

Bogumiła Kamińska
Joanna Wyrwas
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Instytut Psychologii

FAS – Alkoholowy Zespół Płodowy

"Siedząca przy sąsiednim stoliku kobieta w drugim trymestrze ciąży zamówiła sobie martini.

- Przepraszam - wtrąciłem się. - Niebezpiecznie jest pić w czasie ciąży. Pracuję nad książką...

- Niech pan pilnuje własnych spraw - warknęła i zwracając się do koleżanki, poczęła utyskiwać, jakie to typowe dla mężczyzn myśleć, że wiedzą więcej o jej ciele niż ona sama.

Kiedy podano jej drinka, podchwyciła mój wzrok i uniosła kieliszek w moją stronę.

- Na zdrowie - powiedziała biorąc pierwszego łyka. Jakaś część mnie chciała wyciągnąć portfel i pokazać jej zdjęcie Adama. Opowiedzieć jego historię. Aresztować ją albo błagać o komórki mózgowie jej dziecka"(Dorris, 1996, s.216).

Fragment ten pochodzi z książki „Zerwana więź”, której autor opisuje swoją historię- historię mężczyzny, który adoptował Adama- chłopca cierpiącego na zespół poalkoholowego uszkodzenia płodu (FAS). W powyższym fragmencie rzuca nam się w oczy nieświadomość kobiety o szkodliwości alkoholu na zdrowie jej dziecka. Widocznie nie jest ona świadoma istnienia schorzenia

zwanego alkoholowym zespołem płodowym i nie wie, że nawet jeden kieliszek może mieć znaczenie.

Czym jest FAS? Czy można jemu zapobiec? Jaka jest wiedza na temat FAS i wpływu alkoholu wśród matek oczekujących narodzin dziecka?

1. Badania nad zespołem FAS- rys historyczny

Pierwsze badania dotyczące alkoholowego zespołu płodowego (FAS) zostały zaprezentowane w 1968 roku w Nantes we Francji. Zostały one przedstawione przez Lemoine, który obserwował losy dzieci matek pijących. Rezultaty obserwacji dzieci z zespołem FAS były zatrważające:

- 10% spośród obserwowanych dzieci zmarło w dzieciństwie na skutek zaburzeń pracy serca i oddychania;
- 7% popełniło samobójstwo w wieku dorosłym;
- 17% podejmowało próby samobójcze.

Lemoine doszedł również do wniosku, że problemy opóźnienia umysłowe i zaburzenia zachowania najbardziej nasilają się w wieku dorosłym. Co więcej stwierdził również, że dzieci, które w dzieciństwie nie miały objawów FAS choć były dziećmi alkoholiczek, w wieku dorosłym miały problem z zachowaniem norm społecznych i utrzymaniem stałej pracy. Niestety, wyniki badań Lemoina pozostały niezauważone przez kręgi medyczne (za: Klecka, 2006).

Zainteresowanie problemem wywołały wyniki badań Ullelanda z 1972 roku, który wskazał toksyczne następstwa działania alkoholu na płód. Zauważył on wysoki odsetek prenatalnego opóźnienia wzrostu (41%), niedorozwoju umysłowego (50%), pogranicza upośledzenia umysłowego i normy (30%) u dzieci z tym schorzeniem. Rok później

Jones opisał dysmorficzne rysy twarzy i śmiertelność noworodków narażonych na działanie alkoholu w łonie kobiety. Objawy te nazwał alkoholowym zespołem płodowym (*Fetal Alcohol Syndrome – FAS*) (za: Klecka, 2004).

W 1974 opublikowane zostały w Rosji badania Szurygina. Stwierdził on, że dzieci alkoholiczek przejawiały objawy nerwicowe, zaburzenia zachowania i emocjonalne (Klecka, 2006).

W 1980 r. badacze, tworzący Zespół Badań nad FAS przy amerykańskim Towarzystwie Badań nad Alkoholizmem (Research Society on Alcoholics), przedstawili kryteria diagnostyczne FAS.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) przeznaczył środki finansowe na pierwsze badania kliniczne. W ciągu dwóch lat opublikowano pierwsze badania, które skupiły się nad uzyskaniem odpowiedzi na pytania o szkodliwość działania alkoholu na dziecko w łonie matki.

W latach 70. i 80. zaczęto prowadzić również badania na zwierzętach (szczurach, myszach). Te dwie dekady badań potwierdziły, że alkohol może uszkodzić i zaburzyć rozwijający się płód. Teratogenne działanie alkoholu nie ogranicza się do przypadków chronicznego picia, ponieważ umiarkowane i epizodyczne picie także wywiera szkodliwy wpływ na potomstwo zarówno we wczesnej, jak i późnej ciąży.

Kolejne wnioski płynące z tych badań to wskazanie na szkodliwość alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy, która uwidacznia się na różnych etapach rozwoju. Alkohol powoduje uszkodzenia mózgu dziecka, które mogą wystąpić bez towarzyszących mu objawów fizycznych na skutek działania mniejszej dawki i częstotliwości działania (Klecka, 2004).

Zauważono wpływ sporadycznego picia alkoholu w okresie najbardziej dla płodu niebezpiecznym, czyli w pierwszym trymestrze ciąży. Można zauważyć różnice pomiędzy dziećmi, których matki piły w czasie ciąży, a tymi, których rodzicielki zdecydowały się zaprzestać spożywania alkoholu lub piły sporadycznie. Dzieci alkoholiczek są zdecydowanie opóźnione rozwojowo i mają kłopoty w zachowaniach społecznych. Mają też dużo mniejszą wagę urodzeniową i są bardziej zniekształcone. Dzieci matek pijących sporadycznie w pierwszym trymestrze ciąży są mniejsze i słabsze niż dzieci matek niepijących, ale u żadnego z nich nie zaobserwowano pełnoobjawowego FAS (Laskowska, 2000).

2. Definicja kliniczna FAS oraz strategie postępowania wobec dzieci z FAS

2.1. Definicja kliniczna

Według definicji klinicznej dziecko z FAS zdradza objawy w każdej z trzech kategorii:

- 1) zaburzeń wzrostu w okresie prenatalnym, jak i po przyjściu na świat;
- 2) zniekształceń twarzoczaszki takich, jak: ciężkie powieki, zmiany w budowie nosa i czoła, brak lub spłaszczenie rowka między górną wargą a nosem, cienka górna warga, spłaszczenie środkowej części twarzy, niedorozwój szczęki i żuchwy;
- 3) zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, takich jak opóźnienie w rozwoju umysłowymi problemy behawioralne

Najbardziej charakterystyczne dla FAS są deformacje twarzoczaszki. Anomalie w ośrodkowym układzie nerwowym mają największe znaczenie dla ogólnego rozwoju danej jednostki.

Cechy związane z FAS mogą się zmieniać z wiekiem, co utrudnia diagnozę. Dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego są trudne do uchwycenia przed ukończeniem drugiego roku życia dziecka.

2.2. Badania

Według badań sprawność intelektualna niemowląt i dzieci jest mniej zaburzona przez kontakt z alkoholem, jeżeli ich matki przestały pić we wczesnej ciąży, niezależnie od tego, czy po porodzie wróciły do picia czy nie. Inne badania wykazują, że gdy w rodzinie jest już dziecko z FAS, to ryzyko przyjścia na świat kolejnego dziecka z tym zespołem jest bardzo wysokie- 70 % (Piwko, 2008).

2.3. Strategie postępowania wobec dzieci z FAS

Celem tych strategii jest umożliwienie osobom z FAS pełnego rozwoju w społeczeństwie i osiągnięcie maksymalnych możliwości.

Rodzaje strategii:

Otoczenie. Restrukturyzacja otoczenia, w którym żyje dziecko jest podstawową techniką interwencyjną. Celem jej jest zlikwidowanie barier, które mogą hamować rozwój dziecka.

Umiejętność uczenia się. Dzieci te muszą się uczyć np. odróżniania przyjaciół od obcych. Metodą, jaką się tu stosuje jest odgrywanie ról. Warto jednak pomagać dziecku w znalezieniu jego własnej techniki.

Zachowanie stałości i konsekwencji w otoczeniu.

- Nauczyciele powinni być otwarci, konsekwentni, stosować profilaktyczne środki dyscyplinarne.

- Rozkład klasy i wykorzystywane środki wizualne powinny być pomocne w przestrzeganiu panujących w klasie zasad oraz przeprowadzeniu różnego rodzaju zajęć.
- Plan zajęć powinien być stały w ciągu dnia, dopuszcza się niewielkie zmiany.
- Zastosowane techniki mają dzieci zachęcać, a nie onieśmielać.

Nadwrażliwość sensoryczna. Chodzi tu o zmniejszenie nadmiaru bodźców sensorycznych. Kiedy układ sensoryczny dziecka jest obciążony nadmiarem przeżyć, może ono zacząć powtarzać słowa i myśli, zamknąć się w sobie, miewać napady złości a także popadać w stan frustracji. Należy w takich sytuacjach zastosować techniki relaksacyjne takie jak: siedzenie w fotelu, hamaku, ciepła kąpiel lub słuchanie spokojnej muzyki.

Wszelkie informacje, które są przekazywane utnie powinny następnie być utrwalone w formie wizualnej (Piwko, 2008).

3. Wczesna diagnoza dzieci z FAS

3.1. Wczesna diagnoza

Kiedy urodzi się dziecko ze wszystkimi objawami FAS, lekarze zwykle wiedzą, co jest przyczyną jego uszkodzeń. Wtedy takie dziecko jest obejmowane specjalną opieką medyczną. Jeśli uszkodzenia nie są oczywiste, dziecko jest poddawane wielu badaniom diagnostycznym. Według Teresy Jadczak – Szumiło zdumiewające jest, że dzieci przechodzą tak wielką ilość badań medycznych, a ich matki nigdy nie były pytane dlaczego piły w ciąży.

W dalszym okresie życia ważna jest diagnoza. „Bardzo ważne jest, aby przed rozpoczęciem nauki szkolnej ocenić, z jakimi zadaniami dziecko może mieć trudności (...). Część dzieci ma kłopoty z wnioskowaniem, inne z odbiorem bodźców słuchowych, a jeszcze inne z

przetwarzaniem danych wzrokowych. Diagnoza w tym okresie powinna dotyczyć tego, co zostało zachowane, a co utracone w procesie rozwoju.”

Najtrudniej jest w momencie, kiedy diagnoza nie jest postawiona, gdy dziecko jest w okresie adolescencji. Uszkodzenia dotyczą często płatów czołowych, a lokalizacja ta ma wpływ na rozwój tzw. funkcji wykonawczych. Do tych funkcji zaliczamy: planowanie, działanie zgodne z celem, podejmowanie decyzji (Jadczyk- Szumiło, 2008).

3.2. Zachowania pierwotne i wtórne u dzieci z FAS

Tabela 1. Zachowania pierwotne i wtórne u dzieci z FAS

Zachowania pierwotne	Zachowania wtórne
Trudności w funkcjach wykonawczych: <ul style="list-style-type: none">- Kłopoty z organizacją i planowaniem- Niemożność określenia priorytetów w działaniu- Trudności w przewidywaniu- Trudności w rozumieniu istoty czasu i trzymania się planu	<ul style="list-style-type: none">- Przyjmowanie różnych ról społecznych jako mechanizmów ochronnych
Kłopoty z pamięcią: <ul style="list-style-type: none">- Zapamiętywanie informacji- Integracja posiadanych informacji- Tworzenie skojarzeń- Przypominanie informacji- Zapominanie	<ul style="list-style-type: none">- Kłopoty w nauce- Nierealizowanie obowiązku szkolnego w terminie- Trudności w szkole mimo dobrego poziomu inteligencji- Niezrozumienie zwłaszcza przy normie intelektualnej

<p>Kłopoty z abstrakcyjnymi pojęciami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pojęcie czasu - Pojęcie przestrzeni i odległości - Pojęcie liczb i znaczenia pieniędzy 	<ul style="list-style-type: none"> - Gubienie się - Przychodzenie do szkoły i domu o dowolnej porze, a nie o umówionej - Bycie ofiarą wśród rówieśników - Bycie oszukiwanym
<p>Niemożność generalizowania informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trudności w wiązaniu ze sobą informacji - Konieczność uczenia się ciągle na nowo tych samych informacji 	<ul style="list-style-type: none"> - Opóźnienie w nauce - Zniechęcenie - Wykluczenie z procesu edukacji
<p>Trudności komunikacyjne i językowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kłopoty w rozumieniu instrukcji - Brak kreatywności w mówieniu - Rozumienie dosłowne - Używanie pojęć bez ich rozumienia 	<ul style="list-style-type: none"> - Pseudo - elokwencja - Powtarzanie słów jak echo bez ich rozumienia i bez rozumienia kontekstu - Wady wymowy - Opóźnienia w rozwoju mowy
<p>Spowolniony rytm myślenia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kłopoty w szkole - upośledzenia - trudności w kojarzeniu informacji
<p>Spowolniony rytm przetwarzania słuchowego:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - opóźnienia w rozwoju zasobów językowych - powolne rozumienie - wybiórcze rozumienie
<p>Kłopoty z hamowaniem reakcji:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - są sztywni w reakcjach - tkwią w różnych trudnych sytuacjach

	<ul style="list-style-type: none"> - mają kłopoty z wygaszaniem działania - mają trudności z zatrzymywaniem lub zmianą aktywności - często reakcja jest nieadekwatna do sytuacji
Opóźnienie w funkcjonowaniu społecznym, emocjonalnym i poznawczym:	<ul style="list-style-type: none"> - izolacja - brak przyjaciół - zależność od rodziny
Impulsywność	<ul style="list-style-type: none"> - problemy z prawem - uzależnienia - depresja - autodestrukcja
Dysfunkcje rozwoju sensorycznego: <ul style="list-style-type: none"> - niedoczucie - nadwrażliwość sensoryczna - przetrwałe odruchy dziecięce - kłopoty z równowagą - kłopoty z rozwojem automatyzmów ruchowych 	<ul style="list-style-type: none"> - nieadekwatny ubiór do pogody - kłopoty z rozróżnieniem bodźców - nadmierna nadwrażliwość na dotyk

4. Zaburzone schematy odruchów i ich wpływ na rozwój dziecka z FAS

Dzieci z FAS mają trudności z integracją sensoryczną oraz sensomotoryczną. Rozwój schematów odruchów takich dzieci jest zaburzony. Wpływa to negatywnie na kształtowanie percepcji dzieci w sferach czucia dotykowego, słuchowego i wzrokowego, blokuje

rozwój nawyków uczenia się oraz prowadzi do impulsywnego zachowania, pasywnego i niedojrzałego myślenia. Dezintegracja sensomotoryczna u takich dzieci jest mało zbadanym zagadnieniem. Słabo wykształtowane odruchy, opóźnienie bądź nieprawidłowy rozwój odruchów wpływają na niepowodzenia sferze poznawczej i intelektualnej. W Polsce nad tym problemem u dzieci z FAS pracuje się technikami Neuro-Sensomotorycznej Integracji schematów odruchów rozwoju prenatalnego. Integracja schematów odruchów odbywa się w obrębie trzech aspektów aktywności "koła odruchowego": 1. stymulacja sensoryczna (zmysłowa) i rozpoznanie bodźca przez nasz układ zmysłów, 2. przetwarzanie informacji w mózgu - "rozpoznanie" przez mózg bodźca, jako bodźca obronnego, wymagającego ochrony lub służącego rozwojowi, 3. reakcji motorycznej (ruchowej) zwrotnej na bodziec zmysłowy jako komenda mózgu na działanie odruchowe (Masgutowa, 2010).

Program Neurosensomotorycznej Integracji Odruchów jest oparty na pracy badawczej przeprowadzanej przez Masgutową i jej współpracowników w ciągu ostatnich 20 lat w Rosji, Polsce, USA i Kanadzie z udziałem 3170 dzieci w wieku od 1 miesiąca do 18 lat. Były one badane medycznie, psychologicznie, edukacyjnie, neurorozwojowo i mierzony poziom integracji odruchów. (Masgutowa, 2010).

5. FASD jako zespół płodowych zaburzeń alkoholowych

FAS (Fetal Alcohol Syndrome) występuje, gdy matka nagminnie spożywa alkohol w czasie ciąży. Rzadsze lub sporadyczne picie alkoholu może wywołać FAE (Fetal Alcohol Effects), bądź ARND (Alcohol – Related Neurodevelopmental Disorder). FAE charakteryzuje się identycznymi symptomami jak FAS, jednak o mniejszym natężeniu.

Natomiast ARND to zaburzenie, w wyniku którego pojawiają się symptomy wyłącznie ze sferą umysłową, takie jak: problemy w nauce, zła pamięć, oraz społeczną (nieprawidłowe kontakty społeczne), objawy fizyczne zazwyczaj nie występują. FAS razem z zaburzeniami pochodnymi: FAE, ARND, PFAS (Partial Alcohol Syndrome), ARBD (Alcohol – Related Birth Defects) są ogólnie określane terminem spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych FASD, czyli Fetal Alcohol Spectrum Disorder). FASD nie jest terminem używanym w diagnostyce klinicznej (Sawaściuk, 2008).

6. Odpowiedzialne macierzyństwo

Kobieta w ciąży- matka nosi w swoim wnętrzu nowe życie. Dziecko jest bardzo związane z matką zarówno w sensie emocjonalnym jak i fizycznym. Jest od niej całkowicie zależne: przez pępowinę oddycha tym, czym ona oddycha, przez wspólny przewód pokarmowy je to, co ona spożywa i pije to, co ona pije.

Zdaniem francuskiego genetyka Lejeuna nowo powstała zygota ludzka jest jak małe magnetofon wyposażony w kasetę, który uruchamia się w chwili połączenia się komórek rozrodczych rodziców. Ważne jest co w okresie płodowym zostanie na tej karcie zapisane i czy nie zostanie ona w jakiś sposób uszkodzona lub naruszona. Dlatego ten okres jest tak ważny i rzutuje na całą resztę życia pozałonowego. Tu bardzo ważna, jak nie najważniejsza jest postawa matki dziecka i jej troska o życie i zdrowie dziecka. Niestety zdarza się, że kobiety nie do końca dbają o własne dzieci, podejmują działania mogące szkodzić swym pociechom (Wójcik, 2006).

Mimo, że dziecko nie jest jeszcze w świecie „zewnątrznym” a jego „mała ojczyzna” ogranicza się do wnętrza łona mamy- to

również w tym świecie może ono już być dzieckiem zaniedbanym. Mamy tu do czynienia z tzw. zaniedbaniem prenatalnym. To zaniedbanie pojawia się w sytuacji, kiedy kobieta w ciąży odnosi się do swojego dziecka prenatalnego bez odpowiedniej troski, narażając je na zagrożenie życia lub zdrowia fizycznego i psychicznego.

Matka może czynić to poprzez różne zachowania: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków lub stosowanie specyfików nieodpowiednich dla jej stanu, przeżywanie silnego stresu, myśli aborcyjne, nieregularne wizyty u ginekologa lub ich brak, niewłaściwe odżywianie się, brak czasu na wypoczynek, sen (Wójcik, 2006).

Wyniki badań prowadzonych przez Wójcik (2006) wskazują, że istnieje zależność natężenia zaniedbania prenatalnego od wieku. Na te zaniedbanie wpływają również inne czynniki takie jak wykształcenie, sytuacja osobista, czy brak wsparcia osób najbliższych. Zaniedbanie prenatalne ma związek także z poziomem wiedzy na temat zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci a także z dojrzałością psychospołeczną badanych kobiet.

Innymi czynnikami mającymi pośredni wpływ na przejawianie zaniedbania prenatalnego są warunki mieszkaniowe kobiet, ich stan cywilny w chwili zajścia w ciążę. Istotną rolę pełnią również motywy zajścia w ciążę- największy odsetek kobiet zaniedbujących swe prenatalne dzieci, zaszło w nieplanowaną ciążę. Wiele kobiet z tej grupy zostały pozostawione przez swoich partnerów. (Wójcik, 2006).

7. Dzieci z alkoholowym zespołem płodowym – formy opieki pozarodzinnej

Często zdarza się, że rodzice dzieci z FAS zrzekają się praw rodzicielskich do swego dziecka, oddają swojego potomka do Domu Dziecka, ponieważ czują, że nie są odpowiednio przygotowani emocjonalnie, czy też materialnie na wychowanie dziecka. Zdarza się, że dzieci trafiają potem do rodzin zastępczych.

Rodzice adoptujący dziecko z FAS w jego pierwszych miesiącach życia, często nie wiedzą o tym, że te niemowlę pochodzi z ciąży alkoholowej. Rodzice ci obserwują problemy malucha w przedszkolu i jego trudności z funkcjonowaniem z rówieśnikami. Te sytuacje sprawiają, że przeżywają oni silne poczucie winy i czują, że nie radzą sobie jako rodzice.

Dzieci, które w późniejszym wieku (3-5 lat) trafiają do rodzin zastępczych są lepiej zdiagnozowane i często trafiają do rodzin zastępczych z rozpoznaniem FAS. Ponieważ trochę czasu zajmie dziecku przystosowanie się do nowej sytuacji i jest to trudniejsze niż w przypadku niemowląt dziecko otaczane jest większą opieką z powodu oczywistych zaburzeń więzi, trudności emocjonalnych. (Klecka, 2006)

Dzieci z FAS rozwijają się z opóźnieniem, przejawiają sporo problemów wychowawczych, dlatego są one obejmowane różnymi ofertami wsparcia. Niestety często zdarza się, że są one źle diagnozowane. Myli się to schorzenie ze stabilną encefalopatią, zaburzeniami osobowości na podłożu organicznym, infantyлизmem psychicznym, upośledzeniem umysłowy, niedowidzeniem i niedosłyszeniem czy też ADHD. Dlatego też dzieciom cierpiącym na

FAS często nie pomaga się w odpowiedni sposób. Aby to zmienić należy wprowadzić szczegółowy wywiad mający na celu dokładne rozpoznanie FAS, wyszkolić terapeutów i utworzyć programy terapeutyczne .

8. Profilaktyka

W Stanach Zjednoczonych opracowuje się programy profilaktyczne zapobiegające FAS i ARND, koncentrujące się na sposobach wykrywania i leczenia kobiet, które piją w czasie ciąży. Ciężarne kobiety często zaniżają ilość wypijanego alkoholu. Czasem też nie biorą pod uwagę alkoholu wypitego przed rozpoznaniem ciąży, czyli w jej pierwszym trymestrze.

Dla wyłonienia grupy ryzyka przydatne są pośrednie sposoby określania ilości alkoholu, jaką kobiety wypijały przed ciążą. Istnieje krótki kwestionariusz do oceny problemów alkoholowych u kobiet – TWEAK- służący do rozpoznawania picia ryzykownego przez kobiety ciężarne. Zawiera on m.in. pytanie o tolerancję na alkohol, które nie jest kojarzone z nadużywaniem alkoholu i nie prowokuje osób odpowiadających do podawania zaniżonej ilości wypijanego alkoholu. Po tym teście kobiety, które nie używają alkoholu problemowo kierowane są na rozmowę motywacyjną z lekarzem na temat zdrowia nienarodzonego dziecka. Badania wykazują ogólny spadek poziomu picia u ciężarnych po takiej krótkiej interwencji (Dziewałowska, 2002).

9. Kampania „Cięża bez alkoholu”

W 2007 roku w Polsce toczyła się intensywna kampania edukacyjna prowadzona przez PARPA i samorządy. Miała ona na celu ostrzeżenie społeczeństwa przed zjawiskiem, jakim jest FAS. W kampanię „Cięża bez alkoholu” zaangażowało się wtedy wiele osób i instytucji.

W 2008 roku, po zakończeniu kampanii przeprowadzono badania sprawdzające wiedzę kobiet na temat picia alkoholu w trakcie ciąży. Podstawą do porównań były wyniki badań z 2005 roku. Ocena wyników okazała się pozytywna. Na pytanie o ewentualną szkodliwość picia w ciąży twierdząco odpowiedziało w 2005 r. 86,6%, a w 2008 r. 94,5%. Pokazuje to spory zasięg kampanii i jej skuteczność. Wzrosła też aktywność lekarzy w ostrzeganiu pacjentek ciężarnych przed piciem alkoholu, z 19,2% skoczyła do 27,8%.

Polki zachowują się inaczej pod wpływem rosnącej wiedzy, takie wnioski wysunięto po wynikach, że gdy w 2005 roku 62,7% badanych deklarowało niepicie w ciąży, to w roku 2008 już 66,7%.

W bardziej wnikliwym badaniu, w podziale na wiek respondentek, badanie wskazuje na wyraźny spadek spożycia alkoholu przez kobiety w ciąży, w grupie osób między 18 a 40 rokiem życia (w przedziale rozrodczym).

W wynikach była jedna sprawa zaskakująca. Mianowicie do picia w ciąży w 2005 r. przyznało się 17,8% kobiet z wyższym wykształceniem, a w 2008 r. aż 33% (Jadczak-Szumiło, 2008)

Zakończenie

Każde dziecko ma prawo urodzić się w rodzinie o zdrowych relacjach i w zdrowym środowisku fizjologicznym. Jednak, gdy matka nadużywa lub tylko okresowo pije alkohol naraża tym samym swojego syna lub córkę na trudności, jakie będzie musiał/a spotkać na swojej drodze, w wyniku m.in. uszkodzeń układu nerwowego. Takie dziecko ma odebrane wtedy to, co mu się należy i na co zasługuje. Mianowicie radość z zabawy, z poznawania świata, z dobrych ocen z matematyki, czytania książek. Jest to ogromna krzywda niezawiniona, którą musi poczuć. Dlaczego takie dziecko, nastolatek, później dorosły człowiek ma przeżywać trudności w relacjach z innymi, mieć problemy z seksualnością? FAS jest czymś czego można uniknąć poprzez odpowiedzialne macierzyństwo. Jednak czy i ile matek podejmie je w następnych latach? Pozostaje jeszcze wiele pytań, na które warto poszukać odpowiedzi dla dobra przyszłych dzieci.

Bibliografia

- Cholewa J.(2008). Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS). *Wychowawca*, nr 4, s. 15
- Dominik D. (2002). Zaniedbanie formą przemocy. *Problemy opiekuńczo – wychowawcze*, nr 2.
- Dorris, M. (1996). *Zerwana więź*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, str. 216.
- Dziewałtowska, O. (2002). Narażenie płodu na działanie alkoholu a mózg. *Świat Problemów*, nr 3.
- Jadczak – Szumiło T.(2008). Dlaczego jest potrzebna wczesna diagnoza dla dzieci z FAS? *Świat Problemów*, nr 12, s. 8-11

Klecka M. (2004), Fetal alcohol syndrome (FAS) - alkoholowy zespół płodowy; poalkoholowe dzieci ze złożoną niepełnosprawnością. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, nr 8.

Klecka, M. (2006). [Objawy i wczesne rozpoznanie FAS. Niebieska Linia, nr 3, s. 7-9](#)

Laskowska B. (2000). Dziecko jak gąbka : alkoholizm matki i jego niszczący wpływ na dziecko. *Głos dla Życia*, nr 4 s. 1-3.

Masgutowa, S.(2010), Neuro-sensomotoryczna integracja odruchów u dzieci niepełnosprawnych jako skuteczna pomoc w ich codziennym funkcjonowaniu. Diagnostowanie i korekcyjna praca z dziećmi z MPD, autyzmem i FAS, Warszawa. Źródło: <http://www.masgutovainstitute.com/index2.php?strona=badania&menu=yes>

Piwko K.(2008). Alkoholowy Zespół Płodowy. *Lider*, nr 1, s.24-25

Sarwińska M.(2006). Trudne dzieci z syndromem FAS. *Gazeta Szkolna*, nr 9/10, s. 18

Sawaściuk E.(2007). Z FAS-trygowane dzieci. *Charaktery*, nr 8, s. 64-67

Informacji na temat FAS udzielają:

- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ul. Szańcowa 25, 01-485 Warszawa

tel. 22 532 03 25,

fax 22 836 81 66,

www.parpa.pl

- Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa Oddział Śląski

ul. Hołodunowska 70 A, 43 -143 Łędziny

tel./fax 32 216 79 17,


www.fas.edu.pl

- Poradnia Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży z FAS/FAE

ul. Piskorskiej 11, 87–100 Toruń

tel. 56 648 23 63,

fax 56 659 91 43,



www.free.ngo.pl/fundacja.dajszanse

- Pracownia Psychologiczna ITEM – Umiejętności Społeczne
ul. Sienkiewicza 27, 34 -300 Żywiec
tel. 33 861 38 44,

www.item-psychologia.pl

- Instytut Matki i Dziecka
ul. Kasprzaka 17A, 01 -211 Warszawa
tel. 22 327 73 35,

www.imid.med.pl