



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Płodowy zespół alkoholowy w ujęciu interdyscyplinarnym

Edyta Kędra
Maria Borczykowska-Rzepka



OPOLE 2015

EDYTA KĘDRA, MARIA BORCZYKOWSKA-RZEPKA

**PŁODOWY ZESPÓŁ ALKOHOLOWY
W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM**

**EDYTA KĘDRA
MARIA BORCZYKOWSKA-RZEPKA**

**PŁODOWY ZESPÓŁ ALKOHOLOWY
W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM**

OPOLE 2015

Recenzenci:

dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski
prof. nadzw. dr hab. Krystyna Skurjat

Projekt okładki
Janina Drozdowska

Redakcja i korekta
Violetta Sawicka

Redakcja techniczna
Janina Drozdowska

ISBN 978-83-941154-0-1
978-83-7511-227-6

© Copyright by Państwowa Medyczna
Szkoła Zawodowa w Opolu 2015



WYDAWNICTWO INSTYTUT ŚLĄSKI Sp. z o.o.
45-082 Opole, ul. Piastowska 17, tel. 77 454 01 23
e-mail: wydawnictwo@is.opole.pl
Nakład 150 egz. Objętość 6,22 ark. wyd., 6,0 ark. druk.

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Alkohol i jego konsekwencje psychospołeczne (<i>Edyta Kędra, Maria Borczykowska-Rzepka</i>)	9
Konsekwencje zdrowotne nadużywania alkoholu (<i>Edyta Kędra, Maria Borczykowska-Rzepka</i>)	27
Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako przyczyna problemów zdrowotnych dziecka (<i>Edyta Kędra, Maria Borczykowska-Rzepka</i>)	35
Diagnostyka uzależnienia od alkoholu i poalkoholowych uszkodzeń diagnozowanych u dzieci (<i>Edyta Kędra, Maria Borczykowska-Rzepka</i>)	45
Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z FAS (<i>Edyta Kędra</i>)	59
Zespół interdyscyplinarny w opiece nad dzieckiem z FAS (<i>Edyta Kędra, Maria Borczykowska-Rzepka</i>)	71
Działania profilaktyczne w sytuacji zagrożenia spektrum poalkoholowych zaburzeń płodu (<i>Edyta Kędra</i>)	75
Znajomość problematyki FASD w Polsce (<i>Edyta Kędra</i>)	79
Piśmiennictwo	88

WSTĘP

Coraz częściej w doniesieniach medialnych słyszy się: „Pijana matka urodziła pijane dziecko”. Pijące ciężarne kobiety nie należą dziś do rzadkości. Piją ciągami, a w przerwach pomiędzy nimi mają objawy abstynencyjne, z których najbardziej dokuczliwy jest kac. Najczęściej jest on likwidowany metodą reintoksykacji, czyli powtórnego wypicia, w myśl powiedzenia: „Lecz się tym, czym się zatrueś”. Ale w takim postępowaniu zapominają, że szkodzą nie tylko sobie, ale też dziecku, które noszą. Noworodek, który przyjdzie na świat, będzie miał te same objawy i jeśli je przeżyje, będzie wymagał intensywnej opieki neonatologicznej, leczenia zespołu abstynencyjnego, tak jak każdy alkoholik przewlekły. Są też zwolennicy poglądu, jakoby dziecko stykające się w trakcie swojego rozwoju z mikrodawkami substancji toksycznej (w tym przypadku alkoholu) nabiera swoistej odporności, a stężenie alkoholu we krwi dziecka jest dziesięciokrotnie mniejsze, więc będzie się ono powoli adaptowało do kontaktu z toksyną. Na szczęście są to opinie, które w środowisku osób stykających się z problemem alkoholizmu i przyjmowania alkoholu przez kobiety będące w ciąży są wyraźnie i jednoznacznie piętnowane.

Alkohol jest obok nikotyny legalnie dopuszczonym narkotykiem. Choć już od dawna uznaje się go za czynnik teratogeny, nadal wiele kobiet spożywa go, będąc w ciąży. Działa on szczególnie toksycznie na organizmy młode. U kobiet, które piją w czasie ciąży, spotykane są znacznie częściej porody terminowe (niewczesne) i przedwczesne oraz poronienia samoistne. U noworodków matek pijących podczas ciąży obserwowano bezpośrednio po urodzeniu obecność objawów zespołu abstynencyjnego. Dalsze skutki to opóźniony wzrost i rozwój oraz osłabienie koncentracji uwagi i spowolnienie reakcji u dzieci.

Jak każdy zespół, tak i alkoholowy zespół płodowy (*Fetal Alcohol Syndrome* – FAS) stanowi grupę objawów i oznak, które występują w powiązaniu ze sobą i do wystąpienia których musi być spełniony jeden z zasadniczych warunków, jakim jest przyjmowanie przez kobietę ciężarną alkoholu lub jej uzależnienie od tego środka. I chociaż zdarzają się przypadki wypicia alkoholu przez kobietę nieświadomą bycia w ciąży, lub w ogóle go nie spożywającej, to jednak jest to główny argument przema-

wiający na niekorzyść ich przyszłego dziecka. Efekty prenatalnej ekspozycji na alkohol w trakcie rozwoju mogą być różne u różnych dzieci.

Wczesna i prawidłowa diagnoza pozwala na wdrożenie odpowiednich działań, które być może nie są w stanie całkowicie zlikwidować powstałych szkód w organizmie małego człowieka, ale które mogą ograniczyć ich konsekwencje i poprawić jakość życia. Tak więc współpraca i intensywna praca zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi przedstawiciele różnych grup zawodowych, zmieniający się w zależności od etapu rozwojowego dziecka i pojawiających się problemów, może przynieść wymierne efekty w postaci poprawy funkcjonowania w życiu dorosłym, zarówno w życiu społecznym, jak i zawodowym osób z FAS.

Dlatego też zamysłem auterek było przygotowanie publikacji, która nie tylko przybliżyłoby samą tematykę związaną z używaniem alkoholu przez kobiety będące w ciąży, ale w możliwy sposób uporządkowałoby informacje o płodowej ekspozycji na alkohol i zadań, jakie stoją przed osobami, które w ramach posiadanych kwalifikacji i w związku z wykonywanymi przez siebie czynnościami zawodowymi mogą mieć styczność z tym problemem. Jednocześnie autorki zdają sobie sprawę, że niniejsze opracowanie nie wyczerpuje poruszanego zagadnienia, że na pewno można by było napisać coś więcej, inaczej, w innym ujęciu. Ale niech to będzie sygnał, że poza znanymi osobami, które zajmują się całym spektrum objawów, jakie mogą wystąpić u dziecka, którego matka piła alkohol w czasie ciąży (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders* – FASD), tj. Małgorzatą Klecką, Krzysztofem Liszczem, są też inne, którym ta kwestia leży na sercu.

Edyta Kędra, Maria Borczykowsk-Rzepka

EDYTA KĘDRA
MARIA BORCZYKOWSKA-RZEPKA

ALKOHOL I JEGO KONSEKWENCJE PSYCHOSPOŁECZNE

Jednym z najpoważniejszych problemów współczesnego świata - zarówno jego części zasobnej w dobra konsumpcyjne, jak i tej gospodarczo zacofanej, zmagającej się z licznymi problemami natury zdrowotnej i ekonomicznej - jest, jak podkreśla literatura przedmiotu [1], zjawisko nadużywania i uzależnienia od różnorodnych środków psychoaktywnych, wśród których prym wiedzie alkohol. Współczesny człowiek nader często uzależnia się od różnych sytuacyjnych aktywności (jedzenia czy surfowania w internecie), które same w sobie nie są niebezpieczne, a jednocześnie pozwalają mu na podniesienie poziomu samooceny i ułatwiają radzenie sobie ze stresem i egzystencjalnym cierpieniem. Jednakże ich kompulsywne powtarzanie, na co zwraca uwagę Lidia Cierpiałkowska [1], może stanowić przyczynę szerokiego spectrum zakłóceń lub zaburzeń w somatycznym i psychospołecznym funkcjonowaniu jednostki. Jako że wspomniane zakłócenia nie występują u wszystkich jednostek lub różnią się poziomem natężenia, rodzi się pytanie kierowane do szerokiego kręgu znawców zagadnienia [1] o patomechanizm zjawiska nadużywania i uzależniania od określonych substancji, a także o sposoby prowadzenia skutecznej i trwałej terapii.

Alkohol jest najbardziej dostępną substancją psychoaktywną, a jego spożycie w Polsce od czasów II wojny światowej dwukrotnie wzrosło [2]. Wzrasta również liczba medycznych i społecznych problemów, które ściśle się wiążą właśnie z tym uzależnieniem.

Według art. 46 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, napojem alkoholowym jest każdy produkt przeznaczony do spożycia, zawierający alkohol etylowy w stężeniu przekraczającym 0,5% objętości lub produkt przeznaczony do spożycia, zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5% objętościowych alkoholu [3]. Do napojów alkoholowych zalicza się: piwa alkoholowe, wina, likiery, koniaki, wódki, nalewki, rumy, spirytus. Różnorodność tych trunków wskazuje na rozpowszechnienie alkoholi w życiu współczesnych społeczeństw.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia alkoholizmem nazywa się wszelkie rodzaje picia, które wykraczają poza ramy przyjętego w całej społeczności picia towarzyskiego, bez względu na czynniki etiologiczne, które do takiego zachowania prowadzą [4]. Ponadto proponuje ona używanie terminów: „zespół uzależnienia od alkoholu” lub „picie szkodliwe”.

Do podstawowych pojęć definiujących modele spożywania alkoholu należą takie jak: „picie ryzykowne”, „picie szkodliwe” i „uzależnienie od alkoholu”. Za picie ryzykowne uważa się wypijanie przez co najmniej pięć dni w tygodniu średnio dziennie co najmniej od 3 do 4 standardowych porcji alkoholu. Granica ta dotyczy mężczyzn, a u kobiet za taką granicę uważa się od 1 do 2 standardowych porcji alkoholu. Natomiast standardowa porcja to ilość napoju, która zawiera około 10 g alkoholu, np. 25 ml wódki, 100 ml wina, 0,5 l piwa. Taki model picia w Polsce jest bardzo rzadko rozpoznawany. Wobec osób pijących ryzykownie powinna zostać podjęta procedura zwana krótką interwencją [5]. Picie szkodliwe to z kolei model picia przyczyniający się lub doprowadzający do powstania szkód zdrowotnych somatycznych lub psychicznych. Dawniej picie szkodliwe uważano za przejściowe stadium do uzależnienia, natomiast obecnie uważa się, że odnosi się ono tylko do części przypadków, a znaczna grupa ludzi nie zostaje uzależniona. W Polsce rzadko rozpoznaje się picie szkodliwe, choć występuje u setek tysięcy osób. Wobec tak pijących powinna zostać zastosowana procedura wczesnej interwencji [5].

Zjawiskiem powszechnym w grupie chorych uzależnionych od alkoholu jest wytwarzanie mechanizmów obronnych, czasami zwanych „systemem zaprzeczeń i iluzji”. Alkoholicy minimalizują lub zaprzeczają występowaniu u nich problemów związanych ze spożywaniem alkoholu. Uzależnienie od alkoholu jest schorzeniem nieuleczalnym, co oznacza, że taka osoba nigdy już nie będzie mogła powrócić do picia alkoholu w sposób kontrolowany, czyli jak nieuzależnieni od alkoholu [5].

Uzależnienie od alkoholu to zjawisko społeczne, psychologiczne, kliniczne i kulturowe. Socjologiczne i kulturowe uwarunkowania alkoholizmu wiążą się z bardzo silnymi tradycjami zakorzenionymi w wielu społeczeństwach, pokoleniach i sferach geograficznych. Nazwa „alkohol” pochodzi od połączenia dwóch słów arabskich: *al-ghul* - ‘zły duch’ lub *al-khul* - ‘antymon’, ‘delikatny biały proszek’. Początkowo służył redukcji bólu i zmęczenia, minimalizował również lęk, gwarantował odprężenie, zapewniał odhamowanie, przez co dużo łatwiejsze stawało się nawiązywanie kontaktów z obcymi do tej pory osobami. Stanowił także element obrzędów i praktyk religijnych [6].

Z dużą dozą prawdopodobieństwa po raz pierwszy człowiek upił się w epoce kamienia łupanego, kiedy spożył sfermentowany miód. Inne

napoje alkoholowe także powstawały w sposób niezamierzony, czego przykładem może być przypadkowa fermentacja winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo). Później człowiek sam zaczął wytwarzać piwo, wino, a wreszcie wódkę. Być może czasem „w stanie wskazującym” na spożycie tworzył podwaliny kultury egipskiej czy greckiej. Obecność alkoholu w życiu jednostki podkreśla, z pewną dozą aprobaty, nawet Nowy Testament – przypomina profesor Bert L. Valle z Harvardu [7]. Być może, podobnie jak w średniowieczu, aprobatą ta wiązała się z walorami zdrowotnymi wina czy piwa w porównaniu z zanieczyszczoną wodą. Zdrowiej było pić alkohol. Wielokrotnie próbowano się nim nawet leczyć, np. w czasie wielkiej epidemii dżumy w XIV wieku. Co prawda, okazał się on kompletnie bezskuteczny w zwalczaniu choroby, ale przynosił ulgę [8].

W starożytnym Egipcie, podczas obrzędów religijnych kapłani polewali okrycia głowy alkoholem i podpalali je. Płonący alkohol otaczał głowę ognistą aureolą, a widok ten skłaniał ludzi do oddawania kapłanom czci boskiej. Z przekazów pisemnych wiadomo też, że Arystoteles znalazł czysty alkohol, uzyskując go przez gotowanie wysokoprocentowego wina (wino palone). W drugiej połowie XIII wieku wielki francuski profesor Arnold de Villanova zastosował alkohol w medycynie jako środek przeciwbaczący, przeciwbólowy i zapobiegający mdłościom [7,9].

W sztuce i literaturze pierwiastek alkoholowy przewija się równie często, a pijaństwo ceremonialne, ludyczne czy dla dodania sobie kurażu – znajduje swoje odzwierciedlenie w licznych dziełach malarskich czy literackich. Jak stwierdził to Charles Bukowski w XX wieku: „[...] na tym polega kłopot z piciem, pomyślałem, nalewając sobie drinka. Gdy wydarzy się coś złego, pijesz, żeby zapomnieć. Kiedy zdarzy się coś dobrego, pijesz, żeby to uczcić. A jeśli nie wydarzy się nic szczególnego, pijesz po to, żeby się coś działo” [9]. Nie zabrakło picia w malarstwie – alkoholikiem był Jakon Pollock, który zginął prowadząc samochód po pijanemu, a nie w filmie. Słynny gwiazdor filmowy Humphrey Bogart stwierdzał często: „[...] cały świat jest o trzy drinki do tyłu. Gdyby Stalin, Truman i cała reszta walnęli sobie po trzy drinki, złapałoby trochę luzu i ONZ nie byłoby nam potrzebne” [9].

Należy jednak podkreślić, że o ile spożywanie alkoholi jest w pewnych sytuacjach obyczajowo dopuszczalne, a nawet zalecane, to jednak jego nadużywanie, a co gorsze uzależnianie się od niego – kategorycznie represjonowane. Przykładem takiego podejścia próbującego ograniczyć spożywanie alkoholu było wprowadzenie prohibicji w latach 1920–1933, która nie obejmowała jedynie spożycia alkoholu w czasie ceremonii kościelnych. Niestety, restrykcje nie przyniosły oczekiwanych społecznie rezultatów, a jedynie doprowadziły do rozwoju przestępczości i nielegalnego handlu alkoholem, czego przykładem może być słynna mieszanka

coca coli z rumem, znana pod nazwą „Cuba libre”. Do dziś trwają próby ograniczenia spożycia alkoholu (zakaz sprzedaży nieletnim, kontrola nad produkcją i importem, szeroko zakrojone akcje uświadamiające). Jednak jest to tak powszechnie dostępny środek odurzający, oswojony przez kulturę, że walka z nim nie przynosi oczekiwanych rezultatów, a coroczne statystyki są coraz bardziej zatrważające. Warto jednakże pamiętać, iż czasami obłożony sankcjami „zakazany owoc” staje się przedmiotem pożądania i nabiera szczególnej wartości. Potwierdzają to chociażby prowadzone w Stanach Zjednoczonych w latach 70. XX wieku badania nad związkiem wychowania w określonej tradycji z alkoholizmem, których wyniki pokazały, iż młodzież wychowywana w rodzinach restrykcyjnie przestrzegających zakazu spożywania napojów alkoholowych (rodziny mormońskie) okazała się bardziej zagrożona alkoholizmem niż młodzież wychowywana w kręgach, gdzie spożywanie alkoholu ma charakter zwyczajowy (rodziny włoskie).

Pomimo że spektrum problemów związanych ze zjawiskiem spożywania, nadużywania czy uzależnienia od różnorodnych środków psychoaktywnych (euforyzujących, uspokajających i nasennych, pobudzających, halucynogennych, wziewnych) jest niezwykle szerokie, to jednak uwagę zwraca skupienie współczesnych badań naukowych w dużej mierze nadal na problematyce alkoholizmu i wiążących się z nim zagrożeń psychospołecznych [1, 10–11]. Badania te, jak podkreśla cytowana już wielokrotnie Cierpiałkowska [1], są na tyle istotne, iż stanowią często punkt odniesienia dla analiz uzależnienia od marihuany, heroiny czy kokainy – i świadczą o wadze problemu, stanowiąc jednocześnie egzemplifikację faktu, iż problem spożywania czy nadużywania alkoholu, będący od lat przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych (socjologii, psychologii, pedagogiki, medycyny czy kryminologii), jest nadal źródłem inspiracji nowych opracowań. Potrzebę tę potwierdzają chociażby dane zawarte w opracowaniach Brunona Hołysta [12] z obszaru kryminologii, szacujące liczbę osób w naszym kraju (na przełomie XX i XXI wieku) nadużywających alkoholu na 2,5 do 3,5 mln, a uzależnionych od niego na około 0,9 mln. Niepokoją również wyniki badań ankietowych przeprowadzonych na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w latach 2002–2005 [12], pokazujące wzrastającą konsumpcję 100-procentowego alkoholu o 30% w prezentowanym przedziale czasowym [12].

Spożycie napojów alkoholowych w Polsce, po okresie intensywnego wzrostu w latach 1989–1992 i po zahamowaniu tendencji wzrostowej w latach 1995–1996, w drugiej połowie lat 90. ustabilizowało się na poziomie około 7–8 litrów 100-procentowego alkoholu na jednego mieszkańca (na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w latach: 1989, 1992, 1993, 1995,

1998). W roku 2001 średnie spożycie (według GUS) w przeliczeniu na jednego mieszkańca kształtowało się na poziomie około 6,25 litra 100-procentowego alkoholu, przy 6,7 litra w 2000 roku. Oznacza to zmniejszenie o 6,7% rejestrowanego spożycia w przeliczeniu na 100-procentowy alkohol na mieszkańca [13].

Tabela 1

Spożycie alkoholu w Polsce w latach 1992–2013 [14]

Lata	Spożycie w litrach na jednego mieszkańca					
	wyroby spirytusowe (100-proc. alkoholu)	wino i miody pitne	wino i miody pitne w przeliczeniu na 100-proc. alkohol	piwo	piwo w przeliczeniu na 100-proc. alkohol	średnio na 1 mieszkańca w litrach 100-proc. alkoholu
1992	3,5	7,60	0,91	38,60	2,12	-
1993	3,8	7,50	0,90	33,00	1,82	6,52
1994	3,8	6,90	0,83	36,40	2,00	6,63
1995	3,5	6,80	0,82	39,00	2,15	6,46
1996	2,9	10,30	1,24	42,80	2,35	6,49
1997	2,8	12,80	1,54	49,80	2,74	7,08
1998	2,4	13,70	1,64	54,10	2,98	7,02
1999	2,1	13,60	1,63	60,10	3,31	7,04
2000	2	12,00	1,44	66,90	3,68	7,12
2001	1,7	10,60	1,27	66,50	3,66	6,63
2002	1,7	11,20	1,34	70,70	3,89	6,93
2003	2,4	11,30	1,36	74,80	4,10	7,86
2004	2,5	10,60	1,27	82,00	4,51	8,28
2005	2,5	8,60	1,03	80,70	4,44	7,97
2006	2,7	9,10	1,09	90,80	5,00	8,79
2007	3	8,90	1,07	93,40	5,14	9,21
2008	3,4	8,20	0,98	94,40	5,19	9,58
2009	3,2	7,00	0,84	91,20	5,02	9,06
2010	3,2	7,00	0,84	90,50	4,98	9,02
2011	3,3	6,40	0,77	94,30	5,19	9,25
2012	3,0	5,90	0,71	99,20	5,46	9,16
2013	3,6	5,80	0,67	97,70	5,37	9,67

Szacując średnią wielkość spożycia alkoholu na jednego mieszkańca, należy bardzo wyraźnie podkreślić zawodność tego wskaźnika jako podstawowej miary charakteryzującej jego spożycie w naszym kraju. Nie oddaje on złożoności tego zjawiska i zróżnicowania istniejącego między różnymi grupami konsumentów. Jednak porównując te oszacowania z danymi pochodzącymi z innych krajów, można stwierdzić, że Polska

znajduje się nadal w trzeciej dziesiątce krajów na liście spożycia napojów alkoholowych. Nie oznacza to, że poziom polskiego spożycia alkoholu można uznać za niski, w dalszym ciągu średnie spożycie wyrobów spirytusowych jest wyższe niż w wielu krajach europejskich [13].

T a b e l a 2

Struktura spożycia napojów alkoholowych w procentach w przeliczeniu na 100-procentowy alkohol w latach 2000–2011 [14]

Lata	Rodzaj alkoholu		
	wyroby spirytusowe [%]	wino i miody pitne [%]	piwo [%]
2000	28,30	20,20	51,50
2001	25,80	19,20	55,00
2002	24,50	19,40	56,10
2003	30,50	17,30	52,20
2004	30,20	15,30	54,50
2005	31,40	12,90	55,70
2006	30,70	12,40	56,90
2007	32,60	11,60	55,80
2008	35,50	10,30	54,20
2009	35,30	9,30	55,40
2010	35,50	9,30	55,20
2011	35,70	8,30	56,00
2012	32,74	7,73	59,54
2013	37,20	7,20	55,70

Według informacji Głównego Urzędu Cei nastąpił wyraźny wzrost ujawnionych przypadków przemytu napojów alkoholowych na wielką skalę oraz dokonywanego przez osoby indywidualne. Dlatego rzeczywiste rozmiary średniej konsumpcji nie mogą być przyjęte jako w pełni wiarygodne, gdyż nie uwzględniają nierejestrowanej sprzedaży napojów alkoholowych pochodzących z nielegalnych źródeł. Należy jednak podkreślić zmniejszanie się rozbieżności między danymi określającymi wielkość rejestrowanej sprzedaży i oszacowaniami uwzględniającymi inne źródła informacji [13].

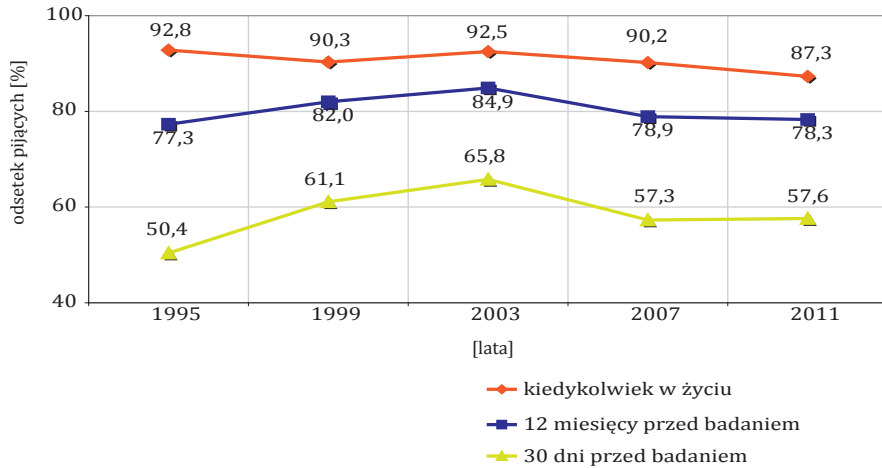
Oszacowanie ekonomicznego aspektu polskich problemów alkoholowych, czyli wysokości strat związanych z obecnością alkoholu w naszym życiu, jest trudnym zadaniem. Według międzynarodowych ekspertów straty ekonomiczne związane z nadużywaniem alkoholu szacuje się w krajach Europy Zachodniej i w USA na poziomie 3–5% produktu krajowego brutto. Koszty ekonomiczne (koszty leczenia, wypadków drogowych; zaangażowania wymiaru sprawiedliwości; systemu opieki społecznej i ubezpieczeń; przedwczesna umieralność; spadek wydajności pracy i wiele innych) używania i nadużywania alkoholu w Polsce można

szacować na poziomie około 22–35 mld zł rocznie [13]. Jednak należy pamiętać, że do czasu przeprowadzenia bardzo skomplikowanych i kosztowych analiz w naszym kraju, do których nadal brakuje wielu danych źródłowych, oszacowanie to jest mało precyzyjne.

Obserwacje ostatnich lat pokazują, że po alkohol dużo częściej sięgają kobiety i dziewczęta. Szacuje się, iż blisko 80% kobiet spożywa alkohol, przy czym sposób jego spożywania jest inny niż w przypadku mężczyzn. Kobiety piją średnio znacznie mniej alkoholu niż mężczyźni i znacznie rzadziej doświadczają z tego powodu problemów. Według PARPA [15] 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.

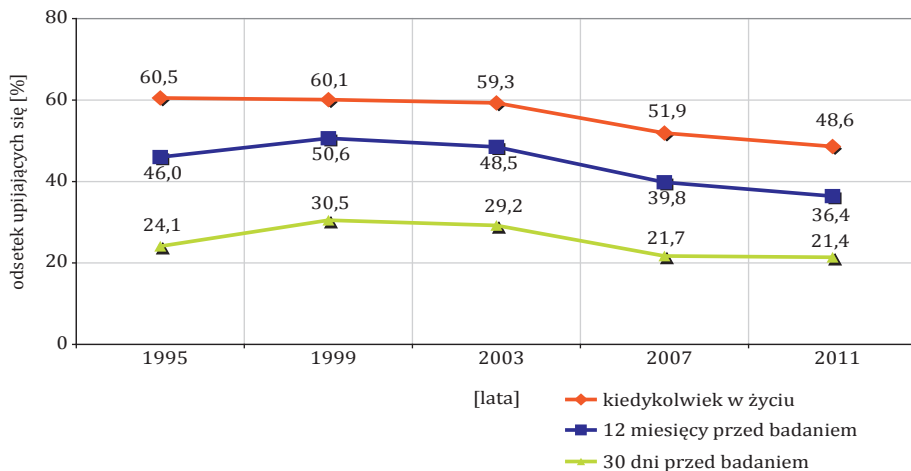
Niezwykle niepokojącym i niebezpiecznym zjawiskiem w skali światowej staje się nie tylko wzrost liczby młodzieży spożywającej alkohol (z 10 763 nietrzeźwych małoletnich ujawnionych przez policję w 2000 roku do 24 098 w roku 2008) [12], lecz także obniżanie się wieku inicjacji alkoholowej, który w roku 2009 osiągnął próg 11. roku życia. Zjawisko sporadycznego spożywania alkoholu w przedziale wiekowym od 12. do 18. roku życia dotyczy około 70–80% młodzieży [12,16]. Ponadto dane z ostatniego dwudziestolecia [17] dobitnie pokazują, iż o ile – chociażby w Stanach Zjednoczonych – używanie substancji psychoaktywnych, w tym również alkoholu, w całej populacji spadło o 50%, to sięganie po te substancje przez młodzież wyraźnie wzrosło (50% uczniów ostatnich klas szkół średnich pije regularnie alkohol, a 26% pije bez ograniczeń).

W Polsce w roku 2011 została zrealizowana kolejna edycja badań sondażowych prowadzonych przez Europejski Program Badań Szkolnych na Temat Alkoholu i Innych Narkotyków – ESPAD. Badanie to było prowadzone w trzecich klasach szkół gimnazjalnych oraz drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych (grupy 15-, 16-latków oraz 17-, 18-latków) i koordynowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Również i te badania potwierdziły, iż napoje alkoholowe należą do najbardziej rozpowszechnionych substancji psychoaktywnych używanych przez młodzież. Do ich picia przyznało się ponad 87% uczniów III klas gimnazjalnych i ponad 95% uczniów II klas szkół średnich. Najczęściej spożywanym napojem alkoholowym było piwo, ale wzrosły również wskaźniki spożycia napojów wysokoprocenowych [18].



Wykres 1. Używanie napojów alkoholowych przez młodzież III klas szkół gimnazjalnych w latach 1995–2011 [18]

Do upicia się w czasie ostatniego roku przyznało się niemal 50% piętnastolatków (49% chłopców i 48% dziewcząt) i około 70% siedemnastolatków (76% chłopców i 64% dziewcząt). Na miesiąc przed badaniami upił się co czwarty 15-, 16-letni chłopiec (23,6%) i co piąta 15-, 16-letnia dziewczynka (19,4%) [18].



Wykres 2. Przekraczanie progu nietrzeźwości przez młodzież III klas szkół gimnazjalnych w latach 1995–2011 [18]

W przeprowadzonych badaniach spadł odsetek młodych ludzi, którzy ocenili dostępność alkoholu dla nieletnich jako łatwą, choć nadal można

go uznać za bardzo wysoki (w przypadku piwa: 80% 15-latków i ponad 90% 17-latków) [18].

Ciekawe uzupełnienie prezentowanego materiału badawczego dotyczącego spożywania alkoholu przez młodzież mogą stanowić najistotniejsze wyniki z badań międzynarodowych HBSC (*Health Behaviour In School-aged Children*) prowadzonych co cztery lata. Badania te obejmują uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat, a więc grupę nieco młodszą w stosunku do badań ESPAD. W wyniku uzyskanych danych stwierdzono, iż w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem do spożywania jakiegokolwiek napoju alkoholowego przyznało się: 11% 11-latków, 27% 13-latków (w tym 10% więcej niż 1–2 razy) i 51% 15-latków (w tym 24% więcej niż 1–2 razy). W ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem do upicia się przyznało się 11% 13-latków (w tym 4% więcej niż raz) i 18% 15-latków (w tym 6% więcej niż raz). Z kolei 30% 15-latków pierwszy raz piło alkohol przed ukończeniem 13. roku życia (w tym 16,5% pierwszy raz wypiło alkohol w wieku 11 lat lub mniej, natomiast 13,5% zrobiło to pierwszy raz, mając 12 lat). Natomiast blisko 10% 15-latków upiło się pierwszy raz, mając mniej niż 14 lat [19].

Zatem używanie, nadużywanie czy uzależnienie młodzieży od alkoholu czy substancji psychoaktywnych w ogóle stanowi niezwykle istotny problem społeczny i realne zagrożenie dla dobrostanu społeczeństwa w postaci: stwarzania realnego fizycznego zagrożenia, powtarzających się konfliktów jednostki z prawem, aktów agresji czy konfliktów interpersonalnych. Powszechnie wiadomo, jak podkreśla piśmiennictwo naukowe [20], iż dobrostan ten zależy w dużej mierze od odpowiedzialności, przestrzegania norm i dojrzałości psychospołecznej młodych jednostek oraz właściwego pełnienia przez nie ról społecznych, w tym roli potencjalnego ojca lub matki. Sprostanie tym niebagatelnym oczekiwaniom we współczesnej dobie nie jest rzeczą łatwą i wymaga stworzenia optymalnych warunków dla utrzymania dobrostanu psychicznego młodych ludzi i zminimalizowania psychologicznych kosztów różnorodnych stresogennych (oczekiwanie sukcesu społecznego) i zagrażających sytuacji, z którymi styka się młodzież [20]. Wśród wielu z tych zagrożeń uzależnienia (od alkoholu i narkotyków) zajmują nadal poczesne miejsce. Wyniki badań przeprowadzonych w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych ESPAD również potwierdzają, iż alkohol jest nadal najbardziej popularną i rozpowszechnioną substancją psychoaktywną [21]. Jednakże i innych zagrożeń, takich jak ryzykowne zachowania seksualne i cięższe nieletnich, zachowania o charakterze przestępczym i aspołeczne oraz samobójstw, nie można lekceważyć. Należy podkreślić, iż wiele z przytoczonych zagrożeń (groźne i śmiertelne wypadki, niechciane cięższe często kończące się urodzeniem dziecka z pełnoobjawowym zespołem FAS lub z jego kliniczną odmianą,

akty agresji) bezpośrednio wiąże się lub wprost wynika z nadmiernego spożywania alkoholu przez dorastających [16].

Jakie zatem czynniki stanowią wyraźny przyczynek do sięgania przez młodzież, a czasami i dzieci (około 50% chłopców i 40% dziewcząt poniżej 12. roku życia) po alkohol, jego nadużywanie lub uzależnienia się od niego? Zgodnie z literaturą przedmiotu [17] można je podzielić na: problemy społeczne i środowiskowe (przemoc, sytuacja społeczno-ekonomiczna, problemy osobiste, media), wpływ grupy rówieśniczej (moment rozpoczęcia zażywania alkoholu, tytoniu, marihuany), sposób funkcjonowania systemu rodzinnego (postawy rodzicielskie, styl sprawowania władzy rodzicielskiej) i osobowościowe (doznawanie cierpienia psychicznego i brak umiejętności radzenia sobie z nim, poczucie samotności). Można je przeanalizować w ramach różnorodnych modeli uzależnień, wśród których znajdujemy modele genetyczno-behawioralne (podkreślające rolę czynników genetycznych i biochemicznych), psychologiczne (zwracające uwagę na niewłaściwą opiekę rodzicielską, podatność psychiczną, poziom przeżywanego stresu, oczekiwania poznawcze) oraz społeczno-kulturowe [16]. W modelach opierających się na dziedziczeniu zwrócono między innymi uwagę na występowanie I i II typu alkoholizmu wśród jednostek adoptowanych [1], uwarunkowanego bądź to środowiskowo (powyżej 25. roku życia), bądź genetycznie (okres adolescencji).

Istotne wydaje się zwrócenie uwagi na cechy rodzin osób nadużywających bądź uzależnionych od alkoholu w typie I i II [1]. Typ I, jak podkreśla Robert C. Cloninger [1], charakteryzuje się brakiem alkoholizmu wśród biologicznych ojców, uzależnieniem biologicznych matek (w grupie kobiet alkoholiczek) oraz brakiem znaczenia występowania bądź nie alkoholizmu w grupie ojców adopcyjnych. Typ II alkoholizmu, zgodnie z poglądem cytowanego już badacza [1], uwarunkowany jest genetycznie i występuje częściej u mężczyzn, a początek choroby jest już wyraźnie widoczny w okresie adolescencji. Osoby z tej grupy piją systematycznie, a ich osobowość często charakteryzują zaburzenia występujące zazwyczaj jeszcze przed pierwszymi objawami uzależnienia.

Warto podkreślić, iż dużą rolę w ocenie ryzyka uzależnienia odgrywają badania nad neurofizjologicznymi markerami genetycznej podatności, które skupiają się na enzymach odpowiedzialnych za metabolizm alkoholu (ADH i ALDH), a także na analizie wrażliwości na alkohol i elektrycznej aktywności mózgu ocenianej amplitudą P3, która mierzona jest potencjałami wywołanymi (ERS). Badania te są na tyle obiecujące, iż stale poszerza się spectrum markerów biologicznych uzależnienia, rozszerzając badania na grupy osób uzależnionych od innych substancji niż alkohol [1].

W grupie wspomnianych już modeli psychologicznych na szczególną uwagę zasługują te, które podkreślają rozwój psychopatologii u dzieci

i młodzieży z rodzin alkoholowych i niealkoholowych oraz rolę istotnych w życiu młodych jednostek interakcji czynników biologicznych, psychicznych i środowiskowych, predysponujących do nadużywania alkoholu i popadania w uzależnienie. Podkreśla się, iż nadużywanie i uzależnienie od różnorodnych substancji psychoaktywnych (szczególnie od alkoholu) jest wynikiem interakcji między wrodzonymi skłonnościami dorastającego, jego osobowością (jako czynnika pośredniczącego w powstawaniu nałogu) i sytuacjami stresowymi [22], a także powstawania w trakcie rozwoju dziecka swoistego błędnego koła charakteryzującego się wzmacnianiem czynników ryzyka i stopniowym wyczerpywaniem zasobów jednostki oraz utrwalaniem się dezadaptacyjnych wzorców zachowania, związanych z internalizacją bądź eksternalizacją problemów psychicznych. Ważna wydaje się eksternalizacja problemów psychicznych w postaci zachowań opozycyjno-buntowniczych, wagarowania i impulsywnych zachowań oraz zaburzeń socjalizacji, tak charakterystyczna dla okresu adolescencji, która w sposób istotny zostaje nasilona przez współwystępowanie z nadużywaniem bądź uzależnieniem od alkoholu (typ II alkoholizmu), pojawiającym się już w okresie dorastania. Ponadto, jak podkreśla Hans J. Eysenck [1], należy również zwrócić uwagę na takie czynniki pośredniczące w powstawaniu uzależnienia, jak deficyty poznawcze oraz oczekiwania wobec skutków picia czy brania narkotyków. Jak podkreśla piśmiennictwo naukowe [1,23], deficyty poznawcze dzieci i młodzieży sięgającej po alkohol bądź spożywającej go regularnie od wielu lat znajdowały się w centrum uwagi badaczy z różnych dziedzin naukowych. Wyniki badań pokazują, iż wyraźne trudności poznawcze wystąpiły w grupie dorastających alkoholizujących się, będących jednocześnie dziećmi alkoholików (zjawisko to może potwierdzać rolę wpływu alkoholu na wartość plemników i materiał genetyczny przekazywany rozwijającemu się dziecku w okresie prenatalnym). Stwierdzono różnice w inteligencji ogólnej, upośledzenie percepcji przestrzennej, słabiej rozwinięte funkcje wykonawcze, sztywność procesu rozwiązywania problemów i inne [10].

Kolejną istotną grupę czynników wskazywanych w modelach psychopatologii dzieci i młodzieży stanowią oczekiwania wobec skutków picia czy brania. Należy pamiętać, iż oczekiwania te w ciągu życia ewoluują od negatywnych (w okresie wczesnoszkolnym) do pozytywnych, związanych z redukcją napięcia i łatwiejszym funkcjonowaniem w relacjach społecznych – w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości. Istotna w tym miejscu wydaje się analiza wpływu na dzieci i młodzież rodziców alkoholików (jednego lub obojga). Literatura przedmiotu [23] dobitnie podkreśla, iż rodzice nadużywający alkoholu bądź od niego uzależnieni stanowią grupę wyraźnie heterogeniczną, zróżnicowaną pod względem pełnienia ról

rodzicielskich, reprezentującą różne style wychowawcze i stwarzającą odmienne warunki powstawania różnorodnych zdarzeń stresowych (przemoc psychiczna, emocjonalna, fizyczna, zaniedbanie, zaburzenia psychiczne rodziców, takie jak depresja, stany lękowe, zachowania antyspołeczne). Literatura przedmiotu [24] zwraca również uwagę na dystans i chłód emocjonalny w omawianych rodzinach, wyzwalający w wychowywanych w niej dzieciach dojmujące poczucie samotności globalnej, a szczególnie poczucie osamotnienia oznaczające samotność emocjonalną charakteryzującą się negatywną oceną siebie w relacjach interpersonalnych, przekonaniem o własnych niskich kompetencjach społecznych i ujawnianiem dystresu w postaci obniżonego nastroju i innych negatywnych uczuć [26]. Poczucie samotności emocjonalnej jest samotnością subiektywną, wyrażającą deficyt pozytywnych uczuć w relacjach społecznych z jednostkami o szczególnym znaczeniu dla dorastającego [25]. Wspomniane już negatywne stany emocjonalne, towarzyszące doznawaniu poczucia osamotnienia, najczęściej przybierają postać chronicznego zmęczenia, niepokoju, spadku wigoru, żalu, a czasami ukierunkowanej na samą jednostkę złości lub wrogości, najczęściej tłumionej (*anger in*), i powodującej tak zwane „ciche wrzenie”. Zarówno doznawanie samotności emocjonalnej, jak i społecznej, rozumianej jako ujawnianie przez jednostkę deficytu pożądaných przez nią kontaktów społecznych i egzystencjalnych, odczuwanej jako brak identyfikacji z wartościami i normami życiowymi i „zakotwiczenia” w otaczającej rzeczywistości [25], może być w dużym stopniu łagodzone przez umiejętność mówienia o niej. Jak podkreśla piśmiennictwo naukowe [25], ważnym wymiarem dyspozycyjnym skłonności do ujawniania samotności jest poziom otwartości interpersonalnej jednostki. Wyniki badań dobitnie pokazują, że istnieje wyraźna krzywoliniowa zależność między stopniem ujawniania siebie a zdrowiem psychicznym jednostki. Warto pamiętać, iż zarówno zbyt silne tłumienie ujawniania siebie, jak i nadmierna otwartość w ujawnianiu siebie mogą wskazywać na problemy w funkcjonowaniu psychicznym i trudności w relacjach społecznych, które mogą stanowić wyraźny przyczynek do powstawania poczucia samotności. Problem ujawniania siebie (odślaniania interpersonalnego) staje się szczególnie istotny w odniesieniu do grupy dzieci w szczególności dorastających, jako że jest to ten okres rozwojowy, który, charakteryzując się szeregiem obaw związanych z narażeniem się (przez otwartość interpersonalną) na krytykę, dezaprobatę czy ośmieszenie, jest jednocześnie okresem szczególnej wrażliwości na emocjonalne zranienie [1]. Stąd już tylko krok do sięgnięcia po używkę, która uspokaja i daje złudne poczucie bezpieczeństwa i mocy. Warto zwrócić uwagę (w kontekście spożywania czy nadużywania alkoholu przez dzieci i młodzież), iż stopień ujawniania siebie może być związany z płcią. Dziewczęta charakteryzują się istotnie

większą otwartością interpersonalną w relacjach z rodzicami, a chłopcy – z rówieśnikami. Badania prowadzone pod kierunkiem Zofii Dołęgi [25] wykazały również istotny związek między otwartością jednostki a doznawaniem przez nią poczucia samotności. Wydaje się, że generalnie do czynników korelujących z brakiem ujawniania doznawanej samotności przez dzieci i młodzieży należą: niski poziom poczucia bezpieczeństwa oraz wysoki poziom lęku społecznego.

Paradoksalnie, u osób dorosłych występuje, jak wynika z badań [25], tendencja odwrotna i wysoki poziom lęku często ułatwia ujawnianie siebie. Jednakże ani otwartość interpersonalna, ani mechanizmy obronne, ani brak znajomości grupy społecznej nie tłumaczą wyczerpująco dużej powściągliwości dorastających jednostek w ujawnianiu dojmującego poczucia samotności. Ujawnianie doznawania samotności, szczególnie w kulturze Zachodu, dla wielu dorastających stało się synonimem ujawniania niepowodzenia w funkcjonowaniu interpersonalnym i może prowadzić, jak podkreśla Ami Rokach [26], do swoistej stygmatyzacji jednostki jako nieradzącej sobie w sytuacjach życiowych i w funkcjonowaniu (zdobywaniu i utrzymywaniu) w związkach interpersonalnych. Jak zauważają pionierki badań nad samotnością Ami Rokach i Heather Brock [26], „przewrotność” problemu samotności szczególnie wyraźnie rysuje się w okresie dzieciństwa i dorastania, kiedy liczne, często powierzchowne kontakty i łatwość tworzenia sieci związków interpersonalnych zdają się niejako w sposób naturalny zabezpieczać przed izolacją społeczną i samotnością [25,27]. Tymczasem, jak wykazują doniesienia naukowe, samotność jest konstruktem niezwykle złożonym i subiektywnym, odnoszącym się zarówno do relacji z grupą rówieśniczą i otaczającą rzeczywistością, jak i do relacji samego z sobą. Literatura przedmiotu zwraca uwagę na silne powiązanie samotności społecznej dorastających z podmiotowym poczuciem marginalizacji i znaczenia własnej osoby w środowisku najbliższych, bowiem samotność emocjonalną charakteryzuje przemożny smutek, niskie poczucie własnej wartości i neurotyczna wręcz potrzeba potwierdzenia swej wartości wśród najbliższych [27–28]. Jak dowodzą badania wielokrotnie cytowanej już Zofii Dołęgi [25,28], dorastający próbują sobie radzić z globalną samotnością bądź z jej wybranym aspektem (społecznym, emocjonalnym czy egzystencjalnym) w różny, mniej lub bardziej konstruktywny sposób. Jedni podejmują działania świadczące o ich dobrym przystosowaniu i dojrzałości, koncentrując się na osiągnięciach szkolnych i sportowych, a inni uciekają w świat wirtualny, pełen ułud i medialnych znajomości. Niestety, istnieje coraz liczniejsza grupa, dla której ucieczką od cierpienia przeżywanej samotności są substancje psychoaktywne (szczególnie alkohol) i ryzykowne zachowania seksual-

ne, których konsekwencję mogą stanowić niechciane cięższe lub poważne problemy zdrowotne.

W świetle wielu badań dostrzegana jest również oczywista zależność między funkcjonowaniem rodziny a przystosowaniem społecznym i osobistymi kompetencjami wychowujących się w niej dzieci [27]. Wydolna wychowawczo rodzina, realizująca prawidłowo swoje podstawowe funkcje, dostarcza prawidłowych wzorców interakcji społecznych, skutecznie zabezpiecza przed dominacją poczucia samotności oraz uczy adaptacyjnych sposobów zmagania się z nią, a w konsekwencji ogranicza potrzebę sięgania po ułatwiające nawiązywanie kontaktów społecznych środki psychoaktywne bądź preferowanie ryzykownych zachowań seksualnych. Jako że obszernie piśmiennictwo naukowe [1,12,16] wystarczająco przejrzyście przybliżyło spektrum istotnych informacji związanych z czynnikami korelującymi z nadużywaniem czy uzależnieniem od alkoholu zarówno dzieci i młodzieży, jak i dorosłych, autorki opracowania poprzestaną na już przytoczonych informacjach.

Jak wynika z analizy literatury przedmiotu [1,10], próby jednoznacznego określenia, jak przebiega rozwój uzależnienia oraz jaka jest jego etiologia i patomechanizm, są niezwykle trudne, gdyż na proces ten składa się wiele elementów takich, jak: podatność konstytucjonalna, właściwości biochemiczne danej substancji psychoaktywnej, jej dostępność, wpływy społeczno-kulturowe i inne. Ich „wkład” w proces powstawania nałogu nie do końca został jeszcze określony i zakłada się, że może być on różny u różnych jednostek. Zagrożenie wczesną inicjacją alkoholową, nadmiernym spożywaniem alkoholu czy uzależnieniem szczególnie realne jest w przypadku młodych jednostek w okresie dorastania, które z racji okresu rozwojowego narażone są na doświadczanie różnorodnych sytuacji problemowych. Nie ulega wątpliwości, że jest to okres trudny, wręcz przełomowy w życiu każdej jednostki doświadczającej zmian w sferze fizycznej, psychicznej i emocjonalno-społecznej [20]. Zmiany fizyczne i fizjologiczne w tym okresie rozwojowym wywierają niewątpliwy wpływ na funkcjonowanie psychiczne, a zmiany strukturalno-funkcjonalne – na funkcjonowanie emocjonalno-motywacyjne dorastającego. W okresie tym wszelkie znaczące zmiany biologiczne rodzą wiele pytań, które budzą bądź nasilają niepokój i lęk jednostki, a także zwiększają jej pobudliwość. Doskonalące się procesy poznawcze pozwalają dorastającemu, z jednej strony, na pełniejsze poznanie i rozumienie otaczającej go rzeczywistości, z drugiej zaś stają się źródłem krytycyzmu w stosunku do rodziny i całego ładu społecznego. Dychotomiczne postrzeganie otaczającej rzeczywistości w kolorze czarno-białym nader często prowadzi do negacji dotychczasowych autorytetów i wartości (związanych przede wszystkim z systemem rodzinnym) i kierowaniu swych poszukiwań w stronę grup rówieśniczych, często związanych

z subkulturami młodzieżowymi. Potrzeba coraz częstszego dostrzegania siebie w oddzieleniu od rodziców i budowania własnej tożsamości jest procesem niezwykle trudnym, szczególnie w pierwszej fazie dorastania (faza dojrzewania), charakteryzującej się dużą labilnością emocjonalną i ambiwalencją w relacjach z rodzicami [20,29]. Literatura przedmiotu [25] podkreśla, że wraz z kolejnymi fazami rozwojowymi w okresie dorastania zaznacza się wzrost znaczenia relacji rówieśniczych i stopniowy spadek znaczenia osób dorosłych z najbliższego otoczenia jednostki, jednakże demonstrowane zachowania (często o charakterze opozycyjno-buntowniczym) nie idą w parze z faktycznymi potrzebami i oczekiwaniami młodzieży w zakresie otrzymywania wsparcia rodzicielskiego.

Piśmiennictwo naukowe dobitnie podkreśla [30-31] ogromną potrzebę u dorastającego najbardziej dostępnego źródła wsparcia, jakim jest wydolny system rodzinny. Niewydolny system rodzinny, z niewielkimi zasobami wewnętrznymi (a takim jest chociażby rodzina z chorobą alkoholową rodziców lub jednego z rodziców, rodzina niepełna czy żyjąca w ubóstwie), wyzwała u jednostki dojmujące poczucie samotności, a tym samym wyraźnie zwiększa jej podatność na wpływy grupy rówieśniczej [25]. Warto zatem pamiętać, iż w tak trudnym rozwojowo momencie, w którym ustalanie nowych priorytetów i wartości oraz poszukiwanie nowych celów miesza się z ich negowaniem i konformizmem, relacja rodzic-dziecko nadal pozostaje kluczowym elementem i bezpieczną bazą umożliwiającą rozwój młodego człowieka [20]. Prawidłowo funkcjonująca rodzina, gwarantująca istnienie pozytywnych więzi emocjonalnych, zaspokajających istotne potrzeby psychiczne jednostki i będąca źródłem poczucia bezpieczeństwa i przynależności do społeczeństwa, stanowi egzemplifikację wsparcia zarówno emocjonalnego, jak i informacyjno-instrumentalnego, skutecznie chroniącego przed wczesną inicjacją alkoholową i dalszym nadużywaniem alkoholu w sytuacjach trudnych i zagrażających. Piśmiennictwo naukowe [32] wskazuje na istnienie związku między zjawiskiem uzależnienia a rodzajem deterioracji wsparcia, szczególnie w sytuacjach trudnych, niekontrolowalnych i obfitujących w dramatyczne wydarzenia życiowe, jak śmierć czy rozwód rodziców. Anna Marzec-Tarasińska [32], powołując się na wcześniejsze, prowadzone w tym obszarze, badania naukowe, stwierdza, iż około 80% narkomanów wywodzi się z rodzin rozbitych i konfliktowych. Wysoki wskaźnik rozbicia rodziny (50%) potwierdza również w swoich badaniach J. Rogala [33]. Wydaje się jednak, że właśnie alkoholizm w rodzinie – stwarzający atmosferę chaosu, braku poczucia bezpieczeństwa i oparcia, zaburzający układ ról w systemie rodzinnym, podnoszący poziom lęku i niepewności u dorastającego – jest tym czynnikiem, który w sposób istotny statystycznie związany jest z wczesną inicjacją alkoholową oraz nadmiernym spożywaniem czy wręcz

uzależnieniem od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Rodzina z uzależnionymi od alkoholu rodzicami bądź tylko z matką lub częściej z ojcem stwarza dogodne warunki do kształtowania się zagrażających jednostce sieci struktur poznawczych, które, stanowiąc utworzoną w umyśle reprezentację zewnętrznego i wewnętrznego środowiska, regulują jej zachowanie. Właśnie w rezultacie kontaktu ze społecznym i fizycznym otoczeniem powstaje wspomniana sieć poznawcza, która łącznie z regułami jej działania buduje osobowość dorastającego.

Poznawcze teorie osobowości w sposób, jak się wydaje, wyczerpujący omawiają problem formowania się struktur poznawczych i ich organizację, wyjaśniając zagadnienie tworzenia się zrębów osobowości jednostki. W tym ujęciu osobowość, jak podkreślają znawcy zagadnienia, stanowi organizację informacji jednostki o świecie i relacjach między nią a środowiskiem [34]. Proces kształtowania się struktur poznawczych związany z jednostkowym procesem odbierania i przetwarzania informacji w dużej mierze zależy od stylu poznawczego człowieka, stąd i struktury poznawcze różnią się między sobą swym zasięgiem i znaczeniem dla podmiotu. Należy również pamiętać, iż powstawanie struktur poznawczych silnie związane jest z procesami emocjonalnymi i to właśnie emocje wywierają ukierunkowujący wpływ na odbiór informacji i ich przechowywanie [35]. Dlatego też przedmioty, zdarzenia czy sytuacje mające istotne znaczenie dla jednostki odzwierciedlane są w sposób pełniejszy, a struktury poznawcze z nimi związane zajmują bardziej centralne położenie w sieci poznawczej. Jednakże wpływ emocji zaznacza się także w procesie wyłaniania się nieadekwatnego obrazu rzeczywistości, co w dalszej kolejności może prowadzić do zaburzeń przystosowania.

Sieć poznawcza (zawierająca zarówno obraz świata realny, jak i idealny), kształtująca się w toku rozwoju i socjalizacji jednostki (zgodnie z koncepcją Janusza Reykowskiego) [36], pełni trzy podstawowe funkcje: orientacyjną, emocjonalno-motywacyjną i programującą. Pierwsza związana jest z ukształtowaniem się w umyśle jednostki wewnętrznej reprezentacji rzeczywistości. Dzięki niej jednostka jest w stanie orientować się w zmianach zachodzących w środowisku zewnętrznym i wewnętrznym, a także antycypować stany przyszłe. Funkcja emocjonalno-motywacyjna odpowiedzialna jest za generowanie u jednostki napięcia motywacyjnego, popychającego jednostkę do działań (czynności) przywracających optymalny stan funkcjonowania (równowagi), występująca najczęściej w sytuacji dysonansu poznawczego [37]. Niezwykle istotna jest trzecia funkcja związana z programowaniem zachowań jednostki, które zostają zinternalizowane (przyswojone) od otoczenia społecznego, i także są rezultatem własnych doświadczeń i operacji umysłowych. W świetle niniejszych rozważań należy przypomnieć, iż funkcja programująca jest ściśle związana

z istnieniem norm społecznych dostarczających wskazówek w zakresie reguł postępowania w różnych sytuacjach życiowych. Biorąc pod uwagę mechanizm modelowania czy naśladownictwa, wydaje się, iż środowisko – a tym bardziej najbliższe otoczenie, jakim jest rodzina – dorastającego będzie tu odgrywać niezwykle istotną rolę.

Analizując rolę systemu struktur poznawczych w regulacji zachowania jednostki (w tym alkoholizowania się), nie można pominąć aspektu rozwojowego, a tym samym roli rodziny w genezie standardów społecznych oraz miejsca, jakie zajmują pojęcia: „alkohol”, „uzależnienie” czy „nadużywanie” w sieci struktur poznawczych. W świetle prowadzonych od lat badań [36] można przyjąć, iż system struktur poznawczych funkcjonuje na podstawie porządku deskryptywnego i afektywnego, budując sieć operacyjną i sieć poznawczą. Porządek ten odnosi się również do struktur poznawczych ściśle związanych z problematyką alkoholizmu. Obserwacje najbliższego otoczenia, doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego (na przykład forma spożywania alkoholu: ceremonialna, zabawowa, dla dodania sobie odwagi, nałogowa), stosunek rodziców do spożywania czy nadużywania alkoholu określają zasób wiedzy operacyjnej dorastającej jednostki na temat spożycia alkoholu w grupie społecznej, do której jednostka przynależy, skutków zdrowotnych nadużywania alkoholu, skutków wczesnej inicjacji alkoholowej czy społeczno-prawnych skutków alkoholizowania się. Jak podkreśla od wielu już lat piśmiennictwo naukowe [36], w odniesieniu do tak istotnych zagadnień, jak umiejscowienie w sieci poznawczej pojęć związanych z używaniem czy nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, ważniejsze od operacyjnego wydają się być aspekty: wartościujący i oceniający.

Z obserwacji wynika, iż większość informacji na temat spożywania alkoholu, jego nadużywania czy uzależnienia, jakie otrzymuje dorastający, ma charakter wartościujący. Być może dlatego, że problematyka alkoholizmu w naszym społeczeństwie ściśle związana jest z zagadnieniami moralnymi i normami społecznymi. Obserwacja funkcjonowania systemu rodzinnego i stosunku poszczególnych jego członków do alkoholizowania się, a także wpływ znaczącej dla jednostki grupy rówieśniczej oraz doświadczenia własne mogą, niestety, umożliwić powstawanie pozytywnych ocen tego zjawiska, stanowiącego niewątpliwie ogromne (w aspekcie poznawczym, emocjonalno-społecznym, a przede wszystkim zdrowotnym) zagrożenie dla dorastającego. Należy pamiętać, że wartościujący aspekt struktur poznawczych, związanych z omawianą problematyką, jest ściśle skorelowany z funkcjonowaniem systemu rodzinnego, z wypełnianiem przez rodzinę jej zasadniczych funkcji, atmosferą emocjonalną panującą w rodzinie oraz stosowanym stylem wychowania. Niezależnie jednak od roli, jaką odgrywa w życiu jednostki system rodzinny, istotna jest również osobo-

wość dorastającego (model Wielkiej Piątki), jego możliwości poznawcze, oraz tak ważna w tym okresie rozwojowym grupa rówieśnicza [1,38].

Te rozważania, w przeważającej mierze dotyczące problematyki szerokiego spektrum czynników sprzyjających wczesnej inicjacji alkoholowej, nadużywaniu lub uzależnieniu od alkoholu, dobitnie pokazują złożoność problemu, szczególnie w grupie dorastających z rodzin alkoholowych z uwagi na specyfikę tego okresu rozwojowego. Adolescent zmagający się ze zmianami hormonalnymi, poznawczymi i emocjonalnymi, wymagający wsparcia społecznego i stabilizacji w relacjach z najbliższymi zmuszony jest dodatkowo borykać się z nieprawidłowo funkcjonującym systemem rodzinnym i pełnić jedną z ról przypisanych jednostce w rodzinie dysfunkcyjnej [29]. Trzy zasady panujące w takich rodzinach: „nie mów”, „nie ufaj”, „nie rozmawiaj”, izolują jednostkę od otoczenia i nasilają doznawanie samotności, tak charakterystycznej dla tego okresu rozwojowego [1,25]. Dzieci i młodzież z rodzin alkoholowych cechują: krytyczna samoocena, znaczące poczucie odmienności, ignorowanie własnych potrzeb emocjonalnych, brak umiejętności cieszenia się życiem, potrzeba stałej kontroli, działanie według zasady „wszystko albo nic” oraz z reguły niższe kompetencje społeczne i wysoki poziom nieufności [25]. Atmosfera panująca w rodzinie, osobowość dorastającego, podatność na uzależnienia (uwarunkowana biologicznie i społecznie) powodują, iż właśnie ta grupa szczególnie zagrożona jest wczesną inicjacją alkoholową, a w przyszłości nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu.

EDYTA KĘDRA
MARIA BORCZYKOWSKA-RZEPKA

KONSEKWENCJE ZDROWOTNE NADUŻYWANIA ALKOHOLU

W piśmiennictwie naukowym podkreśla się, że działanie alkoholu na mózg jest zagadnieniem złożonym, a skutki pozornie sprzeczne [16]. W niewielkich dawkach substancja ta ma wyraźne działanie uspokajające i rozprężające, a stymulacja „stref przyjemności” w mózgu wyzwała podobne do opium endogenne opioidy magazynowane w organizmie jednostki. Niewielkie dawki, pomagając się wyciszyć i uspokoić, ułatwiają także zasypianie, podobnie jak barbiturany, benzodiazepiny (które w połączeniu z alkoholem działają silniej niż każda z tych substancji z osobna) czy morfina. Ponadto, jak podkreśla literatura przedmiotu [39], barbiturany, benzodiazepiny i alkohol wykazują właściwości tolerancji krzyżowej, co oznacza, iż osoba używająca którejkolwiek z tych substancji wystarczająco długo, by wytworzyła się na nią tolerancja, będzie po części wykazywała taką tolerancję na każdą z substancji uspokajających z tej grupy. Jednakże w wysokich dawkach alkohol zaburza pracę mózgu, hamując aktywność kwasu glutaminowego oraz obniżając i zaburzając działanie układu neuroprzekaźników, co skutkuje upośledzoną zdolnością uczenia się, osłabioną zdolnością do wyciągania wniosków oraz obniżoną samokontrolą. Już badania prowadzone przez J. Sławińską w 1979 roku w grupie alkoholiczków, którzy rozpoczęli picie w przedziale wiekowym od 12. do 19. roku życia, dobitnie pokazują, iż wczesny wiek rozpoczęcia alkoholizowania się obniża poziom funkcjonowania poznawczego, a badania przeprowadzone za pomocą skali Wechslera wykazały istnienie w tej grupie wyraźnych trudności w podtestach sprawdzających pamięć bezpośrednią i uwagę oraz procesy wykonawcze. Ponadto wykazano, że znacznym zakłóceniom ulegają procesy emocjonalne i motywacyjne jednostki [40].

Należy podkreślić, iż spożycie nadmiernej dawki alkoholu odbija się również na funkcjonowaniu układu ruchowego, a w szczególności na koordynacji i precyzji ruchów. Na przykład objawy zatrucia alkoholem przypominają wizualnie objawy uszkodzenia mózdzku w zakresie niezborności ruchowej, bełkotliwej mowy i nieprecyzyjnych ruchów oczu.

Warto zatem pamiętać, iż właśnie mózdzek jest jedną z pierwszych struktur mózgu, na którą działa alkohol.

Ponadto osobę nietrzeźwą cechuje rozhamowanie behawioralne oraz specyficzne poczucie dobrostanu i przystosowania do sytuacji, bowiem alkohol jest jedną z głównych substancji uaktywniających „szlak przyjemnościowy” (dopaminergiczny – mezokortykalnolimbiczny) – łączący się z jądrem półleżącym i korą czołową. Struktury te zaangażowane są w takie funkcje, jak pamięć, system nagrody i kontrola emocji. Ponieważ alkohol staje się specyficznym rodzajem nagrody, pobudzając obszar przyjemnościowy w mózgu, i skutkuje poczuciem odprężenia, mocy, a często euforią, co staje się również silnym bodźcem, pragniemy ponownego przeżycia nastroju, a to umożliwia powtórne napięcie się. Jak podkreśla literatura przedmiotu, „dobry humor przesłania nieprzyjemną rzeczywistość i poprawia poczucie własnej wartości i przystosowania” [16].

Badania nad wpływem alkoholu na mózg jednostki nadal tkwią w fazie wstępnej, jednakże część efektów fizjologicznych jest powszechnie znana. Należą do nich: rozhamowanie seksualne połączone jednocześnie ze zmniejszoną wydolnością seksualną, ostra amnezja następową (*blackout*), popularny kac, na który tak naprawdę nie wynaleziono jeszcze uniwersalnego lekarstwa, i wiele innych.

Obraz kliniczny osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu jest zdecydowanie niekorzystny. Cierpią one na poważne schorzenia wątroby (15–30% cierpi na marskość wątroby związaną ze stwardnieniem naczyń krwionośnych), trzustki oraz skutki niedożywienia wynikające ze zmniejszonego apetytu oraz gorszego przyswajania przez organizm składników odżywczych.

W układzie krążenia u osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu obserwuje się stale podwyższone ciśnienie tętnicze, co zwiększa ryzyko zawału mięśnia sercowego. Również częściej niż u reszty występuje kilka rodzajów nowotworów, np. rak wątroby rozwijający się na podłożu wcześniej wspomianej marskości wątroby. W układzie kostnym obserwuje się tendencje do moczanowego zapalenia stawów oraz zwyrodnieniowego zapalenia stawów. Ze względu na osłabione mechanizmy obronne pijący alkohol są bardziej narażeni na zakażenia rozwijające się w stawach. Obserwuje się mrowienie i brak czucia w kończynach dolnych i górnych w wyniku niedoboru tiaminy. Z kolei układ oddechowy narażony jest na częstsze infekcje wirusowe i bakteryjne. Na skórze osoby nadużywającej alkohol występują zaczerwienienia, zasinienia oraz zmiany nowotworowe [41–42].

U kobiet stwierdza się zwiększone ryzyko raka sutka. W ich układzie rozrodczym może dojść do braku owulacji lub wczesnej menopauzy. Używanie alkoholu ma niekorzystny wpływ na płodność, a spożywanie

go w czasie ciąży prowadzi do powstania u dziecka alkoholowego zespołu płodowego (FAS) [41]. U mężczyzn zaś dochodzi do feminizacji cech męskich, co związane jest ze wzrostem hormonów żeńskich. Obkurczają się jądra, powiększają się piersi, zmniejszeniu ulega owłosienie oraz upośledza się wytwarzanie nasienia. Osłabieniu ulegają popęd i wydolność seksualna, co wpływa na obniżenie poczucia własnej wartości, na wzrost lęku przed negatywnym doświadczeniem seksualnym, a to prowadzi do wstydu i upokorzenia [43].

Równie wyraźne – być może jeszcze bardziej uciążliwe dla jednostki i otoczenia – są zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym, objawiające się przewlekłym zmęczeniem, drażliwością, depresją, a finalnie – rozpadem osobowości skutkującym utratą pracy, zerwaniem więzi małżeńskich i rozpadem rodziny. Warto pamiętać i o tym, że nadmierne spożycie alkoholu we wcześniejszych okresach życia może skutkować nasilonymi zaburzeniami neurologicznymi w późniejszych jego okresach, a także ostrymi reakcjami psychotycznymi (psychozy alkoholowe pod postacią majaczenia po odstawieniu alkoholu oraz alkoholowego zespołu amnestycznego).

Problemy psychiczne są drugim rodzajem szkód spowodowanych spożywaniem napojów alkoholowych. Pozostają one często w ścisłym związku z problemami społecznymi i czasem trudno je oddzielić. Osłabienie funkcji poznawczych jest podobne do deficytów, jakie obserwuje się u ludzi starszych, bowiem ludzie uzależnieni zachowują się jak pacjenci z otępieniem starym. Niektórzy uważają, że prawa półkula mózgu jest bardziej podatna na działanie alkoholu. Zmiany intelektualne polegają na zmniejszonej zdolności wykonywania zadań złożonych oraz na zmniejszonej zdolności rozwiązywania problemów. Występują zmiany charakterologiczne, brak wstydu, nieliczenie się z opinią publiczną oraz nieuczciwość; co ważne – nie obniża się iloraz inteligencji. Występuje natomiast wysokie ryzyko zachowań samobójczych. Zjawisko to wśród uzależnionych jest pięćdziesięciopięciokrotnie wyższe niż u reszty populacji [5]. Przewlekłe nadużywanie alkoholu prowadzi do zmian osobowości, które przypominają osobowość antyspołeczną. Charakteryzuje się ona całkowitym lekceważeniem praw innych ludzi, objawia ją 10–20% mężczyzn i 5–10% kobiet leczonych z powodu uzależnienia. Od 13 do 28% uzależnionych zdradza osobowość z pogranicza (*borderline*). Są to osoby zdolne do zachowań impulsywnych, nieadekwatnych emocji oraz do wahań nastroju [5,44].

Społeczne skutki uzależnienia od alkoholu trudno ocenić w sposób jednoznaczny. Są to szkody powszechne, obejmujące niemal wszystkie sfery życia społecznego. Patrząc z perspektywy ogólnonarodowej, są to wydatki państwa na ochronę zdrowia i edukację społeczną, a z perspektywy lokalnej – problemy z przemocą, przestępczością, zaniedbywanie ról rodzicielskich oraz znęcanie się nad dziećmi.

U mężczyzn i kobiet spożywanie alkoholu wiąże się z przemocą i agresją. Różne wyniki badań potwierdzają, że częstość i ilość wypijanego alkoholu współwystępują z podwyższonym ryzykiem wystąpienia agresji. Większy poziom agresji przejawiają kobiety, zwłaszcza jeśli spożywają alkohol w miejscach publicznych. Około jednej trzeciej aktów przemocy w związkach następuje pod wpływem alkoholu. Sprawcy przemocy oraz ofiary mają we krwi jego wysoki poziom. Nadużywanie alkoholu ma związek z rozpadem małżeństwa. Jeśli alkoholu nadużywa mężczyzna, to zwiększa się ryzyko wystąpienia przemocy, a ujawniane zachowania agresywne są bardziej brutalne niż wtedy, gdyby mężczyzna był trzeźwy. Jeśli natomiast pije kobieta, w związku pojawia się wiele konfliktów, które kończą się agresją i przemocą [43].

Na skutek doświadczenia przemocy seksualnej wiele osób staje się alkoholikami lub zaczyna pić szkodliwie. Kobiety pijące bardziej dążą do konfrontacji i nie wykazują tendencji do kompromisowego rozstrzygnięcia konfliktów oraz zawierania ugody. Jeśli alkoholu nadużywają oboje rodzice, to w sposób znaczący zmieniają środowisko, w jakim dorastają ich dzieci. Dzieci z takich rodzin narażone są na doświadczanie przemocy, bycie ofiarą, wykorzystywanie seksualne i występowanie różnych problemów psychicznych [43].

Tabela 3
Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe)

Wyszczególnienie	[%] populacji	W Polsce* [mln]	W mieście liczącym 100 tys. mieszk. [osoby]	W mieście liczącym 25 tys. mieszk. [osoby]	W gminie liczącej 10 tys. mieszk. [osoby]
Uzależnieni od alkoholu	ok. 2	ok. 0,8	ok. 2000	ok. 500	ok. 200
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4	ok. 1,5	ok. 4000	ok. 1000	ok. 400
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4	ok. 1,5	ok. 4000	ok. 1000	ok. 400
Osoby pijące szkodliwie	ok. 5-7	2-2,5	5000-7000	1250-1750	ok. 500-700
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	ok. 2 mln dorosłych i dzieci	ok. 5300 dorosłych i dzieci	ok. 1330 dorosłych i dzieci	ok. 530 osób: dorosłych i dzieci

*Na 38 600 000 mieszkańców.

Źródło: Opracowanie własne [45].

Nadużywanie alkoholu prowokuje zachowania ryzykowne. Wiele wypadków drogowych, które spowodowały utratę zdrowia lub życia, nigdy nie miałyby miejsca, gdyby osoby, które brały w nich udział, nie były pod wpływem alkoholu. Wiadomo, że sprawcami wypadków są nie tylko pijani kierowcy, ale także nietrzeźwi piesi i rowerzyści. Alkohol wzmacnia pobudliwość i fałszywe poczucie pewności siebie, znacznie obniża spostrzegawczość i koordynację wzrokowo-ruchową. Osoby nietrzeźwe są sprawcami około 22% wypadków w pracy. Zdarzenia takie doprowadzają do poważnej utraty zdrowia lub nawet życia. Pocieszające jest to, iż w ostatnich latach odsetek osób nietrzeźwych powodujących wypadki w pracy systematycznie maleje. Jeśli zaś chodzi o przestępstwa i wykroczenia, udział w nich nietrzeźwych osób nieletnich jest wyższy niż udział pijanych dorosłych. Dawniej wpływ alkoholu na wszelkie przewinienia traktowano jako okoliczność łagodzącą, obecnie już takie przyzwolenie nie działa [41,46].

Nadużywanie alkoholu zawsze wiąże się z mniej lub bardziej niekorzystnymi konsekwencjami społecznymi, które obejmują trzy najważniejsze sfery życia człowieka – osobistą, zawodową i prawną. W odniesieniu do sfery osobistej obserwuje się rozpad bliskich więzi, utratę przyjaciół, degradację osobowości, utratę zdrowia, izolację społeczną, wzrost ubóstwa. W sferze zawodowej pojawia się ryzyko utraty pracy, obniżenie kompetencji zawodowych, utrata wiarygodności. Natomiast ze sferą prawną wiążą się m.in. naruszenie prawa, problemy z policją. Ponadto osoby nadużywające alkoholu przebywają w niepewnych miejscach, wiążą się z nieznanymi osobami, co naraża je na stanie się ofiarami pobicia lub nawet utraty życia.

Jedną z konsekwencji społecznych uzależnienia od alkoholu jest zjawisko współuzależnienia. Przyjmując, że współuzależnienie jest formą adaptacji, trzeba przyznać, że jest to adaptacja wyjątkowo trudna i nieskuteczna. Nie rozwiązuje problemów uzależnienia partnera, nie rozwiązuje także problemów własnych osób żyjących z osobą uzależnioną.

Mówi się, że alkohol jest dla ludzi i większość uznających trunki za pożądany dodatek do miłego spędzenia czasu pije w sposób rozsądny i powściągliwy. Istnieje jednak pewna część społeczeństwa, która nadużywa alkoholu, co w rezultacie doprowadza do wielu szkód i zagrożeń. I to właśnie te szkody i zagrożenia, wywołane nadmierną i niekontrolowaną konsumpcją alkoholi, występują we wszystkich społeczeństwach. Ich wielkość jest ściśle związana z rozmiarami i stylem konsumpcji napojów alkoholowych, ale zależy również od skuteczności i zasięgu działań profilaktycznych i naprawczych.

Niewiele osób wie, że alkohol działa inaczej (bardziej toksycznie) na organizm kobiety niż mężczyzny i że ryzyko negatywnego wpływu spo-

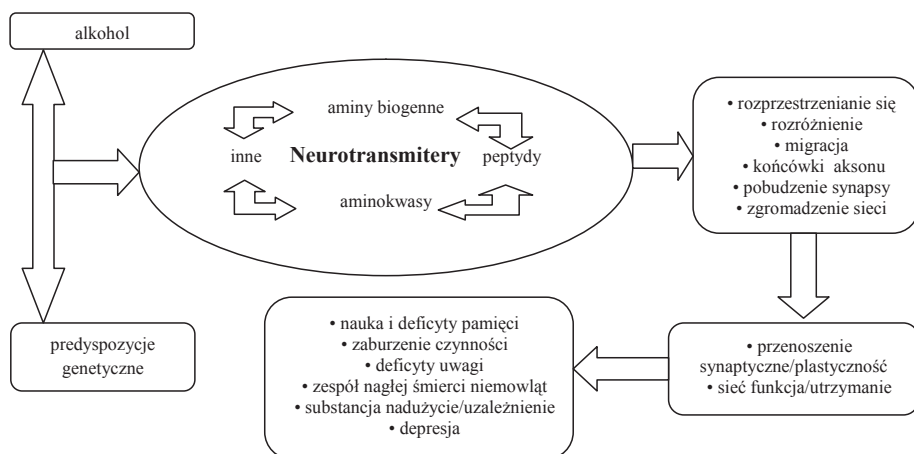
żywania alkoholu przez kobiety jest znacznie większe. Na ryzyko to składa się ilość wypijanego alkoholu, a tym samym poziom jego stężenia we krwi oraz masa ciała kobiety. Powszechnie wiadomo, że kobiety są przeciętnie mniejsze od mężczyzn, co również przekłada się na ich masę ciała. Nawet jeśli waży ona tyle, ile mężczyzna, to i tak po wypiciu identycznej porcji alkoholu jej organizm absorbuje go o 40% więcej. Przyczyny obniżonego progu toksyczności alkoholu u kobiet tkwią w mniejszej zawartości wody w ich organizmach, a także w różnicy w farmokinetyce i szybkości eliminacji alkoholu etylowego, co jest spowodowane odmienną aktywnością enzymów wątrobowych i żołądkowych, odpowiedzialnych za metabolizm tego związku [47].

Również zdolność organizmu do obrony przed negatywnymi skutkami picia alkoholu u kobiet jest znacznie mniejsza niż u mężczyzn. Ponieważ kobiety słabiej metabolizują alkohol w żołądku, większa ilość dociera do wątroby i niszczy ją. Ponadto rozwój dysfunkcji wątroby występuje u kobiet po krótszym okresie picia i po mniejszych dawkach alkoholu niż u mężczyzn. Alkohol powoduje u kobiet silniejsze dysfunkcje mózgu – bardziej i jakościowo inaczej zakłóca zdolności psychomotoryczne. Dotyczy to zwłaszcza osłabienia zdolności radzenia sobie z czynnościami złożonymi (np. kierowaniem samochodem). Pijące nadmiernie kobiety są bardziej narażone na upośledzenie funkcji poznawczych niż nadużywający alkoholu mężczyźni. Alkohol zaburza funkcje hormonalne, co może zakłócić cykl miesięczkowy. U kobiet pijących ryzykownie występuje zwiększone zagrożenie nowotworem sutka. Jak wcześniej wspomniano, alkohol wypłukuje wapń z organizmu i zakłóca metabolizm witaminy D, przez co nadużywanie alkoholu przez kobiety zwiększa predyspozycję do ostrych form osteoporozy i powoduje o wiele większą podatność na złamanie kości (zwłaszcza w okresie menopauzy). Skutkiem nadużywania alkoholu przez kobiety może być brak zainteresowania seksem, oziębłość płciowa i niezdolność do przeżywania orgazmu. Natomiast ryzykowne spożywanie alkoholu przez kobiety może być przyczyną występowania zaburzeń nastroju, zwłaszcza o charakterze lękowym i depresyjnym.

Każda ilość alkoholu spożywanego przez kobiety w ciąży działa toksycznie na rozwijające się w ich łonie dziecko. U kobiet pijących alkohol podczas ciąży znacznie wcześniej występują przedwczesne porody oraz poronienia, a przychodzące na świat dziecko matek pijących alkohol w czasie ciąży obciążone jest poalkoholowymi uszkodzeniami. Do spożywania alkoholu w ciąży przyznaje się 14–20% kobiet [48]. Opierając się na wynikach badań przeprowadzonych w 2005 r. przez IPSOS na zlecenie Fundacji „Rodzić po Ludzku”, stwierdzono m.in., że niemal $\frac{1}{3}$ Polaków spotkała się z opinią, iż kobieta w ciąży powinna regularnie spożywać niewielkie ilości czerwonego wina i informacje te otrzymali od znajo-

mych lub członków rodziny (45,7% badanych), z artykułów prasowych (22,5%), audycji radiowych i telewizyjnych (22%) oraz od lekarza (16%) [49]. Większość ankietowanych w tym samym badaniu (83%) przyznała, iż spotkała się z opinią, że nawet najmniejsza ilość alkoholu spożytego przez kobietę ciężarną może być niebezpieczna i stanowić zagrożenie dla prawidłowego rozwoju płodu i dziecka. Biorąc pod uwagę ten ostatni wynik, zastanawiające było, że $\frac{1}{3}$ ankietowanych kobiet (33,5%), które urodziły jedno lub więcej dzieci, przyznało się do spożywania niewielkich ilości trunków w czasie ciąży. Na szczęście w tych samych badaniach pocieszające były odpowiedzi 62,9% badanych Polek, które w tym czasie przyznały się do zachowywania całkowitej abstynencji [49].

Główną rolę w metabolizmie alkoholi krótkołańcuchowych odgrywa dehydrogenaza alkoholowa (ADH) klasy I (ADH2 i ADH3). Występuje ona w cytoplazmie hepatocytów – komórek budujących wątrobę. Eliminacja alkoholu etylowego przez płód jest zdecydowanie wolniejsza niż u jego matki, gdyż zarówno u ludzkich płodów, jak i u gryzoni aktywność wątrobowa ADH osiąga w połowie ciąży 50% aktywności dorosłego osobnika [50]. Ekspresję genu ADH wykrywa się w wątrobie, płucach, nerkach i jelicie płodu dopiero w dziewiątym miesiącu ciąży. Natomiast nie występuje on w łożysku oraz w mózgu płodu. Z kolei około 16. tygodnia ciąży pojawia się w wątrobie płodu ekspresja cytochromu CYP2E1. Jest to inny enzym biorący udział w utlenieniu alkoholu etylowego. Do około 24. tygodnia ciąży aktywność płodowa tego enzymu osiąga 10–30% aktywności osoby dorosłej, a pełna jego aktywność ma miejsce około 10. roku życia [51].



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [52].

Ryc. 1. Diagram odzwierciedlający potencjalną rolę wpływu neurotransmitera systemu płodowych zaburzeń spektrum alkoholowych (FASD)

Narażenie na działanie etanolu podczas życia płodowego w połączeniu z czynnikami podatności genetycznej (np. zmiany genu serotoniny transportowca) i czynnikami środowiskowymi (np. powinowactwo do nikotyny) zakłóca prawidłowe działanie systemów neurotransmiterów odpowiedzialnych za wzajemne i skomplikowane oddziaływanie na siebie, co przekłada się z kolei na regulację kluczowych procesów rozwojowych mózgu płodu. Przerwanie tych prawidłowych procesów przejawia się w zmianach w synaptycznej transmisji/plastyczności i w funkcji sieci neuronowej. Zmiany te prawdopodobnie leżą u podłoża deficytów powiązanych z FASD. Dokładny łańcuch wydarzeń prowadzący do powstania tych deficytów, przy stwierdzonej płodowej ekspozycji na alkohol, powinien być jednak dogłębniej zbadany [53].

Maksymalne stężenie alkoholu etylowego we krwi matki zależy od rodzaju przyjmowanego przez nią alkoholu, stopnia wypełnienia żołądka oraz motoryki przewodu pokarmowego. Podaje się, że spośród wszystkich dostępnych alkoholi piwo najwolniej wchłania się z przewodu pokarmowego. Alkohol łatwo przenika przez łożysko, a płód, ze względu na niewykształcone u niego mechanizmy enzymatycznej eliminacji, wykazuje małą tolerancję na alkohol etylowy [53].

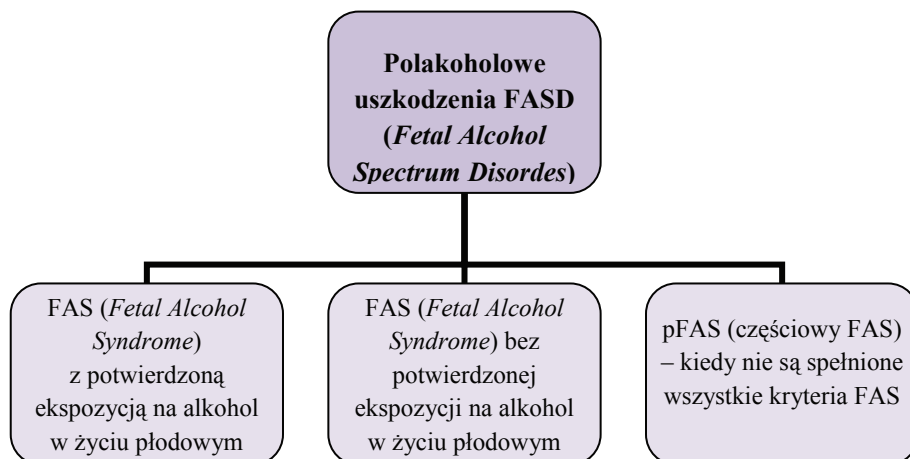
Badania nad konsekwencjami płodowej ekspozycji na alkohol, w odniesieniu do chemicznych systemów neurotransmitera, w ostatniej dekadzie znacznie przyspieszyły. Wykazały one, że samo narażenie na alkohol w życiu płodowym nie musi w życiu dorosłego osobnika ujawnić się deficytami ośrodkowego układu nerwowego. Tak naprawdę to system neurotransmiterów posiada specyficzne i jedyne w swoim rodzaju właściwości, które powodują, że niektóre układy nerwowe stają się bardziej wrażliwe na działanie etanolu, nawet przy niskich poziomach ekspozycji. Anomalie, jakie mogą się ujawnić jako pochodna działania etanolu, są efektem formułowania się i wykształcanie rozbudowanej sieci obwodów neuronowych, które mogą być w głównej części odpowiedzialne za powstawanie utrwalonych strukturalnych i funkcjonalnych deficytów ośrodkowego układu nerwowego, charakterystycznych dla FASD [52].

EDYTA KĘDRA
MARIA BORCZYKOWSKA-RZEPKA

POALKOHOLOWE USZKODZENIA PŁODU JAKO PRZYCZYNA PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH DZIECKA

Kobieta w ciąży, spożywająca nawet najmniejsze ilości alkoholu, naraża swoje dziecko na wystąpienie nieodwracalnych uszkodzeń. Uszkodzenia te mogą mieć charakter mikrouszkodzeń układu nerwowego i narządów lub doprowadzać do pełnoobjawowego FAS – płodowego zespołu alkoholowego. Konsekwencje mogą się ciągnąć przez całe życie.

Groźne skutki ekspozycji na alkohol w rozwijającym się płodzie obserwowano od wieków. Ślady można znaleźć w tekstach Arystotelesa (Abel, 1999) i u pisarzy biblijnych (Księga Sędziów 13,4). W XVIII w. angielscy lekarze opisali dzieci urodzone przez matki alkoholiczki jako „słabe, ułomne i pozbawione temperamentu” (Royal College of Physicians of London). Sullivan (1899) spisał swoje obserwacje kobiet alkoholiczek przebywających w angielskich więzieniach, u których wskaźnik poronień był wyższy, a u dzieci częściej występowały wady wrodzone. Interesujące było spostrzeżenie odnotowane przez Sullivana, że gdy okres ciąży przebiegał w więzieniu, niemowlęta rodziły się zdrowsze, co wiązano z okresem przymusowej abstynencji. W roku 1973 termin FAS wprowadzili Jones i Smith, określając nim zespół nieprawidłowości stwierdzanych u dzieci matek alkoholiczek. Opierając się na współczesnej wiedzy, wiadomo dziś, że FAS może wystąpić również u dzieci matek pijących okazjonalnie. Z kolei 27 lat później (w 2000 roku) O'Malley i Stressught wprowadzili termin FASD, określający – jak już wspomniano – szeroki zakres skutków obserwowanych u dzieci matek spożywających alkohol w czasie ciąży [54]. Rycina 2 pokazuje postacie FAS wchodzące w skład FASD.



Źródło: Opracowanie własne.

Ryc. 2. Postacie FAS wchodzące w skład FASD

Skrócony opis badań prowadzonych nad FAS przedstawia Małgorzata Klecka [55]. Rozpoczyna ona od opublikowanych w 1968 r. w Nantes (Francja) wyników pierwszych badań prowadzonych przez blisko 30 lat nad FAS przez Lemoine. Zajmował się on obserwacją losów matek pijących alkohol, przy których był na sali porodowej. W toku prowadzonych przez siebie niemal trzydziestoletnich badań zauważył, że spośród 50 pacjentów z pełnoobjawowym syndromem FAS, pięciu zmarło w dzieciństwie z powodu zaburzeń pracy serca i oddychania; spośród 28 osób z umiarkowanym FAS dwie popełniły samobójstwo w wieku dorosłym, a pięć innych podejmowało próby samobójcze. W sumie przebadał 99 pacjentów z FAS i doszedł do wniosku, że problemy umysłowe (opóźnienia umysłowe i zaburzenia zachowania) najbardziej nasilały się u nich w wieku dorosłym. Lemoine przebadał także 16 byłych pacjentów, którzy jako dzieci nie manifestowali objawów FAS, choć urodzili się z matek alkoholiczek i mieli opóźniony rozwój psychomotoryczny. Odkrył, że w wieku dorosłym osoby te miały problemy z zachowaniem norm społecznych, przejawiały zaburzone zachowanie i nie były w stanie utrzymać stałej posady. Sześć osób z tej grupy znalazło się w ośrodkach dla niepełnosprawnych umysłowo. Ciekawe jest również to, że Lemoine dotarł także do 10 matek wyleczonych z alkoholizmu, które urodziły zdrowe dzieci. Przy okazji szukania swych byłych pacjentów w rozmaitych instytucjach, Lemoine rozmawiał z innymi pacjentami, których matki były alkoholiczkami. Stwierdził on, że w pięciu zakładach dla lekko upośledzonych 33 pacjentów, a więc 20% wszystkich przebywających w zakładach, miało matki alkoholiczki, a 25 badanych (z grupy 33 pacjentów) miało pełno-

objawowy FAS, ośmiu miało FAE (*Fetal Alcohol Effects* – efekty działania alkoholu na płód, poalkoholowy efekt płodowy) i nie posiadało cech morfologicznych. W trzech zakładach dla dzieci i młodzieży Lemoine stwierdził, że 14% małych pacjentów miało matki alkoholiczki (na 42 osoby sześcioro miało cechy dysmorficzne).

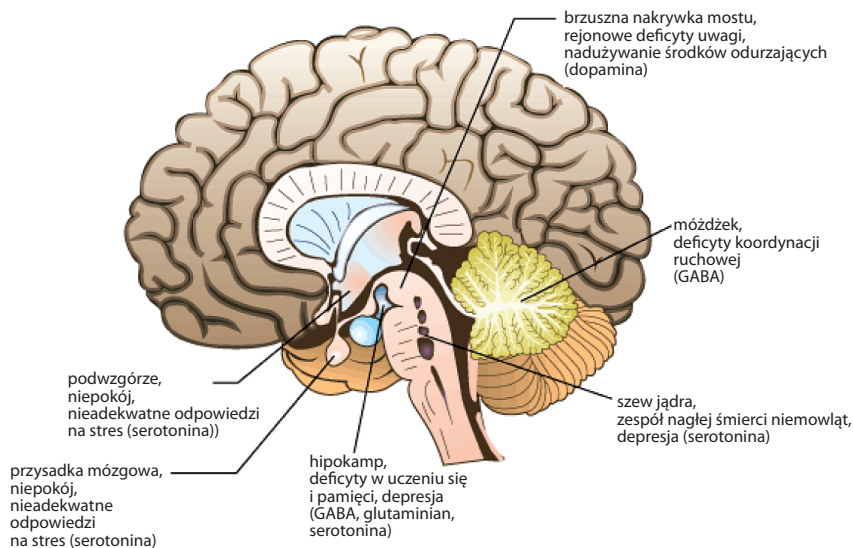
Przykładem innych badań nad FAS, które również opisuje Małgorzata Klecka [55], są badania opublikowane w 1974 roku w periodyku pediatrycznym przez Szurygina. W trakcie prowadzonych badań porównywał on dziewiętnaścioro dzieci matek alkoholiczek, które urodziły się, zanim ich matki stały się alkoholiczkami, z grupą 23 dzieci urodzonych z matek nałogowo spożywających alkohol w czasie ciąży. Zaobserwował, że u dzieci z pierwszej grupy, będących w wieku 9–10 lat pojawiły się objawy nerwicowe, emocjonalne i behawioralne, które miały tendencję do ustępowania w miarę poprawiających się warunków środowiskowych, polegających bądź na zmianie środowiska, bądź na leczeniu matki. Zaś dzieci matek pijących alkohol podczas ciąży wykazywały głębokie zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), manifestujące się już w niemowlęctwie. Czternaścioro z 23 dzieci miało opóźnienia rozwojowe spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu wskutek toksycznego działania alkoholu, na który narażone były w czasie życia płodowego.

Alkohol zaburza rozwój niektórych obszarów mózgu, zaburzając migrację komórek mózgowych, w wyniku czego nie osiągają one właściwego dla siebie miejsca przeznaczenia, w którym powinny podjąć pracę. Dlatego też w dalszej konsekwencji skutkuje to obserwowanymi trudnościami z zapamiętywaniem, myśleniem, przetwarzaniem informacji przez dzieci matek pijących alkohol w ciąży. Alkohol może również spowodować umieranie komórek mózgowych – dziecko rodzi się z mniejszą ich liczbą i dlatego jego mózg nie może funkcjonować prawidłowo.



Ryc. 3. Porównanie wielkości mózgu zdrowego sześciotygodniowego chłopca z mózgiem sześciotygodniowego chłopca z FAS [106]

Podchodząc do zagadnienia z punktu widzenia anatomii i fizjologii, stwierdza się, że najbardziej narażonymi na działanie alkoholu obszarami mózgu są: ciało modzelowate, mózdzek, zwoje podstawy, hipokamp oraz płaty czołowe.



Ryc. 4. Przykłady obszarów mózgowych, gdzie chemiczne przebudowy neurotransmitera systemu zostały zaobserwowane w postaciach FASD [52]

Ciało modzelowate odpowiedzialne jest za przekazywanie informacji pomiędzy obiema półkulami mózgu. Lewa półkula mózgu człowieka jest odpowiedzialna za zasady, konsekwencje, precyzowanie i porządkowanie myśli. Prawa półkula – za myślenie abstrakcyjne, emocje i odczuwanie, twórcze myślenie i intuicję. Ciało modzelowate jest zatem strukturą, która pomaga obu półkulom współpracować przy podejmowaniu codziennych decyzji – jest swoistym mostem.

U niektórych dzieci z pełnoobjawowym FAS stwierdza się niedorozwój (lub nawet całkowity brak) ciała modzelowatego. Dlatego później obserwuje się u nich: trudności z odróżnianiem lewej strony od prawej, trudności z wykonywaniem ruchów naprzemiennych, niemożność marszerowania, tańczenia, i najczęściej są one określane jako niezgrabne. Przy braku wielu połączeń pomiędzy półkulami mózgu informacje przepływają powoli i nieskutecznie. Przekłada się to na podejmowanie działania przez osobę z FAS – odczuwając nagły impuls, by coś zrobić, w pierwszej kolejności przystępuje do działania, a dopiero potem, po fakcie, uświadamia sobie konsekwencje [56–57].

Mózdzek odpowiedzialny jest za funkcje motoryczne, czyli za zgrabne, skoordynowane ruchy oraz zachowanie równowagi. U dzieci z uszkodze-

niami mózdzku obserwowane są trudności z wchodzeniem i schodzeniem po schodach, skakaniem na jednej nodze, utrzymywaniem równowagi przy zmianach pozycji – nawet w sytuacjach zabawy (zjeżdżalnia na placu zabaw) [56–57].

Zwoje podstawy są odpowiedzialne za pamięć i procesy poznawcze. Hipokamp to struktura mózgowa odpowiadająca za tworzenie pamięci i zdolność uczenia się. Jego uszkodzenie osłabia pamięć przestrzenną i proces uczenia się [56–57]. Natomiast płaty czołowe odpowiadają za funkcje wykonawcze, kontrolę impulsów, osąd. Osłabienie funkcji wykonawczych, które związane jest z uszkodzeniem płatów czołowych wskutek nadużywania alkoholu przez matki będące w ciąży, powoduje u dzieci z FAS m.in.: nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach społecznych, niezdolność do spontanicznego rozwiązania problemów, niezdolność do kontrolowania impulsów seksualnych, zwłaszcza w sytuacjach społecznych, niezdolność do wyciągania wniosków z uprzednich zachowań, trudności z abstrakcyjnymi pojęciami „czas” i „pieniądze”, trudności z gromadzeniem informacji („nieuporządkowane pliki”) i/lub ich przetwarzaniem. Osoba z FAS wymaga częstych podpowiedzi i nadzoru innych, istnieje u niej przymus głośnego mówienia, potrzeba informacji zwrotnej, „karuzela” i przesadna zmienność nastroju, brak refleksji. Potrzebuje ona motywacji z zewnątrz [56–57].

Dla opisania FASD stosowane są różne terminy, w zależności od obserwowanych objawów, co zostało przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4

Terminologia stosowana do opisywania FASD

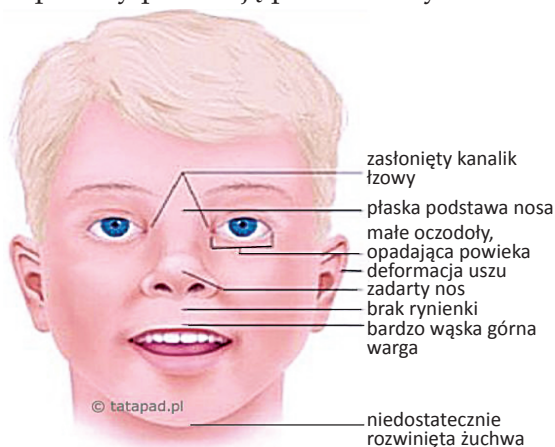
Lp.	Postacie FASD	Obserwowane objawy
1	Płodowy zespół alkoholowy (FAS)	Osoby o nieprawidłowych cechach twarzy (dysmorfologia twarzy), z zaburzeniami wzrostu, zaburzeniami poznawczymi i behawioralnymi
2	Częściowy FAS (pFAS)	Osoby z FAS bez niedoboru wzrostu lub z FAS z najbardziej typowymi, ale nie wszystkimi typowymi rysami twarzy
3	Zaburzenia rozwoju układu nerwowego związane z alkoholem (ARND)	Osoby z prenatalnej ekspozycji na alkohol, u których ujawniły się zaburzenia neurorozwojowe, ale bez obserwowalnych w FAS rysów twarzy
4	Uszkodzenia neurobehawioralne związane z alkoholem (ND/AE)	Osoby z prenatalnej ekspozycji na alkohol, u których występują umiarkowane deficyty poznawcze/ /upośledzenie behawioralne (odpowiednik umiarkowanego ARND)
5	Stacyczna encefalopatia związana z ekspozycją na alkohol (SE/AE)	Osoby z prenatalnej ekspozycji na alkohol i ciężkimi zaburzeniami zachowań poznawczych, ale bez obserwowalnych, charakterystycznych dla osób z FAS rysów twarzy (równoważny z ciężkim ARND)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [58–59].

Objawy FASD mogą wystąpić u dziecka, którego matka piła alkohol w czasie ciąży. Mogą one dotyczyć sfery fizycznej, psychicznej, behawioralnej i/lub przekładać się na trudności w zakresie uczenia się. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na użycie w nazwie określenia *Spectrum*, co wyraźnie wskazuje, że zaburzenia mogą dotyczyć każdej wcześniej wymienionej sfery funkcjonowania, różniąc się stopniem natężenia. Ponadto FASD nie jest diagnozą kliniczną, zatem osoba nie może mieć postawionej diagnozy FASD [58–60].

FAS jest zespołem wad wrodzonych spowodowanych używaniem przez matki w ciąży alkoholu. Charakteryzuje się: niedoborem wzrostu (wysokość i masa <10th centyla), unikalnym skupiskiem anomalii twarzy (oczy, gładka mała rynienka nosowa, cienka górna warga), uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (OUN) obejmującymi zmiany strukturalne, neurologiczne i/lub zaburzenia czynnościowe, oraz prenatalną ekspozycję na alkohol (choć nie zawsze musi być ona potwierdzona) [58].

Upośledzenie wzrostu ma postać małorosłości, która związana jest z wpływem alkoholu na rozwijający się płód, niedożywieniem matki, i jest skorelowana z jej nikotynizmem. Szczególnie picie alkoholu w ostatnim trymestrze ciąży powoduje małorosłość. Niska waga urodzeniowa i małe wymiary ciała pozostają u większości dzieci cechą charakterystyczną na całe życie. Wśród zaburzeń w obrębie czaszki obserwuje się: szeroko osadzone oczy, przy czym nasada nosa robi wrażenie bardzo szerokiej, skrócone szpary powiekowe przez występowanie zmarszczki nakątnej, krótki i zadarty nos, słabo zaznaczoną lub brak rynienki podnosowej, bardzo cienką wargę górną, wyraźnie dłuższą odległość między nozdrzami, niewielki podbródek i brodę, nisko osadzone uszy z często zniekształconymi małżowinami, dość płaską i szeroką twarz [8]. Wszystkie wymienione cechy mają u części dzieci tendencję do stopniowego „zanikania”, ale u około połowy pozostają przez całe życie.



Ryc. 5. Cechy dymorficzne twarzy dziecka z FAS [107]

Ogólna budowa ciała, niski wzrost i niska waga powodują, że osoby z FAS sprawiają wrażenie „kruchych i słabych”. Dzieci te rosą bardzo powoli, nawet przy dobrym odżywianiu i w sprzyjającym środowisku. Szczupłość kończyn oraz wrodzone wady układu kostno-mięśniowego powodują łatwe i szybkie męczenie się, słabą koordynację w zakresie motoryki dużej i małej, zaburzenia czucia głębokiego oraz proprioceptywne (powoduje to swoistą niezdarność ruchową, ruchy tych osób są kanciate, bywa, że chodzą „głośno tupiąc lub szurając”, chodzenie rozpoczynają z opóźnieniem, występuje u nich osłabiona równowaga i koordynacja mięśniowa, zatem unikają podejmowania wysiłków i prac wymagających precyzyjnego wykonania). U osób z FAS obserwuje się znaczne problemy ze słuchem, opóźnioną zdolność mówienia (lepszy język ekspresyjny niż recepcyjny, płynność słowna maskuje słabą jakość rozumienia mowy innych), zaburzenia percepcji wzrokowej, zmniejszone pole widzenia peryferyjne, trudności w interpretowaniu bodźców wzrokowych, obniżoną koordynację oko-ręka, niepewność przy przenoszeniu przedmiotów oraz inne anomalie rozwojowe w budowie takich narządów jak: serce, wątroba, nerki, narządy płciowe [61].

Brak wczesnego rozpoznania FAS i odpowiedniej opieki zwykle prowadzi do powstania zaburzeń wtórnych u dzieci z FAS. Należą do nich: lęk, złość, unikanie, wycofanie, wejście w rolę ofiary lub prześladowcy, zamknięcie się w sobie, kłamstwa, ucieczki z domu, przerwanie nauki szkolnej, bezrobocie, bezdomność, zależność od innych, chęć zadowolenia innych, choroby psychiczne (depresja, samookaleczanie się), gwałtowne i szokujące zachowania, impulsywność, kłopoty z prawem, skłonność do uzależnień, tendencje i zachowania samobójcze. To, czy dane objawy wtórne wystąpią, czy też nie, w dużej mierze zależy od wpływów środowiskowych i sposobu postępowania z dzieckiem z rozpoznanym FAS [55].

Częściowy FAS (pFAS) jest klasyfikacją diagnostyczną stosowaną w odniesieniu do osób charakteryzujących się w większości przypadków niedoborem wzrostu i/lub charakterystycznymi dla FAS rysami twarzy, ostrymi zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego (zaburzenia strukturalne, neurologiczne i/lub czynnościowe) oraz potwierdzoną prenatalną ekspozycją na alkohol [58].

Statyczna encefalopatia związana z ekspozycją na alkohol (SE/AE) jest klasyfikacją diagnostyczną stosowaną w odniesieniu do osób, u których stwierdza się ciężkie zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (strukturalne, neurologiczne i/lub ciężkie zaburzenia czynnościowe) oraz w odniesieniu do których potwierdzona została prenatalna ekspozycja na alkohol. Określenie „statyczne” oznacza, że nieprawidłowości w mózgu są niezmiennie, czyli nie postępują, ale też nie cofają się [58].

Uszkodzenia neurobehawioralne związane z alkoholem (ND/AE) to wynik klasyfikacji diagnostycznej stosowanej w stosunku do chorych, u których potwierdzona została prenatalna ekspozycja na alkohol i u których stwierdza się umiarkowane zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego [58].

Częstość występowania SE/AE i ND/AE są pięcio-, dziesięciokrotnie częstsze niż występowanie FAS/ pFAS [58].

Tabela 5

Cztery cechy charakterystyczne dla diagnozy klasyfikacyjnej z kręgu FASD

Diagnoza	Wzrost	Twarz FAS	Mózg	Alkohol
FAS - płodowy zespół alkoholowy	+	+	+ (zmiany poważne)	+
pFAS - częściowy FAS		+	+ (zmiany poważne)	+
SE/AE - statyczna encefalopatia związana z ekspozycją na alkohol			+ (zmiany poważne)	+
ND/AE - uszkodzenia neurobehawioralne związane z alkoholem			+ (zmiany umiarkowane)	+

Źródło: Opracowanie na podstawie [58].

Inne określenia stosowane do opisu FASD, w zależności od charakterystycznych objawów, zostały zestawione w tabeli 6.

Tabela 6

Klasyfikacja FASD według Institute of Medicine (IOM) z 1996 r.

Lp.	Postacie FASD	Obserwowane objawy
1	Alkoholowy zespół płodowy (FAS) - z potwierdzoną lub nie ekspozycją na alkohol	Jest najczęściej występującą postacią w całym spektrum FASD; osoby z FAS mogą mieć problemy z nauką, pamięcią, koncentracją uwagi, komunikacją, widzeniem lub słyszeniem (problemy te mogą występować pojedynczo lub stanowić swoistą mieszankę)
2	Częściowy FAS (pFAS)	Osoby z FAS bez niedoboru wzrostu lub z FAS z najbardziej typowymi, ale nie wszystkimi typowymi rysami twarzy
3	Poalkoholowe zaburzenia neurorozwojowe (ARND)	Ludzie z ARND niepełnosprawnością intelektualną mogą mieć problemy z zachowaniem i uczeniem się, mają trudności z matematyką, pamięcią, uwagą, oceną sytuacji i cechują się słabą kontrolą impulsów
4	Poalkoholowe wady wrodzone (ARBD)	Ludzie z ARBD mogą mieć problemy z sercem, nerkami, kośćmi lub ze słuchem (problemy mogą występować pojedynczo lub jako mieszanka)

Źródło: Opracowanie na podstawie [59,61]

Dokonując przeglądu literatury z zakresu częstości występowania przypadków FASD [63–72] w populacji ludności świata, można się natknąć na różnorodne dane statystyczne, które prezentują to zagadnienie z różnych punktów widzenia. Szacuje się, że częstość występowania pełnego spektrum FASD w ogólnej populacji USA wynosi 9,1 na 1000 urodzeń żywych [63–64]. Ponadto, jak potwierdza literatura przedmiotu, ostatnie retrospektywne analizy danych pochodzących z przyjęć szpitalnych i badań wśród młodzieży wychowującej się w rodzinach zastępczych i adopcyjnych wskazują, że w wyniku oparcia się na informacjach o spożywaniu w czasie ciąży alkoholu przez kobiety coraz częściej stawiane są błędne diagnozy FASD, co powoduje, że dane o rozpowszechnieniu tego syndromu mogą być zawyżone [65–67].

Biorąc pod uwagę kryterium rasy, w której najczęściej stwierdza się występowanie spektrum FASD, największy wskaźnik zapadalności na FAS na 1000 żywych urodzeń zarejestrowano wśród czarnoskórej ludności Kapsztadu (40,5–46,4) oraz u Indian amerykańskich mieszkających w rezerwach – 10, a najmniejszy, tj. < 0,1 w Japonii. W USA wskaźnik ten, w zależności od badanego środowiska, wynosi 0,3–5,6 [67]. Należy też pamiętać, iż FAS nie jest stałym ani łatwo przewidywalnym objawem nadużywania alkoholu przez ciężarne, o czym już wspomniano wcześniej. Zespół ten pojawia się u około 6% potomstwa matek nadużywających alkoholu, lecz gdy już wystąpi, to ryzyko pojawienia się FAS u następnego dziecka wynosi aż 70% [68].

Raport Birth Defects Monitoring Program zrealizowany przez Centers for Disease Control (CDC) stanowi zbiór danych pochodzących z 1500 szpitali, na podstawie których stwierdzono, że rozpowszechnienie przypadków FAS w populacji amerykańskiej (z wyłączeniem Indian) wynosi 0,3–0,9 na 10 000 urodzeń [69]. Z kolei Abel i Sokolow [67], po dokonaniu przeglądu 19 prac epidemiologicznych z całego świata, ocenili rozpowszechnienie FAS na 1,9 na 1000 żywych urodzeń, przy czym średni wskaźnik oszacowany na podstawie analizowanych badań retrospektywnych wynosił 2,9 na 1000 żywych urodzeń, a prospektywnych odpowiednio 1,1. Większość przypadków FAS opisanych w Stanach Zjednoczonych pochodzi z badań czarnych matek lub matek Indianek o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Dla tej subpopulacji wskaźnik rozpowszechnienia FAS wynosił 2,6 na 1000 urodzeń, podczas gdy na podstawie badań, które przede wszystkim obejmowały kobiety białe pochodzące z klasy średniej, kształtował się na poziomie 0,6 [70].

Według raportu CDC wskaźniki częstości występowania FAS na 10 000 urodzeń różnią się w zależności od pochodzenia etnicznego matek: w grupie pochodzenia azjatyckiego wskaźnik ten wynosi 0,3; w grupie pochodzenia latynoskiego 0,8; wśród białych 0,9; wśród czarnych 6,0; wśród

Indian 29,9 [59,69]. Jednakże ze względu na odmienny sposób zbierania danych wskaźniki dla poszczególnych grup etnicznych opisane w raporcie CDC nie mogą być porównywane z wartościami wskaźników częstości występowania FAS w różnych grupach etnicznych, wynikającymi z badań prospektywych czy retrospektywnych. Wśród Indian amerykańskich wskaźnik częstości występowania FAS waha się w zależności od różnic kulturowych. Ośrodki zdrowia obsługujące głównie plemiona Navajo i Pueblo podają, że wskaźnik występowania FAS jest wśród nich zbliżony do wielkości charakteryzującej całą populację amerykańską. Z kolei istnieją doniesienia, że wśród plemiona Indian z obszarów południowo-zachodnich jeden przypadek FAS zdarza się na każde 102 przypadki żywych urodzeń [70]. Można domniemywać, że na powstanie takich różnic składa się prawdopodobnie wiele czynników, takich jak: wpływy kulturowe, wzorce picia, sposób odżywiania, a także odmienność w zakresie procesów metabolicznych. Wśród czarnych ryzyko wystąpienia FAS jest siedmiokrotnie wyższe niż wśród białych, nawet jeśli przy ocenie ryzyka uwzględnione zostaną różnice w częstości picia przez matki, w występowaniu przewlekłego problemu alkoholowego i diety (liczby urodzonych dzieci) [71]. To nasuwa przypuszczenie, że mamy do czynienia z jakimś rodzajem predyspozycji genetycznej, której natura nie jest znana.

W Polsce wskaźnik występowania FAS może wynosić 1-3 na 1000 urodzeń [8]. Nawet troje dzieci na każde 1000 urodzeń żywych może być dotkniętych płodowym zespołem alkoholowym (FAS). Rocznie w Polsce rodzi się 300 000 dzieci; 0,3% to 900 dzieci z FAS. To więcej niż liczba rodzących się dzieci z zespołem Downa (1 na 700 urodzeń). Szacuje się, że negatywne konsekwencje ekspozycji płodu na alkohol mogą występować u 1% wszystkich noworodków [72].

EDYTA KĘDRA
MARIA BORCZYKOWSKA-RZEPKA

DIAGNOSTYKA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I POALKOHOLOWYCH USZKODZEŃ DIAGNOZOWANYCH U DZIECI

Zapobieganie wadom wrodzonym spowodowanym alkoholem wymaga przede wszystkim szerokiego wprowadzenia badań przesiewowych, pozwalających rozpoznać kobiety z wysokim ryzykiem picia dużych ilości alkoholu w czasie ciąży. Wprawdzie obecnie dostępne analizy laboratoryjne umożliwiające wykrycie biochemicznych markerów intensywnego picia alkoholu są mniej czułe niż narzędzia oparte na samoocenie badanego, jednakże wyniki zastosowania tych ostatnich mogą być zafałszowane przez zaprzeczanie.

Ważnym elementem jest przeprowadzenie wywiadu ukierunkowanego na ewentualne nadużywanie alkoholu z kobietą starającą się o dziecko czy też będącą już w ciąży. Pozwala on wstępnie zapoznać się z opinią i stosunkiem kobiety do poruszanej problematyki, a połączony z obserwacją może pozwolić na pozyskanie cennych informacji.

W przypadku jakichkolwiek podejrzeń odnośnie problemu alkoholowego w trakcie prowadzonego wywiadu istnieje możliwość zastosowania odpowiedniego testu, który może pomóc w diagnozowaniu problemu.

W latach 40. XX w. zostało zapoczątkowane stosowanie testów w diagnozowaniu uzależnienia od alkoholu. Podstawowym zadaniem kwestionariusza (testu) jest wychwycenie osób spożywających alkohol problemowo, u których pojawiły się wczesne objawy ryzykownego lub szkodliwego picia alkoholu, oraz ułatwienie postawienia diagnozy uzależnienia od alkoholu. Do najczęściej używanych testów tego typu należą: MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), CAGE (*Control, Annoyed, Guilty, Eye-opener*), AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), POSIT (*Problem - Oriented Screening Instrument for Teenagers*). Natomiast kwestionariusze TWEAK (*Tolerance, Worried, Eye-openers, Amnesia, Cut down*) oraz T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut, Eye-opener*) są przeznaczone dla kobiet w ciąży w celu oceny spożywania i nadużywania przez nie alkoholu. Testy mające określić częstość abstynencji, używania i nadużywania alkoholu ety-

lowego stosowane w Polsce, propagowane są przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [73–75].

Test MAST opracowany został w 1971 r. i jest jednym z najstarszych, najbardziej dokładnych i dostępnych testów stosowanych w badaniach przesiewowych. Jego skuteczność w zakresie identyfikacji zależnych pijących wynosi 98%. Zawarte w nim pytania pozwalają na dokonanie przez pacjenta samooceny społecznych, zawodowych i rodzinnych problemów związanych ze spożywaniem alkoholu, tak jak pytania alternatywne (odpowiedzi „tak/nie”) wskazują na jego prostotę i łatwość wykonania. Niemniej wskazuje się także na pewne jego niedoskonałości, które przede wszystkim dotyczą trudności w wykrywaniu wczesnych stadiów zagrożenia alkoholizmem u badanej osoby.

Tabela 7

Kwestionariusz MAST [76]

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1	Czy uważasz się za normalnego pijaka? („Normalny”, tzn. pijący tyle samo lub mniej niż większość innych ludzi)		
2	Czy kiedykolwiek obudziłaś/eś się rano po wypiciu w noc przed i stwierdziłaś/eś, że nie możesz sobie przypomnieć części wieczoru?		
3	Czy ktoś z Twoich bliskich (krewny lub bliski przyjaciel) kiedykolwiek martwił się piciem przez Ciebie alkoholu lub narzekał na Twoje picie alkoholu?		
4	Czy możesz bez problemu zaprzestać picia po spożyciu jednego, dwóch drinków?		
5	Czy kiedykolwiek czułaś/eś się winna/y że pijesz alkohol?		
6	Czy kiedykolwiek brałaś/eś udział w spotkaniu Anonimowych Alkoholików (AA)?		
7	Czy kiedykolwiek doszło do użycia przez Ciebie siły fizycznej po wypiciu alkoholu w odniesieniu do innej osoby?		
8	Czy kiedykolwiek picie przez Ciebie alkoholu było przyczyną problemów pomiędzy Tobą a Twoimi najbliższymi (krewny lub bliski przyjaciel)?		
9	Czy Twoi najbliżsi (krewny lub bliski przyjaciel) szukali kiedykolwiek informacji nt. alkoholizmu, aby Ci pomóc?		
10	Czy kiedykolwiek straciłaś/eś przyjaciół z powodu picia przez Ciebie alkoholu?		
11	Czy kiedykolwiek miałaś/eś problemy w pracy z powodu picia przez Ciebie alkoholu?		
12	Czy kiedykolwiek staciłaś/eś pracę z powodu picia przez Ciebie alkoholu?		
13	Czy kiedykolwiek zdarzyło Ci się zaniedbać obowiązki, rodzinę lub pracę przez dwa kolejne dni z powodu picia przez Ciebie alkoholu?		
14	Czy często zdarza Ci się sięgać po alkohol jeszcze przed południem?		
15	Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie problemy z wątrobą, tj. marskość wątroby?		

cd. tab. 7

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
16	Czy kiedykolwiek po intensywnym piciu miałaś/eś <i>delirium tremens</i> (DTS), ciężkie drżenie, wzrokowe lub słuchowe halucynacje?		
17	Czy kiedykolwiek zwróciłaś/eś się o pomoc w zaprzestaniu picia?		
18	Czy przebywałaś/eś w szpitalu z powodu picia alkoholu?		
19	Czy z powodu spożywania alkoholu kiedykolwiek byłaś/eś hospitalizowana/y w oddziale psychiatrycznym?		
20	Czy kiedykolwiek korzystałaś/eś z pomocy dowolnego lekarza, pracownika socjalnego, duchownego czy kliniki zdrowia psychicznego z powodu problemów emocjonalnych, w których picie było częścią problemu?		
21	Czy zostałaś/eś zatrzymana/y więcej niż jeden raz za jazdę pod wpływem alkoholu?		
22	Czy kiedykolwiek zostałaś/eś aresztowana/y lub zatrzymana/y przez policję ze względu na agresywne zachowanie podczas picia?		

Za udzielenie odpowiedzi negatywnej („nie”) na pytania 1. i 4. testu przyznaje się 1. pkt. Taką samą liczbę punktów przyznaje się w przypadku udzielenia odpowiedzi pozytywnej („tak”) na pytania 2.-3. oraz 5.-22. Uzyskanie 6 pkt i więcej w tym teście świadczy o picciu szkodliwym i uzależnieniu od alkoholu, co sugeruje konieczność dalszej dogłębnej diagnostyki.

Test CAGE jest bardzo wygodny w użyciu, gdyż jego wypełnienie zajmuje około minuty. Nie jest jednak wystarczający do postawienia diagnozy uzależnienia. Według Mayfielda odpowiedź „tak” na co najmniej dwa pytania koreluje w najwyższym stopniu ($r = 0,89$) z kompleksową diagnozą uzależnienia od alkoholu. Zdaniem Busha i współautorów wskaźnik trafności testu CAGE wynosi 62%, jednak powinien być on uzupełniany pytaniami o ilość wypijanego alkoholu, problemy z kontrolowaniem ilości czy częstotliwości picia, zjawisko tolerancji oraz ewentualne występowanie objawów abstynencyjnych po odstawieniu alkoholu. Udzielenie co najmniej dwóch pozytywnych odpowiedzi na pytania w tabeli 8 wskazuje na istnienie znacznego prawdopodobieństwa uzależnienia od alkoholu [77].

Tabela 8

Kwestionariusz CAGE [77]

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1	Czy zdarzały się w Twoim życiu takie okresy, kiedy odczuwałaś/aś konieczność ograniczenia swojego picia?		
2	Czy zdarzało się, że różne osoby z Twojego otoczenia denerwowały Cię uwagami na temat Twojego picia?		
3	Czy zdarzało się, że odczuwałaś/aś wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia?		
4	Czy zdarzało Ci się, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla uspokojenia lub „postawienia się na nogi”?		

Pod koniec lat 80. XX wieku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała stosowanie przesiewowego testu AUDIT. Test składa się z dwóch części, tj. z wywiadu alkoholowego i badania klinicznego. Wśród jego zalet wskazuje się m.in. na: umożliwienie wychwycenia populacji osób pijących w sposób ryzykowny i szkodliwy dla zdrowia, odnoszenie się do aktualnego poziomu i stylu picia, korespondowanie z sugerowanymi przez tę organizację kryteriami diagnostycznymi, zawartymi w 10. wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), a przede wszystkim na jego standaryzację w sześciu krajach i uwzględnienie danych z badania fizykalnego oraz poziomu gamma-glutamylu-transferazy (GGT) [77].

Tabela 9

Test przesiewowy AUDIT [77]

Część A: wywiad alkoholowy		
pytanie	odpowiedź	liczba punktów
Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?	nigdy	0
	raz w miesiącu lub rzadziej	1
	2-4 razy w miesiącu	2
	2-3 razy w tygodniu	3
	4 lub więcej razy w tygodniu	4
Ile porcji alkoholu wypija Pan/i w ciągu całego dnia, w którym Pan/i pije?	jedną-dwie	0
	trzy-cztery	1
	pięć-sześć	2
	siedem-dziewięć	3
	dziesięć lub więcej	4
Jak często zdarza się Panu/i wypić w ciągu jednego dnia sześć lub więcej porcji?	jeden-dwa razy	0
	trzy-cztery razy	1
	pięć-sześć razy	2
	siedem-dziewięć razy	3
	dziesięć lub więcej razy	4
Jak często, w ciągu ostatniego roku, miał Pan/i trudności w przzerwaniu rozpoczętego picia?	jeden-dwa razy	0
	trzy-cztery razy	1
	pięć-sześć razy	2
	siedem-dziewięć razy	3
	dziesięć lub więcej razy	4

Część A: wywiad alkoholowy		
pytanie	odpowiedź	liczba punktów
Jak często, w ciągu ostatniego roku, zdarzało się Panu/i w związku z piciem alkoholu zrobić coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana/i środowisku normy postępowania?	jeden-dwa razy	0
	trzy-cztery razy	1
	pięć-sześć razy	2
	siedem-dziewięć razy	3
	dziesięć lub więcej razy	4
Jak często, na przestrzeni ostatniego roku, zdarzyło się Panu/i wypić rano alkohol dla „odzyskania formy” po wczorajszym piciu?	jeden-dwa razy	0
	trzy-cztery razy	1
	pięć-sześć razy	2
	siedem-dziewięć razy	3
	dziesięć lub więcej razy	4
Jak często, na przestrzeni ostatniego roku, miał/a Pan/i wyrzuty sumienia lub poczucie winy w związku z piciem alkoholu?	jeden-dwa razy	0
	trzy-cztery razy	1
	pięć-sześć razy	2
	siedem-dziewięć razy	3
	dziesięć lub więcej razy	4
Jak często, na przestrzeni ostatniego roku, miał/a Pan/i trudności z odtworzeniem wydarzeń, jakie miały miejsce podczas picia?	jeden-dwa razy	0
	trzy-cztery razy	1
	pięć-sześć razy	2
	siedem-dziewięć razy	3
	dziesięć lub więcej razy	4
Czy kiedykolwiek doznał/a Pan/i urazu fizycznego lub spowodował/a uraz u innej osoby, a miało to związek z piciem przez Pana/ią alkoholu?	nie	1
	tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku	2
	tak, w ostatnim roku	4
Czy ktokolwiek z Pana/i bliskich, przyjaciół, znajomych, a może lekarz czy inny pracownik służby zdrowia interesował się Pana/i piciem lub sugerował ograniczenie picia alkoholu?	nie	1
	tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku	2
	tak, w ostatnim roku	4
suma punktów:		

Część B: badania kliniczne		
pytanie	odpowiedź	liczba punktów
urazy fizyczne		
Czy doznał/a Pan/i urazów głowy po 18. roku życia?	tak	3
	nie	0
Czy doznał/a Pan/i jakiegokolwiek złamania kości po 18. roku życia?	tak	3
	nie	0
badanie fizykalne		
Zaczerwienienie spojówek	nie stwierdza się	0
	słabo nasilone	1
	średnio nasilone	2
	znacznie nasilone	3
Odbiegające od normy unaczynienie skóry	nie stwierdza się	0
	słabo nasilone	1
	średnio nasilone	2
	znacznie nasilone	3
Drżenie rąk	nie stwierdza się	0
	słabo nasilone	1
	średnio nasilone	2
	znacznie nasilone	3
Drżenie języka	nie stwierdza się	0
	słabo nasilone	1
	średnio nasilone	2
	znacznie nasilone	3
Powiększenie wątroby	nie stwierdza się	0
	słabo nasilone	1
	średnio nasilone	2
	znacznie nasilone	3
Wartości gamma-glutamyl-transferazy	poniżej średniej wartości normy (<30 JU/l)	0
	powyżej średniej wartości normy (30-50 JU/l)	1
	powyżej normy (>50 JU/l)	3
suma punktów:		

Należy pamiętać, że AUDIT jest tylko testem przesiewowym, a nie testem (narzędziem) diagnostycznym. Daje tylko ogólną orientację w problemie i dlatego powinien być uzupełniany obserwacją kliniczną.

W kwestionariuszu TWEAK odpowiedź pozytywną na pytanie T (potrzeba wypicia trzech lub więcej drinków) i W ocenia się na 2 pkt. Maksymalnie można uzyskać 7 pkt. Test uznany jest za dodatni od 2 pkt i wyżej, co oznacza, że badana kobieta przypuszczalnie pije alkohol w sposób ryzykowny [73].

Tabela 10

Kwestionariusz TWEAK [78]

T	<i>Tolerance</i>	Ile drinków (porcji standardowych) jest Pani w stanie wypić?
W	<i>Worried</i>	Czy ktoś z Pani przyjaciół lub krewnych martwił się Pani piciem lub na nie narzekał?
E	<i>Eye-openers</i>	Czy czasem Pani wypija drinka zaraz po przebudzeniu?
A	<i>Amnesia</i>	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 sobie w stanie późniejszym przypomnieć?
C	<i>Cut Down</i>	Czy czasami odczuwa Pani potrzebę konieczności zaniechania picia alkoholu?

Sokol i współpracownicy [79] opracowali prosty, krótki kwestionariusz umożliwiający uporanie się z problemem zaprzeczania i zaniżania podawanych ilości wypijanego alkoholu przez kobiety ciężarne. Za pomocą tego narzędzia o nazwie T-ACE poprawnie rozpoznano w grupie 971 kobiet w ciąży 69% pijących ryzykownie (picie ryzykowne oznacza dwa standardowe drinki dziennie). T-ACE wydaje się skuteczniejszy niż inne kwestionariusze, takie jak MAST czy CAGE, rutynowo stosowane do oceny nadużywania alkoholu.

Test T-ACE uważa się za dodatni od 2 pkt i więcej, co oznacza, że kobieta przypuszczalnie pije alkohol w sposób ryzykowny. Maksymalnie można uzyskać 5 pkt, przy czym na pytanie T (potrzeba wypicia trzech lub więcej drinków) odpowiedź pozytywna oceniana jest na 2 pkt, natomiast pozostałe pytania po 1 pkt [73].

Tabela 11

Kwestionariusz T-ACE [78]

T	<i>Tolerance</i>	Ile drinków (porcji standardowych) musi Pani wypić, aby poczuć się na rauszu?
A	<i>Annoyed</i>	Czy ludzie krytykujący spożywanie przez Panią alkoholu irytują Panią?
C	<i>Cut</i>	Czy kiedykolwiek miała Pani poczucie, że powinna Pani przestać pić alkohol?
E	<i>Eye opener</i>	Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że wypicie drinka było pierwszą rzeczą, jaką Pani zrobiła rano, aby uspokoić nerwy albo stanąć na nogi?

Wspominano wcześniej, że w odniesieniu do stosowania samooceny na podstawie przedstawionych kwestionariuszy istnieje możliwość uzyskania wyników zafałszowanych przez samozaprzeczenia. Być może sposobem na przezwycięzenie tego problemu byłoby pytanie kobiet ciężarnych o ich picie w przeszłości, nie zaś obecnie. Takie postępowanie sugerują wyniki badania, w którym kobiety w siódmym miesiącu ciąży pytano o picie w pierwszym trymestrze i w czwartym miesiącu ciąży; badane przyznawały się do większych ilości alkoholu wypijanego w pierwszym trymestrze niż w czwartym miesiącu [80]. Wynik ten zdaje się wskazywać, że kobiety czują się tym bezpieczniej, im bardziej odległe w czasie jest zdarzenie, którego dotyczy pytanie. Chociaż strategia pozwala ujawnić problem dopiero w dość późnym okresie ciąży, interwencja może być jeszcze skuteczna. Wprawdzie abstynencja od drugiego trymestru ciąży nie eliminuje ryzyka wad płodu, można się jednak spodziewać, że złagodzi niektóre objawy ujawniające się w zachowaniu dziecka wkrótce po urodzeniu [81–82].

Oprócz przeprowadzenia wywiadu z kobietą planującą ciążę, jak również z kobietą będącą w ciąży, na temat szkodliwości alkoholu etylowego, istnieje także możliwość zastosowania biochemicznych metod monitorowania picia alkoholu przez kobiety będące w ciąży (analiza moczu w pierwszym trymestrze ciąży).

Znajomość przyczyny zaburzenia rozwoju u dziecka pozwala określić rokowanie, właściwe dalsze postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne, a także umożliwi ustalenie odpowiedniego schematu postępowania rehabilitacyjnego.

Jak podaje prof. dr hab. R Śmigiel [83], zespoły dysmorficzne obejmują unikalne, patogenetycznie powiązane ze sobą objawy, do których można zaliczyć odrębności w budowie i wyglądzie ciała, wady rozwojowe różnych narządów oraz często opóźnienie rozwoju psychoruchowego i/lub intelektualnego. Rozpoznanie tych zespołów oraz wiedza o przebiegu naturalnym choroby są niezwykle istotne przy optymalizacji opieki medycznej (m.in. profilaktyki mającej na celu zapobieganie potencjalnym powikłaniom charakterystycznym dla danego zespołu, określenia rokowania oraz odpowiedniego postępowania terapeutycznego).

Zaburzenia rozwoju i wady wrodzone mają zróżnicowaną etiologię. Lekarz zajmujący się ich diagnostyką czasami jest w stanie rozpoznać zespół chorobowy już w trakcie pierwszego kontaktu z pacjentem, z reguły ze względu na specyficzny wygląd twarzy. Niejednokrotnie jednak diagnostyka zaburzeń rozwojowych jest dużo bardziej pracochłonna, a dodatkowo nie zawsze kończy się sukcesem. Współcześnie znanych jest kilka tysięcy zespołów dysmorficznych u dzieci, współistniejących z wadami rozwojowymi. Ta mnogość, różnorodność, stosunkowo niska

częstość ich występowania, trudności w ocenie cech dysmorficznych oraz zmieniające się wraz z wiekiem dziecka cechy fenotypowe powodują trudności w sformułowaniu ostatecznego rozpoznania. W prawie 40% przypadków dokładne przyczyny zaburzeń rozwoju pozostają nieokreślone [83].

Diagnostyka dysmorfologiczna, jak podaje prof. dr hab. R Śmigiel [83], obejmuje wywiad rodzinny, wywiad chorobowy, badanie przedmiotowe (dysmorfologiczne), konsultacje i inne badania dodatkowe (m.in. neurologiczne, okulistyczne, metaboliczne, immunologiczne, endokrynologiczne, gastrologiczne, psychologiczne, radiologiczne, np.: obrazowanie mózgowia, kośćca, audiologiczne), również diagnostykę laboratoryjną, w tym także genetyczną.

Jest szczególnie istotne i ważne, aby wywiad rodzinny i chorobowy został zebrany bardzo dokładnie, a badanie przedmiotowe polegało na identyfikacji wszystkich, zarówno dużych, jak i drobnych nieprawidłowości. Umożliwia to następowe powiązanie stwierdzonych anomalii/wad rozwojowych w logiczną całość, a w dalszej kolejności zaplanowanie odpowiednich badań dodatkowych.

Podstawą klinicznego ustalenia rozpoznania choroby jest wywiad: o rodzinie (dane o spokrewnieniu, pochodzeniu etnicznym, występowaniu poronień samoistnych albo niewyjaśnionych martwych urodzeń lub zgonów po urodzeniu, zdrowiu rodziców i innych członków rodziny), okresie ciąży (okres rozpoznania ciąży, choroby matki, używanie leków, znanych czynników teratogenych czy potencjalnie teratogennych dla płodu), porodzie, okresie noworodkowym oraz przebiegu choroby (m.in.: rozwój psychoruchowy, wiek osiągnięcia samodzielnego siadania, chodzenia, pierwszych słów). Wywiad chorobowy musi być zebrany bardzo dokładnie. W ocenie potencjalnej przyczyny zaburzeń rozwojowych, wynikających z teratogennego działania alkoholu na płód, kluczowe znaczenie ma wywiad prenatalny i środowiskowy (udowodnione problemy matki dziecka z używkami, leczenie odwykowe) w kierunku teratogenów, na które narażona była ciężarna.

Najważniejszym elementem diagnostyki dysmorfologicznej jest badanie przedmiotowe dziecka, które charakteryzuje się pewnymi prawidłowościami. Objawy zespołów genetycznych są bardzo różnorodne - obejmują: wady rozwojowe narządów wewnętrznych, cechy dysmorficzne całego ciała, twarzy, czaszki, włosów, skóry, szyi, tułowia, kończyn, paznokci i zewnętrznych narządów płciowych, a także zaburzenie rozwoju psychoruchowego oraz somatycznego (pre- i postnatalnego). Niektóre zespoły chorobowe manifestują się zestawem licznych typowych objawów klinicznych. Czasem objawy fenotypowe twarzy układają się w bardzo charakterystyczny wzór cech, które można zobaczyć na twarzy czy innych

częściach ciała, jak na dłoniach oraz stopach i od razu postawić rozpoznanie. Czasem te cechy są nawet trudne do opisanie słowami, ale widoczny jest ich charakterystyczny układ. Takich zespołów jest co najmniej kilkadziesiąt, np. twarz dziecka z zespołem Downa (trisomia 21), z zespołami: Cornelia de Lange, Williamsa oraz FAS. W badaniu dysmorfologicznym warto korzystać z zasady *first look, don't touch* – „zanim zaczniesz badać, obserwuj, patrz, analizuj”. Dotyczy ona: zachowania dziecka, kontaktu z otoczeniem, sprawności ruchowej i koordynacji oraz ogólnej budowy fizycznej i postawy ciała. Ponadto w badaniu dysmorfologicznym niezbędna jest antropometryczna ocena cech somatycznych (podstawowe: pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu i długości głowy, ponadto m.in. rozstawu oczu, długości szpar powiekowych, rozstawu ramion, długości kończyn i inne, w zależności od potrzeb i budowy ciała). Podczas każdego badania dysmorfologicznego dane te muszą być ocenione, spisane i porównane do rówieśników (lokalizacja danych na siatkach centylowych, wielkość odchylenia standardowego). Ważnym elementem diagnostyki dysmorfologicznej jest także wykonanie, zawsze za zgodą rodziców i opiekunów, dokumentacji fotograficznej pozwalającej na obserwację narastania cech dysmorficznych. Każde dziecko zmienia się wraz z wiekiem, również to z zaburzeniem rozwoju. Jedne cechy zanikają, inne się pojawiają, naprowadzając czasem na trop diagnostyczny dopiero po kilku latach (klucz diagnostyczny) [83].

Nie do przecenienia w diagnostyce dysmorfologicznej jest wiedza teoretyczna obejmująca etiologię i patogenezę zaburzeń rozwoju oraz doświadczenie osoby badającej połączone z zapamiętywaniem konkretnych fenotypów, a niekiedy nawet pojedynczych pacjentów. Kolejnym czynnikiem decydującym o powodzeniu jest właściwe korzystanie z pomocy źródłowych (literatura fachowa, bazy dysmorfologiczne, własne kolekcje fotograficzne); decydujące może się tu okazać odpowiednie nazwanie obserwowanego objawu klinicznego, co umożliwi jego odszukanie w bazach danych. Pomocą powinni służyć także koledzy dysmorfologodzy z większym doświadczeniem klinicznym lub którzy widzieli w swojej praktyce podobną konstelację objawów klinicznych. Nieocenioną wartość mają organizowane cyklicznie spotkania dysmorfologiczne lekarzy genetyków klinicznych.

Właściwa diagnostyka FASD nie ma na celu stygmatyzowania (etykietywania) dzieci (co często jest argumentem lekarzy, terapeutów wczesnej interwencji), ale pozwala na włączenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego i rehabilitacyjnego. W diagnostyce FASD powinno się mieć świadomość zgubnych skutków nadrozpoznawalności, niedorozpoznawalności oraz niewłaściwego rozpoznania zaburzeń ze spektrum płodowego zespołu alkoholowego.

Brak jest obiektywnego badania biochemicznego (marker biologiczny), na podstawie którego diagnozuje się FASD. W związku z czym diagnozuje się je nie tylko w badaniu fizykalnym i na podstawie wywiadu pre- i postnatalnego, ale przede wszystkim poprzez wykluczenie. Proces diagnostyczny FASD jest złożony i wielospecjalistyczny. Dlatego powstało kilka schematów będących klinicznymi narzędziami pomocnymi w diagnostyce FASD.

Jak podają Małgorzata Klecka i Małgorzata Janas-Kozik [60], w 1980 r. grupa badaczy Fetal Alcohol Study Group przy Research Society on Alcoholism sformułowała kryteria diagnostyczne, uwzględniając termin poalkoholowe uszkodzenie płodu (FAE – *Fetal Alcohol Effects*). Zaobserwowano jednak, że termin ten często był nadużywany przez specjalistów, którzy niemal w każdym przypadku dziecka z zaburzeniami zachowania pochodzącego z rodziny nadużywającej alkoholu diagnozowali FAE. Widząc ujawniające się konsekwencje tego zachowania i obserwując brak precyzji diagnostycznej, autorzy tej klasyfikacji apelowali o rezygnację z FAE. W roku 1996 zespół pracujący przy Institute of Medicine (IOM) zaproponował nową klasyfikację poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych, która obejmowała: FAS z potwierdzoną ekspozycją na alkohol, FAS bez potwierdzonej ekspozycji na alkohol, częściowy FAS (partial FAS), poalkoholowe wady wrodzone, poalkoholowe zaburzenia neurorozwojowe (ARND). W późnych latach 90. XX wieku Astley i Clarren zaproponowali nowe podejście diagnostyczne, znane jako czterostopniowa skala diagnostyczna (*4-Digit Diagnostic Code*) [84].

Zarówno diagnostyczna propozycja IOM, jak i czterostopniowa skala diagnostyczna służyły do rozpoznania szerokiego spektrum zaburzeń będących skutkiem prenatalnej ekspozycji na alkohol. Niemniej oba podejścia miały swoje ograniczenia, np.: dwie kategorie mające zastąpić FAE, zaproponowane przez IOM, okazały się niejednoznaczne. Z kolei zakwestionowano użyteczność dodatkowych kategorii powstałych przy użyciu skali czterostopniowej [84].

W 2004 r. grupa National Task Force on FAS and FAE także przygotowała własną propozycję diagnostyczną [85], która jednak niewystarczająco podkreśliła konieczność diagnozowania innych zaburzeń rozwojowych związanych z alkoholem.

W roku 2006 przeprowadzono badania porównawcze skuteczności diagnostycznej w czterostopniowej skali z przewodnikiem diagnostycznym Hoyme'a (IOM). Oba narzędzia zastosowane były wobec 952 pacjentów przebadanych przez interdyscyplinarny zespół w University of Washington. U 16 z nich potwierdzono całkowitą abstynencję matek w okresie ciąży. Wyniki badań porównawczych potwierdziły występowanie FAS w przypadku 3,7% pacjentów diagnozowanych z użyciem czterostopniowej skali i 4,1% pacjentów diagnozowanych za pomocą poradnika Hoyme'a. Tylko

17 osób spełniło kryteria FAS przy badaniu z użyciem obu narzędzi; 35% badanych pacjentów spełniło kryteria Hoyme'a odnoszące się do charakterystycznego dla FAS fenotypu, natomiast tylko 39 z 330 pacjentów spełniało kryteria tego samego narzędzia stwierdzające FAS. Nawet dzieci matek zachowujących abstynencję w czasie ciąży (25%) według Hoyme'a spełniały kryteria dymorficzne FAS [86].

Diagnostyka różnicowa FASD wiąże się głównie z podobieństwem fenotypu morfologicznego pacjenta z FASD do fenotypu pacjentów z konkretnymi zespołami dysmorficznymi. W szczególności diagnostyka różnicowa opiera się na: podobnej dysmorfii twarzoczaszki (małogłowie, krótkie szpary powiekowe, płaska i długa rynienka nosowo-wargowa oraz cienka warga górna), podobnych zaburzeniach somatycznych (pre- i postnatalne zaburzenie wzrostu) czy neurologicznych i behawioralnych. Przykładowe zespoły dysmorficzne brane pod uwagę w diagnostyce różnicowej FASD to: matczyzna fenylketonuria, zespół Willimasa, zespół Aarskoga, zespół Dubowitza, zespół Nonnan, zespół Blooma, zespół Cornelia de Lange, zespół podniebieno-sercowo-tawrzypowy (VCFS *velo-cardio-facial syndrome*), czyli zespół DiGeorgea, oraz zespoły ze współistniejącą niepełnosprawnością intelektualną sprzężoną z chromosomem X czy zespoły wynikające z niedoborów mitochondrialnego łańcucha oddechowego.

Tabela 12

Zespoły przebiegające z malformacjami przypominającymi FAS

Zespoły przebiegające z malformacjami przypominającymi FAS	Cechy wspólne z FAS	Cechy odmienne od FAS
Zespół Aarskoga (dysplazja twarzowo genitalna)	Szeroko rozstawione oczy, mały zadarty nos, szeroka rynienka podnosowa i hypoplazja środkowej części twarzy	Twarz okrągła, „wdowi szpic”, antymongoidalne ustawienie szpar powiekowych, przodopochylenie nozdrzy, szerokie stopy z „bulwiastymi” paluchami
<i>Blepharophimosis syndrome</i> (BPES)	Krótkie szpary powiekowe i opadanie powieki	Odwrócona zmarszczka nakątna, telekantus
Zespół Kornelii DeLange	Wydłużona i spłaszczona rynienka podnosowa, płaska nasada nosa, wgłębienie nasady nosa, przodopochylenie nozdrzy, mikrocefalia	Zrośnięte brwi, długie rzęsy, opadające kąciaki ust, mikromelia (upośledzenie rozwoju kończyn)
<i>Dubowitz syndrome</i>	Zmarszczki nakątne, opadanie powieki, krótkie szpary powiekowe, mikrocefalia	Szeroki czubek nosa, klinodaktylia

Zespoły przebiegające z malformacjami przypominającymi FAS	Cechy wspólne z FAS	Cechy odmienne od FAS
<i>Fetal anticonvulsant syndrome</i>	Hypoplazja środkowej części twarzy, zmarszczki nakątne, wydłużona rynienka podnosowa, cienka górna czerwień wargowa	Półkolista górna warga, wysokie czoło
<i>Maternal PKU effects</i>	Zmarszczki nakątne, krótkie szpary powiekowe, długa, słabo wykształcona rynienka podnosowa, mikrocefalia	Uwydatniona gładzizna, mały zadarty nos, okrągła twarz
Zespół Noonan	Obniżona nasada nosa, zmarszczki nakątne, szeroko rozstawione oczy, wydłużona rynienka podnosowa	Szerokie wargi, skośne szpary powiekowe, dobrze wykształcone <i>philtrum</i>
Embriopatia toluenowa	Krótkie szpary powiekowe, hypoplazja środkowej części twarzy, mikrocefalia, wygładzona rynienka podnosowa, cienka górna warga	Anomalie małżowin usznych
<i>Williams syndrome</i>	Krótkie szpary powiekowe, zadarty nos, długie, szerokie <i>philtrum</i> , hypoplazja szczęki, wgłębienie nasady nosa, zmarszczki nakątne i mikrocefalia	Szerokie, pełne wargi, wydęta dolna warga, gwiaździsty wzór tęczówki, wysklepienie okolic okołoooczodołowych
Inne zespoły delecji/ /duplikacji chromosomowych	Krótkie szpary powiekowe, hypoplazja środkowej części twarzy, wygładzona rynienka podnosowa	

Źródło: Opracowanie na podstawie [60].

Metoda diagnostyczna nazywana czterostopniową skalą diagnostyczną (*4-Digit Diagnostic Code*) jest obecnie uważana za bardziej dokładną i powtarzalną niż wszystkie dotychczas stosowane skale. Została ona zaprezentowana w 1997 r. przez grupę badaczy z Washington State FAS Diagnostic and Prevention Network [86]. Każdy poziom skali przedstawia ekspresję czterech kluczowych cech, będących cechami charakterystycznymi FAS, które uszeregowane są w następującym porządku: opóźnienie wzrostu, charakterystyczne dla FAS cechy dymorficzne, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz prenatalna ekspozycja na alkohol. Każda cecha pod względem natężenia jej występowania oceniana

jest za pomocą skali Likerta, w której 1 oznacza całkowity brak cech FAS, a 4 „klasyczną” obecność cech FAS.

T a b e l a 13

Czterostopniowa skala diagnostyczna FAS

Punktacja	Niedobory wzrostu	Dysmorfia twarzy charakterystyczna dla FAS	Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego lub dysfunkcja	Plądowa ekspozycja na alkohol
4	Znaczne – waga i wzrost poniżej 3. centyla	Poważna – wszystkie 3 cechy	Określone zmiany strukturalne lub neurologiczne	Wysokie ryzyko – potwierdzone narażenie na bardzo wysokie stężenia alkoholu
3	Umiarkowane – waga i wzrost poniżej 10. centyla	Umiarkowana – generalnie 2 z 3 cech	Prawdopodobne znaczne zaburzenia czynnościowe w trzech lub więcej sferach	Średnie ryzyko – potwierdzone narażenie. Stopień narażenia nieznanym lub mniej niż stopień 4.
2	Łagodne – waga lub wzrost poniżej 10. centyla	Łagodna – ogólnie 1 z 3 cech	Możliwe objawy zaburzeń czynnościowych, ale w mniej niż trzech sferach	Nieznane – narażenie niepotwierdzone lub nieznanym
1	Żadne – wzrost i waga na poziomie lub powyżej 10. centyla	Nieobecna – żadna z 3 cech	Mało prawdopodobne – żadnych strukturalnych, neurologicznych i funkcjonalnych objawów zaburzeń	Brak ryzyka – potwierdzony brak narażenia przez całą ciążę

Ź r ó d ł o: Tłumaczenie własne [87].

Za pomocą *4-Digit Diagnostic Code* przebadano ponad 2000 pacjentów. Narzędzie zostało zweryfikowane przez ewaluację prowadzoną przez interdyscyplinarny zespół fachowców (lekarz, psycholog, terapeuta, neurologoped, pracownik socjalny i asystent rodzinny). W roku 2004 skala została uaktualniona i obowiązuje do tej pory. Najnowsza wersja czterostopniowej skali diagnostycznej FASD została opisana w poradniku diagnostycznym *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: the 4-Digit Diagnostic Code* [87].

EDYTA KĘDRA

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD DZIECKIEM Z FAS

Biorąc pod uwagę skomplikowany stan zdrowotny dziecka ze zdiagnozowanym spektrum FASD, warto zwrócić uwagę na znaczenie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, która w dalszej perspektywie może przełożyć się na zdolność funkcjonowania dziecka i jego rodziny w zmienionej chorobowo rzeczywistości. To, czy dziecko z FAS wyrośnie na pełnionego, szczęśliwego człowieka, czy też poniesie porażkę, zależy w dużej mierze od wczesnego rozpoznania, prawidłowego leczenia i opieki oraz stabilnego, rozumiejącego i wspierającego środowiska rodzinnego.

W pierwszej kolejności należałoby się skupić na przybliżeniu psychosomatycznego profilu dziecka z FAS, uwzględniającego poszczególne fazy jego życia, gdyż to one w głównej mierze będą decydowały o zakresie i rodzaju działań, jakie należałoby wdrożyć, aby zapewnić odpowiednią opiekę i rozwój. Trzeba pamiętać, że w rozwoju dzieci z FAS istnieje duża rozbieżność pomiędzy dojrzałością fizyczną, emocjonalną i społeczną. Można spotkać 18-latkę z FAS całkiem sprawnego intelektualnie, który w rzeczywistości osiągnie rozwój 12-, 13-latka pod względem emocjonalnym i społecznym. Poza tym samo otoczenie oczekuje od 18-latka znacznie więcej niż od 12-latka, a to stwarza i potęguje sytuacje konfliktowe. Tak naprawdę dzieci z FAS dorastają znacznie później, a dorosłość mogą osiągnąć dopiero w wieku dwudziestu kilku lat.

Pierwszym okresem życia dziecka jest okres noworodkowy i niemowlęcy (0-3. roku życia). Pierwsze miesiące życia noworodka mogą być dla niego dość trudne ze względu na przechodzony zespół abstynencyjny. Dotyczy to w głównej mierze tych noworodków, których matki piły w czasie ciąży alkohol regularnie i w dużych ilościach. Noworodkowy zespół abstynencyjny (NAS) jest określeniem grupy problemów, jakich doświadcza noworodek po ustaniu ekspozycji na alkohol. Objawy NAS mogą się różnić w zależności od rodzaju spożytej substancji, czasu, kiedy po raz ostatni była ona spożywana, i czy dziecko jest donoszone, czy też jest wcześniakiem. Objawy abstynencyjne mogą wystąpić już w 24.-48. godzinie po urodzeniu, albo w czasie 5-10 dni od urodzenia. U noworodka donoszonego najczęściej są to: drżenia, nadmierna drażliwość przeja-

wiająca się w ciągłym płaczu, problemy ze snem, piskliwy płacz, wzmożone napięcie mięśniowe, nadmierne odruchy, drgawki, intensywne ziewanie, zatkanie przewodów nosowych i nadmierne kichanie, słabe ssanie, wymioty, biegunka, odwodnienie, nadmierne pocenie się, gorączka lub niestabilna temperatura ciała. W przypadku wcześniaków mogą wystąpić opisane objawy zespołu abstynencyjnego, ale najczęściej ma się do czynienia z drzzeniami, piskliwym płaczem, szybkim oddechem i trudnościami w karmieniu [88].

Bardzo często u noworodków, a także u niemowląt występuje szereg złożonych wad wrodzonych, m.in.: wady serca (29–41%), wady układu moczowo-płciowego (najczęstsze to niedorozwój nerek oraz wady anatomiczne pęcherza moczowego – 10%), zniekształcenia genitaliów (46%), rozszczep kręgosłupa (1,8–3%), mikrocefalia (53–86%), anomalia kośćca (m.in.: nieprawidłowości w budowie klatki piersiowej – 27%), hypoplazja stawu biodrowego (19%), klinodaktylia piątego palca u rąk (22–51%) [89].

W okresie niemowlęcym dzieci te rozwijają się szybciej niż w jakimkolwiek późniejszym czasie. Można jednak u nich napotkać problemy związane z przyrostem na wadze pomimo prawidłowego karmienia. Poza tym dzieci z FAS mają nieprawidłowo rozwinięty cykl sen-czuwanie, co powoduje, że można je bardzo szybko rozbudzić, ale też bardzo trudno jest przewidzieć, kiedy i jak długo będą spały.

Małe dzieci z FAS mają skłonność do złości, rozpraszania, nadpobudliwości, na krótko skupiają swoją uwagę, stwierdza się u nich opóźnienia rozwojowe oraz słaby rozwój układu mięśniowego. Zarówno niemowlęta, jak i małe dzieci nie odróżniają osób bliskich od obcych, mają kłopoty z przywiązywaniem się. Te ostatnie narastają wraz z wiekiem dziecka, co stanowi dużą trudność dla jego rodziców i opiekunów [55,90–92].

Kolejny okres życia dziecka to wiek przedszkolny, przypadający na 3.–6. rok życia. Dzieci potrafią wtedy darzyć wielkim uczuciem swoich opiekunów, jak również chętnie wchodzić w relacje z innymi osobami (brak umiejętności dostrzegania zagrożenia). Są najczęściej przyjacielskie, serdeczne, gadatliwe, posługują się kwiecistym językiem, choć ich mowa nie odzwierciedla poziomu myślenia. Ich funkcje poznawcze, motoryczne, ale też ogólny rozwój mowy są zazwyczaj na niskim poziomie. Charakteryzują się nadmierną aktywnością, słabo kontrolują swoje impulsy, często bywają kapryśne, rozkojarzone, mogą występować deficyty uwagi oraz pamięci. Ich postępowanie bywa nieadekwatne do wieku, ulegają często zmianom nastroju. Widoczne są objawy nadpobudliwości, głównie sensorycznej, na dotyk i dźwięk. Trudno jest im przechodzić od jednej czynności do drugiej, mają również kłopoty ze zmianą swoich przyzwyczajeń.

Dzieci z FAS często dobierają sobie za przyjaciół dzieci młodsze o 2–3 lata, ale mają trudności z utrzymaniem i rozwijaniem przyjaźni.

Ponadto zauważa się u nich spowolnienie wzrostu ciała oraz przyrostu obwodu głowy, a także opóźnienie rozwoju mowy (wynikające z problemów ze słuchem) oraz wady wzroku. Powszechnie ujawnia się u nich upośledzenie koordynacji ruchowej (kanciaste ruchy, głośny chód – tupanie, szuranie). Obserwuje się nieumiejętność rozwiązywania problemów. Wpajanie zasad czystości bywa dłuższe niż u innych dzieci [88,90,92–93].

Od 6. do 13. roku życia dziecko uczęszcza do szkoły. Rozpoczęcie nauki szkolnej przez dzieci z FAS wiąże się z dodatkowymi problemami – potrzebują dodatkowej pomocy w nauce, nawet jeżeli ich wskaźnik inteligencji mieści się w granicach normy. Ich nieprzewidywalność sprawia kłopoty z zachowaniem w środowisku szkolnym i rówieśniczym i trzeba stale nad nimi czuwać, żeby czasem swoimi bezrefleksyjnymi działaniami nie zrobiły krzywdy sobie bądź swoim rówieśnikom. Mają dodatkowo trudności w przystosowaniu się i nawiązaniu nowych relacji w grupie rówieśniczej. Na zdolność komunikacji z otoczeniem mogą wpływać trudności z zakresu sfery poznawczej, zaburzenia zachowania oraz słabszy rozwój mowy. Nie są w stanie pojąć, dlaczego są odrzucane.

W wieku szkolnym u dziecka z FAS/FAE ujawniają się zasadnicze trudności szkolne i wychowawcze, będące konsekwencją uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego przez alkohol. Należą do nich m.in.: zaburzenia zapamiętywania i obniżona koncentracja uwagi, zaburzenia orientacji przestrzennej (braki integracji sensomotorycznej w wyniku zakłóconego przez alkohol sposobu odbierania bodźców), zaburzenia rytmów biologicznych (sen–aktywność, problemy z poczuciem czasu), brak zdolności przewidywania i rozumienia konsekwencji swoich działań, trudności w planowaniu, organizowaniu „stanowiska pracy”, problemy w zakresie widzenia (szczególnie peryferyjnego, słaba uwaga wzrokowa, trudności z wybieraniem obiektów zależnie od ich rangi (trudności w uczeniu się z podręcznika, rozproszenie „uwagi wzrokowej”), problemy w zakresie słyszenia (nadwrażliwość lub niedowrażliwość słuchowa). Zaburzenia czucia głębokiego, dotykowego, temperatury, bólu wpływają na niepełną „świadomość” położenia ciała, upośledzają sprawności grafomotoryczne, utrudniają samoobsługę, zaburzają precyzję wykonywania ćwiczeń, wykresów, prac plastycznych. Dobry rozwój mowy, obszerność i „kwiecistość” wypowiedzi maskują braki w zakresie rozumienia mowy innych i czytanego tekstu. Daje się także u tych dzieci zaobserwować nieumiejętność rozpoznawania uczuć u siebie i innych, brak empatii, trudności w rozumieniu metafor, alegorii, intencji. Ograniczenia te oraz nierozumienie możliwości dziecka przez otoczenie pociągają za sobą szereg negatywnych skutków wtórnych. Dzieci z FAS często są obciążane zadaniami zbyt złożonymi i trudnymi, uzyskują słabe wyniki w nauce, co w Polsce mocno wpływa na ich ocenę w domu i szkole. Otrzymują ne-

gatywne określenia: zdolnych leni, krnąbrnych, kłamców. Małe postępy szkolne pogarszają ich samoocenę, mogą prowadzić do spadku nastroju i innych objawów depresji, zachowań agresywnych, nadpobudliwości. Dzieci z FAS mają problemy w funkcjonowaniu zarówno w klasie, jak i w grupie towarzyskiej, stają się często ofiarami żartów i są odtrącane. Są postrzegane jako naiwne, niedojrzałe, łatwo ulegają sugestiom i namowom innych, a zatem można nimi łatwo manipulować [92,94].

W wieku 13 lat dziecko wkracza w okres młodzieńczy, który trwa mniej więcej do 18. roku życia. Typowe dla tego okresu są zmiany w wyglądzie zewnętrznym. Może dochodzić do zmniejszenia lub zaniku cech dysmorficznych twarzy, które są najbardziej wyraziste w wieku 2-10 lat, szczupła sylwetka zazwyczaj ulega zmianom (dziewczynki mają skłonność do tycia). Głównym problemem tego okresu są niewłaściwe zachowania – kłamstwo, kradzież. Nastolatki mają problemy w kontaktach z rówieśnikami, często bywają impulsywne. W tym czasie istnieje duże ryzyko depresji ze skłonnością do popełnienia samobójstwa. Mogą mieć także tendencje do popadania w uzależnienia (alkoholizm, narkomania, seks). Ich funkcjonowanie społeczne czy emocjonalne może być cofnięte o 6-11 lat [55,95-96].

Mówiąc o opiece pielęgniarskiej, nie sposób nie wspomnieć o standardach obowiązujących w świadczeniu profesjonalnej opieki. Ze względu na specyfikę tego rozdziału jego autorka w tym miejscu chciała przedstawić projekt standardu opieki nad noworodkiem z alkoholowym zespołem płodowym (FAS) podczas pobytu w szpitalu autorstwa Klaudii Pałuckiej i współautorów, opublikowany w czasopiśmie „Pielęgniarstwo XXI wieku” [97].

„Cel standardu. Określenie zadań położnej/pielęgniarki w opiece nad noworodkiem z zespołem FAS w warunkach szpitalnych i po wypisie do domu.

Temat: Zadania położnej/pielęgniarki w opiece nad noworodkiem z zespołem FAS w szpitalu i miejscu zamieszkania lub przebywania.

Podmiot opieki: noworodek z rozpoznany FAS.

Standaryzacja opieki pozwala poprawić jakość opieki świadczonej przez położne/pielęgniarki i określenie ich obowiązków. Ponadto prezentuje wytyczne dla sprawowania profesjonalnego nadzoru i opieki nad chorym noworodkiem oraz jego rodziną. Postępowanie położnej/pielęgniarki ma na celu stworzenie dziecku jak najlepszych warunków do rozwoju oraz komfort zarówno w warunkach szpitalnych, jak i podczas pobytu w domu.

Oświadczenie standardowe. Każdy noworodek, urodzony z podejrzeniem zespołu FAS, będzie objęty profesjonalną opieką ze strony położnej/pielęgniarki, dostosowaną do jego stanu. Położne/pielęgniarki będą współpracować z rodziną dziecka oraz z zespołem terapeutycznym, zarówno na etapie diagnozowania, jak i leczenia. Pielęgniowanie będzie zindywidualizowane i optymalnie dobrane do sytuacji zdrowotnej i społecznej noworodka. Położne/pielęgniarki będą potrafiły wykonywać czynności pielęgnacyjne i terapeutyczne zgodnie z obowiązującymi procedurami i aktualną sytuacją oraz będą przygotowane do udzielania wsparcia matce/rodzicom noworodka z zespołem FAS.

Kryteria struktury.

I. Personel

Wymagane kwalifikacje:

- położna – magister położnictwa lub pielęgniarstwa,
- pielęgniarka – magister pielęgniarstwa,
- położna/pielęgniarka – specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego,
- położna/pielęgniarka rodzinna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Współpraca:

- z lekarzem neonatologiem lub lekarzem pediatrą udzielającym specjalistycznych świadczeń w obszarze działania położnej/pielęgniarki,
- z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej,
- z położną lub pielęgniarką,
- z położną środowiskowo-rodzinną,
- z innymi świadczeniobiorcami, zgodnie z potrzebami dziecka, np. z fizjoterapeutą,
- z przedstawicielami organizacji i instytucji działającymi na rzecz zdrowia rodziny.

II. Lokalizacja

Położna/pielęgniarka realizuje opiekę nad noworodkiem w warunkach szpitalnych. W środowisku domowym (w miejscu zamieszkania lub przebywania dziecka) – położna rodzinna do 6. tyg. życia dziecka, a po tym czasie – pielęgniarka rodzinna.

Położna/pielęgniarka, sprawująca opiekę nad noworodkiem z zespołem FAS, powinna posiadać wiedzę i kwalifikacje w zakresie:

- istoty choroby,
- badań diagnostycznych, służących do potwierdzenia zespołu,
- zasad kompleksowego postępowania terapeutycznego w danym przypadku,
- działań medycznych w sytuacji zagrożenia życia, w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- pielęgnowania noworodka,
- nadzorowania rozwoju dziecka,
- udzielania wsparcia psychicznego matce/rodzicom,
- udzielania wskazówek matce dotyczących opieki nad dzieckiem przed jego wypisem do domu.

Położne/pielęgniarki mają obowiązek pogłębiania wiedzy i podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych poprzez:

- samokształcenie,
- doskonalenie wewnątrzszpitalne,
- udział w sympozjach i konferencjach,
- uczestnictwo w kursach,
- specjalizację zawodową.

Zakład opieki zdrowotnej zapewnia optymalne warunki do przeprowadzenia procesu pielęgnowania noworodka z zespołem FAS. Stanowisko położnej jest przygotowane do realizacji zadań diagnostycznych, opiekuńczych, organizacyjnych i edukacyjnych. Wyposażenie oddziału zapewnia holistyczną i profesjonalną opiekę nad noworodkiem dotkniętym zespołem FAS i jego rodziną. Oddział posiada pakiet procedur i zapewnia niezbędny sprzęt do realizowania procesu pielęgnowania. W skład wyposażenia niezbędnego do realizacji procesu pielęgnowania wchodzi:

- inkubator,
- kardiomonitor,
- pulsoksymetr,
- zestaw przeciwwstrząsowy,
- źródło tlenu,
- sprzęt do intubacji,
- leki przeciwdrgawkowe,
- zestaw do pielęgnacji noworodka, np. przyjemna w dotyku, jednokolorowa bielizna i pościel.

Wszystkie czynności pielęgnacyjne są wykonywane przez położną według procedur obowiązujących w danym oddziale i systematycznie dokumentowane. Położna współpracuje z innymi członkami zespołu terapeutycznego (m.in. z lekarzem położnikiem, neonatologiem oraz psychologiem) oraz rodzicami/opiekunami dziecka.

Kryteria procesu. Położna/pielęgniarka gromadzi informacje dotyczące noworodka w celu:

- ustalenia jego tożsamości,
- oceny stanu ogólnego,
- rozpoznania problemów pielęgnacyjnych,
- oceny sytuacji społeczno-ekonomicznej rodziny,
- opracowania celów opieki.

Zakres działań podejmowanych przez położną/pielęgniarkę, realizującą proces pielęgnowania, zależy od stanu ogólnego noworodka i od rozległości zmian patologicznych, występujących w zespole FAS. Położna/pielęgniarka ma za zadanie:

- przyjęcie noworodka na oddział neonatologiczny,
- sprawdzenie jego tożsamości,
- przeanalizowanie medycznej dokumentacji dziecka,
- zapoznanie się z wynikiem badania noworodka, przeprowadzonego przez lekarza neonatologa,
- w przypadku specyficznych problemów pielęgnacyjnych konsultowanie się z lekarzem neonatologiem,
- uczestniczenie i asystowanie w procesie diagnostycznym i terapeutycznym,
- zapoznanie się z rodzicami noworodka i zorientowanie się w zakresie ich wydolności opiekuńczej,
- bieżące sprawdzanie i wykonywanie zleceń lekarza.

Do działań pielęgnacyjnych położnej/pielęgniarki w odniesieniu do noworodka z zespołem FAS należą:

- ocena stanu skóry noworodka (zabarwienie, sinica, otarcia, krwiaki, znamiona),
- kontrola masy i długości ciała oraz obwodu głowy,
- kontrola czynności oddechowej,
- badanie ciepłoty ciała,
- sprawdzanie drożności układu pokarmowego, a w sytuacji gdy dziecko nie oddało smółki, założenie cewnika do odbytu,
- sprawdzenie zabezpieczenia kikuta pępowinowego, szczelności zacisku,
- ocena interakcji matka/ojciec a dziecko,
- ocena koordynacji odruchu ssania i połykania,
- określenie ewentualnych problemów z karmieniem piersią,
- nauczenie matki prawidłowych technik karmienia naturalnego,
- instruktaż w zakresie zasad odciągania i przechowywania pokarmu, w przy-

padku zaburzeń motoryki jamy ustnej u noworodka,

- przekazywanie w razie potrzeby informacji na temat przygotowywania mieszanki sztucznej,
- zakładanie zglębniaka, podawanie pokarmu oraz kontrolowanie rezultatów żywienia, w przypadku zaburzonego odruchu ssania i połykania,
- zapewnienie matce i dziecku intymności i bliskości, co ma ogromne znaczenie dla kontynuacji karmienia piersią oraz pogłębienia więzi uczuciowej,
- zapewnienie dziecku komfortu poprzez:
 - ✓ ograniczenie nadmiernej stymulacji i przebywanie w pomieszczeniu z niezbędnym wyposażeniem (zminimalizować bodźce wzrokowe: usunąć z zasięgu wzroku obrazki, rysunki, zabawki, zmniejszyć źródło światła) i słuchowe (ograniczyć do minimum źródło hałasu – muzykę, dźwięki z ulicy, a nowe wprowadzać pojedynczo i stopniowo);
 - ✓ zmniejszenie nadwrażliwości sensorycznej, poprzez odpowiednie dopasowanie nasilenia bodźców docierających do dziecka;
 - ✓ stałość otoczenia;
 - ✓ powtarzalność bodźców;
 - ✓ różnorodność bodźców (polisensoryczność) – dotykowe, czuciowe.

Położna/pielęgniarka obserwuje dziecko, oceniając:

- symetrię budowy ciała,
- obecność tkanki tłuszczowej,
- spontaniczną aktywność ruchową,
- świadomość,
- wyraz twarzy,
- zabarwienie powłok skórnych,
- sposób oddychania,
- wielkość ciemienia przedniego i tylnego.

Położna/pielęgniarka jest świadoma celowości wnikliwego badania dla szybkiego diagnozowania pojawiających się nieprawidłowości. W przypadku opieki nad dzieckiem z zespołem FAS bardzo przydatna jest skala Brazeltona, która jest pomocna w ocenie zachowania noworodka i w określeniu indywidualnych cech dziecka oraz w doborze właściwego modelu opieki.

Położna/pielęgniarka wykonuje działania pielęgnacyjne zgodnie z zasadą *minimal handling*, która polega na ograniczaniu i łączeniu czynności wykonywanych przy dziecku, skutkiem czego jest zapewnienie spokoju oraz wyeliminowanie zbędnych działań.

Przed wypisem ze szpitala położna/pielęgniarka ocenia wydolność opiekunczą rodziców dziecka i edukuje ich w zakresie:

- prawidłowej pielęgnacji noworodka (przewijanie, pielęgnacja skóry, kąpiel, drzemka w ciągu dnia),
- zalet spacerów i werandowania,
- prawidłowego karmienia i oceny przyrostu masy ciała,
- znaczenia ograniczenia nadmiernych bodźców i zapewnienia dziecku spokoju,
- konieczności usunięcia niepotrzebnych dekoracji z pokoju dziecka, ponieważ rozpraszają i powodują obciążenie układu nerwowego,
- znaczenia unikania niepotrzebnego ruchu, np. niestabilnego łóżeczka,
- technik relaksacji noworodka przeciążonego nadmiernymi bodźcami,
- zasadności unikania nerwowości i pośpiechu podczas przebywania z noworodkiem,

- znaczenia obserwacji noworodka i zgłaszania nieprawidłowości lekarzowi,
- potrzeby mówienia do dziecka spokojnym głosem,
- znaczenia wykonywania czynności pielęgnacyjnych o stałych porach,
- celowości wizyty położnej rodzinnej w domu,
- planie wizyt kontrolnych u lekarza pediatry.

W celu uniknięcia zniechęcenia, wycofania się i frustracji, każdy rodzic/opiekun powinien:

- wiedzieć, że niepowodzenia są wpisane w jego pracę oraz powinien znać swoje możliwości i ograniczenia,
- dbać o swoje zdrowie psychiczne oraz o rozwój własny,
- dać odczuć dziecku, że jest akceptowane takim, jakim jest,
- obserwować dziecko i zaspokajać rzeczywiste jego potrzeby,
- cierpliwie czekać na efekty pracy z dzieckiem,
- nie porównywać osiągnięć dziecka z FAS z osiągnięciami zdrowych rówieśników – ma ono swój własny model i tempo rozwoju,
- cieszyć się z najmniejszych postępów dziecka,
- wiedzieć, że przy tak licznych deficytach i zaburzeniach niemożliwe jest jednoczesne ich wyeliminowanie, nawet przy bardzo intensywnej pracy.

Położna/pielęgniarka swoją opieką otacza również matkę/ojca dziecka zapewniając im:

- wsparcie,
- poczucie bezpieczeństwa,
- życzliwą rozmowę,
- informację na temat placówek opieki społecznej, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków interwencji kryzysowej,
- edukację na temat konieczności zaniechania spożywania alkoholu w ewentualnej kolejnej ciąży.

Kryteria wyniku

1. Noworodek z zespołem FAS ma zapewnioną ciągłą, kompleksową i profesjonalną opiekę położnej/pielęgniarki.
2. Matka (rodzice) zapoznała się z zasadami prawidłowego pielęgnowania i karmienia dziecka.
3. Matka dziecka uzyskała wsparcie i pomoc położnej/pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z FAS.
4. Rodzina wie, na czym polega tworzenie najlepszych warunków do rozwoju psychosomatycznego dziecka oraz jak zapobiegać zaburzeniom wtórnym.
5. Rodzina wie, gdzie w późniejszym okresie życia dziecka poszukiwać pomocy.
6. Prowadzona przez położną/pielęgniarkę dokumentacja obrazuje proces pielęgnowania dziecka."

Wspomniana w standardzie skala Brazeltona (NBAS – *Neonatal Behavioral Assessment Scale*) opracowana została w latach 70. ubiegłego wieku przez amerykańskiego pediatrę T.B. Brazeltona. Obecnie jest jednym z najczęściej stosowanych na świecie narzędzi służących do opisu funkcjonowania noworodków. Również sami rodzice, których dzieci były oceniane za jej pomocą, wysoko ją oceniają. Pozwala ona na stworzenie kompleksowego profilu funkcjonowania niemowlęcia opartego na opisie pełnego zakresu jego zachowań, ze zwróceniem uwagi na umiejętności

i mocne strony. Badanie za pomocą tej skali umożliwia również bardzo wczesne wykrycie obszarów, które sprawiają dziecku trudności, wymagają uwagi i wsparcia rodziców lub dodatkowej interwencji. Umożliwia także uzyskanie obrazu aktualnego statusu układu autonomicznego, ruchowego i społecznego niemowlęcia oraz tzw. układu stanów związanych z zakresem zdolności dziecka do samoregulacji.

NBAS określa spektrum zachowania niemowlęcia w 28 pozycjach, ocenianych w dziewięciopunktowej skali. Skala zawiera również ocenę stanu neurologicznego niemowlęcia w 18 pozycjach badających odruchy, z których każdy jest oceniany w czteropunktowej skali. Pozycje badające odruchy są w stanie zidentyfikować poważne nieprawidłowości neurologiczne, jednak nie są brane pod uwagę przy stawianiu diagnozy neurologicznej. W drugiej edycji podręcznika NBAS, pochodzącej z 1984 r., został dopisany zestaw pozycji dodatkowych, aby lepiej uchwycić zakres i jakość wrażliwych niemowląt wysokiego ryzyka. Te siedem pozycji stanowią próbę podsumowania jakości reakcji dziecka oraz poziom zaangażowania badającego, potrzebny do wywołania tych reakcji.

Badanie przy pomocy skali NBAS rozpoczyna się obserwacją noworodka w czasie snu i określenia jego reakcji na bodźce w tym stanie. Następnie przeprowadzone zostaje badanie funkcjonowania dziecka w obszarze interakcji społecznych oraz z uwagi na bodźce nieożywione, a także badanie odruchów neurologicznych. Jeśli w trakcie badania dziecko zaczyna płakać, obserwuje się również jego zdolności samouspokajania oraz reakcje na różne techniki wyciszania. Badanie odbywa się w obecności rodziców. Po zakończeniu, w trakcie rozmowy podsumowującej, rodzice uzyskują opis funkcjonowania dziecka oraz wskazówki dotyczące opieki. Badanie przeprowadza się w pierwszych dwóch miesiącach od narodzin dziecka (wcześniaki w pierwszych trzech miesiącach), chociaż najlepszym czasem są pierwsze dwa, trzy tygodnie życia [98–101].

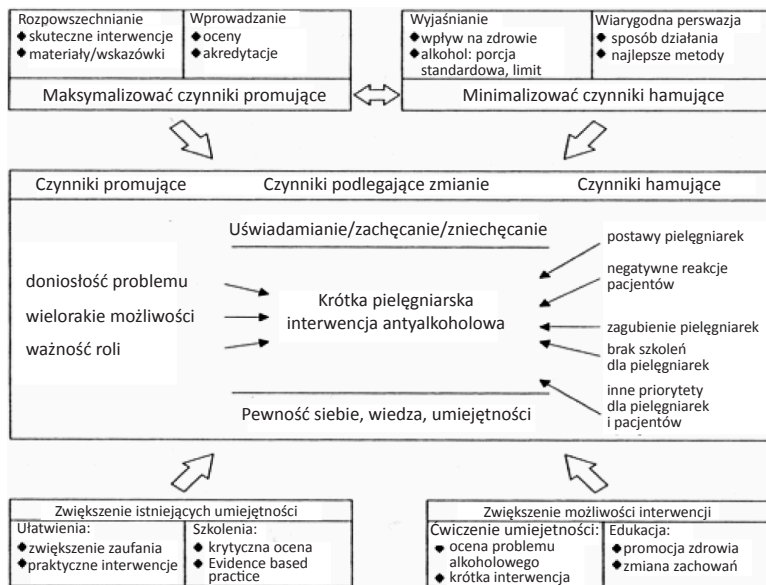
Celem popularyzacji zastosowania tej skali w Polsce przeprowadzono w roku 2008 Projekt „Skala NBAS w Polsce”, realizowany przez Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka we współpracy z Fundacją Towarzystwo Przyjaciół Centrum Zdrowia Dziecka oraz firmą Johnson&Johnson Poland [99].

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z FAS dotyczy nie tylko samego dziecka, ale także jego rodziców / opiekunów. Szczególnego znaczenia nabierają tutaj działania ukierunkowane na kobietę / matkę ze stwierdzonym ryzykiem alkoholowym. Według obowiązujących procedur pielęgniarka u kobiety z ryzykiem alkoholowym powinna przeprowadzić krótką interwencję obejmującą: prowadzenie dziennika spożywania alkoholu, udzielenie niezbędnych informacji o „bezpiecznym picciu”, a zarazem o szkodliwym spożywaniu alkoholu w czasie trwania ciąży [102]. Prowadząc

krótką interwencję, należy w szczególności położyć nacisk na działania zmierzające do maksymalizacji czynników promujących (popularyzacja skutecznych i sprawdzonych interwencji oraz rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych i pomocniczych), a także wprowadzić odpowiednie oceny i akredytacje potwierdzające przydatność wykorzystywanych interwencji i metod. Ważne są również czynniki hamujące, które w ramach prowadzonej krótkiej interwencji powinny być minimalizowane, a może się to odbywać przez wyjaśnianie wpływu spożywania alkoholu na zdrowie, prowadzenie edukacji przeciwalkoholowej ze zwróceniem uwagi na jasne i zrozumiałe tłumaczenie pojęć związanych ze spożywaniem alkoholu. W stosunku do grup ryzyka należałoby korzystać z wiarygodnej perswazji, wykorzystującej sprawdzone i skuteczne metody oddziaływań terapeutycznych dostosowanych do percepcji odbiorców. Aby podejmowane działania przez pielęgniarkę były skuteczne i przynosiły pożądane efekty, należy pamiętać, że sama pielęgniarka powinna być świadoma konieczności zwiększenia posiadanych przez siebie umiejętności, zwłaszcza w kontekście krótkiej interwencji, przez stosowanie ułatwień oraz korzystanie z dostępnych szkoleń i dowodów naukowych. Równie istotne jest ciągle ćwiczenie i doskonalenie posiadanych umiejętności oraz wykorzystywanie zdobyczy edukacji zdrowotnej w kontaktach z osobami z grup ryzyka.

Stosowanie różnych sposobów znacząco wpływa na poszczególne grupy czynników oddziałujących na skuteczność prowadzonych metod edukacyjnych. Do czynników tych zalicza się: grupę czynników promujących (należą do nich: doniosłość poruszanej problematyki, możliwości, jakimi dysponuje pielęgniarka w swojej pracy z podopiecznymi oraz poczucie ważności roli, jaką ma do spełnienia w konkretnym przypadku); grupę czynników podlegających zmianie (z jednej strony należą do nich działania o charakterze uświadamiania, zachęcania czy też zniechęcania do podejmowania działań ryzykownych, a drugiej strony cechy charakteryzujące pielęgniarkę, tj. pewność siebie, wiedza i umiejętności); grupę czynników hamujących (zalicza się do nich: postawy pielęgniarek, ich zagubienie, niedostateczną liczbę szkoleń z danego zakresu pozwalających nabyć wiedzę i umiejętności, ale także negatywne nastawienie pacjentów oraz rozmiągające się priorytety pielęgniarek i pacjentów).

Według PARPA profilaktyka interwencyjna (program wczesnej prewencji uzależnień) powinna koncentrować się na: identyfikacji problemu poprzez rozmowę diagnostyczną czy zastosowanie kwestionariusza TWEAK lub T-ACE, umożliwiającego ustalenie stopnia uzależnienia; utworzeniu planu strategii działania z przygotowaniem wsparcia (m.in. współpraca lekarza i rodziny, znalezienie adresu poradni, skontaktowanie się z ośrodkiem terapii uzależnień, określenie metod pomiaru efektywno-



Ryc. 6. Zestaw metod promujących krótką interwencję antyalkoholową prowadzoną przez pielęgniarki [102]

ści kroków interwencyjnych); wykonaniu określonych działań: konwersacja z pacjentką i jej najbliższymi, udostępnienie telefonu i adresu ośrodka, doprowadzenie do spotkania z terapeutą; na określeniu własnych rezultatów w zakresie działań odnośnie profilaktyki interwencyjnej (stały kontakt z ośrodkiem – dowiadywanie się o postępie terapii) [103].

Działania profilaktyczne ukierunkowane na kobiety w ciąży można skategoryzować zgodnie z przyjętym dla nich trójstopniowym podziałem. Pierwszy z nich to działania zapobiegawcze pierwszego stopnia (uniwersalne). Mają one uświadamiać i informować o szkodliwości spożywania napojów alkoholowych w czasie trwania ciąży, jak również o metodach skutecznej antykoncepcji, zwłaszcza u kobiet uzależnionych (alkohol, narkotyki). Osoba przeprowadzająca rozmowę z przyszłą matką, powinna w bardzo przystępny sposób wyjaśnić, jakie mogą występować zaburzenia rozwojowe u dziecka, przedstawić zasadność przerywania spożywania alkoholu w każdym okresie ciąży. Pacjentki powinny mieć swobodny dostęp do materiałów na temat FAS, jak i innych schorzeń wynikających ze spożywania alkoholu.

Drugi poziom to działania zapobiegawcze drugiego stopnia (wybiórcze), zwrócone do pacjentek z grup wysokiego ryzyka, gdzie występuje problem używania i nadużywania alkoholu podczas ciąży. Określa się ilość spożywanego alkoholu oraz ocenia poziom ryzyka. Celem jest przy-

czynienie się do zaprzestania lub ograniczenia picia napojów alkoholowych, zarówno przed ciążą, jak i w początkowym stadium trwania ciąży. W rezultacie pacjentka w dużym stopniu może zredukować szkodliwy wpływ etanolu na rozwijający się płód.

Ostatni, trzeci poziom to zapobieganie trzeciego stopnia (zalecane). Dotyczy to tych kobiet ciężarnych, u których rozpoznano problem ze spożywaniem czy nadużywaniem alkoholu etylowego. Kobiety te należą do grupy wysokiego ryzyka, co wiąże się z dużym prawdopodobieństwem, że dziecko urodzi się z różnymi defektami (głównie OUN). Po nieudanej próbie interwencji lekarz powinien skierować kobiety z grup wysokiego ryzyka na odpowiednie specjalistyczne leczenie. Z badań naukowych wynika, że dzięki pomocy socjalnej i poradnictwu spośród kobiet będących w ciąży 60–80% ogranicza picie alkoholu przed końcem ciąży, zaś 35–50% zaprzestaje wzmożonego picia [73].

EDYTA KĘDRA
MARIA BORCZYKOWSKA-RZEPKA

ZESPÓŁ INTERDYSCYPLINARNY W OPIECE NAD DZIECKIEM Z FAS

Dziecko z FAS potrzebuje wszechstronnej pomocy, ponieważ schorzenie to dotyczy wielu płaszczyzn życia (fizycznej, umysłowej, zachowania oraz dojrzewania). Opieka ta musi być odpowiednio i indywidualnie dostosowana do potrzeb dziecka, które z biegiem czasu ulegają zmianom, co zostało wcześniej opisane. Każdy rozdział i etap życia dziecka stawia przed pomagającymi odmienne zadania. Dzieckiem od najmłodszych lat powinien zająć się zespół terapeutyczny składający się z: terapeutów, psychologów, pedagogów, pediatrów oraz pracowników socjalnych. Im wcześniej zespół terapeutyczny rozpozna specyficzne problemy i deficyty wynikające ze spożywania alkoholu przez matkę w okresie ciąży, tym dziecko ma większe szanse na lepszy rozwój, na wcześniejszą redukcję skutków i objawów. Zespół terapeutyczny do pracy z dzieckiem powinien wykorzystywać takie metody jak: fizjoterapię, ergoterapię, logopedię, terapię zabawą, muzykoterapię (aktywna, pasywna) oraz sensoryczną terapię integracyjną [91, 104].

Mówiąc o opiece interdyscyplinarnej nad dzieckiem z FAS należałoby zwrócić uwagę na rodzaje tej opieki, podmioty i zespoły odpowiedzialne za jej świadczenie. W związku z tymi kryteriami można tutaj mówić o:

- opiece medycznej świadczonej m.in. przez poradnie zdrowia psychicznego, kliniki pediatryczne, lekarza psychiatrę, lekarza rodzinnego poz, pielęgniarkę poz środowiskową, położną poz środowiskową, foniastrę, diabetologa, okulistę, ortopedę, neurologopedę, audiologa, laryngologa, endokrynologa, neurologa dziecięcego, psychologa klinicznego;
- opiece rehabilitacyjnej, za świadczenie której odpowiedzialne są ośrodki rehabilitacji, fizjoterapeuci, masażyści, terapeuci zajęciowi, arteterapeuci, socjoterapeuci, hipnoterapeuci;
- opiece pedagogicznej realizowanej przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, wychowawców klasy, nauczycieli przedmiotów;

- opiekę społeczną świadczoną przez pracowników socjalnych w świetlicach socjoterapeutycznych, ośrodkach dziennego pobytu, ośrodkach pomocy społecznej, ośrodkach wczesnej interwencji;
- innych rodzajach opieki udzielanej np. przez konsultanta ds. autyzmu, konsultanta ośrodka dla niedowidzących, rodziców (również adopcyjnych i zastępczych).

Wczesna diagnoza problemów neurorozwojowych (zwłaszcza deficytów w zakresie rozwoju i dojrzewania odruchów pierwotnych i posturalnych), a także problemów związanych z przetwarzaniem sensorycznym jest niezmiernie ważna w pracy terapeutów, zwłaszcza w kontekście posiadanej przez nich możliwości obserwowania dziecka w dłuższej perspektywie czasowej. Często zaniepokojeni rodzice, szukający pomocy dla swojego dziecka, są odsyłani od specjalisty do specjalisty lub też słyszą lakoniczne stwierdzenia typu: „ma jeszcze czas” „wyrośnie” „dojrzeje” „jest jeszcze za małe na diagnozę” itp. A wiadomo, że wczesna i prawidłowa diagnoza, na podstawie której wprowadzane są odpowiednie działania terapeutyczne, może pomóc zarówno dzieciom z FAS, jak i ich opiekunom, w miarę możliwości ograniczać lub pokonywać ujawniające się na każdym etapie życia dziecka deficyty czy też ograniczenia, wynikające z podstawowej jednostki, jaką jest FASD.

Oceniając rozwój dziecka z ryzykiem zaburzeń rozwojowych, należy brać pod uwagę stan funkcjonowania jego podstawowych zmysłów oraz stopień rozwoju odruchów, które mają znaczący wpływ na rozwój umiejętności szkolnych oraz emocji. Każdy z tych obszarów wymaga szczególnego traktowania i zaplanowania specyficznej interwencji (np. terapia deficytów sensomotorycznych, integracja odruchów, terapia deficytów przetwarzania słuchowego, rehabilitacja ruchowa). Co prawda, dzięki terapii nie naprawi się uszkodzonego mózgu, ale dzięki jego plastyczności i stymulacji rezerw neuronalnych można zmniejszyć blokady rozwoju wyższych funkcji korowych. Praca nad zaburzeniami pierwotnymi i przygotowanie opiekunów do zaspokajania specyficznych potrzeb i trudności dziecka z FASD daje tym dzieciom ogromną szansę rozwojową.

Patrząc z punktu widzenia klinicznego, błędna diagnoza prowadzi do nieodpowiedniej opieki nad pacjentem, zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń wtórnych oraz utraty szans na prewencję. W sytuacji braku dokładnych, precyzyjnych i obiektywnych metod pomiaru i rejestrowania stopnia narażenia płodu na działanie alkoholu oraz nasilenia objawów u poszczególnych pacjentów rozpoznania postawione w różnych ośrodkach niejednokrotnie znacząco różnią się między sobą.

Terapeuci pracujący z dziećmi z FASD powinni zastanowić się nad wykorzystaniem dotychczas skutecznych metod stymulacji i terapii funkcji

poznawczych i wykonawczych, stosując np. programy skuteczne dla osób po uszkodzeniu mózgu w rehabilitacji młodzieży i dorosłych z FASD. Pozwoliłoby to na wdrożenie odpowiedniej profilaktyki zaburzeń wtórnych o charakterze psychospołecznym. W praktyce niejednokrotnie okazuje się, że osoby, u których FASD został rozpoznany we wczesnym dzieciństwie i w odpowiednim czasie wdrożono właściwą terapię, miały mniej zaburzeń wtórnych, potrafiły utrzymać pracę i funkcjonowały zgodnie ze swoimi możliwościami.

Dla przypomnienia: u dzieci z FASD obserwuje się zaburzenia funkcjonalne m.in.: integracji sensomotorycznej (deficyty przetwarzania sensorycznego w popodstawowych systemach sensoryczny – przedsionkowym, dotykowym i proprioceptywnym oraz w obszarach zmysłów zależnych – wzroku, słuchu, węchu, smaku); kontroli czynności motorycznych (praksja oralna); orientacji w przestrzeni i pamięci przestrzennej; planowania (umiejętności organizacyjne); myślenia abstrakcyjnego (zdolność osądzania); pamięci (uczenie się); przetwarzania informacji; regulacji zachowania (umiejętności społeczne i zachowania przystosowawcze).

Przy podejrzeniu deficytów przetwarzania sensorycznego można pośilkować się procedurą badania stosowanego przez terapeutów integracji sensorycznej pracujących według koncepcji A.J. Ayres (obserwacja kliniczna oraz testy integracji sensorycznej) oraz skalami obserwacyjnymi według C. Delacato.

Procedura diagnostyczna według Instytutu Neurofizjologii i Psychologii Polskiej składa się z testów punktowanych w skali 0 do 4, które obejmują obszary: koordynacji motoryki dużej, równowagi statycznej i dynamicznej, diadochokinezę (szybkie naprzemienne ruchy palców, dłoni i stóp), stopień integracji odruchów pierwotnych, stopień rozwoju odruchów posturalnych, lateralizację, pracę oczu, koordynację wzrokowo-ruchową.

Ocena przetwarzania słuchowego może się opierać na procedurze diagnostycznej stosowanej w indywidualnej stymulacji słuchowej Johansena. Jej twórcą jest dr Kjeld Johansen – duński nauczyciel i psycholog, dyrektor Bałtyckiego Laboratorium Badań nad Dysleksją. Diagnoza w tej procedurze diagnostycznej opiera się na badaniu audiometrii tonalnej oraz na testach mowy utrudnionej, w tym na teście dychotycznym – istotnych w procesie uczenia się aspektów prawidłowego przetwarzania bodźców słuchowych. Obejmuje ona badanie audiometryczne, które wykonywane jest audiometrem klinicznym (kalibracja dla częstotliwości od 125 Hz do 8000 Hz).

Aktualnie terapeuci dysponują uznanymi i skutecznymi metodami terapii w zakresie deficytów sensomotorycznych oraz słuchowych. Już u niemowląt i u dzieci młodszych, w celu poprawy odbioru wrażeń sensorycznych, można wykorzystać indywidualne programy konstruowane

zgodnie z koncepcją Carla Delacato, a w celu poprawy koordynacji, prakcji czy hamowania reakcji impulsywnych stosuje się terapię integracji sensorycznej A.J. Ayres. W wypadku dzieci starszych i młodzieży ze stwierdzonym opóźnieniem neurorozwojowym, można konstruować indywidualny program terapii oparty na technikach wypracowanych w The Institute for Neuro-Physiological Psychology Peter Blythe i Sally Goddard-Blythe w Chester.

U dzieci z deficytami słuchowymi poprawę przynoszą metody stymulacji słuchowej według indywidualnie opracowanych programów. Jak wspomina mgr Iwona Palicka – specjalista psychologii klinicznej, neuropsycholog, terapeuta integracji sensorycznej, neurorozwoju INPP i Johansen IAS [105] w planach jest badanie skuteczności metody Johansena (*Johansen-Individualisierten Audititiven Stimulation*), której główną zaletą jest możliwość pełnej indywidualizacji programu oraz rozciągnięcie stymulacji w czasie przy regularnym odsłuchu materiału. Na podstawie wyników badania audiometrycznego nagrywane są odpowiednie płyty, dostosowywane indywidualnie do możliwości i potrzeb każdego dziecka i z ich wykorzystaniem prowadzony jest trening słuchowy, trwający około 12-18 miesięcy, który powtarzany jest codziennie przez 10-15 minut.

EDYTA KĘDRA

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE W SYTUACJI ZAGROŻENIA SPEKTRUM POALKOHOLOWYCH ZABURZEŃ PŁODU

Informacje zawarte w niniejszym rozdziale nie stanowią merytorycznego novum, a jedynie, krótkie przypomnienie istotnych z punktu widzenia profilaktyki i terapii zagadnień dotyczących alkoholowego zespołu płodowego (FAS). Z obszernej literatury przedmiotu wynika, iż jest to jednostka chorobowa wiążąca się z nieprawidłowościami w zakresie rozwoju fizycznego i umysłowego, prowadząca do zaburzeń zachowania [62, 108]. Najistotniejszym stwierdzeniem zawartym w definicji omawianej jednostki chorobowej jest jednoznaczne podkreślenie, iż wszelkie nieprawidłowości rozwojowe są efektem narażenia płodu na działanie alkoholu [108, 109]. Istotne jest również to, że nie określa się ilości i rodzaju spożywanego przez ciężarną alkoholu i nie ma znaczenia, czy jest to popularny drink, piwo czy kieliszek wódki. Konsekwencje spożywania a nawet jednorazowego spożycia przez ciężarną alkoholu mogą przejawiać się w postaci spectrum poalkoholowych zaburzeń płodu (FASD), a szczególnie pełnoobjawowym zespołem FAS, charakteryzującym się objawami pierwotnymi (można je podzielić na związane z opóźnionym rozwojem fizycznym, dysmorfia twarzy i licznymi dysfunkcjami wynikającymi z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego) i objawami wtórnymi równie utrudniającymi funkcjonowanie psychospołeczne jednostki, które przyjmują postać: lęku, złości, sztywności zachowań, znużenia, przewlekłego zmęczenia, zaburzeń zachowania, impulsywności, tendencji samobójczych czy skłonności do uzależnień [109, 110].

Nawet znane kryteria diagnostyczne płodowego zespołu alkoholowego nie zawsze pozwalają na szybką i jednoznaczną diagnozę medyczną, gdyż analizowana jednostka chorobowa wymaga umiejętności różnicowania jej chociażby z zespołem kruchego chromosomu X, zespołem Cornellii de Lange, zespołem Williama, zespołem NAS (abstynencyjny noworodek) czy wczesnym autyzmem [109, 110]. Postawienie zaś prawidłowej diagnozy jest zadaniem niezwykle istotnym, zarówno ze względu na rokowanie rozwojowe dziecka, jak i opracowanie optymalnego, interdyscyplinarnego programu wczesnej interwencji.

Niezależnie od tego, iż nowe wyniki badań dotyczące funkcjonowania różnych obszarów mózgu stają się inspiracją dla zintegrowanych, interdyscyplinarnych działań terapeutycznych, a sukcesywnie odkrywane mechanizmy plastyczności rozwojowej mózgu pozwalają z nadzieją wytyczać nowe kierunki oddziaływań opiekuńczych, leczniczych i wychowawczych, należy przede wszystkim skupić się na działaniach profilaktycznych, tak aby możliwie w jak największym stopniu wyeliminować zagrożenie powstania FAS lub innych jednostek klinicznych ze spektrum poalkoholowych zaburzeń płodu [108]. Oznacza to, iż należy wdrażać „[...] zespół oddziaływań mających na celu zapobieżenie powstawaniu zaburzeń czy chorób; może polegać on na propagowaniu zdrowego stylu życia lub uczeniu skutecznych sposobów zwalczania stresu” [111, 112]. Istotą tych działań, szczególnie w przypadku zagrożenia uszkodzenia mózgu, powinno być zapobieganie im, bowiem konsekwencje rozciągają się na całe życie jednostki i – powodując trudności szkolne, trudności w komunikacji interpersonalnej i relacjach społecznych – skazują jednostkę na samotność i ostracyzm społeczny, w rezultacie często na bezrobocie, a nawet wejście na drogę przestępstwa [108, 113]. Literatura przedmiotu [114] podkreśla, iż w celu zwiększenia efektywności oddziaływań profilaktycznych podzielono je na poziomy, tak by nakierowane były na określone środowiska i grupy zwiększonego ryzyka czy osoby z symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego lub zachowań problemowych. W przypadku analizowanej problematyki oddziaływania takie powinny być przede wszystkim nakierowane na kobiety ciężarne żyjące w środowisku nadużywającym alkoholu lub same go nadużywające. Szczególną troską i strategiami profilaktycznymi powinny być objęte te przyszłe matki, które już w poprzednich ciążach spożywały alkohol, nawet jeżeli dzieci urodziły się zdrowe. Warto przypomnieć, iż wszystkie poziomy oddziaływań profilaktycznych wykorzystują określone strategie, do których należą: strategie informacyjne, edukacyjne, alternatywne i interwencyjne [112, 114]. Trzeba również wspomnieć o strategii „zmniejszania szkód”, adresowanej w profilaktyce do tych jednostek z grupy najwyższego ryzyka, w stosunku do których podjęte wcześniej kroki profilaktyczne nie przyniosły oczekiwanych rezultatów [112, 114]. W przypadku zapobiegania spożywaniu alkoholu przez kobiety w ciąży właśnie strategie informacyjno-edukacyjne, a także interwencyjne (w odniesieniu do jednostek ze środowisk zagrożonych lub nadużywających alkoholu) wydają się pełnić istotną rolę. Doniesienia z badań nad rozpowszechnieniem spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży w naszym kraju pokazują, iż część potencjalnych matek, a przede wszystkim kobiet w ciąży, zapomina, iż dziecko w okresie prenatalnym, a także w momencie przyjścia na świat jest istotą bezbronną, uzależnioną

od innych ludzi i potrzebującą ich wsparcia w stworzeniu optymalnych warunków dla swego rozwoju [9]. Z całą pewnością, jak podkreśla Iwona Hęcka [115], każdy rodzic posiada większą lub mniejszą wiedzę na temat warunków niezbędnych dla prawidłowego rozwoju ich dziecka – wiedzę kształtowaną zarówno przez własne doświadczenie wyniesione z rodziny pochodzenia, rozmów w kręgu znajomych, jak i media, prasę czy internet. Nader często to te informacje, nie zawsze wyczerpująco omawiające zagadnienie, a czasami rozpowszechniające mity („jeden kieliszek w ciąży nie zaszkodzi”) decydują o tym, jakiego wsparcia od pierwszych dni życia prenatalnego dziecka będą mu udzielać rodzice i w jaki sposób kształtować środowisko rozwoju. Rzetelna wiedza na temat rozwoju dziecka, szczególnie w okresie prenatalnym, umożliwi udzielanie mu wsparcia najbardziej adekwatnego do jego potrzeb i chronienia przed czynnikami zaburzającymi jego rozwój. Warto w tym miejscu przytoczyć podejście terapeutyczne Virginii Satir [116] skoncentrowane wokół takich pojęć, jak „rozwój przez rodzinę” i „rozwój indywidualny”, a także „matryca rodzinna”, której podłoże stanowi odpowiedź na dwa podstawowe pytania, a powinni je zadać sobie faktyczni lub potencjalni rodzice: na jakiego człowieka chcę, by wyrosło moje dziecko? W jaki sposób możemy (i powinniśmy) się do tego przyczynić? [116]. Szczególnie to ostatnie powinny często zadawać sobie potencjalne matki i kobiety ciężarne. W jaki sposób dbać o rozwijające się w okresie prenatalnym dziecko, tak by zgodnie koncepcją wspomnianej już badaczki [116] wyposażyć je w siły (w zdolności) niezbędne do jego dalszego prawidłowego rozwoju.

Do istotnych rozwojowo sił jednostki należy: siła fizyczna, emocjonalna, intelektualna, pragmatyczno-społeczna i duchowa [116]. Ich kształtowanie się stanowi o prawidłowym rozwoju psychospołecznym jednostki, wymaga stworzenia ku temu odpowiednich warunków polegających na całościowym ujmowaniu dziecka w interakcji ze środowiskiem fizycznym (macicą będącą w okresie prenatalnym całym otaczającym dziecko światem i przez nią do niego docierającym), osobowym (matką i jej stanem psychicznym, przeżywanymi kryzysami emocjonalnymi i codziennym stresem, a także kondycją psychiczną ojca i osób najbliższych ciężarnej) i społecznym (postawy i oczekiwania wobec rozwijającego się dziecka) [117]. Takie rozważania podkreślają społeczny charakter prenatalnego środowiska życia dziecka, które ujmowane jest, jak podkreśla Dorota Kornas-Biela [117], jako aktywny partner w dialogu z rodzicami, ujawniający rozwijającą się potrzebę bycia w kontakcie i której zaspokojenie stanowi fundament jego dalszego prawidłowego rozwoju. Znajomość specyfiki rozwoju dziecka w poszczególnych trymestrach ciąży oraz konsekwencji działania różnorodnych patogenów stanowi podstawę wspierania jego

prawidłowego rozwoju. Istotna dla ciężarnych kobiet jest wiedza o obszarach i strukturach mózgu najwrażliwszych na toksyczne działanie alkoholu, do których należą: ciało modzelowate, mózdzek, zwoje podstawy, hipokamp i płaty czołowe. Zgodnie ze współczesną wiedzą na temat roli okresu prenatalnego dla rozwoju poznawczego oraz społecznego dziecka [118], w sytuacji patologicznego jego przebiegu można spodziewać się całego spektrum trudności i zaburzeń, których obraz kliniczny kształtują etapy rozwoju jednostki. Negatywne skutki omawianego zespołu nie kończą się z okresem dorastania, a niektóre problemy, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego, wyraźnie ulegają nasileniu. Zarówno młodzież, jak i osoby dorosłe częściej przejawiają zaburzenia psychiczne, zaburzone zachowanie, których wystąpienie trudno przewidzieć i nadużywają substancji psychoaktywnych.

Dotychczasowe rozważania wyraźnie pokazują, jak poważnym problemem jednostkowym i społecznym jest zarówno FAS, jak i inne jednostki chorobowe ze spektrum poalkoholowych zaburzeń płodu, utrudniające zadowalające funkcjonowanie dziecka w domu, szkole i w relacjach z grupą rówieśniczą. Jak podkreśla Krzysztof Liszcz [108], nadal panuje powszechne przekonanie o znikomej szkodliwości wpływu alkoholu na organizm ludzki (w tym na organizm kobiety ciężarnej), a negatywne skutki picia (często traktowane jako incydentalne) rezerwowane są dla jednostek z tzw. marginesu społecznego.

Skala problemów rozwojowych i trudności w funkcjonowaniu poznawczym i społecznym osób z zespołem FAS oraz innymi, ze spektrum poalkoholowych zaburzeń płodu, zwraca uwagę na konieczność zintensyfikowania działań profilaktycznych propagujących i poszerzających wiedzę o realnych zagrożeniach wynikających ze spożywania alkoholu w ciąży – dla zdrowia i życia dziecka, a także przełamujących liczne, ciągle obecne w naszej kulturze stereotypy dotyczące omawianej problematyki.

EDYTA KĘDRA

ZNAJOMOŚĆ PROBLEMATYKI FASD W POLSCE

W Polsce jak do tej pory FAS nie stanowi tematu systematycznych badań naukowych, jednocześnie nie istnieją dane umożliwiające w sposób rzetelny ocenić skalę problemu.

W ramach Projektu ALICJA (ALICJA = Alkohol i ciąża - jak pomóc dziecku) przeprowadzono natomiast badania nad rozpowszechnieniem u nas FASD [119]. Projekt ten realizowany był we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), a zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie. Jego celem było określenie liczby dzieci w wieku 7–9 lat dotkniętych skutkami działania alkoholu na rozwijający się płód, dokonanie wyboru najbardziej efektywnych metod rozpoznawania takich problemów zdrowotnych u dzieci oraz skierowanie dzieci z rozpoznaniem FASD na właściwą terapię i fachowe wsparcie dla ich rodzin. W skład zespołu badawczego weszli przedstawiciele PARPA, eksperci Agencji w dziedzinie FASD, oraz lekarze, psycholodzy i pedagodzy pochodzący z miejsc realizacji projektu (Kielce, Kraków, Leżajsk, Żywiec). Planowano przebadać populację 2500 dzieci w wieku 7–9 lat uczęszczających do losowo wybranych klas z terenu czterech powiatów wokół Krakowa. Wybór lokalizacji badanej próby nie był przypadkowy, bowiem w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im św. Ludwika w Krakowie powstało Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD - pierwszy tego typu ośrodek w Polsce [120]. Powołanie do życia wspomnianego Centrum jest próbą rozwiązania współcześnie ważnego problemu społeczno-ekonomicznego, jakim jest FASD, oraz pierwszym krokiem do stworzenia w regionie małopolskim systemowych rozwiązań w zakresie specjalistycznej diagnostyki i leczenia dzieci z FASD.

Do dziś możliwości postawienia prawidłowej i wczesnej diagnozy w tym zakresie jest utrudnione. Składa się na to wiele różnych czynników, do których należy zaliczyć: niską świadomość społeczną, nieznaną problematyki wśród pracowników opieki zdrowotnej, rozwiązania prawno-finansowe nieprzewidujące możliwości udziału w diagnozie medycznej specjalistów z innych dziedzin. Celem utworzenia Centrum jest za-

pewnienie pacjentom z całego regionu Polski południowej specjalistycznej diagnostyki zaburzeń neurorozwojowych u dzieci z podejrzeniem FAS, ze sprecyzowaniem rodzaju dysfunkcji i zaburzeń współistniejących, a następnie zastosowanie adekwatnej kompleksowej terapii.

Badania prowadzone w ramach Projektu ALICJA składały się z trzech etapów. W pierwszym etapie prowadzone były badania przesiewowe w szkołach przez przeszkolonych pedagogów/pracowników socjalnych i pielęgniarki. W ramach tych badań zbierano podstawowe informacje o dziecku (masa ciała, wzrost i obwód głowy) oraz informacje o zaburzeniach zachowania i/lub nauki w ocenie rodziców/opiekunów i wychowawców. Zebrane informacje pozwoliły na zakwalifikowanie konkretnego dziecka do dalszych badań w sytuacji, kiedy spełniało ono następujące warunki: którykolwiek parametr wzrostu ≤ 10 centyla oraz występowanie znaczących problemów z zachowaniem lub w nauce [119].

W drugim etapie badań skoncentrowano się na teratogenach i zaburzeniach zachowania u dziecka, a obejmował on diagnozę neuropsychologiczną i podstawową medyczną. Jednocześnie do tego etapu zaproszono jako grupę kontrolną losowo wybraną, porównywalną liczebnie grupę dzieci, u których wymienione problemy nie występowały. Dane na temat każdego dziecka były zbierane niezależnie przez trzy przeszkolone osoby, do których należeli: psycholog/neuropsycholog, psycholog lub pedagog oraz lekarz lub pielęgniarka. Za postawienie podstawowej diagnozy medycznej odpowiedzialny był lekarz lub pielęgniarka, którzy oceniali twarz dziecka pod kątem występowania cech dymorficznych, charakterystycznych dla FAS (krótka szpara powiekowa, zwężenie czerwieni wargowej górnej, wywłaszczenie rynienki podnosowej). Natomiast za postawienie diagnozy w zakresie teratogenów i zaburzeń zachowania u dziecka odpowiedzialny był pedagog/psycholog, który przeprowadzał wywiad z matką biologiczną dziecka na temat jej sytuacji życiowej w czasie ciąży i tuż przed nią, przebiegu ciąży i stylu życia preferowanego w czasie ciąży (w tym ewentualnego działania teratogenów na płód – infekcji, złej diety, leków, alkoholu, tytoniu, stresu). Ponadto rodzic/opiekun był proszony o wypełnienie kwestionariusza opisującego zaburzenia zachowania dziecka (arkusz CBCL). Za diagnozę neuropsychologiczną odpowiedzialny był psycholog/neuropsycholog i obejmowała ona funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w ośmiu obszarach: funkcje neurologiczne (motoryczne i werbalne), funkcje intelektualne, komunikację, osiągnięcia szkolne, pamięć, myślenie abstrakcyjne, zaburzenia uwagi/hiperaktywność, zachowanie adaptacyjne (umiejętności społeczne). Ogólna ocena funkcjonowania OUN była sumą ocen wielu czynników (analiza rozwoju OUN obejmująca i porównująca informacje z wielu źródeł, tj. funkcji pod-

stawowych i złożonych), niezależnej oceny obszarów (w każdym obszarze funkcjonowanie oceniano niezależnie od innych jego aspektów; niejasne przypadki co do tego, w ilu obszarach rozwój układu nerwowego jest nieprawidłowy, konsultowane były w gronie specjalistów), standaryzacji (funkcjonowanie w danym obszarze uznano za nieprawidłowe, jeżeli wyniki standaryzowane testów: Beery VMI i D-Kefs, Leiter, WISC-R mieściły się ≤ 2 SD poniżej średniej lub między wynikami poszczególnych testów występowały znaczne różnice, co najmniej o jedno odchylenie standardowe) oraz oceny klinicznej tych obszarów, dla których nie ma standaryzowanych testów; ocena ta uwzględniała sytuację rodzinną, ekonomiczną i historię życia dziecka. Końcowym efektem postępowania w drugim etapie badawczym było postawienie diagnozy stanu zdrowia dziecka (FAS, pFAS, ARND) na podstawie otrzymanych wyników badań [119].

W trzecim etapie weryfikowano diagnozy postawione w etapie drugim, opierając się na badaniu struktur mózgowia metodą rezonansu magnetycznego, badaniu czynności okoruchowej, ocenie morfometrycznej twarzy na podstawie zdjęć trójwymiarowych, oceny pamięci wzrokowej, uwagi oraz pamięci roboczej i zdolności planowania, stosując komputerową baterię testów CANTAB. Pozwoliło to zarówno na pogłębienie wyników badań uzyskanych w etapie drugim, jak i na ocenę przydatności poszczególnych narzędzi do rozpoznawania FASD; trwał on do września 2014 r. [119].

Niestety, prowadzone badania nie pozwoliły osiągnąć założonych celów, ponieważ w przypadku 2091 uczniów (na 2500) szkoła albo rodzice odmówili udziału w badaniu. Na podstawie tak niskiego odsetka realizacji próby nie można było oszacować rzeczywistego rozpowszechnienia FASD. Jednak w drugim etapie badań wzięły udział wszystkie dzieci, u których stwierdzono zaburzenia rozwoju OUN, i wtedy można było określić dolną granicę FASD. Do drugiego etapu badań zakwalifikowano 325 uczniów (z grupy 409 biorących udział w etapie pierwszym), a 280 wzięło w nim faktyczny udział. W toku przeprowadzonych analiz na zakończenie etapu drugiego otrzymano następujące wyniki:

- minimalne rozpowszechnienie FASD określono na poziomie 1,7%, w tym 0,48% FAS, 0,68% pFAS, 0,56% ARND;
- u 2,1% badanych potwierdzono zaburzenia rozwoju OUN o nieznannej etiologii, bez potwierdzonej ekspozycji na alkohol [119].

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż prezentowane wyniki określiły tylko dolną granicę rozpowszechnienia FASD, a rzeczywiste rozpowszechnienie może być znacznie większe. Ale możliwość odmowy udziału w badaniu oraz obawy matek przed ujawnieniem spożywania alkoholu w czasie ciąży nie pozwoliły postawić rozpoznania pFAS lub ARND. Autorzy

badań we wnioskach odnotowali potrzebę prowadzenia dalszych badań dotyczących etiologii, rozpowszechnienia, profilaktyki i terapii FASD. Natomiast za najważniejsze bariery utrudniające prowadzenie tych badań uznali:

- brak rzetelnej wiedzy na temat FASD wśród lekarzy, pielęgniarek i położnych, psychologów, terapeutów;
- brak wystandaryzowanych w Polsce narzędzi do diagnozy neuropsychologicznej;
- brak interdyscyplinarnych zespołów diagnostycznych;
- zbyt małe zainteresowanie tematyką FASD i zaangażowanie środowiska medycznego;
- brak wyspecjalizowanych ośrodków świadczących pomoc osobom z FASD i ich rodzinom [119].

Zwrócono również uwagę na potrzebę wypracowania ogólnopolskiego kompleksowego systemu rozpoznawania i terapii FASD, wspierania chorych i ich rodzin, a także na zintensyfikowanie działań edukacyjnych oraz promowanie ograniczenia picia alkoholu wśród kobiet [119].

Jak już wielokrotnie wspomniano, FASD jest rozpoznawane tylko w nielicznych przypadkach, co potwierdzają również przytoczone wyniki badań. Diagnoza u noworodków stawiana jest najczęściej w bardzo skrajnej sytuacji, czyli wtedy, gdy kobieta pod wpływem alkoholu trafia na salę porodową. W innych przypadkach nie jest to możliwe, gdyż trafna diagnoza FASD tak naprawdę nie jest prosta i wymaga wiedzy z wielu różnych źródeł, co również pokazały wcześniej opisane badania. Trudno w trakcie prowadzonego wywiadu z matką dziecka jednoznacznie dowiedzieć się, czy dziecko w czasie rozwoju w łonie matki było narażone na działanie alkoholu, ponieważ lekarze prowadzący ciążę rzadko o to pytają, a jeżeli już pytają, to często w taki sposób, że kobieta woli się nie przyznawać do picia. Ponadto w Polsce nie prowadzi się analizy biomarkerów (smółki lub włosów, paznokci lub krwi matki) pozwalającej stwierdzić ekspozycję płodu na alkohol, jeśli miała ona miejsce w ostatnim tryestrze ciąży, a u noworodków można rozpoznać uszkodzenie układu nerwowego tylko w przypadku małopłowia i/lub objawów neurologicznych (nie występują we wszystkich przypadkach FASD). Wiele wad w funkcjonowaniu układu nerwowego może ujawnić się później, gdy dziecko będzie pokonywało kolejne etapy rozwojowe wolniej niż zdrowi rówieśnicy lub nie będzie w ogóle zdolne sprostać pewnym zadaniom rozwojowym. Pamiętać też należy, że przed rozpoczęciem diagnozy w kierunku FASD należy wykluczyć inne możliwe choroby, również genetyczne. Poza tym, jak pokazały badania w ramach Projektu ALICJA, do postawienia prawidłowej diagnozy zaburzeń ze spektrum FASD niezbędny jest kompetentny zespół specjalistów, współpracujący ze sobą dla dobra dziecka.

Niestety, okazuje się, że w polskich realiach taka interdyscyplinarna diagnoza jest możliwa tylko w nielicznych ośrodkach, a jego przykładem jest Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im św. Ludwika w Krakowie.

Kolejną barierą, o której wspomina psycholog Katarzyna Okulicz-Kozaryn [121], jest brak ogólnopolskich standardów diagnozy FASD. Autorka zwraca wagę, że każdy „specjalista” nie dosyć, że stawia diagnozę indywidualnie, to nie uwzględnia wiedzy z innych dziedzin niż własna i kieruje się innymi przesłankami. W konsekwencji spotyka się sytuacje, kiedy dziecko miało dwie różne diagnozy (FASD/nie FASD). Zdaniem nie tylko Katarzyna Okulicz-Kozaryn [121], ale również innych specjalistów zajmujących się problematyką FASD, diagnoza FASD ma służyć zaplanowaniu dalszego postępowania z osobą chorą po to, by usprawnić jej funkcjonowanie. Natomiast w polskich realiach o diagnozę w kierunku FASD występują najczęściej ośrodki adopcyjne lub opiekunowie zastępczy dziecka, które najczęściej jest określane jako „trudne”. Taka diagnoza ma większe znaczenie formalne niż terapeutyczne, gdyż, jak stwierdza Katarzyna Okulicz-Kozaryn [121], służy ona raczej oznakowaniu dziecka jako „uszkodzone”.

Wspominając o barierach w prowadzeniu badań nad rozpowszechnieniu FASD [119], wspomniano również o braku rzetelnej wiedzy na temat FASD wśród lekarzy, pielęgniarek i położnych, psychologów, terapeutów. Potwierdzone to zostało m.in. w badaniach, jakie zostały zaprezentowane w publikacji Edyty Kędry i Agnieszki Przybylskiej [21]. Badania przeprowadzono w grupie 170 pracowników medycznych, zatrudnionych w różnych podmiotach leczniczych. Tylko blisko ¼ ankietowanych (22,9%) przyznała, że bardzo często prowadziła rozmowy z potencjalną matką lub kobietą w ciąży o wpływie alkoholu na płód i przyszły rozwój dziecka. Pozostałe ponad ¾ badanych (77,1%) robiło to bardzo rzadko, sporadycznie lub nigdy (odpowiednio 26,5%, 32,3% oraz 18,3%). Również korzystanie z odpowiednich kwestionariuszy do badania uzależnienia od alkoholu (TWEAK i T-ACE) stanowiło rzadkość wśród respondentów. Aż 90% przyznało się do rzadkiego lub bardzo rzadkiego ich stosowania. Znajomość terminu „płodowy zespół alkoholowy” potwierdziła znaczna grupa badanych (97,1%). Natomiast 2,9% ankietowanych stwierdziło, że z nim się nie spotkało. Respondenci określili swój aktualny poziom wiedzy na temat FAS jako średni (71,3%). Bardzo wysoko oceniło swój poziom wiedzy 12,9% ankietowanych i dokładnie tyle osób uznało, że ich poziom wiedzy jest niski. Zaledwie 2,9% badanych przyznało, że nie posiadają żadnej wiedzy na ten temat, 60,6% poddanych badaniu pracowników medycznych uważało, że byliby w stanie rozpoznać dziecko z FAS,

14,7% respondentów uznało, że zdecydowanie tak, zaś 22,9% badanych stwierdziło, że nie posiadają umiejętności rozpoznania tego schorzenia, a 1,8% ankietowanych odpowiedziało, że zdecydowanie nie posiadają takiej umiejętności. Respondenci zostali również poproszeni o wskazanie maksymalnie trzech cech charakterystycznych dla dzieci z FAS. Pytanie to zawierało cztery nieprawdziwe objawy (drgawki, niedorozwój nosa, rozszczep kręgosłupa, wady rozwojowe kończyn oraz wzmożone napięcie mięśniowe), trzy objawy prawidłowe (płaska środkowa część twarzy, skrócenie piątego paliczka oraz zmarszczka kącika oka), a jedna z odpowiedzi miała charakter otwarty. Z analizy otrzymanych odpowiedzi wynika, że płaską środkową część twarzy wskazało 86 osób, skrócenie piątego paliczka 12 osób, a zmarszczkę kącika oka 41 osób (najbardziej charakterystyczna cecha tego schorzenia). Pozostałe objawy ankietowani wskazywali błędnie, co zostało zaprezentowane w tabeli 14.

Tabela 14

Cechy charakterystyczne płodowego zespołu alkoholowego [21]

Lp.	Objawy	<i>n</i>
1	Drgawki	114
2	Niedorozwój nosa	58
3	Płaska środkowa część twarzy	86
4	Rozszczep kręgosłupa	22
5	Skrócenie piątego paliczka	12
6	Wady rozwojowe kończyn oraz wzmożone napięcie mięśniowe	75
7	Zmarszczka kącika oka	41
8	Inne	0
Pytania nie sumują się do 170 ze względu na możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi		

Tylko 1,2% respondentów (lekarz poz i położna) potrafiło wymienić trzy cechy charakterystyczne dziecka z FAS, dwie cechy – 20% badanych, zaś jedną cechę – 37,1% ankietowanych. Jak wynika z przeprowadzonych badań, blisko połowa ankietowanych (41,7%) nie potrafiła wskazać żadnej cechy charakterystycznej dla dziecka z FAS.

We wnioskach z prezentowanych badań autorki zwróciły m.in. uwagę na bardzo niski stan wiedzy personelu medycznego na temat FAS, co wpływa niekorzystnie na możliwości prawidłowego diagnozowania tej jednostki. I choć samoocena posiadanej przez badany personel medyczny wiedzy na temat FAS była dość wysoka, to całkowicie odbiegała od jej rzeczywistego stanu.

W dobie promowania i wdrażania różnych programów zdrowotnych niepokojący jest fakt, że personel medyczny zbyt mało czasu poświęca na rozmowy i edukację, które są jedną z form profilaktyki zdrowotnej,

a w tym przypadku mogą być skuteczne w stu procentach. Z przeprowadzonych badań [21] wynika, że tylko 22,9% respondentów prowadziło rozmowy profilaktyczne z kobietami, zatem pracownicy służby zdrowia zbyt mało poświęcają na edukację zdrowotną kobiet planujących ciążę i będących w ciąży. Przeprowadzone badania w latach 2009–2011 potwierdzają wyniki badań prezentowanych przez Edytę Kędrę i Agnieszkę Przybylską [21]. Jak wynika z raportu badań TNS OBOP, zaledwie 1/3 lekarzy w roku 2009 przyznała, że rozmawiała na temat konsekwencji spożywania alkoholu przez ciężarne kobiety. Nieco lepiej było w 2010 roku, kiedy rozmowy tego typu przeprowadziło 40% osób ze środowiska medycznego, a w 2011 było to zaledwie 35% [122].

Wiedza jest motorem działania. Im większa wiedza personelu medycznego, tym więcej można zrobić, a podstawą jej posiadania jest chęć jej nabycia. Wiadomo, że każdy poszukuje informacji i zgłębia swoje wiadomości w tych dziedzinach, które go interesują lub są potrzebne do jak najlepszego wykonywania zawodu. Powodu niskiego poziomu wiedzy wśród personelu medycznego należałoby się doszukiwać w zbyt małej liczbie publikacji naukowych, niskim stopniu zainteresowania tą problematyką, brakiem czasu oraz małą liczbą odpowiednich kursów, szkoleń, wykładów czy też konferencji. Jeśli chodzi o publikacje naukowe, to przygotowując niniejsze opracowanie, autorki przyznają, że sporo czasu pochłonęło poszukiwanie odpowiednich doniesień tematycznych, zarówno w czasopismach naukowych, książkach, jak i na stronach internetowych.

W Polsce prym w zakresie publikacji na temat FAS wiedzie Małgorzata Klecka, która jako pierwsza terapeutka w Polsce zaczęła głośno mówić o FAS. Od ponad 14 lat prowadzi szkolenia dla psychologów, pedagogów, lekarzy i rodziców propagujące wiedzę o płodowym zespole alkoholowym. Wspólnie z mężem w roku 2009 powołała Fundację FAStryga. Małgorzata Klecka od wielu lat zajmuje się problematyką dzieci porzuconych oraz wszystkim, co związane jest z rodzicielstwem, także zastępczym i adopcyjnym. Od roku 2000 zajmuje się problematyką FAS i FASD, a w 2001 r. otrzymała Społecznego Nobla Ashoki i stypendium, dzięki któremu mogła rozwijać swoją działalność związaną z FAS [123]. W wywiadzie udzielonym Magdalenie Mól [123] na pytanie: „W jaki sposób odkryła Pani, że przyjęte dzieci cierpią na FAS?” – Małgorzata Klecka odpowiedziała następująco:

„W odpowiednim czasie spotkaliśmy mądrych ludzi, z którymi przyjaźnimy się do dziś – Anię i Pawła Urbanowiczów, założycieli Stowarzyszenia Zastępczego Rodzicielstwa. To oni pomogli nam przejść przez pierwszy kryzys i nazwać to, co się dzieje z dziećmi w rodzinie zastępczej. A potem już sami szukaliśmy przyczyn przedziwnych i niezrozumiałych zachowań naszych podopiecznych, którzy nie potrafili rozwijać się sami, ani skorzystać z pomocy i wsparcia. Pewnego dnia trafiam

na książkę *Zerwana więź* Michaela Dorrisa, adopcyjnego ojca chłopca z FAS. To było dla mnie olśnienie. Pomyślałam, że przecież właśnie na to cierpią nasze dzieciaki. I zaczęłam przeszukiwać internet. Był rok 1999 i na temat FAS na polskich stronach znalazłam krótką wzmiankę w czasopiśmie „Służba Zdrowia”. Obdzwoniłam znajomych, przyjaciół z branży, psychologów, lekarzy, ale nikt o czymś takim jak FAS wówczas nie słyszał. Udało mi się nawiązać kontakt z prof. Ann Streissguth z Uniwersytetu Washington, gdyż w USA syndrom FAS znany jest od 1973 r. I to właśnie ona przekazała mi okazałą przesyłkę z publikacjami i badaniami dotyczącymi FAS. Zaczęłam tłumaczyć teksty i nawiązywać kontakty internetowe z innymi organizacjami zajmującymi się FAS na świecie. Zorganizowałam pierwsze szkolenia. A dalej sprawy toczyły się już same” [109].

Zapytana o reakcje lekarzy, z jakimi się spotkała, gdy zaczęła mówić w Polsce o FAS, odpowiedziała:

„Bywało różnie. Największe wsparcie miałam i mam do dziś dnia wśród psychiatrów, pediatrów, neonatologów. Emocje budziły spotkania z położnikami. Chodziło i chodzi nadal o przysłowiową «lampkę wina», mit, według którego małe ilości alkoholu nie są szkodliwe dla kobiet w ciąży, a według niektórych lekarzy mogą być nawet pomocne. Pierwsze poważne wsparcie medyczne otrzymałam od profesora Tomasza Niemca, położnika, z którym przeprowadziliśmy kilka szkoleń, na których zaczęły padać radykalne stwierdzenia: «W ciąży nie pije się alkoholu. W ogóle». Potem rozpoczęłam ważną współpracę z doktorem Krzysztofem Liszczem z toruńskiej Fundacji «Daj Szansę», członkiem Ashoki. Od lat kibicuje mi także psychiatra Michał Wroniszewski, ashokowiec znany z działań na rzecz osób autystycznych” [109].

Kolejną znaną osobą, która w Polsce zajmuje się problematyką FAS, jest Krzysztof Liszcz – lekarz medycyny, psychiatra, absolwent Łódzkiej Wojskowej Akademii Medycznej (1975). Wykładowca Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w latach 1993–2010, doktorant Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W latach 1983–1996 współtwórca leczenia odwykowego w Toruniu, ordynator oddziału. Współzałożyciel i prezes (w latach 1993–2007) Fundacji na rzecz Wspierania w Rozwoju Dzieci z Uszkodzeniem Mózgu „Daj Szansę”. Od roku 2001 pracuje w Zakładzie Lecznico-Opiekuńczym dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Raciążku. Poczynając od roku 2002 zaangażowany w działania wspierające rodziców zastępczych i adopcyjnych oraz w rozwiązywanie problemów związanych ze szkodami poalkoholowymi u dzieci (FASD). Ojciec adopcyjny i zastępczy czworga dzieci, założyciel Pracowni Edukacyjnej – Aksjomat (2008). Wielokrotnie nagradzany za swoją pracę, otrzymał m.in. Nagrodę Fundacji POLCUL (2005), Order „Ecce Homo” (1998) oraz wspólnie z żoną Katarzyną Nagrodę Znaku i Hestii im. Ks. J. Tischnera (2009). Stypendysta i członek Stowarzyszenia ASHOKA [124].

Spośród rzetelnych źródeł dostępnych w internecie, poświęcających swoją uwagę problematyce FAS, należy wymienić portal Strefa FASD powstały w ramach projektu „FAStygujemy system” finansowanego przez

Fundację Batorego – Fundusz Urygi-Nawarowskiego – <http://www.fas.edu.pl/>, prowadzony przez Fundację FAStyga, organizację non-profit, której założycielami są państwo Kleccy. Jak już wspomniano, powołali ją do życia w 2009 r., a jej celem jest kontynuowanie działań na rzecz osób, które w okresie rozwoju płodowego doznały zaburzeń rozwojowych spowodowanych alkoholem. Istnieją również strony internetowe licznych stowarzyszeń i organizacji lokalnych, które w ramach swojej działalności ukierunkowują się na pomoc rodzinom wychowującym dziecko z FASD.

Analiza dostępności artykułów medycznych (a nie tylko pedagogicznych czy psychologicznych) z zakresu poruszanej w niniejszym opracowaniu tematyki w języku polskim wyraźnie pokazuje, jak bardzo jest ona ograniczona. Na szczęście dają się zauważyć pozytywne zwiastuny zmian w postaci artykułów z ostatnich dziesięciu lat. Dlatego też wydaje się zasadne, aby środowisko medyczne, które, można powiedzieć, stoi na pierwszej linii wykrywalności spektrum FASD, bardziej zainteresowało się i zaangażowało w działania profilaktyczne pierwszo- i drugorzędne, jak również w rzetelnie prowadzoną edukację zdrowotną adresowaną zarówno do młodych dziewczyn, jak i kobiet planujących ciążę, oraz będących w ciąży.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Cierpiałkowska L., *Psychologia uzależnień*, [w:] Sęk H. (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- [2] Talarowska M., Florkowski A., Gałdecki P. (red.), *Podstawy psychologii*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011.
- [3] Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M., *Alkohol*, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej „Gaudium”, Lublin 2004.
- [4] Roman E., *Alkoholizm*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 1, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.
- [5] Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*, wyd. 3, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003 (dodruk 2007).
- [6] Niewiadomska M., Stanisławczyk P., *Narkotyki*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2004.
- [7] Zajączkowski K., *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, WSiP, Warszawa 2003.
- [8] Chaciński B., *Dzieje na hajcu*, „Polityka” 2010, nr 42, s. 29.
- [9] Pytko K., *Silni, zvarci, naćpani*, „Focus Extra” 2009, nr 10, s. 23.
- [10] Mellibruda J., *Psychologiczna problematyka uzależnienia od alkoholu i narkotyków*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- [11] Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zyski-Ska, Poznań 2003.
- [12] Hołyst B., *Kryminologia*, wyd. 10 zm. i rozsz., LexisNexis Polska, Warszawa 2009.
- [13] Polskie problemy alkoholowe, <http://www.parpa.pl/index.php/analizy-badania-raporty/polskie-problemy-alkoholowe> [dostęp: 02.07.2015].
- [14] <http://www.parpa.pl/index.php/analizy-badania-raporty/spozycie-alkoholu> [dostęp: 02.07.2015].
- [15] <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/kobiety-i-alkohol> [dostęp: 02.07.2015].
- [16] Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*, t. 1-2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011.
- [17] McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H., *Zagrożona młodzież: ujęcie kompleksowe dla pracowników poradni, nauczycieli, psychologów i pracowników socjalnych*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2008.
- [18] Diagnostyka spożycia alkoholu przez młodych ludzi, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, <http://www.parpa.pl/index.php/alkohol-i-mlodzi-polacy/diagnoza> [dostęp: 02.07.2015].
- [19] Wyniki badań HBSC 2010: raport techniczny, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, http://www.wsse.webserwer.pl/UserFiles/wsse/File/OSW_N_STR/Trzymaj%20Forme/Materia%20C5%82y%20pomocnicze%20w%20realizacji%20programu/Zachowania%20zdrowotne%20dzieci%20w%20wieku%20szkolnym_raport%20techniczny%20z%20badan%20HBSC%202010.pdf [dostęp: 02.07.2015].

[20] B o r c z y k o w s k a - R z e p k a M., S k w a r e k B., *Samotność – zagrożenie dla młodzieży gimnazjalnej*, [w:] S z c z u d ł o S. (red.), *Polityka młodzieżowa. Problemy i perspektywy. Zbiór prac naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego w Drohobyczu, Drohobycz 2013.

[21] K ę d r a E., P r z y b y ł s k a A., *Płodowy zespół alkoholowy a odpowiedzialność przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej*, Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Legnica 2014.

[22] H e s z e n I., *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.

[23] O c h m a ń s k i M., *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2001.

[24] G a w ę c k a M., *Poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie własnej*, Wydawnictwo Mado, Toruń 2004.

[25] D o ł ę g a Z., *Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2003.

[26] R o k a c h A., *The Relation of Cultural Background to the Causes of Loneliness*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 1998, Vol. 17, No. 1, s. 75–88.

[27] D o ł ę g a Z., B o r c z y k o w s k a - R z e p k a M., K ę d r a E., *Intrapsychiczne aspekty funkcjonowania młodzieży z różnych systemów rodzinnych a wczesna aktywność seksualna*, [w:] B ą k - S o s n o w s k a M., K o s i ń s k a M., N i e b r ó j L. (red.), *Rodzina wobec zagrożeń XXI wieku*, Media Silesia, Katowice 2014.

[28] D o ł ę g a Z., *Poczucie samotności a sposoby radzenia sobie w sytuacjach szkolnych w kontekście autodestrukcyjności*, [w:] D o ł ę g a Z., B o r y s M.J. (red.), *Zdrowie psychiczne uczniów – różne konteksty i odniesienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009.

[29] N a m y s ł o w s k a I., *Adolescencja – wiek dorastania*, [w:] N a m y s ł o w s k a I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, wyd. 2 rozsz. i uakt., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

[30] C o l e m a n J.C., *Current contradictions in adolescent theory*, „Journal of Youth and Adolescence” 1978, No. 7, s. 1–11.

[31] O b u c h o w s k a I., *Drogi dorastania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

[32] M a r z e c - T a r a s i ń s k a A., *Wsparcie społeczne młodzieży zażywającej środki odurzające*, [w:] P a l a k Z., B a t k o w i c z Z. (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.

[33] R o g a ł a - O b ł ę k o w s k a J., *Rodzinna profilaktyka uzależnień*, „Remedium” 2005, nr 11/12, s. 34–35.

[34] Ł u k a s z e w s k i W., *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*, PWN, Warszawa 1974.

[35] S e n i ó w J., P o l a n o w s k a K., *Neuropsychologiczna rehabilitacja pacjentów z zaburzeniami poznawczymi wynikającymi z pourazowej patologii mózgu*, [w:] H e r z y k A., D a n i ł u k B., P ą c h a ł s k a M., M a c Q u e e n B. (red.), *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2003.

[36] R e y k o w s k i J., *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*, PWN, Warszawa 1979.

[37] A r o n s o n E., W i l s o n T.D., A k e r t R.M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997.

[38] B e e H., B o y d D., *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2008.

[39] K a ł a t J.W., *Biologiczne podstawy psychologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

[40] Sławińska J., *Wpływ alkoholu na zmiany w strukturze procesów poznawczych*, „Zeszyty Naukowe IBPS” 1979, nr 12.

[41] Niewiadomska M., Sikorska-Głodowicz M., *Alkohol*, Wydawnictwo „Gaudium”, Lublin 2004.

[42] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.

[43] Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.

[44] Bartosik A., (red.), *Typologia alkoholizmu*, Warszawa 2002.

[45] <http://www.parpa.pl/index.php/analizy-badania-raporty/statystyki> [dostęp: 02.07.2015].

[46] Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

[47] Colantoni A., Idilman R., De Maria N., La Oaglia N., Belmonte J., Wezeman F., Emanuele N., Van Thiel D., Kovacs E., Emanuele M., *Hepatic apoptosis and proliferation in male and female rats fed alcohol: role of cytokines*, „Alcoholism Clinical and Experimental Research” 2003, Vol. 26, s. 1184–1189.

[48] Cool J., *Biochemical markers of alcohol use in pregnancy women*, „Clinical Biochemistry” 2003, Vol. 36, s. 9–19.

[49] Wyniki badania przeprowadzonego przez IPSOS na zlecenie Fundacji „Rodzic po Ludzku” w 2005 r., http://www.ciazabezalkoholu.pl/fundacja_rpl.html [dostęp: 07.07.2015].

[50] Scheuplein R., Charnley G., Dourson M., *Differential sensitivity of children and adults to chemical toxicity*, „Regulatory Toxicology Pharmacology” 2002, Vol. 35, s. 429–447.

[51] Hines N., Mc Carver D., *Ontogeny of human drug-metabolizing enzymes: Phase I oxidative enzymes*, „Journal Pharmacology Experimental Therapeutics” 2002, Vol. 300, s. 355–360.

[52] Valenzuela C.F., Puglia M.P., Zucca S., *FOCUS ON: Neurotransmitter Systems*, „Alcohol Research & Health”, Vol. 34, Issue 1, <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/106-120.htm> [dostęp: 07.07.2015].

[53] Fischer D., Solbach C., Kitz R., Ahr A., Veldman A., *Acute ethanol intoxication during pregnancy and consecutive fetal cardiac arrest: a case report*. „Journal of Perinatal Medicine” 2003, Vol. 31, s. 343–344.

[54] Wiergowski M., *Alkohol w życiu kobiety – toksyczny związek*, http://www.kobieta-a-alkohol.pl/documents/Wiergowski_www.pdf [dostęp: 17.07.2015].

[55] Klecka M., *Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko z FAS*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Parpamedia Warszawa 2007.

[56] Wspomaganie rozwoju dziecka z alkoholowym zespołem płodowym FAS, <http://www.k-poa.torun.pl/index.php/publikacje/wspomaganie-dziecka-z-zespolem-fas> [dostęp: 17.05.2015].

[57] Warzycha J., Baryła M., Halkiewicz M., Warzycha E., Rakowska M., *Wpływ alkoholu na rozwój dziecka – współczesne poglądy*, „Postępy Neonatologii” 2013, Vol. 19, nr 2, s. 64–68.

[58] FAS Diagnostic & Prevention Network, *The 4 Diagnoses under the FASD Umbrella*, <https://depts.washington.edu/fasdpn/htmls/fasd-fas.htm> [dostęp: 17.05.2015].

[59] Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs), Centers of Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/facts.html> [dostęp: 17.05.2015].

[60] What is FASD?, <http://www.fasdtrust.co.uk/about.php> [dostęp: 17.05.2015].

[61] Klecka M., Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., *Rozwój diagnostyki poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych FASD; przegląd narzędzi diagnostycznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2010, Vol. 10, nr 4, s. 298–302.

[62] Liszcz K., *Rozpoznaję alkoholowy zespół płodowy FAS: materiały informacyjne dla lekarzy*, Fundacja „Daj Szansę”, Toruń 2011.

[63] May P.A., Gossage J.P., Kalberg W.O., Robinson L.K., Buckley D., Manning M., Hoyme H.E., *Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies*, „Developmental Disabilities Research Reviews” 2009, Vol. 15, No. 3, s. 176–192.

[64] May P.A., Baete A., Russo J., Elliott A.J., Blankenship J., Kalberg W.O., Buckley D., Brooks M., Hasken J., Abdul-Rahman O., Adam M.P., Robinson L.K., Manning M., Hoyme E., *Prevalence and characteristics of Fetal Alcohol Spectrum Disorders*, „Pediatrics” 2014, Vol. 134, No. 5, s. 854–866.

[65] Morleo M., Woolfall K., Dedman D., Mukherjee R., Bellis M.A., Cook P.A., *Under-reporting of Foetal Alcohol Spectrum Disorders: An analysis of hospital episode statistics*, „BMC Pediatrics” 2011, Vol. 11, s. 14.

[66] Chasnoff I.J., Wells A.M., King L., *Misdiagnosis and missed diagnoses in foster and adoptive children with prenatal alcohol exposure*, „Pediatrics” 2015, Vol. 135, No. 2, s. 264–270.

[67] May P., Brooke L., Gossage J.P., Croxford J., Adnams C., Jones K.M., Robinson L., Viljoen D., *Epidemiology of fetal alcohol syndrome in a South African community in the Western Cape Province*, „American Journal of Public Health” 2000, Vol. 90, s. 1905–1912.

[68] Abel E.L., Sokol R.J., *Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS related anomalies*, „Drug and Alcohol Dependence” 1987, Vol. 19, s. 51–70.

[69] Chavez G.F., Cordero J.F., Becerra J.E., *Leading major congenital malformations among minority groups in the United States, 1981–1986*, „Journal of the American Medical Association” 1989, Vol. 261, No. 2, s. 205–209.

[70] May P.A., Hymbaugh K.J., Aase J.M., Samet J.M., *Epidemiology of fetal alcohol syndrome among American Indians of the Southwest*, „Social Biology” 1983, Vol. 30, No. 4, s. 374–387.

[71] Sokol R.J., Ager J., Martier S., Debanne S., Ernhart C., Kuzma J., Miller S.I., *Significant determinants of susceptibility to alcohol teratogenicity*, „Annals of the New York Academy of Sciences” 1986, Vol. 477, s. 87–102.

[72] Cięża bez alkoholu, Ogólnopolska Kampania Edukacyjna Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, <http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas.html> [dostęp 17.05.2015].

[73] Raczynski P., *Materiały informacyjne o płodowym zespole alkoholowym FAS dla lekarzy*, PARPA, Parpamedia, Warszawa 2005.

[74] <http://alkoholizm.eu/?sel=testy> [dostęp: 19.05.2015].

[75] Khalil A., O'Brien P., *Spożywanie alkoholu w ciąży*, „Położnictwo. Ginekologia. Medycyna Rozrodu” 2010, t. 4, nr 6, s. 538–541.

[76] The Michigan Alcohol Screening Test, Measures Lifetime Drinking Problems, <http://alcoholism.about.com/od/tests/a/mast.htm> [dostęp: 19.05.2015].

[77] Woronowicz B.T., Testy i kwestionariusze przydatne w diagnozowaniu uzależnienia od alkoholu, <http://alkoholizm.eu/?sel=testy> [dostęp: 19.05.2015].

[78] Mrozowska M., *Problemy diagnostyczne dzieci z FASD*, [w:] Banach M. (red.), *Alkoholowy zespół płodowy: teoria, diagnoza, praktyka*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.

[79] Sokol R.J., Martier S.S., Ager J.W., *The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1989, Vol. 160, No. 4, s. 863–870.

[80] Robles N., Day N.L., *Recall of alcohol consumption during pregnancy*. „Journal of Studies on Alcohol” 1990, Vol. 51, No. 5, s. 403–407.

[81] Coles C.D., Smith I., Fernhoff P.M., Falek A., *Neonatal neurobehavioral characteristics as correlates of maternal alcohol use during gestation*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1985, Vol. 9, No. 5, s. 454–460.

[82] Coles C.D., Smith I.E., Lancaster J.S., Falek A., *Persistence over the first month of neurobehavioral differences in infants exposed to alcohol prenatally*, „Infant Behavior and Development” 1987, Vol. 10, s. 23–37.

[83] Śmigiel R., Jak rozpoznaje się FASD? – spojrzenie lekarza pediatry, genetyka, www.gopschmielno.pl/.../FAS-streszczenie-Robert-Śmigiel-do-wyslania- [dostęp: 19.05.2015].

[84] Astley S.J., *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: the 4-Digit Diagnostic Code*, 3. ed. University of Washington Publication Services, Seattle 2006.

[85] National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect, *Defining the National Agenda for Fetal Alcohol Syndrome and Other Prenatal Alcohol-Related Effects*, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5114a2.htm> [dostęp: 19.05.2015].

[86] Hoyme H.E., May P.A., Kalberg W.O., Kodituwakku P., Gossage J.P., Trujillo P.M., Buckley D.G., *A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria*, „Pediatrics” 2005, Vol. 115, s. 39–47.

[87] *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: the 4-Digit Diagnostic Code*, <https://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide2004.pdf> [dostęp: 19.05.2015].

[88] Jadcza K., Szumiłło T., *Dlaczego jest potrzebna wczesna diagnoza dla dzieci z FAS?*, „Świat Problemów” 2008, nr 12, http://www.swiatproblemow.pl/2008_12_2.html [dostęp: 17.05.2015].

[89] Klecka M., *Fetal Alcohol Syndrome – alkoholowy zespół płodowy – poalkoholowe dzieci ze złożoną niepełnosprawnością*, „Dziecko Krzywdzone” 2004, nr 8, s. 46–55.

[90] Kaczyńska L., *FAS – płodowy zespół alkoholowy – zagrożenia wynikające z działania alkoholu na płód*, [w:] Stęciwko A., Wojtał M., Żurawicka D. (red.), *Wybrane aspekty leczenia i opieki pielęgniarskiej nad chorymi w różnych aspektach choroby*, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole 2008.

[91] Smrokowska-Reichmann A., *Alkoholowy zespół płodowy – upośledzenie, którego można było uniknąć*, cz. 2, „Wspólne Tematy” 2004, nr 7/8, 24–30.

[92] Worbiec A., *Specyficzne problemy dziecka z alkoholowym uszkodzeniem płodowym FAS/FAE*, <http://www.przedszkole19.zabrze.pl/wp-content/uploads/2013/02/SZKOLENIOWA-RADA-PEDAGOGICZNA-FAS-11.pdf> [dostęp: 17.05.2015].

[93] Klecka M., Liszcz K., *Nie próbuj mocniej – spróbuj inaczej. Neurologiczny program naprawy dla dzieci i młodzieży z alkoholowym uszkodzeniem mózgu FAS*, Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa, Oddział Śląski, Łędziny 2004.

[94] Małkowska A., *Alkoholowy zespół płodowy (Fetal Alcohol Syndrome; FAS) – informacje*, <http://www.psychiatria.pl/arttykul/alkoholowy-zespol-plodowy-fetal-alcohol-syndrome-fas-informacje/5753.html> [dostęp: 17.05.2015].

[95] Sarmacka B., *Funkcjonowanie dzieci z FAS-em*, [w:] Banach M. (red.), *Alkoholowy zespół płodowy: teoria, diagnoza, praktyka*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.

[96] Wojaczek M., *FAS – syndrom nieodpowiedzialności*, „Posłaniec” 2008, nr 9, s. 52.

[97] Pałucka K., Pakuła J., Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A.P., Bałanda-Baldyga A., *Standard opieki nad noworodkiem z alkoholowym zespołem płodowym (FAS) podczas pobytu w szpitalu: projekt*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku” 2014, nr 2, s. 23–27

[98] Skala Oceny Zachowania Noworodka wg Brazeltona (NBAS), <http://fundacja05.pl/skala-brazeltona.html> [dostęp 28.06.2015].

[99] Czym jest skala NBAS?, <http://www.nbas.edu.pl/?go=1> [dostęp: 28.06.2015].

[100] The Brazelton Centre, <http://www.brazelton.co.uk/index.html> [dostęp: 28.06.2015].

[101] The Brazelton Institute, <http://www.brazelton-institute.com/intro.html> [dostęp: 28.06.2015].

[102] Majda A., *Minimalna interwencja jako model pracy w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa*, [w:] Andruszkiewicz A., Banaszkiwicz M. (red.), *Promocja zdrowia: dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. 2: *Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

[103] Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015 opracowany na podstawie art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. nr 70, poz. 473 z późn. zm.) przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf [dostęp: 28.06.2015].

[104] Liszczyk K., *Dzieci z alkoholowym zespołem płodowym*, „Niebieska Linia” 2006, nr 3, s. 12–13.

[105] <http://www.szwajcaria-kaszubska.pl/kaszuby/spolecznosc/item/623-swiatow-y-dzien-fas-w-chmielnie> [dostęp: 28.06.2015].

[106] <http://www.ciazabezalkoholu.pl/imagexy.php?id> [dostęp: 28.06.2015].

[107] Czym grozi picie alkoholu w ciąży?, <http://tatapad.pl/zdrowie/czym-grozi-picie-alkoholu-w-ciazy/> [dostęp: 28.06.2015].

[108] Liszczyk K., *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011.

[109] Klecka M., Janas-Kozik M., *Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009.

[110] Banach M., *Alkoholowy zespół płodu: teoria, diagnoza, praktyka*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.

[111] Siuta J., *Słownik psychologii*, Krakowskie Wydawnictwo Naukowe, Kraków 2009.

[112] Szymañska J., Zamecka J., *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki*, [w:] Świątkiewicz G. (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro do Spraw Zapobiegania Narkomanii, Warszawa 2002.

[113] Dorris M., *Zerwane więzi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1996.

[114] Zamecka J., *Programy profilaktyczne: podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacyjnego, Warszawa 2012.

[115] Hęcka L., *Rodzicielskie wsparcie szansą dla rozwoju małego dziecka*, [w:] Cytow-ska B., Winczura B. (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.

[116] Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.

[117] Kornas - Biela D., *Osiągnięcia psychologii prenatalnej szansą dla rodziny*, [w:] Rostowska T. (red.), *Psychologia rodziny. Matżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2009.

[118] Hryniwicz D., *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007.

[119] FASD w Polsce - skala problemu, pdf [www.orka.sejm.gov.pl/.../ FASD%20w%20Polsce%20-%20skala%20problemu](http://www.orka.sejm.gov.pl/.../FASD%20w%20Polsce%20-%20skala%20problemu) [dostęp: 01.09.2015].

[120] Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD, <http://www.dziecieczypital.pl/szpital/component/content/article/310-centrum-kompleksowej-diagnostyki-i-terapii-dzieci-z-fasd.html> [dostęp: 01.09.2015].

[121] Okulicz-Kozaryn K., Potrzeby a realia profilaktyki i wspomaganie rozwoju osób ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych w Polsce, http://www.swiatproblemow.pl/2015_06_3.html [dostęp: 01.09.2015].

[122] www.pijodpowiedzialnie.pl/plik/Raport_Lepszy%20Start_TNS%20OBOP_2011.pdf [dostęp: 01.09.2015].

[123] Mól M., FAScynujące dzieci, <http://ludziesektora.ngo.pl/ludziesektora/476517.html> [dostęp: 01.09.2015].

[124] Profilaktyka uzależnień, http://www.profilaktykauzalezniem.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=97:liszcz&catid=38:autorzy&Itemid=94 [dostęp: 01.09.2015].



Doktor nauk medycznych Edyta Kędra – absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Tytuł magistra pielęgniarstwa uzyskała w roku 1998. Od 1992 r. pracowała jako pielęgniarka środowisko – rodzinna. W ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych w roku 1999 ukończyła Podyplomowe Studium Zarządzania w opiece zdrowotnej oraz Specjalistyczne Studium Menedżerskie dla Kadry Kierowniczej Jednostek Służby Zdrowia. W roku 2004 uzyskała tytuł

doktora nauk medycznych (z zakresu medycyny) nadany przez Akademię Medyczną im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu Wydział Nauk o Zdrowiu.

Autorka licznych artykułów i publikacji z zakresu zdrowia publicznego, pielęgniarstwa, jakości opieki. Promotor i recenzent kilkudziesięciu prac dyplomowych na kierunku pielęgniarstwo pierwszego i drugiego stopnia.

Obecnie zatrudniona w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu na stanowisku starszego wykładowcy.



Doktor nauk medycznych Maria Borczykowska-Rzepka – psycholog kliniczny, neurologopeda, muzyk (ukończona Szkoła Muzyczna II O, klasa fortepianu). Stopień magistra psychologii (specjalność kliniczno-sądowa) uzyskała na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. W ramach stałego poszerzania wiedzy i nabywania nowych kompetencji merytorycznych ukończyła: podyplomowe logopedyczne studia oraz Specjalistyczne Studium Neurologopedii, Studium Afazjologii, podyplomowe studia: usprawnianie

dzieci z wielorakimi niepełnosprawnościami, studia doktoranckie w Opolu na Wydziale Historyczno-Pedagogicznym oraz wiele specjalistycznych szkoleń (zarówno krajowych, jak i zagranicznych), w tym specjalistyczne szkolenie z zakresu pedagogiki leczniczej. Posiada specjalizację z zakresu psychologii klinicznej. Stopień dra n. med. uzyskała na Wydziale Lekarsko-Dentystycznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Zainteresowania naukowo-badawcze oraz praktyka (diagnostyczno-terapeutyczna) ewaluowały od zagadnień związanych z psychologią kliniczno-sądową i kryminologią w kierunku psychologii rozwoju człowieka, neuropsychologii i neurorehabilitacji.

Adiunkt na Wydziale Psychologii i Nauk Humanistycznych w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja F. Modrzewskiego w Krakowie.