: planowania, behawioralnych zachowań, panowania nad emocjami, integracji sensoryczno-motorycznej, abstrahowania, zdolności oceny, pamięci, nauki, procesu przetwarzania informacji, pamięci przestrzennej, umiejętności społecznych i adaptacyjnych, kontroli motorycznej. Wszystkie te aspekty oceniane są w 4-stopniowej skali, w której: 0 oznacza brak możliwości oceny, 1 – brak wystąpienia zaburzenia, 2 – wystąpienie w stopniu małym, 3 – silna nieprawidłowość. Lekarz, diagnozując zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, bie-

rze pod uwagę wszystkie aspekty i ocenia jego funkcjonowanie, używając 4 – punktowej skali Likerta. Taka ocena pozwala mu różnicować pacjentów z niezbitymi dowodami uszkodzeń mózgu (stateczna encefalopatia, ocena 4) od pacjentów bez objawów uszkodzeń mózgu (ocena 1). Wprowadza również 2 kategorie pośrednie dla opisu pacjentów, którzy, według oceny lekarza, nie klasyfikują się do oceny 1 lub 4. Im wyższa liczba, tym bardziej lekarz jest pewien, że poznawcze i behawioralne problemy pacjenta wynikają z uszkodzeń mózgu. Większa liczba punktów nie musi jednak oznaczać poważniejszych objawów funkcjonalnych zaburzeń. Pacjent może klasyfikować się zarówno do oceny 3, jak i 4 w skali funkcjonowania mózgu. Gdy obydwa wyniki są odpowiednie, do celów diagnostycznych zostaje wybrana wyższa ocena. Autorzy podręcznika opisują poszczególne oceny funkcjonowania mózgu jako:

OCENA: 1

Do grupy tej zaliczają się pacjenci, u których nie wystąpiły żadne strukturalne, neurologiczne, poznawcze czy behawioralne problemy zmierzone psychometryczną oceną lub gdy opiekun dobrze ocenił pacjenta pod tym kątem.

OCENA: 2

Wszyscy pacjenci z tą oceną powinni posiadać historię behawioralnych i/lub poznawczych problemów, które zdecydowanie wskazują na leżące u podstaw zaburzenia czynności mózgu.

Kryteriami oceny są nieprawidłowości stwierdzone w ramach wywiadu z opiekunem w rozdziale poświęconym funkcjonowaniu mózgu w Formularzu oceny diagnostycznej FAS-u. Do tej chwili nie zostały określone dokładne kryteria liczbowe zaburzeń, które klasyfikowałyby pacjenta do tej kategorii. Klasyfikacji dokonuje się przez kliniczną ocenę i ogólną wagę uzyskanych dowodów.

OCENA: 3

Są to typowi pacjenci z poziomem IQ wyraźnie powyżej zakresu wskazującego na niedorozwój umysłowy, ale posiadający często duże różnice w wynikach podtestów IQ. Mają oni ponadto problemy z wykonawczym funkcjonowaniem, pamięcią, uczeniem się, pragmatyką języka, przystosowaniem społecznym, uwagą i/lub poziomem aktywności. Wydaje się, że problemy

tych pacjentów związane są bardziej z podstawową strukturą mózgu lub jego funkcjonowaniem, niż z negatywnymi doświadczeniami środowiskowymi po urodzeniu.

Kryteria oceny: 3 lub więcej znaczących nieprawidłowości stwierdzonych w ramach podrozdziału dotyczącego psychometrycznej sekcji mózgu z Formularza Oceny diagnostycznej FAS-u.

OCENA: 4

Ocena ta jest wybierana, gdy dowody na uszkodzenie mózgu pacjenta obejmują: małogłowie, strukturalne uszkodzenia mózgu, które najprawdopodobniej pochodzą z okresu prenatalnego (m.in. wodogłowie, agenezja ciała modzelowatego itp.); objawy neurologicznych zaburzeń, poziom IQ poniżej 60.

Kryteria Oceny: Jeden lub więcej pozytywnych wyników badań odnotowanych w ramach badania strukturalnych i neurologicznych zaburzeń funkcjonowania mózgu.

Ważnym aspektem diagnozy FAS-u jest dogłębna rozmowa z opiekunem pacjenta. Wywiad ten trwa około godziny i jest prowadzony wspólnie przez lekarza i psychologa, podczas gdy dziecko jest formalnie oceniane przez innych członków personelu medycznego. Istnieje parę pytań, które należy zadać w toku rozmowy z opiekunem:

– Jakie są problemy, które spowodowały, że pacjent został skierowany do diagnozy?
– Co opiekunowie mają nadzieję uzyskać po diagnozie?
– Jakie opiekunowie dostrzegają mocne i słabe strony pacjenta?
– Jaka jest społeczna i medyczna historia dziecka?

Ponadto autorzy odkryli, iż bardzo przydatne metodycznie jest zadawanie pytań odpowiednich do wieku pacjenta, które ukażą zdolności funkcjonalne pacjenta w dziedzinach, które są często narażone problematycznie na działanie alkoholu. Dziedziny te (planowanie, regulacje behawioralne/sensoryczno-motoryczna integracja, myślenie abstrakcyjne/ocenianie, pamięć/ uczenie się/ przetwarzanie informacji, pamięć przestrzenna, umiejętności społeczne/zachowania adaptacyjne i kontrola motoryczna) są zaprezentowane w formularzu oceny diagnostycznej FAS-u.

Funkcjonowanie mózgu należy następnie ocenić, uwzględniając skalę Likerta:

Tabela 6. Ocena funkcjonowania mózgu za pomocą 4-cyfrowego kodu diagnostycznego

4- cyfrowy kod oceny diagno-stycznej	**Skala dysfunkcji mózgu**	**Potwierdzające odkrycia**
4	Określony Związany ze statyczną encefalopatią	– Małogłowie OFC (metoda precyzyjnej, zindywidualizowanej oceny zmian stanu funkcjonalnego człowieka w zakresie czynności życia codziennego) ≤ -2 S.D i/ lub – Nieprawidłowości mózgu w obrazie diagnostycznym mózgu z prenatalnej zmiany i/lub – Dowody na trwałe wyniki neurologiczne, które mogą być pochodzenia prenatalnego i/lub – IQ ≤ 60
3	Prawdopodobny Związany ze statyczną encefalopatią	– Istotne braki lub rozbieżności we wszystkich obszarach mózgu, takich jak poznanie, osiągnięcia, adaptacja, neurologiczne „miękkie" znaki, język. Ogólnie 3 lub więcej obszarów powinno się znaleźć (aberrant- dziwny, nieprzewidziany, zaskakujący)
2	Możliwy Związany z zaburzeniami neurobehawioralnymi	– Historyczne informacje/ osobiste obserwacje zdecydowanie wskazują na możliwość uszkodzenia mózgu, ale dane do tego punktu nie pozwalają na klasyfikację w ramach oceny 3 lub 4.
1	Brak	– Nie ma problemów, które mogą odzwierciedlać przedstawione uszkodzenia mózgu.

Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code.* University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 41.

Kolejnym etapem diagnozy jest zbadanie ewentualnego spożycia alkoholu przez matkę przed ciążą i w czasie ciąży. Należy dowiedzieć się, średnio ile razy w tygodniu spożywała alkohol, jakie jego rodzaje, w jakich dawkach, a także jakie maksymalne jego dawki przyjęła podczas jednorazowej „okazji". Jeśli matka spożywała alkohol w czasie ciąży należy określić, w trakcie którego trymestru to nastąpiło. Ponadto należy zadać pytania – między innymi – o to, czy:

– Matka była kiedykolwiek zdiagnozowana ze względu na alkoholizm?
– Zgłaszała kiedykolwiek problem z alkoholem?
– Była leczona kiedykolwiek z powodu alkoholizmu?
– Czy spożywanie alkoholu przez matkę zostało potwierdzone? Jeśli tak, to przez kogo?
– Czy określenie spożywania alkoholu w czasie ciąży można określić jako wiarygodne?

Stopniowi ekspozycji płodu na alkohol należy przypisać jego liczbowy odpowiednik ze skali Likerta. W poniższej tabeli przedstawiam opisy poszczególnych punktów:

Tabela 7. Opis 4- stopniowej skali ze względu na ekspozycję płodu na alkohol

4-stopniowy kod diagnostyczny	Kategoria narażania ciąży na działanie alkoholu	Opis
4	Wysokie ryzyko	– Potwierdzone spożywanie alkoholu – Ekspozycja wzoru jest zgodna z literaturą medyczną umiejscawiającą płód w grupie „wysokiego ryzyka" (wysoki poziom stężenia alkoholu we krwi, dostarczanego przynajmniej raz w tygodniu na początku ciąży)
3	Pewne ryzyko	– Potwierdzone spożywanie alkoholu – Picie alkoholu w czasie ciąży rzadsze niż w kategorii „wysokiego ryzyka", jednak dokładne ilości nie są znane
2	Nieznane ryzyko	– Narażenie na ekspozycję alkoholu jest nieznane lub informacje nie są wiarygodne
1	Brak ryzyka	– Potwierdzona abstynencja

Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code*. University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 44.

Przedostatnim etapem diagnozy jest wyszczególnienie współwystępujących chorób oraz uwzględnienie różnych incydentów i traum. Choroby te rozpatruje się w dwóch kategoriach czasowych: przed urodzeniem i po urodzeniu. Oba te okresy lekarz ocenia w 4-stopniowej skali, gdzie 4 oznacza wysokie ryzyko, a 1 – brak ryzyka. Badając okres prenatalny pacjenta, należy w nim uwzględnić jakość opieki prenatalnej, komplikacje, fakt, czy dziecko pochodzi z ciąży mnogiej oraz czynniki genetyczne (problemy rodziców z nauką, np. edukacja specjalna oraz inne warunki dziedziczności i wady rozwojowe, które mogą być istotne w przypadku danego pacjenta). Następnie rozpatrujemy okres postnatalny również w kontekście 4-stopniowej skali. W tym celu należy określić: trudności okołoporodowe, problemy z wychowaniem (nadużycia fizyczne, seksualne; liczbę domów, w których pacjent mieszkał; zaniedbanie, niekorzystne warunki domowe) inne problemy, które mogłyby wyjaśnić zaburzenia mózgu (np. urazy głowy, gorączki, przewlekłe nadużywanie substancji).

Poszczególne oceny traum i chorób współwystępujących charakteryzowane są w następujący sposób:

– **Definicje oceny prenatalnego współwystępowania.**
– **Wysokie ryzyko (4 punkty w skali Likerta).**
  Ocena ta przeznaczona jest dla osób o różnych warunkach genetycznych (np. posiadających łamliwy chromosom X, zespół Noonans itp.) lub pacjentów, w przypadku których zostało udowodnione działanie teratogennych czynników, wywołujących zaburzenia.
– **Pewne ryzyko (3 punkty w skali Likerta).**
  Kategoria ta jest stosowana w przypadku potencjalnych chorób genetycznych, teratogennej ekspozycji płodu lub prenatalnych warunków, które mogły być związane z zaburzeniami rozwoju fizycznego lub problemami w rozwoju neurologicznym. Przykłady warunków, które mogą być umieszczone w tej kategorii, uwzględniają: niską opiekę prenatalną, pacjentów, których rodzice mają łagodne opóźnienie umysłowe, zaburzenia uwagi, znaczące zaburzenia procesu uczenia się lub problemy z uczeniem się związane z niespecyficznymi (a nie teratogennymi) przyczynami; narażenie na narkotyki, takie jak marihuana czy heroina; palenie papierosów.

– **Nieznane ryzyko (2 punkty w skali Likerta).**
Kategoria ta jest stosowana, gdy szczegóły dotyczące sytuacji rodzinnej i ciąży nie są znane.
– **Brak ryzyka (1 punkt w skali Likerta).**
Historia pacjenta pod względem genetycznym, teratogennym i prenatalnym jest dobrze udokumentowana i nie można zidentyfikować czynników, które umożliwiłyby wyjaśnienie nieprawidłowości stwierdzonych u pacjenta.
– **Definicja oceny postnatalnego współwystępowania.**
– **Wysokie ryzyko (4 punkty w skali Likerta).**
Ocena ta używana jest do określenia po-urodzeniowych okoliczności, które wykazały znaczny negatywny wpływ na rozwój. Przykłady obejmują fizyczne i seksualne nadużycia, zaniedbania w wyniku braku rozwoju, poważne obrażenia głowy, lub choroby, które prowadzą do uszkodzenia mózgu (np. trwały bezdech u noworodków).
– **Pewne ryzyko (3 punkty w skali Likerta).**
Ocena ta używana jest do określenia warunków podobnych do tych, z oceny 4, ale okoliczności są łagodniejsze.
– **Nieznane ryzyko (2 punkty w skali Likerta).**
Ocena ta jest stosowana, gdy historia pacjenta jest nieznana (np. w przypadku dzieci adoptowanych lub tych, które przebywają w rodzinach zastępczych).
– **Brak ryzyka (1 w skali Likerta).**
Ocena ta przeznaczona jest dla pacjentów z dobrze udokumentowaną historią potwierdzającą brak wystąpienia niekorzystnych zdarzeń po urodzeniu.

Na koniec diagnozy lekarz wypełnia dział poświęcony podsumowaniu i wstępnym zaleceniom. Uwzględnia się w nim ostateczną ocenę diagnostyczną oraz omawia poszczególne oceny z wcześniejszych etapów.

Tak jak już autorka wspomniała cały ten system diagnostyczny bazuje na 4-cyfrowym kodzie diagnostycznym. Wszystkie omówione działy diagnoz szczegółowych zostają ocenione w 4-stopniowej skali Likerta, w ten sposób powstaje kod, składający się z cyfr od 1 do 4. Kombinacji zapisu jest aż 256 (począwszy od 1111, kończąc na 4444). Stworzono kategorie, które odpowiadają wszystkim możliwym kodom i określają wystąpienie FAS-u lub innych poalkoholowych uszkodzeń płodu bądź ich braku.

Każdy 4-cyfrowy kod diagnostyczny należy do jednej z 22 kategorii diagnostycznych. Poniższe terminy używane są w różnej kombinacji, by nazwać 22 kategorie diagnostyczne:

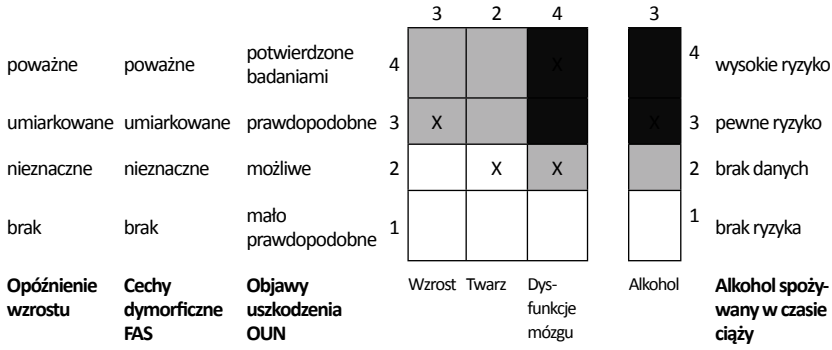
– **Objawy Fizyczne (morfologiczne).**
  Termin ten używany jest w systemie diagnozy, gdy niedobór wzrostu u pacjentów oceniany jest na 3 lub 4 punkty w skali Likerta i/lub gdy u pacjenta występują charakterystyczne dla FAS-u cechy twarzy, również oceniane na 3 lub 4 w skali Likerta. Inne fizyczne objawy (większe lub mniejsze) mogą być wykryte zamiast lub oprócz owych fizycznych wskaźników.
– **Statyczna Encefalopatia.**
  Termin „encefalopatia" określa fizyczne zaburzenia mózgu. Termin „statyczna" zaś oznacza, iż zaburzenia w mózgu są niezmienne, tzn. nie ma postępu ani regresu. Termin „statyczna encefalopatia" używany jest w tym systemie diagnostycznym do określenia pacjenta z poznawczymi, behawioralnymi zaburzeniami, którym towarzyszą strukturalne, neurologiczne i/lub psychometryczne objawy, które potwierdzają obecność nieprawidłowości budowy mózgu. Zaburzenia mózgu w tym przypadku oceniane są na poziom 3 lub 4 w skali Likerta.
– **Zaburzenia neuro-behawioralne.**
  Termin ten używany jest do określenia pacjenta, który przedstawia poznawcze, behawioralne dysfunkcje na poziomie drugim, ale nie ma potwierdzenia strukturalnych, neurologicznych i funkcjonalnych nieprawidłowości mózgu, ocenianych w skali Likerta na 3 lub 4.
– **Alkohol (eksponowany, nieeksponowany, nieznany).**
  Termin ten używany jest w celu odzwierciedlenia stanu narażenia płodu na alkohol. Jest to informacja odnotowana niezależnie od wyniku diagnozy i nie oznacza ona związku przyczynowo-skutkowego między narażeniem na wpływ alkoholu a wynikiem diagnozy.
– **Alkoholowy Zespół Płodowy.**
  Skrót FAS używany jest do określenia pacjentów, u których występuje 1 z 12 4-punktowych kombinacji kodów diagnostycznych odzwierciedlających niedobór wzrostu, dysmorfie twarzy i dysfunkcje mózgu.
  Owe 12 kodów diagnozujących FAS zostało podzielonych na kategorie:

– *Fetal Alcohol Syndrome* (z potwierdzonym narażeniem płodu na działanie alkoholu):
2433, 3433, 4433, 2434, 3434, 4434, 2443, 3443, 4443, 2444, 3444, 4444.
– *Fetal Alcohol Syndrome* (działanie płodu na alkohol jest nieznane):
2432, 3432, 4432, 2442, 3442, 4442.
– Częściowy FAS (z potwierdzonym narażeniem płodu na działanie alkoholu) – termin ten stosowany jest u pacjentów ze statyczną encefalopatią, w większości (choć nie jest to regułą) z zaburzeniami wzrostu, cechami dysmorficznymi twarzy charakterystycznymi dla FAS-u i z potwierdzonym wpływem alkoholu na płód:
1333, 1433, 2333, 3333, 4333, 1334, 1434, 2334, 3334, 4334, 1343, 1443, 2343, 3343, 4343, 1344, 1444, 2344, 3344, 4344.

– **Nietypowy FAS**
To czwarta kategoria (D), która odnosi się do pacjentów, prezentujących wszystkie objawy FAS-u, przy potwierdzonej abstynencja matki w czasie ciąży. Kategoria ta nosi nazwę: *Fetal Alcohol Syndrome Phenocopy* (przy braku spożycia alkoholu przez matkę). Zaliczają się do niej takie kody, jak: 3431, 4431, 3441, 4441.
W celu stworzenia nazwy oceny diagnostycznej, należy najpierw ustosunkować się do poszczególnych etapów diagnozy:
– Niedobór wzrostu i cechy dysmorficzne twarzy to fizyczne objawy. Gdy ich poziom zostaje oceniony na 3 lub 4 punkty w skali Likerta, termin „objawy fizyczne (morfologiczne)" umieszczany jest na początku nazwy.
– Gdy zaburzenia czynności mózgu zostają ocenione na drugi stopień, w nazwie zostaje uwzględniony termin „neurobehawioralne zaburzenia". Gdy zaburzenia czynności mózgu określone są natomiast przez 3. lub 4. punkt w skali Likerta, w nazwie zostaje umieszczony termin „stateczna encefalopatia".
– Gdy wpływ alkoholu na płód został określony przez 3. lub 4. punkt, na końcu nazwy zostaje umieszczony termin: „eksponowany na alkohol". Gdy zostaje ocenione na 2 punkty, to na końcu nazwy zostaje wpisane: „nieznana ekspozycja na alkohol".

Poniżej prezentuje przykład zaczerpnięty z podręcznika, obrazujący, jak należy tworzyć nazwy danych kategorii przy użyciu 4-punktowego kodu diagnostycznego:

Tabela. 8 Nomenklatura 4-punktowego kodu diagnostycznego



KLUCZ

	Wzrost i twarz		Mózg		Alkohol
	Objawy fizyczne (morfologiczne)		Stateczna encefalopatia		Eksponowany na alkohol
			Neurobehawioralne zaburzenia		Nieznana ekspozycja na alkohol

4-punktowy kod diagnostyczny: 3242 otrzyma nazwę: *objawy fizyczne/stateczna encefalopatia/nieznana ekspozycja na alkohol***.** Natomiast kod: 1223 otrzyma nazwę: *neurobehawioralne zaburzenia/eksponowany na alkohol.*

Źródło: S.J. Astley, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code.* University of Washington, Seattle, Washington, 2004, s. 22.

Autorka artykułu ocenia 4-cyfrowy kod diagnostyczny bardzo dobrze, ze względu na jego dokładność i rzetelność, a także ilościowe metody pomiaru wprowadzające wiele ładu i przejrzystości w diagnozie. W przypadku ujednolicenia i adaptowania tego narzędzia diagnostycznego w Polsce, możliwa byłaby lepsza pomoc pacjentom, lekarze wiedzieliby bowiem, odczytując jeden kod, jak duże zaburzenia wystąpiły w ramach poszczególnych kategorii objawów. Jest szansa, że w niedalekiej przyszłości narzędzie to zostanie opracowane do użytku w naszym kraju, poprawiając tym samym możliwości diagnostyczne w zakresie FASD. Na pewno przyczyniłoby się to również do lepszego

planowania pracy z dziećmi obciążonymi tymi syndromami, a także do stworzenia lepszego, pełniejszego i co najważniejsze skuteczniejszego systemu profilaktyki.

Mam nadzieję, że próba przybliżenia tego narzędzia powiodła się i zrozumiałe, jak skomplikowaną czynnością jest wykonanie właściwej, dobrej diagnozy dziecka z FAS-em.

Literatura przedmiotu:

Astley S.J., *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code*, Seattle, Washington 2004.

Banach M. (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej*, Kraków 2004.

Banach M., Gierat T.W. (red.), *Z zagdanień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Levoca Sk 2009.

CZĘŚĆ V

Praca z dzieckiem z FASD

Praca z dzieckiem nastręcza ogromnych trudności. Rodzice, rodzice zastępczy, opiekunowie, wychowawcy, nauczyciele mają problemy z doborem właściwych metod pracy z dzieckiem. Dzieje się tak po części z niewiedzy o specyfice związanej z funkcjonowaniem takiego dziecka, a z drugiej strony z powodu braku orientacji w metodach, technikach i formach pracy. W znacznej bowiem części jest to typowo fachowa wiedza zarezerwowana dla specjalistów – pedagogów specjalnych, opiekuńczych czy resocjalizacyjnych. A przecież wcale tak być nie musi. Poniższe teksty wprowadzają w specyfikę pracy z dzieckiem z FASD. Barbara Kaczmarska zwraca uwagę na znaczne i różnorodne problemy, jakie w odczuciu rodziców, pojawiają się u ich dzieci. Małgorzata Gawor i Marek Banach próbują podpowiedzieć, jak organizować pracę z takim dzieckiem, na jakie aspekty zwrócić szczególną uwagę, jak planować pracę. Te metodyczne uwagi mają, w zamierzeniu autorów, ułatwić rodzicom, nauczycielom i opiekunom pracę z dzieckiem.

Barbara Kaczmarska

Problemy rodziców wychowujących dzieci z FASD

Wprowadzenie

Większość dzieci z FASD nie wychowuje się w rodzinach biologicznych, najczęściej trafiają one do rodzin adopcyjnych, zastępczych czy do rodzinnych domów dziecka.

Badaniami objęto 30 pełnych rodzin wychowujących dzieci z FASD, 1/3 to rodziny adopcyjne, 2/3 rodziny zastępcze, z tego 63,3 % rodzin potwierdza fakt zdiagnozowania dziecka, 16,6 % jest w trakcie diagnozy, a 16,6 % jeszcze nie trafiło do specjalisty w celu zdiagnozowania dziecka. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, zastosowaną techniką badawczą była autorska ankieta. Badania zostały przeprowadzone w marcu i kwietniu 2009 roku.

FASD to zespół różnych deficytów i w efekcie różnych problemów, które u każdego dziecka wyglądają nieco inaczej. Statyczna encefalopatia, czyli trwałe uszkodzenie mózgu, jest praktycznie niewidoczna, a oznacza, że mózg pracuje w specyficzny sposób, nie potrafi właściwie przetwarzać zgromadzonych informacji. Są to uszkodzenia niewidoczne i trudne do zdiagnozowania, tym samym problemy z nich wynikające są trudniejsze do zaakceptowania przez otoczenie, które nie ma podstaw, aby traktować dzieci z FASD ulgowo.

Zwykle przedstawia się problemy, z którymi borykają się osoby chore lub niepełnosprawne, dlatego zasadne wydaje się spojrzenie z tzw. „drugiej strony", czyli od strony rodziców i opiekunów. Jest to szczególnie ważne dla przyszłych pedagogów, nauczycieli, wychowawców, ponieważ pracując z dziećmi z FASD, współpraca z rodzicami jest konieczna.

Wiedza i świadomość rodziców

Proces przygotowania kandydatów na rodziców adopcyjnych i zastępczych przebiega w różnych ośrodkach w różny sposób, ale zawsze ma na celu doprowadzenie kandydatów do

świadomej decyzji i w efekcie do stworzenia bezpiecznej, kochającej rodziny przygotowanej do radzenia sobie z różnymi problemami.

Aby decyzja była świadoma, potrzebne są informacje o ewentualnych zagrożeniach, a jak wiadomo, do niedawna temat poalkoholowych uszkodzeń płodu był w Polsce zupełnie nieznany.

W dalszym ciągu świadomość problemu zarówno wśród rodziców, jak i specjalistów, lekarzy, nauczycieli jest niska, dlatego wielu rodziców boryka się z trudnościami wychowawczymi i zdrowotnymi swoich dzieci, przeżywa wychowawcze porażki, jest negatywnie ocenianych przez otoczenie.

Aby sprawdzić, czy rodzice podejmowali decyzję o przyjęciu dziecka świadomi istnienia zaburzeń poalkoholowych w ogóle oraz czy znali historię życia prenatalnego swojego dziecka, zapytano o świadomość rodziców w zakresie wiedzy o FASD i źródłach, z których tę wiedzę otrzymali. 83,3% badanych w momencie podejmowania decyzji o przyjęciu dziecka nie posiadało żadnej wiedzy dotyczącej FAS-u, 90% badanych nie znało przebiegu życia prenatalnego przyjmowanego dziecka, 86,6% rodziców nie zostało poinformowanych o możliwości wystąpienia nieprawidłowości rozwojowych spowodowanych alkoholem (tabela 1). Analizując te wyniki, można wnioskować, że wiedza potencjalnych rodziców, wiedza pracowników w Ośrodkach Adopcyjnych na temat FASD jest zdecydowanie za niska, a rodzice przyjmujący dziecko nie mają podstaw, aby spodziewać się kłopotów zdrowotnych i wychowawczych.

Tabela 1. Wiedza rodziców

	Czy posiadali wiedzę w momencie przyjmowania dziecka?		Czy uzyskali informacje o możliwości wystąpienia FASD?		Czy znali przebieg życia prenatalnego dziecka?	
	L-30	%	L-30	%	L-30	%
TAK	3	10,00	3	10,00	3	10,00
Częściowo	2	6,66	1	3,33	-	
NIE	**25**	**83,33**	**26**	**86,66**	**27**	**90,00**
Razem	30	100,0	30	100,0	30	100,0

80% badanych swoją wiedzę o FASD zawdzięcza własnym poszukiwaniom w Internecie, informacjom od znajomych oraz informacjom zdobytym w czasie konferencji, szkoleń, napotkanym w literaturze, prasie, TV. Zaledwie 10% osób badanych jako źródło informacji wymienia lekarzy i kolejne 10% Ośrodek Opiekuńczo-Adopcyjny.

Diagnoza – zmiana perspektywy

Rodzice najczęściej odkrywają niepełnosprawność dziecka powoli, etapami wyznaczanymi przez wizyty u różnych specjalistów, kolejnymi diagnozami, które jednak nie do końca wyjaśniają i rozwiązują problemy rodziców i dziecka. Leczenie zalecone przez lekarza bywa często nieskuteczne, a problemy się nasilają, wywołując u rodziców poczucie bezradności i zniechęcenia. Dziecku stawiane są zbyt wysokie wymagania, co skutkuje kolejnymi zaburzeniami, tzw. wtórnymi. Rodzice interpretują zachowania dziecka niewłaściwie, przypisując mu lenistwo, złośliwość, nieposłuszeństwo i brak dobrej woli. Siebie natomiast obwiniają o błędy wychowawcze, o nieudolność, o zbyt dużą pobłażliwość, co może prowadzić do wypalenia, poczucia porażki i w efekcie do obniżenia nastroju, a nawet do stanów chorobowych. Jeśli rodzicom uda się znaleźć powód trudności wychowawczych i poznać źródło zaburzeń dziecka, czyli zdiagnozować jego trudności, to mimo przerażającej wiadomości odczuwają ulgę. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że rodzice w takiej sytuacji szybciej przechodzą do okresu konkretnego działania, ponieważ niepełnosprawność swojego dziecka obserwowali od dłuższego czasu i wcześniejsze okresy już przeżyli nieświadomie.

Po zdiagnozowaniu dziecka rodzic zyskuje wiedzę wyjaśniającą zachowania dziecka i jest mu zdecydowanie łatwiej zrozumieć powody dotychczasowych niepowodzeń. Daje to rodzicom pewien komfort w dalszym postępowaniu z dzieckiem, ale równocześnie stawia przed nimi kolejne wyzwania: konieczność pogłębiania wiedzy, stosowanie terapii polegającej najczęściej na żmudnych ćwiczeniach, specjalnej diecie, zmianie metod wychowawczych.

Jakość życia przed diagnozą rodzice oceniają, używając określeń: niepokój, bezradność, obwinianie siebie, obwinianie wza-

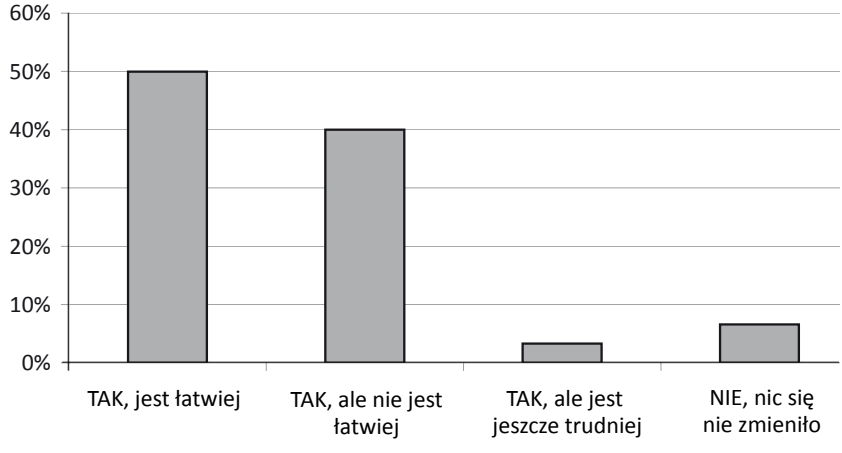
jemne, trudności wychowawcze, frustracja, zmęczenie, brak zrozumienia przez otoczenie, beznadziejność, złość, poszukiwania, gorsze relacje ze współmałżonkiem, napięcie, poczucie straconego czasu. Mówią, że: „było bardzo ciężko", „było źle", „ciągłe nerwy".

Aż 86,6% respondentów potwierdza, że zdarzyły się momenty, w których **mieli poczucie porażki**.

Oto niektóre odpowiedzi udzielane przez rodziców:

„rozpacz", „klęska", „wysiłek bez efektów", „krytyka otoczenia", „niezrozumienie otoczenia", „przygnębienie", „poczucie bezsensu", „nieprzewidywalność dziecka", „nie radzimy sobie", „porażka wychowawcza", „chwile podłamania", „rozpacz", „wciąż nowe diagnozy", „kres wytrzymałości", „bezradność", „nieskuteczność wychowawcza", „tak, doświadczaliśmy sytuacji, na które nie byliśmy przygotowani", „nikt spośród znajomych nie miał takich dzieci", „niezrozumienie otoczenia, przyjaciół, niemożność prowadzenia życia w «normalny» sposób".

Wykres 1. Zmiana w podejściu do dziecka po diagnozie



Aż 93,3% badanych deklaruje, że po uzyskaniu informacji odnośnie do tego, na czym polegają problemy ich dzieci, zauważyli zmianę, w tym 50% respondentów stwierdza, że jest im łatwiej, 40%, że nie jest wcale łatwiej, 3,3% uważa, że jest jeszcze trudniej. Dla 6,6% nic się nie zmieniło.

Informacja dla dziecka i otoczenia

Niezwykle istotnym i równocześnie trudnym problemem, z którym muszą się zmierzyć rodzice jest rozmowa z dzieckiem na temat jego problemów. Ważne jest takie przedstawienie historii rodziny biologicznej, alkoholizmu matki, aby dziecko mogło te informacje przyjąć i zaakceptować. Rodzi się pytanie: czy w ogóle ujawnić ten fakt, a jeśli tak – to kiedy i w jaki sposób. Ta informacja może bowiem spowodować kryzys w budowaniu własnej tożsamości, jak i w sposobie postrzegania rodziców biologicznych.

Podobne wątpliwości mogą się pojawić w momencie, gdy należałoby poinformować otoczenie o problemach dziecka. Rodzice nie zawsze chcą dzielić się swoimi problemami z innymi, wprowadzać ich w szczegóły swojego życia, bo wiąże się to z przeszłością dziecka.

W tym przypadku mogą mieć obawy, że informacja o problemach ich dziecka zostanie potraktowana jako sensacja i będzie źródłem plotek, które dotrą do dziecka i sprawią mu przykrość.

Można zatem przypuszczać, że rodzice nie będą szukać wsparcia u osób spoza najbliższej rodziny, aby chronić dziecko przed stygmatyzacją, a także, aby informacja o problemach rodziców biologicznych mogła dotrzeć do dziecka w sposób dla niego jak najmniej bolesny.

Niebezpieczeństwo wypalenia

Najczęściej o wypaleniu mówi się w odniesieniu do pracy zawodowej, a przecież „obciążające relacje pomocy mogą występować także w niektórych sytuacjach pozazawodowych. Bliski, emocjonalny kontakt rozwija się również, gdy osoba (…) opiekuje się niepełnosprawnym lub przewlekle chorym członkiem rodziny. Mówimy wtedy o wypaleniu rodzicielskim, małżeńskim, opiekuńczym”[1].

Przypomnijmy, wypalenie to „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego po-

[1] E. Pisula, *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 1998, s. 47.

czucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w określony sposób"[2].

Przytoczona definicja mówi o stanie wyczerpania, zmęczenia wynikającym z nadmiernego obciążenia pracą z osobami o określonych potrzebach, a takimi niewątpliwie są dzieci niepełnosprawne.

Wiele matek opiekujących się swoimi, normalnie rozwijającymi się dziećmi przez długi czas, mówi o monotonii codziennie powtarzanych czynności, która może prowadzić nawet do stanów depresyjnych, można zatem przyjąć, że przy równoczesnym obciążeniu psychicznym, takim jak lęk, niepewność, brak efektów, zmęczenie wystąpi ze wzmożoną siłą. Źródłem bardzo negatywnych przeżyć może być dla rodziców zachowanie dziecka, szczególnie, jeśli występują w nim elementy autoagresji i nadpobudliwości psychoruchowej.

Dla rodziców przełomowym momentem jest zaakceptowanie niepełnosprawności dziecka, uznanie jej za fakt i przeorganizowanie życia rodzinnego w taki sposób, aby pomagając choremu dziecku, wszyscy członkowie rodziny mogli najpełniej się realizować. Życie z niepełnosprawnym dzieckiem ma wpływ na wszystkich członków rodziny. Najbardziej jednakże obciążeni są rodzice i to oni muszą zadbać o jak najlepsze funkcjonowanie rodziny. Istnieje wiele sposobów radzenia sobie z wypaleniem, ale lepiej zapobiegać wypaleniu niż je leczyć, dlatego najbardziej skuteczna jest profilaktyka. Bardzo ważne jest utrzymywanie i pielęgnowanie relacji z rodziną i przyjaciółmi, którzy w sytuacjach trudnych będą służyć pomocą i wsparciem, uzupełnianie swojej wiedzy i umiejętności dotyczących sprawowanej opieki, a także rozwijanie swojej osobowości poprzez uświadamianie sobie i akceptowanie własnych ograniczeń i podkreślanie umiejętności i zalet, czyli gromadzenie zasobów skutecznych w walce z pojawiającym się stresem.

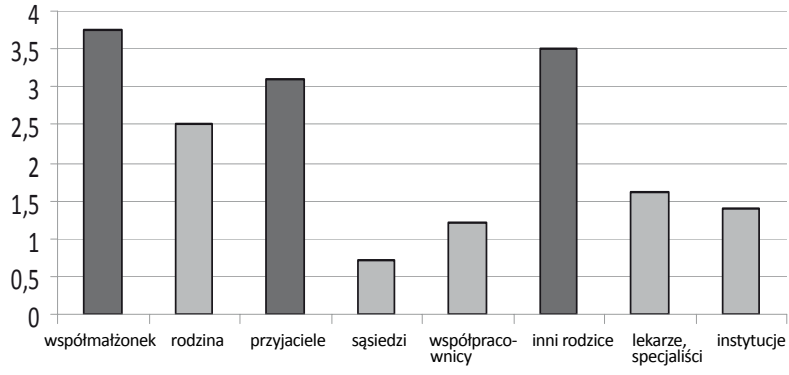
Potrzeba wsparcia

Zapytano również rodziców, czy odczuwają potrzebę wsparcia, kto jest dla nich źródłem wsparcia, czy mają dostęp do grup wsparcia, a jeśli tak, to czy z niego korzystają.

[2] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie,* red. H. Sęk, Warszawa 2000, s. 15.

Odczuwanie potrzeby wsparcia zdecydowanie potwierdza 60% badanych, 36% przyznaje, że czasem odczuwa taką potrzebę, tylko 3,3% twierdzi, że raczej nie potrzebuje wsparcia.

Wykres 2. Źródło wsparcia dla rodziców



Jako najbardziej skuteczne źródło wsparcia badani wskazali: współmałżonka: (średnia punktów: 3,75), innych rodziców z podobnymi problemami (3,5), przyjaciół (3,1).

Niżej oceniono wsparcie uzyskane od: rodziny (2,5), lekarzy, specjalistów (1,6), instytucji (1,4).

Ponad połowa badanych, czyli 56,6% nie ma dostępu do odpowiedniej grupy wsparcia, natomiast tylko 26% osób, które mają możliwość kontaktu z grupą wsparcia, z niego korzysta, pozostałe 13 % przychodzi na spotkania sporadycznie. 60% badanych, którzy mają możliwość uzyskać wsparcie, potwierdza, że ma ono pozytywny wpływ na funkcjonowanie ich rodzin.

Podstawowe i najskuteczniejsze źródła wsparcia to przede wszystkim: związki interpersonalne, w przypadku rodzin to współmałżonek, rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, współpracownicy, instytucje i specjaliści. Jednak w przypadku dzieci z zaburzeniami wynikającymi z Płodowego Zespołu Alkoholowego, taka kolejność może ulec zmianie. Najbliższa rodzina, mimo całej miłości, jaką obdarza dziecko niepełnosprawne i jego rodziców, może nie rozumieć w pełni trudności, z jakimi borykają się oni w życiu codziennym, a nawet postrzegać te kłopoty jako konsekwencję błędów wychowawczych. Podobnie mogą postrzegać sytuację przyjaciele, znajomi i sąsiedzi, natomiast

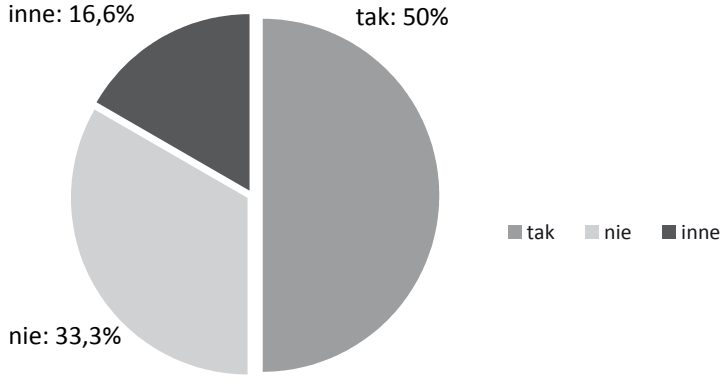
niewielu rodzinom udaje się dotrzeć do właściwego specjalisty, uzyskać fachową poradę i wiedzę dotyczącą konkretnej terapii. Od najbliższego otoczenia najczęściej zapewne otrzymywane jest wsparcie emocjonalne i duchowe, natomiast wsparcie informacyjne i instrumentalne jest udzielane przez osoby, które mają podobne problemy lub odpowiednią wiedzę z tego zakresu. Tak więc wsparcie spostrzegane, czyli wiedza i przekonanie o tym, gdzie i od kogo można uzyskać pomoc, jest raczej małe. Poszukiwania ułatwia Internet, można tam znaleźć osoby zrzeszone np. na forum dyskusyjnym, gdzie wymieniają swoje doświadczenia, opisują problemy i podpowiadają rozwiązania, dzieląc się wiedzą o specjalistach, badaniach, skutecznej terapii.

Szkoła – wsparcie czy dodatkowy stres?

Przedszkole, a następnie szkoła są środowiskami wychowawczymi, które mogą spełniać rolę wspomagającą, ale mogą równocześnie być dodatkowym źródłem stresu. Zależy to od świadomości nauczycieli, a przede wszystkim od ich dobrej woli.

Z opinii rodziców wynika, że najczęściej to oni uświadamiają nauczycieli, na czym polega niepełnosprawność ich dzieci i podpowiadają, jakimi metodami pracować, aby można było mówić o efektach.

Wykres 3. Wsparcie ze strony szkoły



80% respondentów przyznaje, że poinformowali nauczycieli o diagnozie, 50% badanych potwierdza wsparcie płynące ze szkoły. Natomiast pozostałe osoby tego wsparcia nie otrzymują.

Z kolejnych odpowiedzi można wyczytać problemy, z jakimi dzieci spotykają się w szkole. „Nauczyciele starają się rozumieć – nie zawsze to się udaje. Inny problem to rodzice, niezadowoleni, że nasze dzieci przeszkadzają w zajęciach". „My jako rodzice tak (jesteśmy wspierani – przyp. autora). Dzieci często są wyśmiewane przez inne dzieci".

Na uwagę zasługuje jeszcze jedna wypowiedź, tak mówi rodzic nieotrzymujący wsparcia od nauczycieli: „Nie są przygotowani, nie przyjmują FAS-u".

Te wyniki świadczą o tym, że rodzice informują szkołę i nauczycieli, licząc na pomoc, zrozumienie i wsparcie, niestety, szkoła tylko w niewielkim stopniu zaspokaja te oczekiwania.

Podsumowanie

Dzieci z FASD wymagają większej uwagi ze strony rodziców w procesie ich wychowania, a co za tym idzie – większej świadomości, dlatego każdy sposób propagowania wiedzy dotyczącej przyczyn i skutków prenatalnej ekspozycji na alkohol jest szansą na lepsze funkcjonowanie zarówno dzieci, jak i rodziców.

Jak pokazuje praktyka, dzieci, wobec których stosowana jest właściwa terapia i odpowiednie traktowanie, mają zdecydowanie większe szanse na poprawę funkcjonowania społecznego. Natomiast rodzice świadomi potrzeb swoich dzieci i pewni własnych kompetencji wychowawczych mniej są narażeni na poczucie bezsilności i porażki wychowawczej, pewnym problemom mogą zapobiegać, a z innymi radzić sobie efektywniej. Ich rodzicielstwo jest bardziej satysfakcjonujące.

Szczególnie ważne jest zapewnienie rodzicom pomocy ze strony instytucji wspierających wychowanie ich dzieci, przede wszystkim przedszkoli i szkół, dlatego świadomość osób, które uczestniczą w procesie wychowania dziecka i mogą służyć pomocą, jest szczególnie cenna i pożądana.

Literatura przedmiotu:

Banach M., (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej FAS i FAE*, Kraków 2004.
de Barbaro B., *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1999.
Dolle C., Neuburger R., *Po adopcji*, Poznań 2006.
Kielin J., *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*, Gdańsk 2003.
Klecka M., Liszcz K., *Nie próbuj mocniej – spróbuj inaczej. Neurologiczny program naprawczy dla dzieci i młodzieży z syndromem alkoholowym FAS*, Lędziny 2004.
Klecka M., *FAScynujące dzieci*, Kraków 2007.
Klecka M., *Ciąża i alkohol. W trosce o Twoje dziecko*, Warszawa 2007.
Klecka M., *Płodowy Zespół Alkoholowy – od diagnozy do terapii*, Referat wygłoszony na konferencji w Centrum Zdrowia Dziecka w dn. 4.06.2008 r.
Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1995.
Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1991.
Pisula E., *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 1998.
Sęk H. (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*, Warszawa 2000.
Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa 2004.

Małgorzata Gawor

Strategie pracy nauczyciela z dzieckiem z FAS-em na zajęciach artystycznych w szkole

Mamy świadomość, że w ciągu ostatnich dwudziestu lat znacznie poprawił się stan wiedzy społeczeństwa na temat ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu przez kobietę ciężarną, to z przykrością skonstatować należy fakt, że działania podejmowane w tym zakresie w naszym kraju są najczęściej niewystarczające bądź mają ograniczony zasięg, a picie alkoholu w tym czasie jest jeszcze w wielu środowiskach normalnym, często dopuszczalnym zjawiskiem.

Alkohol ma negatywny wpływ na organizm każdego człowieka wiedziano od dawna. Dlatego już starożytni Grecy zaliczyli go grupy szczególnie teratogennych substancji[1]. Po raz pierwszy nazwa *Fetal Alkohol Syndrome* (FAS) pojawia się w pracy K.L. Jonesa oraz D.W. Smitha, którzy pod tym pojęciem określali zespół nieprawidłowości rozwojowych stwierdzanych u dzieci matek alkoholiczek. Do najczęściej opisywanych przez nich wad wrodzonych zaliczyli między innymi: deformacje w budowie twarzy, stawów i kończyn, niską wagę urodzeniową, mały obwód głowy[2]. Rozpoznanie alkoholowego zespołu płodowego polega na obserwacjach klinicznych i na wywiadzie dotyczącym picia alkoholu przez ciężarna kobietę i opiera się na ustaleniu czterech podstawowych kryteriów:

1. Udokumentowanym piciu alkoholu przez matkę w okresie ciąży.
2. Upośledzeniem społecznym i intelektualnym.
3. Prenatalny i postnatalny deficyt wzrostu, wagi ciała i obwodu głowy.

[1] Teratogenny z greckiego *teratos,* czyli robiący potwory.

[2] B.T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998, s. 49.

4. Zespołem fizycznych anormalności wyrażających się mniej lub bardziej widocznymi deformacjami budowy kończyn, twarzy, mięśni i serca[3].

W Polsce wiedza na temat FAS-u jest, niestety, znikoma, a literatura naukowa bardziej niż skromna. Brakuje centrów diagnostycznych z wyspecjalizowanymi pracownikami i terapeutów przygotowanych do pracy z dziećmi obarczonymi syndromem FAS oraz z ich rodzicami czy opiekunami zastępczymi.

Istotnym zatem pozostaje sposób organizacji pracy dziecka z Alkoholowym Zespołem Płodowym w szkole, w czasie zajęć o zróżnicowanym charakterze; kwestia jak planować naukę dziecka, na jakie elementy zwrócić szczególną uwagę. Mamy świadomość, że zupełnie inaczej winno funkcjonować dziecko z FAS-em na lekcjach przedmiotów ścisłych, inaczej na humanistycznych, przyrodniczych czy artystycznych. Ich specyfika narzuca konkretne rozwiązania w tym zakresie.

Zasady w pracy z dziećmi z FAS-em

W sytuacji, kiedy do klasy szkolnej trafia dziecko z FAS-em, nauczyciel przyjmuje często ten fakt z niepokojem, czy wręcz niechęcią. Stanowi to bowiem dla niego ogromne wyzwanie z uwagi na trudności, jakie to z sobą niesie. Nie mamy bowiem jeszcze opracowanych strategii postępowania z takim dzieckiem. Ważne jest, aby wiedzieć, że Alkoholowy Zespół Płodowy wywołuje wiele złożonych problemów związanych z funkcjonowaniem ucznia w szkole. Dlatego należy w kontaktach z nimi zastosować kilka zasad. Marek Banach zalicza do nich następujące:
– Być gotowym do podjęcia rozmów z rodzicami.
– Nauczyć się zwracać o pomoc, kiedy jest potrzebna.
– Znaleźć najlepszą drogę porozumienia z uczniem.
– Poznać ucznia, jego cele i potrzeby.
– Współpracować z innymi ludźmi prowadzącymi ucznia.
– Dostosowywać plany nauczania zależnie od sytuacji[4].

[3] J.M. Aase, *Kliniczne rozpoznawanie Zespołu Alkoholowego Płodu (FAS)*, w: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, Warszawa, 1998, s. 2.

[4] M. Banach, *Strategie i sposoby postępowania z dziećmi z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodu*, w: *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, T.W. Gierat, MTM Levoca, 2009, s. 186.

Z uwagi na specyfikę pracy z dzieckiem z FAS-em warto zwrócić uwagę na kilka podstawowych elementów organizacyjnych niezbędnych z punktu widzenia skuteczności procesu nauczania.

1. Na początek zatem warto zebrać niezbędne informacje dotyczące ucznia. Stąd konieczność podjęcia rozmów z osobami mającymi kontakt z dzieckiem, tj. rodzicami lub opiekunami dziecka, sprawdzenie świadectw, zaleceń poradni psychologiczno-pedagogicznych, medycznych, logopedycznych. Na pewno sporo informacji przyniesie nam bezpośrednia rozmowa z uczniem, który może dostarczyć wielu cennych informacji na temat swojej choroby. Bardzo ważnym elementem jest zaangażowanie w kontakty z rodzicami takich dzieci. Ich doświadczenie w wychowywaniu własnego dziecka może być cennym źródłem informacji, jakie nauczyciel może w pracy z dzieckiem wykorzystać. Na bieżąco należy wnikliwie obserwować dziecko, co zapewne dostarczy nam niezbednych informacji w zakresie mozliwości edukacyjnych i społecznych dziecka.
2. Ważnym elementem w pracy nauczyciela z dzieckiem z FAS-em jest opracowanie planu postępowania, w którym należy wykorzystać zdobyte wcześniej informacje. Dodatkowo warto poszerzyć je o uważne studia literatury przedmiotu. Aczkolwiek trzeba tu nadmienić, że takich pozycji jest niewiele. Dlatego warto także korzystać z coraz liczniejszych możliwości doskonalenia swojego warsztatu w tym zakresie, poprzez uczestnictwo w konferencjach, sympozjach, szkoleniach, prelekcjach czy warsztatach organizowanych przez wyspecjalizowane instytucje. Szczególnie warto w tym miejscu polecić organizowane corocznie konferencje z okazji Światowego Dnia FAS. Niezbędne będą w planowaniu pracy bieżące konsultacje z osobami zajmującymi się tą problematyką. Po zdobyciu odpowiedniej wiedzy przestępujemy do opracowania wstępnego planu postępowania korekcyjnego w stosunku do ucznia.
3. Na bieżąco należy realizować działania ewaluacyjne, a więc sprawdzać, na ile nasze działania są skuteczne, czy uczeń odnosi sukcesy, czy jest w stanie realizować postawione przed nim zadania edukacyjne.
4. Należy na bieżąco obserwować ucznia i zapisywać wyniki naszych obserwacji, by następnie móc korygować nasze

działania. „Uważna obserwacja dziecka jest bardzo istotna w celu dostrzeżenia i zrozumienia, jak reaguje ono na stres, przeszkody i na zmiany. Obserwacja taka dostarcza wartościowych informacji dotyczących potrzeb dziecka, tego na ile faktycznie się stara. Dzięki niej będziemy mogli ułatwić dziecku osiągnięcie sukcesu na przykład poprzez przekształcanie otoczenia, w którym ono przebywa. Pomocna w zrozumieniu ucznia jest także znajomość stopnia uszkodzenia jego mózgu. Należy przywiązywać uwagę do nauki społecznie akceptowanych zachowań, a także życiowych umiejętności"[5]. Wydaje się, że realizowanie programu zajęć przynosi najlepsze efekty w kontekście codziennych czynności ucznia, kiedy nauka odbywa się w miłej, spokojnej, nienerwowej atmosferze. Trzeba pamiętać, że każdy uczeń z FAS/E prezentuje odmienny wachlarz zachowań i zdolności, do których nauczyciel powinien dostosować strategię postępowania.

Problemy edukacyjne dzieci z FAS-em/FAE

Czas uczęszczania dzieci z FAS-em do szkoły, to czas, kiedy mogą pojawić się nowe, dodatkowe problemy. Dotyczą one nie tylko procesu uczenia się, ale także nawiązywania i utrzymywania znajomości. „Często czują się przytłoczone zbyt dużą liczbą bodźców, co prowadzi do problemów w nauce, frustracji, gniewu, zachowań agresywnych"[6]. Pamiętać należy o tym, że dzieci te mają słabą pamięć i wymagają ciągłego powtarzania przyswojonego materiału. Problemy edukacyjne dzieci z FAS-em występują we wszystkich grupach przedmiotowych. W pierwszej kolejności dotyczą umiejętności czytania, a przez to pośrednio mogą wiązać się z problemami językowymi. Większość dzieci z FAS-em, które nie mają rozwiniętego myślenia abstrakcyjnego i umiejętności rozwiązywania problemów, ma problemy z zadaniami bazującymi na umiejętności czytania i umiejętnościach językowych, są one dla nich dużą trudnością i wymagają odpowiedniej pracy z dzieckiem i wcześniej zaplanowanych działań.

[5] Tamże, s. 190.

[6] M. Banach (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej, Fetal Alcohole Syndrome (Alkoholowy Zespół Płodu) i Fetal Alcohole Effects (Alkoholowy Efekt Płodu)*, Kraków 2004, s. 30.

Dzieci z FAS-em ma trudności także z matematyką. Problemy te mogą przekładać się na życiowe kłopoty z rozróżnianiem pieniędzy i określaniem czasu. Matematyka ma także swój własny zasób słownictwa. Dzieci z FAS-em w porównaniu do innych uczniów potrzebują więcej ćwiczeń, by zdobyć podstawową wiedzę i aby zautomatyzować czynności. Wielu uczniów z FAS-em nie rozróżnia znaczenia słów wcześniej, później, wczoraj, jutro itd. Mają też kłopot z określeniem upływającego czasu. Rozpoznawanie nominałów i ich wartości jest kłopotem dla tych dzieci, podobnie jak rozmienianie wartości pieniędzy i operacji z nimi związanych.

Nie tylko matematyka, ale także inne nauki ścisłe są trudne do opanowania przez dziecko z FAS-em. Problemy pojawiają się najczęściej w sytuacjach eksperymentalnych, związanych z użyciem sprzętu naukowego i rozwiązywaniem problemu przez dedukcję i interferencję. Nauki ścisłe mają, oczywiście, swój własny zasób słownictwa. „Słowa i ich znaczenia muszą być wytłumaczone i wykorzystywane w odpowiedni sposób. Jako że uczniowie z FAS-em potrzebują więcej czasu na zautomatyzowanie czynności należy wprowadzać informacje w nowych kontekstach. Proces przyswajania informacji może być podwyższony dzięki wprowadzaniu materiału naukowego przy użyciu pomocy naukowych. Takie nauczanie dodatkowo motywuje ucznia i jest łatwiejsze do przyswojenia. W wyższych klasach przedmioty ścisłe mogą być zbyt abstrakcyjne i skomplikowane dla uczniów z FAS-em”[7].

Stosunkowo najmniej problemów pojawia się na zajęciach wychowania fizycznego. „Niektóre dzieci z FAS/E mają świetną sprawność fizyczną, zwłaszcza w sportach indywidualnych (pływaniu itp.). Sukces w tych dziedzinach pomaga w dowartościowaniu dziecka”[8]. Niestety, część dzieci ma kłopoty z tuszą i co za tym idzie – sprawnością. Czasami pojawiają się problemy z żuciem i przełykaniem. Stosunkowo częstym problemem jest kwestia koordynacji ruchów w sportach, takich jak: gra w piłkę, jazda na rowerze bieganie itd. Pomocne w osiągnięciu sukcesu przez dziecko może być uprawianie dyscyplin, takich jak: pływanie, taniec i gimnastyka.

[7] Tamże, s. 191.

[8] Tamże, s. 190.

Zajęcia artystyczne

Uczniowie z FAS-em mogą wnieść wiele uzdolnień muzycznych i plastycznych do klasy. Nauczyciel powinien tak pokierować procesem nauczania, aby uwzględnić inne potrzeby dziecka i jego zdolności, w celu aktywizacji w obrębie przedmiotów artystycznych. Taniec, sztuka, muzyka i plastyka są tak ekspresyjnymi i komunikatywnymi dyscyplinami, że dziecko z FAS-em może być w nie zaangażowane tak głęboko, jak jest to tylko możliwe.

Praca na lekcjach sztuki zakłada:

– Rozwijanie umiejętności wyrażania siebie.
– Znajomość faktów i zasad tworzenia sztuki zdobytych przez aktywne uczestnictwo w zajęciach.
– Wykorzystanie sztuki do rozszerzenia umiejętności tworzenia i występów publicznych.
– Użycie wielu środków wyrazu w pokazywaniu swoich odczuć, myśli i wyobrażeń.

Edukacja muzyczna pozwala uczniowi na dostosowanie swoich zachowań do dźwięków. Jako forma komunikacji i tworzenia słuchanie muzyki jest pomocne w komunikowaniu się i wyrażaniu swoich myśli oraz odczuć w innej formie niż forma pisemna.

Edukacja taneczna pozwala przekształcić wyobrażenia i myśli w gesty i ruchy. Taniec jest zatem innym językiem dla ucznia z FAS-em. Tańcem mogą zajmować się nawet dzieci otyłe, których sprawność ruchowa jest na niższym poziomie, pod warunkiem, że dostaną wystarczająco dużo swobody do przystosowania swoich ruchów do rytmu muzyki. Edukacja przez taniec daje możliwość rozwinięcia umiejętności samowyrażania się przez ucznia, kooperacji z innymi i zrozumienia dla swoich możliwości oraz możliwości innych.

Edukacja przez spektakle i przedstawienia teatralne pozwala uczniowi na wyrażenie siebie i zrozumienie różnic pomiędzy ludźmi. Dla ucznia z FAS-em udział w przedstawieniach może być ważnym ogniwem w rozwoju i dostosowaniu się do życia w społeczeństwie. Sztuki teatralne dają możliwość analizowania szeregu sytuacji, doświadczeń (pozytywnych i negatywnych) i ról. Mogą pokazać, jak rozwiązywać problemy, rozstrzygać konflikty i brać odpowiedzialność za zachowania i czyny. Na

przykładzie przedstawień można uczyć różnicy między właściwym i niewłaściwym zachowaniem społecznym i międzyludzkim, można też uczyć zachowania w pracy i prawidłowej komunikacji. Tym samym uczniowie są dzięki temu typowi edukacji przygotowani do przyszłych wyzwań.

Edukacja rysownicza pozwala uczniom zobaczyć potęgę tworzonego obrazu. Można dzięki niej poznać komunikacje za pomocą obrazu. Uczniowie otrzymują możliwość tworzenia obrazów; godnych uwagi autoportretów i projektów opisowych.

Strategie postępowania z dzieckiem w szkole:

– Zapewnienie uczniom możliwości pracy w grupach.
– Połączenie koncepcji projektów z realnym światem.
– Uaktywnienie wszystkich zmysłów ucznia.
– Używanie wielu metod i sposobów nauczania.
– Aktywowanie ucznia i pobudzanie go na różne sposoby.
– Uczenie odpowiedniego zachowania społecznego.
– Zaopatrzenie uczniów w organizery z najważniejszymi zadaniami.
– Dostosowanie tempa pracy do możliwości ucznia.
– Używanie modeli do wyjaśnienia zasad.
– Skierowanie uwagi ucznia na rejony, które dotyczą bezpośrednio jego osoby.
– Dostosowanie trudności ćwiczeń do poziomu i możliwości ucznia.
– Pomaganie uczniowi w zajęciach i uczenie go odpowiedzialności.
– Zadbanie o możliwość ćwiczenia użycia słownictwa i wzbogacania go zarówno przy pracy zespołowej, jak i w trakcie innych zajęć.
– Skorzystanie z asysty osób trzecich na zajęciach, jeżeli zachodzi taka potrzeba.
– Opracowanie nowych strategii nauczania przy pomocy innych nauczycieli.

Przygotowanie, planowanie współpracy i pozytywne nastawienie w pierwszych dniach stworzy podwaliny pod dobrą naukę i pracę. Dobre stosunki z uczniem pomogą polepszyć atmosferę w klasie, poprawią też samopoczucie ucznia. Pracując

wspólnie, można stworzyć intelektualny, psychiczny i społeczny nastrój wspomagający naukę ucznia i zapewniający trwałość zdobytej wiedzy. Rozwijane są też zdolności i umiejętności ucznia z zakresu komunikacji i wiary we własne możliwości[9].

W czasie edukacji szkolnej warto pamiętać o tym, aby dziecku z FAS-em dostarczać okazji do zabaw z rówieśnikami lub młodszymi dziećmi; do gier i zabaw na świeżym powietrzu, w bezpiecznym miejscu; do nauki, jak zaczynać i jak kontynuować daną aktywność artystyczną czy zabawową; do nauki zdobywania pewności siebie; czy wreszcie do posiadania wolnego czasu między zajęciami. Należy pamiętać, że nauczyciel i rodzice muszą kompensować braki, niedostatki dziecka. Wiele dzieci to dzieci nadaktywne, stąd konieczność działań ograniczających nadpobudliwość dziecka. A zatem należy podjąć działania zmierzające do ograniczania sytuacji, które powodują pobudzenie, a wzmacniać te, które wyciszają dziecko, wykorzystując do tego celu różne metody uspokajające i dostosowane do jego potrzeb. Ważnym elementem w tych działaniach będą te, które pozwolą utrzymać dyscyplinę na właściwym poziomie. Stąd konieczne jest stawianie dziecku wymagań stosownie do jego wieku i możliwości. Konsekwentne działanie i utrzymywanie dyscypliny pomaga dziecku, które ma kłopoty z nauką i zapamiętywaniem. Dziecko nie uczy się na własnych błędach, a więc konsekwencja powinna pomóc mu rozwinąć samokontrolę. Konsekwencje wynikające z jego zachowania należy wyciągać natychmiast. Dziecko bowiem może nie pamiętać swojego czynu. Karanie powinno być wykorzystane do nauki właściwych zachowań. Nie należy zapominać o nagradzaniu, tak często, jak to tylko możliwe, należy go chwalić, a rodzice powinni przytulać, dzięki czemu dziecko staje się mniej sfrustrowane, widząc, że może odnosić sukcesy. Reguły postępowania powinny być krótkie i jasne. Warto przedstawić je zarówno w formie pisemnej, jak i rysunkowej. Mówiąc do dziecka, należy czynić to powoli, aby dać mu czas na zastanowienie się. Ważnym jest też, aby zachować rytm dnia. Pomaga to dziecku nauczyć się kolejno następujących po sobie czynności. Należy precyzyjnie określić granice, w ramach których mogą się

[9] Część praktyczną opracowano na podstawie: *Teaching Students with Fetal Alkohole Syndrome / Effects – A rescource Guide for Teachers, Special Programs Branch,* British Columbia, Ministry of Education, 1996 r. tłumaczenie J. Cholewa, A. Korzonek, s. 35-55.

swobodnie poruszać i to zarówno w domu, jak i w szkole. Starać się przeciwdziałać i unikać jakiegokolwiek zamieszania, chaosu, niekonsekwencji.

Warto zachęcać dziecko do samodzielności, przejęcia za siebie odpowiedzialności, np. poprzez pozwolenie na podejmowanie mniej ważnych decyzji. Dać mu swobodę na tyle, na ile będzie sobie w stanie z nią poradzić. Nauczyciele i rodzice powinni uczyć dziecko, jak ma prosić o pomoc. Ważnym elementem jest umożliwienie dziecku korzystania z różnych form aktywności sportowej i artystycznej, w których ma zdecydowanie większe szanse na sukces.

Możemy zmieniać zachowanie dziecka poprzez ukierunkowanie jego zainteresowań i działalności. Należy zatem angażować je w rozwojowe gry i zabawy, wdrażać do działalności artystycznej, tj. rysowania, malowania, tańczenia, śpiewania itd.

Dobrze, jeżeli możemy ograniczyć dziecku uczestnictwo w jakiejkolwiek sytuacji przemocowej, z uwagi na fakt, iż nie zawsze będzie ono w stanie odróżnić fikcję od prawdy. Powinno mu się także ograniczyć możliwość wyboru, bowiem jego konieczność może prowadzić do frustracji.

Zarówno nauczyciele, jak i rodzice powinni nauczyć się rozpoznawać pierwsze oznaki tego, że dziecko ma problemy[10].

Jak widać, jest więc ogromna sfera działań, która w pracy z dzieckiem z FAS-em może przynieść wiele dobrego. Pozwoli przełamać dziecku swoiste ograniczenia wynikające z jego choroby i odnieść ten, jakże oczekiwany, sukces. Szansą na zapewnienie takiego sukcesu edukacyjnego w szkole mogą być dobrze zaplanowane zajęcia, w tym artystyczne. Efekt podjętych i realizowanych przez nauczyciela i dziecko działań może być tym, co pozwoli dziecku z FAS-em budować pozytywny obraz siebie. Co w kontekście styczności z rówieśnikami spowoduje, że dostrzegą oni w nim kogoś wartościowego i zaakceptują. Dlatego tak ważną sprawą jest częsty kontakt nauczyciela z rodzicem i wzajemne informowanie się o aktualnych problemach dziecka. Ważne jest, aby rodzic był na bieżąco wdrażany w postępowanie edukacyjno-wychowawcze swojego dziecka w szkole. Zapewni to lepsze zrozumienie potrzeb i możliwości dziecka z FAS-em.

[10] Opracowano na podstawie: M. Banach (red.), *Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej*, dz.cyt., s. 30-35,

Niech tych kilka wskazówek będzie dla nauczycieli i rodziców swoistym przewodnikiem w pracy z dzieckiem z FAS-em. Przewodnikiem, który pozwoli na takie zaplanowanie zajęć edukacyjnych, aby w pełni rozwinąć możliwości dziecka.

Literatura przedmiotu

Aase J.M., *Kliniczne rozpoznawanie Zespołu Alkoholowego Płodu (FAS)*, w: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, Warszawa 1998.

Banach M. (red.), Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Fetal Alcohole Syndrome (Zespół Alkoholowy Płodu) i Fetal Alcohole Effects (Alkoholowy Efekt Płodu), Fundacja Oświecenia Publicznego, Kraków 2004.

Banach M., Gierat T., *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, Levoca 2009.

Kupkowski Z., *Wpływ alkoholizmu matki na rozwój płodu i dziecka nienarodzonego*, „Pediatra Polski", LXVII 1-2, 1992.

Teaching Students with Fetal Alkohole Syndrome / Effects – A rescource Guide for Teachers, Special Programs Branch, British Columbia, Ministry of Education, 1996.

Woronowicz B.T., *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998.

Marek Banach

Strategie, zasady i metody pracy z dzieckiem z FAS-em

Problematyka pracy z dzieckiem ze zdizgnozowanym bądź nie FAS-em to coraz częściej w naszej literaturze analizowany problem. Na ten temat piszą tacy znawcy problematyki Alkoholowego Zespołu Płodowego, jak Małgorzta Klecka, Teresa Jadczak-Szumiło, Krzysztof Liszcz, Danuta Hryniewicz i inni. Artykuł ten jest próbą zebrania dotychczasowych doświadczeń w tym zakresie. Jest próbą ukazania najważniejszych metodycznych zaleceń, jakie należy uwzględniać w pracy z dzieckiem z FASD, oraz jest przybliżeniem metod, jakie w tej pracy można wykorzystać. Większość z nich jest znana i używana w kontekście innych zaburzeń, z jakimi spotykamy się u naszych dzieci, podopiecznych, wychowanków czy uczniów w zależności od specyfiki relacji, w jakiej pozostajemy z wymagającym takiej szczególnej opieki dzieckiem.

Wychodząc od takiej przesłanki, warto zatem określi podstawowe założenia pracy z dzieckiem chorym na FAS lub inny pokrewny zespół alkoholowy. Wydaje się zasadnym ich określenie w tym właśnie momencie. Przestrzegając opisanych poniżej założeń, jesteśmy w stanie osiągnąć optymalne efekty realizowanych przez nas w stosunku do dziecka działań.

Główne założenia pracy z dzieckiem z FAS-em:

1. Ograniczenie nadmiernej stymulacji.
2. Zmniejszenie nadwrażliwości sensorycznej.
3. Konsekwencja.
4. Stałość w otoczeniu.
5. Polisensoryczność bodźców.
6. Motywacja wewnętrzna.
7. Zaburzenia przywiązania.

Ograniczenie nadmiernej stymulacji:

Duża ilość bodźców nie wpływa pozytywnie na poziom koncentracji uwagi dziecka z FAS-em. Nie jest ono w stanie skoncentrować się na kilku rzeczach lub zadaniach jednocześnie. Takie założenie jest niełatwe do zaakceptowania z uwagi na fakt, iż rozwój dziecka powinien być na każdym kroku bezwzględnie stymulowany. Trzeba mieć na uwadze, że nie każdemu służy taka sama stymulacja. Nie wszyscy mają taką samą granicę reagowania na nią. Świadomość istniejącego stanu rzeczy jest bardzo pomocna w pracy z dzieckiem z Alkoholowym Syndromem Płodowym. Osoby pracujące z dzieckiem – nauczyciele czy terapeuci, powinny zwrócić uwagę przede wszystkim na wygląd klasy, gabinetu, który ma służyć dziecku. Wszelkie zbędne pomoce naukowe, tablice informacyjne, dekoracje nie pomagają, a wręcz rozpraszają uwagę dziecka. Gubi się ono w natłoku informacji. Jeżeli jest potrzeba skorzystania z wyżej wymienionych pomocy dobrze jest na ścianie umieścić jedną konkretną tablicę, tę, która ma być pomocą w danym dniu[1].

Zmniejszenie nadwrażliwości sensorycznej:

Wrażliwość sensoryczna jest zdolnością odczuwania, identyfikowania, rozróżniania bodźców. Jest cechą indywidualną, dlatego poszczególne osoby mogą różnie reagować na ten sam bodziec. Osoby o nadwrażliwości sensorycznej błędnie interpretują docierające z otoczenia bodźce, co uniemożliwia wykorzystanie ich w celowym i efektywnym działaniu. Interwencje polegają na tym, że zmniejsza się nadmiar bodźców sensorycznych, co powinno osłabić niepożądane doznania, na przykład poprzez noszenie luźnych ubrań, unikanie tłoku. Gdy układ sensoryczny dziecka jest obciążony nadmiarem przeżyć, może ono zacząć powtarzać słowa i myśli, zamknąć się w sobie, miewać napady złości lub popadać w stan frustracji. Gdy do tego dojdzie, należy na jakiś czas zmniejszyć wszelkiego rodzaju stymulacje oraz pomóc dziecku wykorzystać techniki relaksacyjne. Może to być

[1] Por., D. Hryniewicz, S*pecyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS,* Warszawa 2007, s. 32.

siedzenie w fotelu, hamaku, ciepła kąpiel albo słuchanie spokojnej, cichej muzyki przez słuchawki itp[2].

Konsekwencja, czyli powtarzalność bodźca:

W całym procesie pomocy dzieciom z FAS-em bardzo istotną rolę odgrywa powtarzalność. Zdrowym rówieśnikom wystarczy kilka powtórzeń, aby dana czynność stała się nawykiem. Dzieciom z Płodowym Zespołem Alkoholowym trzeba nieporównywalnie więcej powtórzeń, aby jakaś czynność/umiejętność stała się nawykiem. Jest to olbrzymie wyzwanie dla cierpliwości osoby pomagającej. Ponadto pomagający powinien pamiętać, że robienie przerw zwłaszcza kilkudniowych pomiędzy ćwiczeniami przekreśla dotychczasowy poziom opanowania umiejętności. Stanowi przyczynę regresu. W konsekwencji cały proces trzeba będzie przejść od nowa[3].

Stałość otoczenia:

Dzieci z FAS-em wymagają również stałości otoczenia. Aby dobrze funkcjonować, potrzebują poczucia pewności, a jakiekolwiek zmiany, sytuacje, w których wymagane jest podejmowanie decyzji, odpowiadanie na nowe bodźce, odbierają jako zagrożenie, nie potrafią sobie z nimi radzić. Stałość oznacza pewność, nie zmusza do poszukiwań, daje bezpieczeństwo i ułatwia pamięciowe ogarnięcie bieżących zdarzeń. Większość dzieci z FAS -em ma zaburzone poczucie rytmu dnia, słabe poczucie upływającego czasu, mają utrudnione dokonywanie wyborów, np. istotny – nieistotny, małe poczucie wpływu na tok wydarzeń, podejmują działania, nie przewidując często ich następstw. Łatwo zaburzyć ich sen, łatwo rozproszyć uwagę, stąd też potrzeba stałości oczekiwań, stałego planu dnia – pór posiłków, rozkładu lekcji[4].

---

[2] Por., K. Liszcz, *Jak być opiekunem dziecka z FAS,* Toruń 2005, s. 26-29.

[3] Por., D. Hryniewicz, *Specyfika pomocy*…, dz. cyt., s. 34.

[4] Por., K. Liszcz, *10 zasadniczych praw dotyczących usprawniania i wychowania dzieci z FAS / FAE*, Fundacja „Daj Szansę", Toruń, http://mediweb.pl/abuse/wyswietl.php?id=1461, (dostęp 14.12.2010).

Polisensoryczność pomocy (różnorodność bodźców):

U dzieci z FAS-em, niezależnie od wieku, proces uczenia się i nabywania nowych umiejętności jest bardzo trudny ze względu na alkoholowe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Usprawnienie systemów sensorycznych oraz procesów układu nerwowego leży u podstaw ich rozwoju. Dlatego dzieci te powinny mieć zapewniony stały dopływ bodźców zmysłowych do mózgu. Dzięki stymulacji wielozmysłowej przekazywane do mózgu informacje pochodzące z otoczenia są łatwiej i trwalej zapamiętywane. Brak lub niski poziom stymulacji działa hamująco na proces uczenia się oraz na pełny rozwój dziecka[5].

Budzenie motywacji wewnętrznej:

„Rozwój człowieka to przechodzenie od motywacji zewnętrznej w działaniu do motywacji wewnętrznej. Rodzaj motywacji decyduje o efektach działania, ich trwałości, a także informuje o stopniu dojrzałości osoby. Dzieci początkowo mają niewielkie pole działania motywacji wewnętrznej, jednak w miarę rozwoju to pole się powiększa”[6].

Dzieci z Alkoholowym Syndromem Płodowym bez pomocy z zewnątrz nie osiągną motywacji wewnętrznej. Jest to bardzo istotny etap ze względu na to, że motywacja wewnętrzna ściśle łączy się z braniem odpowiedzialności za swoje czyny. W procesie pomocy należy dążyć do tego, aby dziecko z FAS-em „stało się odpowiedzialne za jej efekt, pomimo że nie jest odpowiedzialne za swój problem”[7].

Pamiętanie o zaburzeniach przywiązanie u dzieci z FAS-em:

Problemy z przywiązaniem, które wynikają przede wszystkim z ograniczeń rozwojowych w praktyce rzutują na relacje interpersonalne. Relacje dzieci z Płodowym Zespołem Alkoho-

[5] Por., D. Hryniewicz, *Specyfika pomocy*…, dz. cyt., s. 34.

[6] Por., tamże, s. 35.

[7] Por., tamże, s. 35-36.

lowym są bardzo często nieprzewidywalne, nieadekwatne do sytuacji, nieodpowiadające oczekiwaniom osoby pomagającej. W pracy z dzieckiem należy mieć świadomość problemu, pamiętać, że zachowania te nie są świadomymi reakcjami czy też lekceważeniem, a efektem zaburzeń przywiązania. Tylko konsekwencja w działaniu i cierpliwość będą stanowić klucz do sukcesu[8].

Należy pamiętać, że aby osiągnąć zakładane w pracy z dzieckiem z FASD cele, warto posiłkować się zasadą ośmiu kroków, która wynika z przyjętych powyżej założeń. Wynika ona z obserwowanych codziennie zachowań dziecka i trudności z ich interpretacją oraz zrozumieniem przez dziecko. Zasady z jednej strony mają ułatwić pracę osobom zajmującym się dzieckiem, a z drugiej pomóc w lepszym funkcjonowaniu dziecka.

Kolejne części tej zasady ujęto poniżej.

Konkret – rozwój emocjonalny, społeczny i umysłowy u dzieci z FAS-em jest obniżony w stosunku do wieku metrykalnego, dlatego należy unikać słów o podwójnym znaczeniu, aluzji, ponieważ mogą być one niezrozumiane przez dziecko.

Stałość – dzieci z zespołem FAS mają problemy z zastosowaniem zdobytej wiedzy w nowych sytuacjach, mają trudności z wszelkiego rodzaju nowościami, dlatego łatwiej funkcjonują w znanym środowisku, w którym wprowadza się minimalne zmiany.

Powtarzanie – dzieci z FAS-em mają tzw. krótką pamięć, zapominają o rzeczach, które chcą zapamiętać, a także o informacjach, które zostały wyuczone, a w wyniku nieużywania ich zostały zapomniane. Jeśli informacja ma pozostać dłużej w pamięci dziecka, to musi być regularnie powtarzana.

Rutyna – dotyczy czynności życia codziennego. Dziecko łatwiej przyswaja sobie czynności, które nie zmieniają się każdego dnia. Poprzez rutynę redukujemy lęk, ponieważ dziecko wie, czego i kiedy może się spodziewać.

Prostota – dzieci z FAS-em szybciej docierają do granicy, kiedy przyswajanie informacji nie jest już możliwe, dochodzi do przeciążenia. To zasada „krótko i zwięźle".

Szczegółowość – dzieci z FAS-em mają trudności z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych, uogólnianiem i wypełnianiem pustych miejsc w wypowiedzi, dlatego należy mówić dokładnie,

[8] Por., tamże, s. 36.

co ma się na myśli, mówić dziecku, co ma robić krok po kroku. W ten sposób u dziecka rozwijają się właściwe nawyki.

Zasady – dziecko z FAS-em wymaga uporządkowania i stałości. Zasady są spoiwem, dzięki któremu świat dziecka nabiera sensu.

Nadzór – aby móc rozwinąć nawyki właściwego zachowania dzieci z FAS-em wymagają ciągłego nadzoru, ponieważ w codziennym życiu przejawiają naiwne zachowania.

Przestrzeganie tych zasad przez opiekunów i rodziców dziecka ułatwi mu funkcjonowanie w rodzinie i miedzy rówieśnikami.

„Mimo niewielkiej liczby badań dotyczących strategii interwencyjnych w FAS, wydaje się, że określony rodzaj interwencji może pomóc tym dzieciom w przezwyciężeniu problemów natury poznawczej i behawioralnej. Aby pomóc dzieciom w osiągnięciu ich najwyższych możliwości, opracowano szczególne rodzaje interwencji, takie jak zachowanie stałości i konsekwencji w otaczającym je środowisku oraz na sposobie uczenia się"[9].

Nie należy sprowadzać osób cierpiących na FAS do jednej grupy z uwagi na zróżnicowanie, które dotyczy przede wszystkim zaburzeń zachowania, zaburzeń psychicznych i upośledzenia zdolności poznawczych występujące między nimi. W związku z tym każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie.

Dzieci, u których występują tylko niektóre objawy charakterystyczne dla Alkoholowego Zespołu Płodowego, zaliczane są do grupy dzieci z „Alkoholowego Efektu Płodu" (*Fetals Alkohol Effect*). Dzieci te nie mają trudności w przystosowaniu się, tak jak dzieci z grupy FAS. I dlatego najczęściej nie jest konieczna specjalistyczna pomoc, a jedynie wsparcie ze strony rodziny i nauczycieli[10].

W przypadku rozwoju dziecka obowiązuje generalna zasada głosząca, że wczesna interwencja i sprzyjające środowisko są pomocne w poszerzaniu możliwości każdego dziecka, bez względu na istniejące problemy. Dzieci niewykazujące zaburzeń zachowania i trudności w uczeniu się, mogą się rozwijać bez tego rodzaju interwencji, podczas gdy u dzieci z FAS-em interwencja jest konieczna. W przebiegu interwencji dla dzieci z FAS-em, najważniejsze jest, aby wspomaganie rozwoju zostało rozpoczęte w jak

[9] Za: L. Weiner, B.A. Morse, *Strategie interwencji wobec dzieci z FAS*, „Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem", Warszawa 1997, s. 124.

[10] Por., M. Przystałowska, *Płodowy…*, art. cyt., s. 32.

najwcześniejszej fazie oraz aby oddziaływanie to było skierowane na wiele deficytowych obszarów. Celem tego rodzaju strategii interwencyjnych jest umożliwienie osobom z FAS-em pełnego rozwoju w społeczeństwie i osiągnięcia maksymalnych możliwości.

Praca z dzieckiem z FASD ma swoje ograniczenia i wyzwania. Aby być skutecznym w sprawowaniu opieki i w wychowaniu dziecka, warto zrozumieć i poznać trzy strategie jego wspomagania, koncentrujące się na jego najbliższym środowisku oraz specyfice uczenia się. Wyróżniamy zatem trzy strategie wspomagania rozwoju dzieci z FAS-em:

Otoczenie

Podstawową techniką interwencyjną powinna być restrukturyzacja otoczenia, w którym żyje dziecko. Celem tej strategii jest zlikwidowanie barier hamujących rozwój dziecka, a ponadto uproszczenie środowiska i wprowadzenie w nim stałości przy równoczesnej redukcji ilości bodźców, które mają negatywny wpływ na proces uczenia się, koncentrację i zachowanie[11].

Umiejętność uczenia się

Dzieci te mają inny niż przeciętne sposób uczenia się i wykorzystywania zdobytych informacji. Muszą się bardzo starannie uczyć najprostszych umiejętności, jak na przykład odróżniania przyjaciół od obcych. Często skuteczną metodą uczenia się staje się metoda odgrywania ról. Należy jednak pomagać dziecku w znalezieniu jego własnej techniki, która będzie skuteczną pomocą w zapamiętywaniu i nauce[12].

Zachowanie stałości i konsekwencji w otoczeniu;

Trzecia strategia dotyczy wspierania w szczególności tych funkcji, które odpowiedzialne są za przestrzeganie reguł i opanowanie impulsów. Najskuteczniejsze programy edukacyjne, którymi powinny zostać objęte dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym powinny się cechować przede wszystkim właściwą postawą realizatorów polegającą na otwartości, zrozumieniu, konsekwencji i właściwym stosowaniu profilaktycznych środków dyscyplinarnych. Warto zwrócić uwagę na rozkład klasy i wykorzystanie środków wizualnych pomocnych w przestrzeganiu

[11] Por., tamże.

[12] Por., L. Weiner, B.A. Morse, *Strategie interwencji*…, dz. cyt., s. 128.

panujących w klasie zasad oraz przeprowadzaniu różnego typu zajęć. Należy pamiętać, aby plan zajęć niewiele się w ciągu dnia zmieniał. Ważne jest też, aby stosowane w pracy z dzieckiem techniki zachęcały, a nie onieśmielały je[13].

Z właściwie przyjętych strategii postępowania z dzieckiem z FASD wynikają jasne kierunki interwencji niezbadne w utrzymaniu właściwego kierunku rozwoju i stymulacji dziecka z FAS/FAE.

Po pierwsze, należy zwrócić uwagę na wczesne zaczynanie, uczenie dzieci rzeczy praktycznych. Wiadomo bowiem, że dzieci od początku powinny być uczone działań, które będą im potrzebne w dorosłym życiu, tj. właściwych interakcji społecznych, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji. Po drugie, należy stawiać realne wymagania. Dzieci mogą często sprawiać wrażenie, że stać je na więcej, jednak umiejętności w organizacji i rozwiązywaniu problemów często są mniejsze, niż wskazywałyby np. wyniki testów inteligencji. Po trzecie, warto indywidualizować programy nauczania. Umożliwia to dzieciom rozwinąć w pełni swoje mozliwości, co niemożliwe byłoby w sytuacji nauki klasowej. Po czwarte, należy dążyć do osiągania przez dzieci maksymalnej niezależności w życiu dorosłym. Dzieci z FAS-em często z powodu trudności w ocenie sytuacji i nawiązywaniu właściwych relacji, stają się ofiarami lub sprawcami przestępstw. Po piąte musimy zrozumieć, przyjąć i uznać, że prowokujące zachowanie jest formą komunikacji. Dzieci z FAS-em i FAE dokonują wielu czynów, które są uznawane za niewłaściwe: kłamstwa, kradzieże, niewłaściwe, zachowania seksualne. Zachowują się tak, jakby nie miały wyrzutów sumienia i nie mogły przewidzieć konsekwencji. Ważne jest, aby pamiętać, że część tych zachowań jest właśnie formą komunikacji, że mają trudności w rozumieniu i przestrzeganiu zasad życia społecznego. Po szóste, wreszcie musimy nauczyć się wykorzystywać strategie promowania zachowań pożądanych. Istotne jest, aby za niewłaściwe zachowania dzieci nie tyle karać, co wskazywać właściwe formy zachowania[14].

Bardzo ważnym elementem w pracy z dzieckiem z FASD jest właściwie, optymalnie i skutecznie zaplanowana pomoc edukacyjna.

---

[13] Por., K. Liszcz, *Jak być opiekunem …*, dz. cyt., s. 30.

[14] D. Hryniewicz, *Specyfika pomocy...*, dz. cyt., s. 35.

Specyfika pomocy edukacyjnej

FAS jako jednostka nowa nie funkcjonuje w świadomości społecznej. Brak wiedzy na temat tego zaburzenia wiąże się z trudnościami w uzyskaniu pomocy. Trudności te wynikają między innymi z kilku przyczyn:
– braku wpisu FAS-u do rozporządzeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych;
– zbyt wąskiej interpretacji przepisów istniejących;
– problemów z diagnozowaniem FAS-u;
– niskiego poziomu wiedzy nauczycieli na temat Alkoholowego Zespołu Płodowego i specyfiki pracy z nim;
– zniechęcaniem się osób pracujących brakiem widocznych efektów;
– braku grupy autorytetów, która doprowadziłaby do zmian w tym zakresie[15].

Przez wzgląd na to, iż system edukacji ma swoją własną definicję niepełnosprawności, większość dzieci z FAS-em może być traktowana jako osoba niepełnosprawna ze wszystkimi należącymi się jej formami pomocy.

W świetle przepisów prawa oświatowego uczeń niepełnosprawny to uczeń „posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez Zespół Orzekający działający przy publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej”[16].

Orzeczenie stanowi podstawę objęcia dziecka edukacją specjalną, czyli taką realizacją wychowania, kształcenia, wsparcia i wyposażenia, jakiego potrzebuje dziecko, aby osiągnąć w miarę możliwości najpełniejszy rozwój i przygotować się do samodzielnego życia. Kształcenie specjalne może być realizowane w klasie, do której obecnie uczęszcza dziecko, w klasie integracyjnej, w formie nauczania indywidualnego, a w przypadku dzieci upośledzonych dodatkowo w szkole specjalnej.

Dzieci z FAS-em mają inne potrzeby edukacyjne niż ich rówieśnicy, a edukacja specjalna ma być odpowiedzią na te specjalne potrzeby edukacyjne. Specjalne potrzeby to nic innego jak powstałe w procesie rozwoju oraz nauki dzieci i młodzieży niepełnosprawności, które są przyczyną problemów w ucze-

[15] Por., tamże, s. 44.

[16] Por., *Dziecko, które nigdy nie dorośnie. Co to jest FAS*, s. 7-8.

niu się. Dziecku, które zostało objęte kształceniem specjalnym, organ prowadzący szkołę ma zapewniać specjalne, indywidualne zajęcia rewalidacyjne, których ilość godzin ustala. Dzieci, których stan zdrowia nie pozwala na uczestnictwo w zajęciach szkolnych, mogą zostać objęte nauczaniem indywidualnym, które przyznawane jest także na podstawie orzeczenia. Inne formy pomocy realizowane są także na podstawie opinii wydawanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Aktywne zabieganie o pomoc dla dziecka leży w obowiązku każdego rodzica, szkoła ma natomiast obowiązek poinformować go o możliwościach uzyskania pomocy, jednak dalsze działania należą do niego. W przypadku starania się o pomoc powinno się:
– złożyć wniosek do poradni psychologiczno-pedagogicznej;
– zadbać o załączniki: opinia ze szkoły (przedszkola), dokumentacja medyczna (jeżeli taką posiada);
– po badaniach psychologiczno-pedagogicznych specjalista proponuje złożenie wniosku do Zespołu Orzekającego, który rozpatrzy sprawę dziecka[17].

Procedura pozyskania oświadczenia jest żmudna i długotrwała, aczkolwiek konieczna, aby dziecko otrzymało należytą pomoc.

Oferta pomocy w systemie edukacji

Każde dziecko może liczyć na pomoc ze strony specjalistycznych instytucji, jakimi są poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz szkoły. W wielu przypadkach taka pomoc może w znacznym stopniu ograniczyć problemy dziecka, pomóc rozwiązać specyficzne, trudne dla niego sytuacje, wynikające z zaburzeń, jakimi charakteryzuje się Alkoholowy Zespół Płodowy. Pomoc ze strony poradni psychologiczno-pedagogicznych może przybierać zatem różnporodna formę. Mogą to być działania o charakterze opiniodawczym i terapeutycznym, m.in.:
– wczesne wspomaganie rozwoju – opinia,
– odroczenie obowiązku szkolnego,
– dostosowanie wymagań – opinia,
– opinia o pomocy psychologiczni-pedagogicznej,
– klasy wyrównawcze, terapeutyczne,

[17] Por., tamże, s. 7-9.

– orzeczenie do kształcenia specjalnego,
– orzeczenie do nauczania indywidualnego,
– terapia psychologiczna, pedagogiczna (różne formy) oraz logopedyczna,
– socjoterapia,
– psychoedukacja rodziców, konsultacje, wsparcie, terapia,
– psychoedukacja nauczycieli.

Również pomoc ze strony szkoły może przybierać różne formy. Wśród nich warto wymienić nastepujace:
– zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze,
– zajęcia korekcyjno-kompensacyjne,
– zajęcia logopedyczne,
– socjoterapia,
– dostosowanie wymagań,
– nauka w klasach wyrównawczych i terapeutycznych,
– nauczanie indywidualne,
– kształcenie specjalne,
– zajęcia rewalidacyjne,
– wydłużenie etapu edukacyjnego co najmniej o jeden rok,
– wsparcie nauczyciela,
– wczesne wspomaganie rozwoju[18].

Dzieci, u których zdiagnozowano Płodowy Zespół Alkoholowy lub zaburzenia pokrewne, funkcjonują w specyficzny sposób. Odpowiednio wczesna diagnoza i prawidłowo dobrana terapia może zminimalizować skutki działania alkoholu w okresie prenatalnym i pomóc dziecku odnaleźć się w codziennym życiu. Terapia ma na celu usprawnianie rozwoju funkcji psychomotorycznych, a także wyrównanie braków w wiedzy i umiejętnościach uczniów. Terapia dostosowana do potrzeb dziecka daje możliwość wszechstronnego rozwoju i umożliwia kompensację braków.

W terapii dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym wykorzystuje się elementy różnych metod, wykorzystywanych w pracy z dzieckiem autystycznym, nadpobudliwym czy z innymi zaburzeniami charakterystycznymi także dla FASD. Należą do nich:
– metoda Affolter,
– metoda Bobatha,
– metody Domana,
– metoda dobrego startu,

[18] D. Hryniewicz, *Specyfika pomocy …*, dz. cyt., s. 44.

– metoda Integracji Sensorycznej,
– metoda Knillów,
– metoda Peto,
– metody relaksacyjne,
– metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne,
– metody wideotreningu komunikacji-VIT.

Metoda F. Affolter

Metoda F. Affolter skupia się przede wszystkim na wyzwalaniu celowego i skutecznego działania dłoni i poznawania własnego działania. Najważniejszą i najbardziej złożoną sferą naszych zmysłów jest sfera kinestetyczno-taktylna lub czuciowa. Czucie stanowi podstawę oswajania się z otoczeniem. Do tego dochodzą zmysły słuchu, wzroku, powonienia i smaku.

W metodzie tej wyróżniamy następujące elementy:

1. Instruowanie wyłącznie dotykowe. Dorosły stoi albo siedzi za plecami dziecka, rękami obejmując jego dłonie i może zacząć ukierunkowywać ruch każdego palca oddzielnie. Osoba mówi czasami o tym, co się dzieje, jest to mowa towarzysząca, ale nie instrukcja.
2. Unikanie przeciążenia. Gdy jakiś ruch dziecka się nie udaje i następuje frustracja, wtedy dorosły albo robi przerwę, albo powraca do czegoś, co już dziecko wcześniej opanowało. Ale nawet wtedy, gdy przebieg tej czynności jest prawidłowy i bez zakłóceń, to co jakiś czas wprowadza się przerwy „na oddech", stosownie od zapotrzebowania dziecka w danym dniu.
3. Różnorodność miejsca. Dziecko nie jest przywiązane do miejsca, ale co jakiś czas zmienia się stanowisko pracy.
4. Udział wzroku. Wzrok podąża za ręką i jest jednym z najważniejszych efektów terapii. Następuje integracja bodźców z dwóch różnych receptorów, co prowadzi do myślenia abstrakcyjnego.

Istota metody polega na tym, że terapeuta pomaga programować czynność, będąc za osobą, z którą pracuje, kładzie swoje ręce na jej rękach i lekko naprowadzając, kieruje czynnością, a podopieczny je wykonuje, dzięki czemu może przeżywać siebie jako sprawcę. Instrukcja terapeuty jest przekazywana wyłącznie przez dotyk.

Metoda sprawdziła się w pracy w wielu ośrodkach dla dzieci autystycznych. Doświadczenia kliniczne polskich terapeutów wskazują, że patologiczną nadwrażliwość dłoni przezwyciężyć najłatwiej, oswajając dziecko z dotykiem żywego ciała – własnego i terapeuty. Wtedy łatwiej przejść do dotykania i manipulowania przedmiotami nieożywionymi.

Wydaje się, że w przypadku dzieci z FAS-em, u których występują zaburzenia podobne do autyzmu, metoda ta także z powodzeniem może być stosowana. Prowadzenie terapii metodą F. Affolter nie jest łatwe. Terapeuta musi trafnie ocenić, czy terapia poprzez kierowanie dłońmi jest dla danego dziecka wskazana np.: dziecko niewidome reaguje na dotyk ich dłoni niekorzystnym napięciem, jakie tworzywa dobrać stosownie do upodobań i możliwości dziecka, kiedy należy zrobić przerwę na wypoczynek.

Metoda Bobathów

Drugą metodą wspierającą rozwój dziecka z FAS-em jest metoda Bobathów. Metoda ta charakteryzuje się stosowaniem dużej liczby odruchów i specyficzną formą ułatwiania odruchów. Nadrzędnym celem jest nauczenie dziecka możliwie jak największej samodzielności w życiu codziennym. Terapia hamuje nieprawidłową aktywność odruchową i odruchy patologiczne oraz ułatwia prawidłowe wzorce funkcjonowania.

Usprawnianie, według metody Bobath, jest szczególnie przydatne w leczeniu niemowląt i dzieci, ponieważ może być włączone w ich biologiczny rytm dnia. Prawidłowo wykonywane zabiegi pielęgnacyjne czy zabawa z dzieckiem są naturalnym sposobem utrwalania wzorców ruchowych wspomaganych przez fizjoterapeutę. Technika ułatwia wykonywanie ruchów rękami terapeuty, pozwalając na jednoczesne pobudzanie pożądanych i hamowanie niepożądanych elementów ruchowych. W ten sposób torowane ruchy są zbliżone do normalnych ruchów wykonywanych spontanicznie przez prawidłowo rozwijające się dziecko. Poprzez odpowiednie ułożenie dziecka w przestrzeni i odpowiednie ułożenie głowy, szyi, obręczy barkowej i biodrowej wspomaga się prawidłowy rozkład napięcia mięśniowego. Poruszanie okolicami ciała dziecka wywołuje ruchy kończyn, umożliwiając przejście dziecka z jednej pozycji do drugiej. W wyniku

takich działań wykształcają się prawidłowe odruchy postawy, a dziecko uczy się samodzielnego ich osiągania, kontrolowania i wykorzystywania. Uwzględniając zmienność zaburzeń ruchowych pochodzenia ośrodkowego oraz indywidualność każdego człowieka, nie można w tej metodzie podać gotowego zestawu ćwiczeń, a proces rehabilitacji wymaga współpracy wielu terapeutów różnych specjalności.

Metoda Domana

Kolejną metodą pomocną w terapii FAS-u jest metoda G. Domana. Zakłada ona, że na drodze rozwoju dziecka pojawia się sześć najważniejszych obszarów, które służą do pełnego funkcjonowania. Należą do nich: wzrok, słuch, dotyk, ruch, mowa i sprawność rąk. Terapią obejmuje się dzieci w jak najwcześniejszym stadium rozwoju, a jej celem jest doprowadzenie do tego, by nieuszkodzona część mózgu, przejęła zadania tej uszkodzonej. Metoda Domana wyróżnia cztery bloki rozwojowe, w ramach których dokonuje się usprawnienie. Te bloki to:

– blok rozwoju fizjologicznego – w tym zakresie zalecane jest spożywanie dużej ilości witamin;
– blok rozwoju intelektualnego – zmierzanie do ciągłego doskonalenia intelektu;
– blok rozwoju społecznego – przygotowanie do życia w społeczeństwie poprzez podanie zasad i norm współżycia społecznego oraz troska o rozwój emocjonalny;
– blok rozwoju fizycznego – zakłada osiąganie doskonałości fizycznej za pomocą pełzania, raczkowania, poprawnego chodzenia i ćwiczeń gimnastycznych.

W sferze intelektualnej oddziaływania polegają na intensywnej i wielozmysłowej stymulacji, do której służy specjalnie przygotowany program nauczania. W programie wykorzystuje się plansze z pomocą, których rozwija się wiedzę dziecka z zakresu pojęć, najpierw najbliższego otoczenia, a następnie coraz dalsze, aż do wiedzy dotyczącej zainteresowań. Plansze są realistyczne, jednoplanowe, ściśle nazwane i atrakcyjne. Plansze pokazywane są według harmonogramu w czasie około jednej sekundy jedna plansza. Kolejnym elementem programu jest nauka czytania w systemie globalnym.

Nauka czytania, według Domana, składa się z 5 etapów[19]:
– etap pierwszy – pojedyncze słowa,
– etap drugi – wyrażenia dwuwyrazowe,
– etap trzeci – proste zdania,
– etap czwarty – rozbudowane zdania,
– etap piąty – książki.

Materiały do czytania powinny być odpowiednio przygotowane. Początkowo wyrazy powinny być pisane czerwonym flamastrem, a wielkość liter powinna mieć ok. 8 centymetrów. Stopniowo przechodzi się do czarnych liter, normalnej wielkości. Wyrazy grupuje się tematycznie, np. części ciała, zwierzęta, a także rozpoczyna od tego, co dziecku jest najbliższe i znane, przechodząc do tego, co nowe, a w końcu do tego, co abstrakcyjne. Podczas jednej sesji każdy wyraz pokazywany jest tylko raz. Wyraz, którego dziecko uczyło się już pięć dni, jest usuwany z zestawu i zastępowany nowym, a każdy wycofany wyraz będzie pojawiał się w dalszych etapach, np. przy zdaniach. W sferze rozwoju społecznego działanie terapeutyczne ma na celu kształtowanie podejścia do rodziców i opiekunów dziecka oraz osób pomagających w usprawnianiu. Rozwój fizyczny dziecka przebiega pewnymi etapami. Najniższym stopniem tego rozwoju jest pełzanie homologiczne (kończyny dziecka poruszają się jednocześnie). Stopień wyższy to pełzanie homolateralne (kończyna górna i dolna porusza się jednocześnie). Ostatni etap rozwoju ruchowego stanowi pełzanie heterolateralne, tj. naprzemienne.

Metoda dobrego startu

Metoda powstała we Francji. Na grunt Polski przeniesiona została przez M. Bogdanowicz po koniec lat 60-tych. Na początku była wykorzystywana do pracy z dziećmi dyslektycznymi, z zaburzoną normą intelektualną, przejawiającymi nieharmonijny rozwój psychoruchowy. Stosowano ją podczas zajęć reedukacyjnych w przedszkolach. Metoda ta jest terapią psychomotoryczną, czyli postrzega związki pomiędzy rozwojem psychicznym a ruchowym. Aktywizowanie jednej ze sfer, wpływa korzystnie na sferę drugą. W terapii chodzi o usprawnienie i harmo-

[19] Por. J. Chwaszczewska, *Wykorzystanie metody G. Domana w nauce czytania dzieci z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną*, „Rewalidacja" 2(18)/05, s. 67-69.

nizowanie współdziałania motoryki i psychiki. Metoda Dobrego Startu jest sposobem oddziaływania na dzieci autystyczne. Główne jej założenia nie zostały zmienione, dostosowano jedynie program, ćwiczenia i warunki, w jakich przebiega. Prowadzone przez M. Bogdanowicz badania dowiodły, że metoda ta: usprawnia funkcje percepcyjne i motoryczne oraz ich współdziałanie; utrwala lateralizację; uczy orientacji w schemacie ciała i przestrzeni; rozwija mowę; oddziałuje na procesy emocjonalne; uczy zachowań społecznych. Obserwując dziecko w czasie zajęć, analizuje się trudności w wykonywanych zadaniach oraz popełniane błędy. Wnioskuje się co do ich przyczyn i głębokości zaburzeń. Metoda ta spełnia więc dodatkowo funkcję diagnostyczną. Przeprowadzone przez M. Bogdanowicz badania na grupie dzieci autystycznych (K.J. Zabłocki 2003) wyłoniły podstawowe zasady, którymi musi kierować się terapeuta.

1. By rozpocząć terapię Metodą Dobrego Startu, konieczne jest osiągnięcie przez dziecko takiego poziomu funkcjonowania społecznego, który umożliwi mu kontakt choć z jedną osobą.
2. Terapia będzie skuteczna, gdy zajęcia poprowadzone zostaną w małych 3, 4 osobowych grupach. Na każde autystyczne dziecko „przypada" jedna dorosła osoba (np. rodzic). Zajęcia prowadzi dwóch, wspierających terapeutów.
3. Pierwsze miesiące pracy poświęca się na indywidualne kontakty, rodzic-dziecko.
4. Udział rodziców w sesjach pozwala na kontynuowanie pracy w domu. Możliwa jest wymiana spostrzeżeń na temat zaobserwowanych zachowań.
5. Należy nagradzać dziecko nawet za minimalne osiągnięcia, za udział w zajęciach. Na początku zajęć dzieci są bierne, później rodzice wykonują czynności ich rękami, ciałem. Dorosły w pewnym momencie może, a nawet powinien wycofać się z aktywności i pozwolić dziecku na działanie.
6. Komunikując się z dzieckiem, należy posługiwać się prostymi, jasnymi słowami, zdaniami. Należy wyeliminować zbędny „szum" informacyjny.
7. Należy pracować w oparciu o konkrety. Posługiwać się przedmiotami, obrazami, zmysłowymi doznaniami. Dziecko musi manipulować przedmiotami.
8. Zasadą jest stopniowanie trudności. Przechodzi się od ćwiczeń wykonanych, opanowanych do tych następnych, trudniej-

szych. Ćwiczy się w pozycjach zmienianych, by nie doszło do znużenia, przeciążenia. Zajęcia prowadzi się wg. schematu: Na początku ćwiczenia wprowadzające. Wykonuje się zabawy orientacyjno-porządkowe (np. marsz do muzyki, zbiórka w szeregu). Zajęcia właściwe. Na te zajęcia składają się ćwiczenia ruchowe, mające charakter usprawniający i relaksacyjny. Zajęcia końcowe. Na te zajęcia składają się ćwiczenia rozluźniające i relaksacyjne. Omawianie sesji.

9. Zajęcia z dziećmi muszą cechować się stałością, powtarzalnością. Wprowadzenie jakichkolwiek zmian może wywołać zaniepokojenie. Schematyczność zajęć sprzyja zaadaptowaniu się do sytuacji. Dziecko może przewidzieć, co się będzie działo.
10. Na zajęciach należy podchwytywać spontaniczne zachowania dziecka i reagować na nie.
11. Spotkania grupowe powinny odbywać się 2-3 razy w tygodniu. Rodzice winni powtarzać ćwiczenia w domu.
12. Czas trwania sesji, winien być dostosowany do wieku dzieci, ich cech indywidualnych i możliwości koncentracji uwagi. Zajęcia nie powinny jednak trwać dłużej niż 45 minut.
13. Podczas zajęć konieczne jest stosowanie przerw. Trzeba pozwolić na naturalne potrzeby wypoczynku. Tak przeprowadzane zajęcia mają na celu: budowanie poczucia własnej tożsamości poprzez poznanie części ciała, imienia; różnicowanie pojęć określających przestrzeń: nad, pod, wysoko, nisko, wysoko, blisko, daleko...; budowanie orientacji w przestrzeni wokół własnego ciała; nawiązanie kontaktu z innymi osobami. Z dziećmi pracuje się długo, efekty czasem są mało zauważalne. Jednak metoda ta nie ma w sobie elementów, które mogłyby zaszkodzić dzieciom.

Metoda Integracji Sensorycznej

Kolejną metodą pomocną w terapii dzieci z FAS-em jest Metoda Integracji Sensorycznej.

Problem w procesach integracji sensorycznej przejawia się w specyficznych zachowaniach:[20]

[20] Por. V.F. Maas, *Uczenie się przez zmysły: wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, Warszawa 1998. s. 45-47.

– dziecko nie lubi być przytulane, nie lubi mycia twarzy, czesania, odmawia lepienia z plasteliny i malowania palcami – z dużym prawdopodobieństwem są to zaburzenia w odbiorze bodźców czuciowych, tzw. obronność dotykowa;
– dziecko ma trudność ze wspinaniem się po drabince, nie potrafi się rozhuśtać na huśtawce;
– dziecko bardziej zainteresowane jest odgłosami z zewnątrz niż tym, co mówi do niego bliska osoba;
– dziecko uporczywie myli litery „b" i „d" „w" i „m";
– sześcioletnie dziecko nie potrafi łapać piłki i rzucać jej do drugiego dziecka.

To tylko kilka przykładów, które świadczą o braku integracji sensorycznej.

Twórczyni tej metody A. Jean Ayres określa ją jako „proces, w którym następuje organizacja dostarczanych do naszego organizmu wrażeń, tak by mogły być wykorzystane w celowym, zakończonym sukcesem działaniu"[21]. Jest to system ćwiczeń, który ma nauczyć mózg właściwego reagowania na bodźce zewnętrzne. Adresatami tej metody są głównie dzieci z trudnościami w uczeniu się, dzieci autystyczne, nadpobudliwe psychoruchowo, niesłyszące, niewidome, a także z mózgowym porażeniem dziecięcym. Terapia trwa zwykle 2 lata. W ramach terapii dziecko wykonuje ćwiczenia i zabawy ruchowe, które mają za zadanie poprawić jakość odbierania, przesyłania i organizowania bodźców. Podczas sesji wykorzystywane są piłki rehabilitacyjne, deskorolki, topki, równoważnie, hamaki, huśtawki. Dziecko uczestniczy w zajęciach i ma wrażenie, że kreuje zajęcia wspólnie z terapeutą. Ćwiczenia muszą być dostosowane do poziomu rozwoju dziecka, ale nie mogą być ani za łatwe, ani za trudne. Celem terapii jest usprawnienie bazowych systemów sensorycznych i procesów nerwowych, leżących u podłoża tych umiejętności. Oczywiście, im wcześniej dziecko zacznie uczęszczać na terapię, tym większe ma szanse na rozwój potencjalnych możliwości.

Metoda Knillów

Następna metodą, o której warto wspomnieć jest metoda Knillów. Podstawowym jej celem jest „rozbudzenie aktywności

[21] Tamże, s. 51.

osoby niepełnosprawnej, zachęcenie jej do działania i przejawiania własnej inicjatywy, wykorzystując wrażliwość jej zmysłu dotyku"[22]. Twórcy metody wyszli z założenia, że rozwój człowieka zależy od zdolności nabywania, organizowania i wykorzystania wiedzy o sobie. Pojawiające się problemy z komunikacją, wzbudzają brak bezpieczeństwa i zaburzenia emocjonalne. Autorzy wyodrębnili w niej dwie części – pierwszą stanowi „Dotyk i Komunikacja", drugą zaś „Programy Aktywności, Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja".

„Dotyk i Komunikacja" polega na uświadomieniu sobie własnego ciała poprzez właściwy odbiór bodźców wychodzących z rąk terapeuty w trakcie masażu ciała. Ważną rolę w tej metodzie odgrywa specjalnie skomponowana muzyka. Część pierwsza trwa 3 minuty i jej celem jest przygotowanie dziecka do zajęć poprzez relaksację. W drugiej części muzyka jest już wyraźnie zrytmizowana. Ten etap trwa 7 minut, w tym czasie zaczyna się masaż nóg i ramion. Kolejny etap (6 minut) charakteryzuje bardzo intensywna muzyka, która służy wsparciu większych ruchów i nawiązaniu intensywniejszego kontaktu. Następny czterominutowy etap daje okazje do bardziej zabawowego charakteru masażu (twarz), w tym czasie muzyka łagodnieje. W ostatnim etapie muzyka ma za zadanie uspokoić dziecko i dać możliwość refleksji nad atmosferą w czasie sesji[23].

Celem drugiej części metody „Programy Aktywności, Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja" jest rozwój w zakresie naśladownictwa, ruchu i zabawy.

Zdaniem Ch. Knilla „rozwój człowieka uzależniony jest od zdolności do nabywania, organizowania i wykorzystywania wiedzy o sobie (…), zależy również od sposobu, w jaki ludzie zaznajamiają się ze swoim ciałem i uczą się, jak go używać"[24].

W skład metody wchodzi pięć programów, które muszą być realizowane według określonej kolejności. Poszczególne elementy programu realizuje się do chwili, gdy terapeuta uzna, że dziecko opanowało wszystkie ćwiczenia zawarte w danej części.

---

[22] Ch. Knill, *Dotyk i Komunikacja*, Warszawa 1997, s. 33-34.

[23] Tamże, s. 37.

[24] M. Świerczek, *Programy Aktywności oraz Dotyk i Komunikacja M. i Ch. Knillów. Moje doświadczenia w pracy z dzieckiem autystycznym*, „Rewalidacja" 1997, nr 1, s. 92.

Metoda Knilla pomocna jest w nauce schematu ciała, uświadamianiu sobie jego odrębności poprzez tworzenie relacji z otoczeniem. Wsparcie terapeuty umożliwia dziecku stanie się sprawcą wykonywanych czynności i sprzyja występowaniu spontanicznych form porozumiewania się. Ponadto pozwala opanować dziecku bardziej złożone umiejętności niezbędne w codziennym życiu.

Metoda A. Peto

Kolejna z metod, na którą warto zwrócić uwagę, to metoda A. Peto. Jego metoda obejmuje rehabilitację dzieci i dorosłych, u których dysfunkcje w zakresie motoryki są przyczyną uszkodzenia systemu nerwowego. Za najważniejszy cel terapii uznał on „poprawę stanu funkcjonalnego i osiągniecie przez swoich pacjentów pełnej sprawności rozumianej jako zdolność do aktywnego udziału w życiu społecznym"[25]. Jego zdaniem, cel ten może osiągnąć 90% usprawnianych jego metodą. Najważniejsze cechy tej metody to połączenie kilku elementów i metod terapeutycznych: terapii zajęciowej, kinezoterapii, logopedii i typowych zadań szkolnych. Ponadto w ramach tej metody organizuje się zajęcia grupowe i zajęcia prowadzone przez jedną osobę, wykorzystuje się specjalistyczny sprzęt, który ułatwia pionizację. Za główne cele terapii można uznać: usprawnienie w zakresie chodu, mowy, czynności samoobsługowych (ubieranie, mycie, jedzenie, sprzątanie), koordynacji ruchowej, ćwiczeń grafomotorycznych (pisanie, rysowanie itp.). W Polsce ta metoda nie jest, niestety, popularna, ale doskonale sprawdziła się w innych krajach.

Metody relaksacyjne

Celem metod relaksacyjnych jest zmniejszenie stanu napięcia psychicznego u dziecka oraz pomoc w zachowaniu wewnętrznej równowagi, wywołanie odprężenia.

Do najstarszych metod relaksacji należy relaksacja progresywna Jacobsona, która polega na „naprzemiennym skurczeniu

[25] Por. http://terapiadzieci.org (wydruk z dnia 30.10.2009 r.).

i rozkurczaniu mięśni, prowadzącym do ich rozluźnienia"[26]. W trakcie jej trwania dzieci uczą się odczytywać wrażenia płynące z mięśni, które w przypadku dzieci z Alkoholowym Syndromem Płodowym są w ciągłym napięciu. Poprawa koncentracji, funkcjonowania układu trawiennego, kształtowanie umiejętności odpoczynku, spokojniejszy sen to rezultaty osiągane dzięki tej metodzie[27]. Do relaksacji mogą być używane również: bajki, muzyka, prace plastyczne.

Metoda ruchu rozwijającego W. Sherborn

Metoda ruchu rozwijającego W. Sherborn to kolejna metoda usprawniająca funkcjonowanie dzieci z globalnymi zaburzeniami rozwoju psychoruchowego. Podstawowe założenia tej metody to[28]:

– świadomość własnego ciała i usprawnianie ruchowe;
– świadomość przestrzeni i działanie w niej;
– dzielenie przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu.

Metoda ta przyczynia się do wykształcenia obrazu samego siebie, a także pomaga nawiązywać kontakty społeczne. Według W. Sherborn, posługiwanie się ruchem jest narzędziem wspomagania rozwoju psychoruchowego dziecka. Opracowała ona zestaw ćwiczeń, który wywodzi się z naturalnych potrzeb dziecka zaspokajanych w kontakcie z dorosłym. Główną zaletę tej metody stanowi prostota i naturalność. Zajęcia prowadzone metodą ruchu rozwijającego muszą uwzględnić rozwój emocjonalny i społeczny dziecka. Ponadto trzeba poznać ograniczenia psychofizyczne dziecka. Program zajęć dla całej grupy powinien uwzględnić indywidualność dziecka, ale także potrzeby grupy. Niekiedy konieczne jest prowadzenie zajęć indywidualnych opartych na wcześniejszej diagnozie dziecka. Aby dziecko czuło się bezpiecznie, a zarazem swobodnie, w grupie, powinna ona liczyć od 6 do 14 osób, aczkolwiek w przypadku oddziaływań profilaktycznych grupa Może liczyć nawet 28 dzieci. Nie ma ograni-

[26] Tamże.

[27] Tamże.

[28] Por. M. Snochowska, *Metoda Weroniki Sherborne w edukacji wczesnoszkolnej*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne" nr 4/1996, s. 9.

czenia wiekowego, ale najczęściej pracuje się z dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym. Aby przynieść oczekiwane skutki terapeutyczne, zajęcia powinny odbywać się systematycznie, co najmniej raz w tygodniu. Zajęcia powinny trwać około godziny i nie wymagają żadnych urządzeń czy pomocy do ćwiczeń, dlatego mogą odbywać się w zasadzie wszędzie. W programie ćwiczeń ruchowych W. Sherborne wyróżnia się cztery grupy ćwiczeń wspomagających rozwój[29]:

– ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała, np. leżenie na plecach, leżenie na brzuchu, czołganie na brzuchu i placach;
– ćwiczenia pozwalające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu, np. ćwiczenia w parach „mostek" i grupach „tunel";
– ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą – są to ćwiczenia „z", „przeciwko", „razem" w parach (partner aktywny i bierny) oraz ćwiczenia w grupie;
– ćwiczenia twórcze – kiedy uczestnicy są zachęcani i chwaleni wówczas ćwiczenie przekształca się w „ruch twórczy", np. ruchy szybkie lub wolne w formie tańca.

Poprzez zajęcia prowadzone w tej formie dziecko poznaje swoje ciało i przestrzeń, która je otacza i w której spotka drugiego człowieka. Uczy się współpracy i opieki nad drugą osobą, a także poznaje swoją siłę i uczy się jej używać.

Warto także wymienić tu inne techniki i metody, dające wiele pozytywnych efektów w pracy z dziećmi przejawiającymi podobne zaburzenia, jak te pojawiajace się w Alkoholowym Zespole Płodowym. Należą do nich: techniki behawioralne, kinezjologia edukacyjna, neurostymulacja, trening percepcji, muzykoterapia, choreoterapia, hipoterapia, socjoterapia, edukacja matematyczna czy zabawa.

Techniki behawioralne

Podstawowym założeniem metod behawioralnych jest nauka nawyków. Techniki te koncentrują się na konkretnych umiejętnościach i zachowaniach, a jak wiadomo, zachowania uczymy się

[29] Por. E. Czarnecka, *Metoda Weroniki Sherborne w pracy przedszkola*, „Wychowanie w przedszkolu", nr 9/1994, s. 15.

w dwojaki sposób: poprzez modelowanie, czyli uczenie, poprzez dawanie przykładu oraz poprzez nagradzanie zachowań właściwych i wygaszanie zachowań niewłaściwych brakiem nagrody. Aby odnieść sukces w pracy z dzieckiem z FAS-em, potrzeba systematyczności, konsekwencji swoistą instrukcją postępowania dla dzieci z zapotrzebowaniem na jasność, konkretność, prostotę i powtarzalność. Techniki behawioralne przyczyniają się do poprawy sytuacji społecznej dziecka, a także właściwego stosowania wzmocnień zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. Stosując je, należy pamiętać o zasadzie stopniowalności – dziecko dany nawyk opanowuje etapami[30].

Kinezjologia edukacyjna

Metoda ta, zwana także gimnastyką umysłu, została opracowana przez P. i G. Dennisonów. Jej podstawowym celem jest zintegrowanie wszystkich funkcji mózgu poprzez odpowiednie zestawy ćwiczeń ruchowych. Cały program ukierunkowany jest na poprawę sprawności uczenia się. Jest to możliwe, gdyż uczenie się i myślenie jest efektem pracy nie tylko samego mózgu, ale także całego ciała. Odpowiednio dobrane ćwiczenia uwzględniające ruch i dotyk są gwarantem sukcesu. Kinezjologia edukacyjna przypomina nam, iż proces uczenia się, to proces angażujący nie tylko mózg, ale całego człowieka. Rozwój ruchowy jest podstawą rozwoju poznawczego[31].

Neurostymulacja

Metoda ta opiera się również na nierozerwalnym związku pomiędzy ciałem a umysłem człowieka. Im młodsze dziecko, tym związek ten jest silniejszy, a jego uszkodzenie wpływa na jakość osiągnięć rozwojowych dziecka. Prenatalna ekspozycja na alkohol powoduje uszkodzenia mózgu, które nie pozwala na zakończenie jego rozwoju. Neurostymulacja bazuje właśnie na tym niezakończonym rozwoju mózgu.

[30] Tamże, s. 38.

[31] Tamże, s. 38-39.

Cały rozwój człowieka polega na przechodzeniu z niższych form funkcjonowania do wyższych. Nowa forma nie zastępuje starej, ale właśnie na niej bazuje. Jeśli ta pierwotna forma jest uszkodzona, wadliwa (a taka sytuacja odnosi się do dzieci z FAS-em), to nowa tworząca się struktura, wyższy stopień rozwojowy nie wykształci się lub rozwinie się w sposób patologiczny. Dzięki plastyczności – właściwości, którą posiada mózg w przeciwieństwie do innych części naszego organizmu, możliwe jest zakończenie wcześniejszych, niezakończonych procesów i redukcja uprzednich patologicznie utrwalonych wzorców[32].

Plan pracy jest opracowany indywidualnie dla każdego dziecka z Płodowym Zespołem Alkoholowym.

Muzyko i choreoterapia

Metoda bazuje na potrzebie ruchu i zabawy każdego dziecka. Jej celem jest wspomaganie rozwoju, dzięki niej intensyfikują się procesy: spostrzegania, wyobraźni, myślenia, a także pamięci i koncentracji uwagi. W trakcie zajęć dzieci uczą się kontrolowania własnego ciała, co wpływa na jakość ich funkcjonowania społecznego.

Terapia poprzez ruch, muzykę oraz twórczość plastyczną pozwala także na uzewnętrznienie stanów emocjonalnych dzieci, ich zablokowanych przeżyć[33].

Muzykoterapia

Dla wielu dzieci z FAS-em, podobnie jak w przypadku autystyków, jest zaburzona bądź niemożliwa komunikacja werbalna, a co za tym idzie – utrudniony kontakt z otoczeniem. Poszukuje się metod „dotarcia" do chorych. Muzykoterapia, jest właśnie jedną z metod, która wykorzystuje muzykę, by nawiązać kontakt z chorym. „Muzyka" – to wszystkie bodźce dźwiękowe, które docierają do nas z otaczającego świata. To wszystkie szmery, trzaski, piski i inne efekty akustyczne. Muzyka to głos ludzki (mowa, szept, śpiew, pisk, krzyk), głos z radia, telewizji i ten „na żywo". Instrumenty muzyczne wykorzystywane są na wszystkie

[32] Por., tamże, s. 39.

[33] Tamże, s. 40.

możliwe sposoby, nawet niekonwencjonalne. Techniki muzykoterapii pozwalają dziecku uświadomić i wyodrębnić się z otoczenia. Przyczyniają się do jego orientacji w przestrzeni i schemacie ciała. Muzyka rozwija funkcje słuchowo-kinestetyczne, sprzyja nawiązaniu kontaktu wzrokowego i dotykowego. Sprzyja okazywaniu przeżyć emocjonalnych. Słuchanie muzyki uspokaja, daje poczucie bezpieczeństwa, wyzwala radość. Muzykoterapię najczęściej stosuje się w grupie. Jest to tym samym terapia grupowa. Odbywa się uspołecznienie dziecka autystycznego. Uczestnicy, bawiąc się, muzykując, uczą się wzajemnej tolerancji, dostrzegają siebie nawzajem w otoczeniu. Efektem terapii jest socjalizacja dzieci. Dzieci uczą się tolerować w swoim otoczeniu innych, interesują się pozostałymi członkami grupy. Uczestnicy potrafią włączyć się do wspólnych zabaw, naśladować gesty, wspólnie muzykować. Terapia ogranicza napady agresji, złości, stereotypii. U dzieci poprawia się koordynacja słuchowo-ruchowa. Ruchy stają się celowe i precyzyjne. Czas koncentracji uwagi na określonej czynności wydłuża się. Dzieci potrafią skupiać uwagę, by wykonać zadanie.

Hipoterapia

Koń okazuje się dobrym sprzymierzeńcem w terapii autyzmu. Już sam kontakt ze zwierzęciem korzystnie wpływa na psychikę dziecka. Koń jest wielki, miękki, ciepły. Dziecko przytula się, a przynajmniej chce go pogłaskać, dotknąć. Wytwarza się trwała więź między dzieckiem a koniem. Dla dziecka jazda jest przyjemnością i dlatego aktywnie, spontanicznie uczestniczy w tej terapii. Sam kontakt z dużym zwierzęciem jest przeżyciem. Dziecko spontanicznie wyzwala szereg emocji: najpierw strach, lęk, aż po ogromną radość. Zajęcia są oczywiście prowadzone indywidualnie i trwają nawet kilka lat. Dopiero po tak długim czasie można mówić o efektach. Dziecko jest przez cały czas obserwowane. Po roku terapii dokonuje się podsumowania, wyciąga wnioski, układa plan na następne miesiące. W hipoterapii efekty widoczne są dopiero po kilku latach, a u dzieci zauważa się: lepszą koordynację wzrokowo-ruchową, spadek wagi ciała, równowagę ciała, poprawę świadomości własnego ciała, poprawę postawy ciała, koncentrację uwagi na zajęciach.

Malowanie

To forma wyrównania opóźnień rozwoju umysłowego, deficytów percepcyjno-motorycznych, eliminowania stereotypów. W sytuacji odprężenia, zabawy dziecko stymuluje rozwój emocjonalno-społeczny. Do malowania stosuje się stężoną farbę (na podobieństwo niektórych środków spożywczych, których dzieci nie znoszą). W trakcie tej terapii dziecko pozbywa się negatywnych uczuć z tym związanych. Malowanie rozpoczyna terapeuta. Na początku maluje kolorem czerwonym – na podłodze, kafelkach, na papierze, na sobie. Dziecko na początku tylko obserwuje. Samo zadecyduje, kiedy włączyć się do zabawy i w jaki sposób.

Socjoterapia

Socjoterapia jest metodą, która leczy zaburzenia zachowania i niektóre zaburzenia sfery emocjonalnej. Ta forma pracy ma ustrukturalizowaną formę spotkań grupowych, w trakcie, których następuje korekta zaburzeń. W trakcie spotkań grupowych dzieciom dostarcza się nowych doświadczeń społecznych, poprzez które, nabywają nowych umiejętności społecznych oraz zmieniają obraz samego siebie. Negatywny obraz siebie u dzieci z FAS-em wiąże się z poczuciem niewywiązywania się ze stawianych im obowiązków oraz z braku samopotwierdzenia, którego będzie szukało prawdopodobnie w negatywnych grupach społecznych. W tym przypadku zajęcia socjoterapeutyczne podnoszą jakość kontaktów społecznych obecnych oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym w przyszłości[34].

Edukacja matematyczna

Edukacja matematyczna jest ściśle powiązana z rozwojem poznawczym dziecka, a w szczególny sposób z rozwojem jego myślenia, które uwarunkowane jest przez wiek. To rozwojowe podejście zapoczątkował J. Piaget, opracowując koncepcję sta-

[34] Por., tamże.

dialnego rozwoju myślenia. Aby dziecko w sposób skuteczny mogło uczyć się matematyki, musi osiągnąć studium operacyjne (myślenie konkretno-obrazowe). Większość dzieci rozpoczynając naukę w szkole w pierwszej klasie, weszło już w to stadium rozwojowe. Dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym, których myślenie znajduję się na etapie przedoperacyjnym – znacznie później niż swoi rówieśnicy wkraczają w stadium operacyjne. Dzieci te często zatrzymują się na tym etapie rozumowania, w związku, z czym zarówno starsze, jak i młodsze nie rozumieją matematyki, wymagając przy tym specjalnego nauczania. Pomoc w tej sytuacji stanowią różne metody i techniki zaproponowane przez, prof. Gruszczyk-Kolczyńską, które w sposób odpowiedni do poziomu rozwoju dziecka rozwijają zarówno jego myślenie, tworzą pojęcia, doskonalą umiejętności oraz kształtują jego odporność na napięcia[35].

Zabawa

Podstawą czynnościową dziecka jest zabawa. Nie jest ona tylko stratą czasu (takimi kategoriami często myślą dorośli), ale pełni szereg pozytywnych funkcji. Rozwija wyobraźnię, uczy umiejętności społecznych, samodzielności, zaciera różnice między dziećmi, pozwala przeżywać radości, a także umożliwia diagnozę stanu potrzeb i możliwości dziecka. Zabawa angażuje emocje, co z kolei sprzyja przyswajaniu wiedzy. Nauka poprzez zabawę jest postrzegana jako coś przyjemnego, czego nie należy się bać, a uczenie się w tej formie prowadzi do lepszego zapamiętywania informacji[36].

Terapia zabawą

Ma na celu wszechstronny rozwój wszystkich sfer dziecka. Na początku terapeuta obserwuje spontaniczność dziecka w kontakcie z zabawkami i podejmuje sposób zabawy wybrany przez dziecko. Po pewnym czasie zmienia stereotypy zabawy. Jeśli dziecko nie interesuje się zabawkami, to wtedy terapeuta bawi

[35] Por., tamże, s. 40-41.

[36] Tamże, s. 41.

się sam. Wydaje odgłosy, śpiewa, turla się po podłodze. Robi wszystko, by przyciągnąć uwagę dziecka. Dziecko po oswojeniu się z tą sytuacją, dołącza do zabawy. Nieocenionym towarzyszem zabaw dziecka może być pies (szczególnie przydatną rasą są golden retrivery i labradory) czy kot (miękki, ciepły, rozładowujący napięcie i lęki). Poruszanie się zwierzęcia wymusza koncentrację uwagi, wzroku. W miarę ustępujących objawów wprowadza się zabawki, które rozwijają funkcje poznawcze (filmy, oglądanie i czytanie bajek). Ćwiczy się funkcje percepcyjno-motoryczne, np. ćwiczenia ruchowe, zabawy manipulacyjne, proste formy twórczości rysunkowej.

Terapia ruchowa

Ma na celu lepsze dotlenienie komórek mózgowych, usprawnienie motoryki ciała, zrozumienie celowości ruchów. W zależności od pory roku, stosuje się różne formy terapii ruchowej. I tak np. w zimie koncentruje się na zabawie śniegiem, jeździe na sankach. W lecie zabawy na świeżym powietrzu, plażowanie, kąpiele. W terapii tej uczestniczą rodzice, co korzystnie wpływa na higienę psychiczną rodziny, relaks. Również przed snem można wykonywać ćwiczenia oddechowe. Szczególną formą tej terapii jest kołysanie dziecka, w sytuacji gdy jest niespokojne, lękowe, agresywne. Przytula się wtedy dziecko, owija kocem, czy szalem, z twarzą zwróconą do terapeuty. Można w tej pozycji cicho śpiewać, szeptać.

Reasumując, należy podkreślić, że nie istnieje metoda czy forma, która daje pełną gwarancję powodzenia terapii. W przypadku dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym w doborze terapii należy uwzględnić nie tylko indywidualizm dziecka, ale także jego możliwości i nabyte już umiejętności. Przedstawione w skrócie metody to tylko propozycja sposobów pracy z dzieckiem z FASD, jakie można wykorzystać w terapii, przygotowującej go do sprostania wymogom społecznego, tj. rodzinnego, szkolnego czy rówieśniczego funkcjonowania. Funkcjonowania, które daje nadzieję na osiągnięcie takiego poziomu rozwoju, który pozwoli na w miarę możliwości pełną samodzielność dziecka.

Literatura przedmiotu

Dziecko, które nigdy nie dorośnie. Co to jest FAS, Warszawa 2006.
Hryniewicz D., *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS,* Warszawa 2007.
Liszcz K., *Jak być opiekunemdziecka z FAS,* Toruń 2005.
Liszcz K., *10 zasadniczych praw dotyczących usprawniania i wychowania dzieci z FAS / FAE,* Toruń 2007.
Knill Ch., *Dotyk i Komunikacja,* Warszawa 1997.
Maas V.F., *Uczenie się przez zmysły: wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej,* Warszawa 1998.
Weiner L., *Morse B.A., Strategie interwencji wobec dzieci z FAS,* „Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem", Warszawa 1997.
Chwaszczewska J., *Wykorzystanie metody G. Domana w nauce czytania dzieci z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną,* „Rewalidacja" 2(18)/05.
Czarnecka E., *Metoda Weroniki Sherborne w pracy przedszkola,* „Wychowanie w przedszkolu", nr 9/1994.
Przystałowska M., *Płodowy Zespół Alkoholowy,* „Remedium" 2006, nr 10.
Snochowska M., *Metoda Weroniki Sherborne w edukacji wczesnoszkolnej,* „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne" nr 4/1996.
Świerczek M., Programy Aktywności oraz Dotyk i Komunikacja M. i Ch. Knillów. Moje doświadczenia w pracy z dzieckiem autystycznym, „Rewalidacja" 1997 nr 1.
http://mediweb.pl
http://terapiadzieci.org

Informacje o autorach

Adamek Magdalena – mgr, absolewentka studiów z Pedagogiki społeczno-opiekuńczej na Uniwersytecie Pedagogicznym

Banach Marek – dr, adiunkt w Instytucie Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie oraz Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum" w Krakowie

Borowy Magdalena – mgr, absolewentka studiów z Pedagogiki społeczno-opiekuńczej na Uniwersytecie Pedagogicznym

Domalik Magdalena – mgr, absolewentka studiów z Pedagogiki społeczno-opiekuńczej na Uniwersytecie Pedagogicznym

Dvorska Sona – PhDr, Katolicki Uniwersytet w Rużomberoku

Frączek Katarzyna – mgr, absolewentka studiów z Pedagogiki społeczno-opiekuńczej na Uniwersytecie Pedagogicznym

Gawor Małgorzata – mgr, asystentka w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum" w Krakowie

Gierat Tadeusz – dr, adiunkt w Instytucie Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie

Gomółka Maria – mgr, absolewentka studiów z Pedagogiki społeczno-opiekuńczej na Uniwersytecie Pedagogicznym

Hejnold Piotr – mgr, absolewent studiów z Pedagogiki społeczno-opiekuńczej na Uniwersytecie Pedagogicznym

Homolowa Natalia – Katolicki Uniwersytet w Rużomberoku

Kaczmarska Barbara – lic., rodzic adopcyjny i zastępczy

Klimczak Joanna – mgr, absolwentka Wyższej Szkoły Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum" w Krakowie, pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce

Kowalewski Ireneusz – dr n. med, adiunkt w Katedrze Psychologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie

Mrozowska Marzena – lic., absolwentka Wyższej Szkoły Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum" w Krakowie

Pikuła Norbert – dr, adiunkt w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum" w Krakowie

Savrnochowa Michaela – Katolicki Uniwersytet w Rużomberoku

Szyszka Edyta – dr, adiunkt w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum" w Krakowie

Ziakowa Eva – doc. PhDr, Katolicki Uniwersytet w Rużomberoku