

Dziecko z Płodowym Zespołem Alkoholowym

Podstawy teoretyczne i doświadczenia własne





Dziecko z Płodowym Zespołem Alkoholowym

Podstawy teoretyczne i doświadczenia własne



Copyright © 2022 Zachodniopomorska Fundacja Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc”

Zachodniopomorska Fundacja Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc”
Materiał opracowany przez specjalistów z Ośrodka Diagnostyki i Terapii FAS
Zachodniopomorskiej Fundacji Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc”

Redakcja:

Katarzyna Gołębiowska
Monika Guzicka

Okładka

Plakat wykonany w ramach XI edycji konkursu edukacyjnego „Ważne dziewięć miesięcy bez alkoholu” autorstwa Pauliny Solnicy.

Plakaty zamieszczone w publikacji wykonane zostały w ramach konkursu plastycznego „Ważne dziewięć miesięcy bez alkoholu”

Maciej Obój (13 strona)
Aleksandra Hubińska (30 strona)
Oliwia Tyszko (46 strona)

Skład i druk:

Drukarnia Copy Planet
Małkowskiego 27/U1
70-304 Szczecin
www.copyplanet.com.pl

Opracowanie graficzne, skład i edycja tekstu:

Katarzyna Majdan



Publikacja współfinansowana ze środków budżetu Województwa Zachodniopomorskiego
w ramach zadania pod tytułem „Akcja informacyjna w zakresie FAS”

Wstęp

Z ogromną przyjemnością przekazuję na Państwa ręce podręcznik dotyczący problemu Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS), wydany w ramach akcji informacyjnej na temat FAS, dofinansowanej ze środków budżetu Województwa Zachodniopomorskiego. Publikacja ma charakter wspierający akcję, niesie ze sobą bogaty materiał edukacyjny, porusza zagadnienia teoretyczne i praktyczne, zawiera opisy przypadków i cenne świadectwa.

Wszystkie teksty przygotowane zostały przez pracowników i ekspertów Ośrodka Diagnozy i Terapii FAS, prowadzonego przez Fundację „Tęcza Serc” oraz opiekunów dzieci z FAS, stale współpracujących z Fundacją. Stanowi to ogromną wartość merytoryczną tego opracowania. Głównym celem działalności Fundacji jest wspieranie środowiska rodzinnej opieki zastępczej. Wieloletnia praktyka i obserwacje opiekunów zastępczych pokazały nam, że dzieci przez nich wychowywane przejawiają zaburzenia rozwojowe trudne do zdiagnozowania. Wystawiana diagnoza często okazywała się błędną, co skutkowało brakiem odpowiedniego wsparcia i pomocy dziecku oraz rodzinie. W miarę zdobywania wiedzy okazywało się, że chodzi o zaburzenia FAS/FASD. W ten sposób na przestrzeni kilku lat pracownicy Fundacji stali się ekspertami w tematyce diagnozowania i terapii dzieci z tym problemem, przechodząc szkolenia, nawiązując współpracę z innymi ośrodkami w Polsce, zdobywając unikalną praktykę w pracy z dziećmi.

Od 2007 roku intensywnie propagujemy wiedzę z zakresu FASD. Rozpoczęliśmy od współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, uzyskując wyróżnienie za działalność. Zorganizowaliśmy też pięć własnych konferencji propagujących w naszym regionie problematykę FAS, cyklicznie organizujemy konkurs plastyczny dla młodzieży „Ważne dziewięć miesięcy bez alkoholu”, szkolimy terapeutów, organizujemy kampanie społeczne i akcje profilaktyczne. Od 2009 roku prowadzimy indywidualną pracę diagnostyczną i terapeutyczną z dziećmi i ich opiekunami oraz szkolenia dla różnych grup specjalistów. Na bazie naszych doświadczeń i rozwoju w 2011 roku utworzyliśmy Specjalistyczną Poradnię FAS, którą adekwatnie do rozmiaru naszych działań w roku 2022 przekształciliśmy w Ośrodek Diagnozy i Terapii FAS.

Nasze praktyki oparte są na wiedzy i doświadczeniu innych specjalistów oraz poparte wysokimi kwalifikacjami zespołu Ośrodka, który jest systematycznie superwizowany. Osoby w nim pracujące cały czas doksztalają się i zdobywają nowe umiejętności, przydatne w pomocy dzieciom z FASD. W niniejszej publikacji chcemy podzielić się z Państwem naszą wiedzą i doświadczeniem, szczególnie dotyczącą możliwości terapeutycznych oraz praktycznych aspektów pracy z dziećmi z FAS/FASD.

Serdecznie dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do powstania niniejszej publikacji oraz naszemu partnerowi Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Zachodniopomorskiego.

Katarzyna Gołębiowska

Prezes Zachodniopomorskiej Fundacji Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc”

Czym jest FAS i FASD?

FAS (Fetal Alcohol Syndrome) - czyli Płodowy Zespół Alkoholowy – jest to zespół zaburzeń, jakie pojawiają się u dzieci w okresie płodowym, jako rezultat spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Jest to zespół wad wrodzonych, dotyczących rozwoju i wyglądu ciała oraz dysfunkcji układu nerwowego, głównie mózgu.

FAS jest jednostką chorobową o kodzie Q86.0 opisaną w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10.

FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) - czyli Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych – to inne zaburzenia rozwojowe dzieci wynikające z narażenia płodu na działanie alkoholu. FASD nie jest rozpoznaniem klinicznym, czyli u pacjenta nie diagnozuje się FASD.

W skład FASD wchodzi:

- FAS (Fetal Alcohol Syndrome) - Płodowy Zespół Alkoholowy
- pFAS (Partial Alcohol Syndrome) - Częściowy Płodowy Zespół Alkoholowy
- ARND (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders) – Zaburzenia neurorozwojowe związane z alkoholem
- ARBD (Alcohol Related Birth Defects) – Wady Wrodzone związane z alkoholem
- PAE (Prenatal Alcohol Exposure) - Prenatalna ekspozycja na alkohol

PRZYCZYNA FAS

Jedyną przyczyną występowania FAS jest spożywanie alkoholu przez kobietę w ciąży. Cząsteczki alkoholu z łatwością przenikają przez łożysko i po około 40 minutach jego stężenie we krwi płodu jest zbliżone do stężenia alkoholu we krwi matki. Nawet niewielka ilość alkoholu może spowodować uszkodzenia w rozwoju dziecka.

Alkohol powoduje więcej szkód w rozwijającym się płodzie niż inne substancje łącznie z marihuaną, heroiną i kokainą.

Rodzaj i rozmiar uszkodzeń dziecka uzależniony jest od:

- ilości spożywanego alkoholu
- długości jego stosowania
- indywidualnych cech genetycznych i środowiskowych
- okresu ciąży, w którym matka go spożywała
- stanu zdrowia i odżywiania matki

Na każdym etapie rozwoju płodu alkohol może uszkodzić mózg. Uszkadza też inne organy dziecka w zależności od etapu rozwoju płodu:

W I trymestrze ciąży

może uszkodzić mózg;
osłabić rozwój komórek;
uszkodzić serce, nerki, oczy,
uszy; zdeformować twarz

W II trymestrze ciąży

może osłabić rozwój mózgu;
uszkodzić mięśnie, skórę,
gruczoły, kości

W III trymestrze ciąży

może osłabić rozwój mózgu
i płuc; prowadzić do
zaburzeń rozwoju wzrostu

SKALA ZJAWISKA

Badania opublikowane przez PARPA (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.”:

- w badanej grupie kobiet, które były kiedykolwiek w ciąży, 7,1 % z nich przyznało, że piły alkohol w czasie ciąży
- 49,3 % kobiet pijących w ciąży zadeklarowało picie wina, 29,4 % picie wódki, a 21,1 % picie piwa
- 9,8 % kobiet pijących w ciąży przyznało, że jednorazowo wypity co najmniej 4 standardowe porcje alkoholu (czyli 4 x 30 ml wódki o mocy 40% lub 4 x 100 ml wina 12% lub 4 x 250 ml piwa 5%)
- 40,6 % kobiet przyznawało, że w czasie wizyt lekarz/ginekolog nie poruszał tematu alkoholu

Szacunkowe badania PARPA z 2015 r. wskazują, że w Polsce FAS w populacji jest nie mniejsze niż 4 osoby na 1000, a wszystkie inne zaburzenia z grupy FASD to 20 osób na 1000. To więcej niż liczba dzieci z zespołem Downa czy ze spektrum autyzmu.

DIAGNOZA FAS

Wczesne rozpoznanie FAS jest niezwykle ważne dla dalszego rozwoju dziecka, a podjęcie pracy terapeutycznej może zapobiec rozwojowi zaburzeń wtórnych – czyli wzmacnianiu istniejących deficytów.

Kryteria diagnostyczne FAS:

- wywiad potwierdzający narażenie na działanie alkoholu w życiu płodowym
- niedobór wzrostu i niska waga urodzeniowa
- dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego
- rysy typowe dla FAS (cechy dysmorficzne):
 - » krótkie szpary powiekowe
 - » spłaszczona „rynienka” podnosowa
 - » cienka górna warga

Diagnoza FAS powinna odbywać się z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych. W Fundacji „Tęcza Serc” diagnozujemy za pomocą 4-Cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego (4-Digit Diagnostic Code) zwanego inaczej Kwestionariuszem Waszyngtońskim, który został opracowany przez prof. Susan Astley z Uniwersytetu Waszyngtońskiego.

Diagnoza wykonywana jest przez zespół interdyscyplinarny, w którego skład wchodzi: diagnosta (terapeuta) neurorozwoju, psycholog i lekarz (psychiatra/pediatra). Po przeprowadzeniu badań i zebraniu dokumentacji Zespół Diagnostyczny wspólnie tworzy podsumowanie diagnostyczne FASD zakończone wydaniem szczegółowej opinii wraz z zaleceniami i programem terapeutycznym.

OBJAWY PIERWOTNE I WTÓRNE

Wśród objawów FASD wymieniamy objawy pierwotne i wtórne.

Objawy pierwotne to fizyczne i umysłowe objawy, z którymi dziecko przychodzi na świat. Nawet najlepsza opieka po urodzeniu nie ma wpływu na obecność objawów pierwotnych.

Wśród objawów fizycznych (poza wymienionymi w kryteriach diagnostycznych), które mogą się pojawić, wymienić należy:

- inne cechy dysmorficzne: opadające powieki, szeroko rozstawione oczy, krótki, zadarty nos, szeroka nasada nosa, płaska środkowa część twarzy, mała, słabo rozwinięta żuchwa
- mała głowa w stosunku do wieku

- duże lub zdeformowane uszy
- niedorozwój płytki paznokci u rąk i nóg
- krótka szyja
- słaba koordynacja wzrokowo-ruchowa
- problemy ze słuchem
- deformacja kości i stawów
- krótkowzroczność, zez
- uszkodzenia narządów wewnętrznych

Wśród objawów umysłowych związanych z funkcjonowaniem OUN, które mogą się pojawić, należy wymienić:

- słaba samokontrola
- nadpobudliwość
- nadwrażliwość lub niedowrażliwość na dźwięki, dotyk, światło
- trudności z przetwarzaniem nadmiernej ilości bodźców
- zaburzenia snu
- impulsywność (najpierw działa, a potem myśli)
- lękliwość (niepewność i ostrożność w nowych sytuacjach)
- opóźnienia rozwojowe
- deficyt uwagi
- problemy z pamięcią
- trudności z matematyką, z myśleniem abstrakcyjnym
- trudności z uczeniem się na błędach
- trudności z orientacją w czasie i przestrzeni
- trudności adaptacyjne
- zaburzone przywiązanie
- zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego

Dzieci z FAS w codziennym życiu funkcjonują na poziomie dziecka młodszego. Nie rozumieją zasad i oczekiwań społecznych. Czasami nie są w stanie przewidzieć konsekwencji własnych działań. Nie rozumieją gestów i wyrazu twarzy innych osób, co utrudnia korektę zachowań i potęguje trudności w relacjach z innymi ludźmi. Niezależnie od wieku mają kłopoty z odczytywaniem godzin, a szczególnie minut na zegarze, z wartością pieniądza, czy z przewidywaniem swoich zachowań. Nazywane są „wiecznymi dziećmi”, choć większość z nich ma przeciętny poziom inteligencji. Objawy umysłowe nie są tzw. problemami w zachowaniu, lecz skutkiem stałego, niezmiennego niszczenia mózgu i nie zawsze zależą od woli dziecka.

Objawy wtórne powstają w ciągu życia dziecka. Na wystąpienie objawów wtórnych ma wpływ środowisko oraz sposób postępowania z dzieckiem. W celu ich zminimalizowania istotne jest szybkie rozpoznanie i odpowiednia terapia.

Objawy wtórne, które mogą się pojawić to:

- lęk, złość, unikanie, wycofanie
- wejście w rolę ofiary lub prześladowcy
- zamknięcie się w sobie, kłamstwa, ucieczki z domu
- przerwanie nauki szkolnej
- zależność od innych, chęć zadowolenia innych
- gwałtowne i szokujące zachowania
- impulsywność
- kłopoty z prawem
- skłonność do uzależnień
- choroby psychiczne, depresja, samookaleczanie się
- bezrobocie
- bezdomność
- tendencje i zachowania samobójcze

DZIECI I DOROŚLI Z FAS

Dzieci najmłodsze

U dzieci najmłodszych w wieku do 3 roku życia mogą pojawiać się problemy ze ssaniem, a co za tym idzie z karmieniem. Dzieci te mogą być nadmiernie drażliwe i nerwowe, miewają nadwrażliwość na dźwięk lub światło oraz zaburzenia napięcia mięśniowego (zbyt słabe lub wzmożone). Można u nich zauważyć zaburzenia rytmu snu.

Dzieci w wieku przedszkolnym

W wieku przedszkolnym możemy zaobserwować u dzieci nadpobudliwość - nadmierną aktywność, trudności w skupieniu uwagi - rozkojarzenie, zaburzenia koordynacji ruchowej oraz trudności w zrozumieniu związków przyczynowo - skutkowych, problemy z pamięcią i logicznym myśleniem. Czasami postrzegamy te dzieci jako „kapryśne”, a ich zdolności werbalne są na wyższym poziomie niż myślenie. Może to wprowadzać dorosłego w mylne założenie, że rozwój poznawczy i psychiczny dziecka jest na adekwatnym poziomie do wieku metrykalnego.

Dzieci w wieku szkolnym

W okresie szkolnym można zauważyć wolniejszy rozwój fizyczny, umysłowy i społeczny w stosunku do rówieśników. Dzieci te mają problemy w kontaktach międzyludzkich, często bawią się z dziećmi młodszymi od siebie. Bywają impulsywne i mają trudności w komunikowaniu się. Nie rozumieją konsekwencji swoich zachowań i nie potrafią ich przewidzieć. Przestrzeganie reguł jest dla nich niezwykle trudne, dlatego też okres szkolny jest dla nich ogromnym wyzwaniem. Trudności szkolne spotęgowane są również zaburzeniami koncentracji uwagi, słabą zdolnością funkcjonowania percepcji wzrokowo – słuchowej i rozumienia pojęć abstrakcyjnych (matematyka, czas, pieniądz). Zaburzenia procesu uczenia się pogłębia nadmierna i chaotyczna aktywność, słaba koncentracja, trudności z przyjmowaniem i przetwarzaniem informacji, mała elastyczność w rozwiązywaniu problemów.

Młodzież nastoletnia

Rozwój fizyczny nastolatków zaczyna się zmieniać - przybierają na wadze i może pojawić się zanik dysmorfii twarzy. Jednak rozwój psychospołeczny jest nadal cofnięty o ok. 6 lat. Nastolatki mają nadal problemy w kontaktach z rówieśnikami. Codzienne funkcjonowanie utrudnia im słaba zdolność do właściwej oceny sytuacji, samodzielnego rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji. Wiele dzieci z FAS nie kończy szkoły.

Osoby dorosłe

Dorośli, z uwagi na problemy w rozwoju funkcji wykonawczych, mają trudności w osiągnięciu niezależności. Samodzielne planowanie, organizowanie czasu, przewidywanie przyszłości i funkcjonowanie w teraźniejszości bywa dla nich niedostępne. Mają trudności z rozwinięciem zdrowych relacji z innymi ludźmi. Miewają problemy z pracą, samodzielnym utrzymaniem się, posługiwaniem się pieniędzmi. Natomiast sami będąc rodzicami mogą być niezdolni do opieki nad dzieckiem. Bez właściwego wsparcia mogą rozwinąć się u nich zaburzenia wtórne, takie jak np.: problemy z prawem, kradzieże, nadużywanie substancji psychoaktywnych.

KIEDY WARTO ZGŁOSIĆ SIĘ PO DIAGNOZĘ W KIERUNKU FASD?

Na diagnozę warto skierować dziecko, jeśli było narażone na działanie alkoholu w okresie płodowym i zauważamy u niego niepokojące zachowania.

Co nas może niepokoić w zachowaniu dziecka?

1. dziecko zachowuje się w sposób charakterystyczny dla młodszego wieku
2. jest podatne na manipulacje i oszukiwanie przez innych
3. zmyśla i konfabuluje (opisuje różne sytuacje w sposób niezgodny z prawdą)
4. nie jest krytyczne wobec swojego zachowania, nie wyraża poczucia winy
5. ma trudności z koncentracją oraz nie może utrzymać uwagi przez dłuższy czas
6. ma trudności z nabywaniem nowych umiejętności i nauką szkolną
7. zapomina o wielu rzeczach, sytuacjach
8. stale coś gubi
9. ma trudności językowe (źle buduje zdania, nie potrafi stosować poprawnej składni, zdania są często niedokończone, niezrozumiałe)
10. zachowuje się impulsywnie i bez zastanowienia, jest wybuchowe
11. nie może „usiedzieć” w miejscu, jest niespokojne albo nadpobudliwe
12. zachowuje się agresywnie i/lub autoagresywnie
13. ukradło coś z domu i/lub poza nim

Myśląc o FAS należy pamiętać:

- FAS nie jest dziedziczny i można mu zapobiec całkowicie, zachowując abstynencję w ciąży
- Z FAS się nie wyrasta i nie da się go wyleczyć, ale można pomóc osobom z FAS łatwiej żyć

Literatura:

1. Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M.: Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r., PARPA, Warszawa 2021
2. Rozpoznanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. (w:) Pediatria. Wydanie specjalne Nr 1/2020, Kraków 2020
3. Klecka M., Janas-Kozik M., Jelonek I., Siwiec A., Rybakowski J.K.: Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Waszyngtońskiego do oceny spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych, (w:) Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 46 1-13, www.psychiatriapolska.pl, 18.07.2016
4. Okulicz-Kozaryn K.: FASD w Polsce. Skala problemu i propozycje rozwiązań. PARPA 2015

5. Sarnacka B.: Funkcjonowanie dzieci z FAS-em. (w:) Alkoholowy zespół płodu. Teoria. Diagnoza. Praktyka. red. Banach M. WAM, Kraków 2011
6. Klecka M., Janas-Kozik M.: Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii. Parpamedia, Warszawa 2009
7. Jadczak-Szumiło T.: Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku. Parpamedia, Warszawa 2008
8. Hryniewicz D.: Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS. Parpamedia, Warszawa 2007

Agnieszka Hartung

Uszkodzenia struktur mózgowych u dzieci z FAS – konsekwencje i możliwości terapii

Alkohol jest bardzo silnym teratogenem. Z łatwością przechodzi przez łożysko kobiety w ciąży, a jego stężenie po 40 minutach we krwi płodu jest zbliżone do stężenia, jakie jest we krwi matki. Etanol upośledza transport składników budulcowych, niezbędnych do powstawania każdej komórki płodu, przede wszystkim aminokwasów i glukozy.

Neuron - komórka nerwowa, z której zbudowany jest nasz mózg, cechuje się dużą wrażliwością na uszkodzenia. Szczególnym okresem rozwoju jest okres prenatalny, w którym tworzy się mózg. Łożysko, choć stanowi barierę przed szkodliwymi wpływami środowiska, nie jest w stanie zapewnić dziecku w łonie matki całkowitej ochrony. Wśród czynników, które mogą mieć negatywny wpływ na rozwój mózgu znajdują się teratogeny (czynniki uszkadzające) takie jak: leki, papierosy, narkotyki, promieniowanie jonizujące oraz alkohol. Ponieważ zajmujemy się Alkoholowym Zespołem Płodowym, postaram się w sposób jak najbardziej zrozumiały omówić skutki picia alkoholu przez kobiety będące w ciąży na rozwijający się mózg ich dziecka.

Nawet lampka wina powoduje poważne konsekwencje

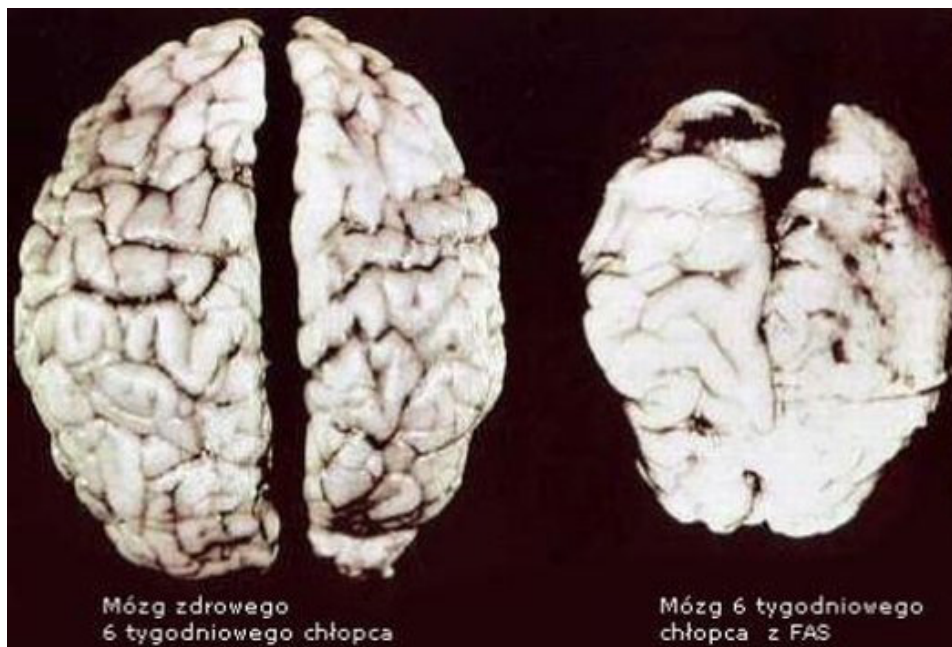
Rozwój mózgu rozpoczyna się niedługo po poczęciu i trwa przez całą ciążę, a także po urodzeniu. Bardzo ważnym procesem zachodzącym podczas rozwoju mózgu jest neurogeneza - podział komórek nerwowych, który zaczyna się w trzecim tygodniu rozwoju zarodka, a więc wtedy, gdy kobieta może jeszcze nie wiedzieć, że jest w ciąży i spożywać alkohol. Punkt szczytowy tego podziału przypada na siódmy tydzień, a w osiemnastym tygodniu proces ten jest już praktycznie zakończony (choć niektóre neurony tworzą się jeszcze w późniejszych okresach życia płodowego i pierwszych kilku miesiącach życia dziecka). Nowo powstałe neurony wędrują do struktur mózgu, w których powinny podjąć



swoją pracę. Mniej więcej w połowie ciąży proces neurogenezy zostaje zakończony, a większość najważniejszych obszarów mózgu jest już wykształcona. Badania dowiodły, że nawet niewielka ilość alkoholu – lampka wina zalecana niegdyś przez lekarzy na poprawę wartości morfologicznych krwi, czy piwo, które rozluźnia i usypia – mogą ten proces zakłócić. Alkohol powoduje śmierć nowo powstałych neuronów oraz zakłóca ich migrację, przez co docelowo trafiają one do niewłaściwych rejonów mózgu. Powoduje to „neurologiczny mętlik”, który zakłóca prawidłową pracę mózgu. Kiedy matka spożywa jednorazowo duże dawki alkoholu (tzw. picie imprezowe) – zaburzony rozwój mózgu może prowadzić do upośledzenia umysłowego, w lżejszych przypadkach przyczynia się do nadpobudliwości psychoruchowej, deficytu uwagi, może zakłócać rozwój poznawczy dziecka i utrudniać mu funkcjonowanie w szkole.

Różnice w działaniu mózgu dziecka zdrowego i mózgu dziecka z FAS

Dziecko z FAS przychodzi na świat z mniejszą ilością komórek nerwowych i jego mózg jest mniejszy w porównaniu z mózgiem dziecka zdrowego. Na poniższym zdjęciu widzimy mózg 6-tygodniowego zdrowego dziecka (po lewej) i mózg dziecka z FAS (po prawej). Poza rozmiarem mózgu o uszkodzeniu świadczy także gładka, znacznie mniej pofałdowana (o mniejszej powierzchni) kora mózgowa.



Obszary mózgu, które najczęściej są uszkodzane przez alkohol to: spoidło wielkie mózgu, zwane inaczej ciałem modzelowatym, hipokamp, mózdzek, zwoje podstawy oraz płaty czołowe. Centralny układ nerwowy jest asymetryczny, to znaczy, że za kontrolę lewej połowy ciała odpowiada prawa półkula mózgu, zaś za kontrolę prawej połowy ciała odpowiada lewa półkula. Mózg składa się z dwóch półkul mózgowych połączonych ze sobą spoidłem wielkim mózgu (ciałem modzelowatym). Określane jest „spoidłem wielkim”, ponieważ jego długość wynosi 7-10 cm. Każda półkula ma swoje zadania i odpowiada za różne funkcje. Lewa półkula jest tzw. półkulą „logiczną”. Gdy się wypowiadamy, liczymy w pamięci, piszemy, myślimy logicznie, czy uważnie słuchamy - aktywna jest lewa półkula. Prawa półkula jest nazywana „twórczą”. Wykorzystywana jest przy czynnościach wymagających wyobraźni i wizualizacji, gdy pojawiają się kolory i muzyka. Aby w pełni wykorzystać potencjał naszego mózgu, posiadamy zdolność integracji obu półkul mózgowych. Za tę integrację, sprawne przepływanie impulsów pomiędzy obiema półkulami, a co za tym idzie: prawidłowe, sprawne myślenie i działanie - odpowiedzialne jest właśnie owo spoidło wielkie mózgu.

Do Ośrodka Diagnostyki i Terapii FAS Zachodniopomorskiej Fundacji Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc” coraz częściej zgłaszają się dzieci z rozpoznaną hipoplazją (niedorozwojem) tej struktury. Jak przekłada się to na ich funkcjonowanie? Z uwagi na to, że impulsy pomiędzy półkulami przepływają wolniej, dziecko takie będzie miało problem z korzystaniem z zasobów obu półkul jednocześnie. Może być impulsywne: najpierw działać, potem myśleć. Dzieje się tak, ponieważ zanim lewa „logiczna” półkula dojdzie do głosu, minie sporo czasu. Dziecko może też mieć problem z nazywaniem zjawisk, przedmiotów, z czytaniem, pisanem, słuchaniem, a także z mową wewnętrzną, wyrażaniem swoich uczuć i kontrolą emocji – co przekłada się na zachowanie. Obserwuje się także problemy z koordynacją ruchową, rozróżnianiem stron ciała. Włókna nerwowe ciała modzelowatego kontynuują wzrost przez cały okres dzieciństwa, dlatego wielką nadzieją jest intensywna neurostymulacja i terapia.

Kolejną strukturą narażoną na uszkodzenia jest mózdzek. Znajduje się w tylnym dole czaszki. Ogólnie mówiąc odpowiada za równowagę, napięcie mięśniowe i koordynację ruchową. Odbiera informacje z różnych obszarów zmysłowych i ruchowych mózgu. Stale kontroluje przebieg ruchu i wprowadza do niego automatycznie poprawki. To właśnie mózdzek odpowiada za uczenie się zachowań motorycznych np. jazdy na rowerze, decyduje o płynności i precyzji ruchów. Dzięki niemu wiemy, jak pokonać przeszkodę, podnieść do ust szklankę z napojem czy sięgnąć po książkę leżącą na półce.

Uszkodzenia mózdzku powodują zaburzenia równowagi o różnym nasileniu, obniżenie napięcia mięśniowego, niezdolność ruchową. U dzieci z FAS obserwuje się najczęściej problemy z utrzymaniem równowagi w teście stania na jednej nodze, problemy z koordynacją ruchową i oko-ruchową, obniżenie napięcia mięśniowego. Dzieci mają trudność w opanowaniu i zapamiętaniu czynności ruchowych potrzebnych do nauki jazdy na rolkach, rowerze, nauki pływania. Mogą unikać zajęć wychowania fizycznego.

Uszkodzenia pamięci

Rejonem mózgu, mającym szczególne znaczenie dla rozwoju poznawczego dzieci i powodzenia ich przyszłej edukacji, jest hipokamp. Struktura ta odpowiada za pamięć krótkotrwałą. Za jej pośrednictwem to, czego się uczymy, ma szansę przejść do pamięci długotrwałej, inaczej mówiąc utrwalić się. Ponadto w hipokampie przechowywane są informacje dotyczące przeszłości. Co ciekawe, jak dowodzą najnowsze badania naukowe, hipokamp odgrywa ważną rolę w tworzeniu wyobrażeń o przyszłości. To mogłoby wyjaśniać dlaczego dzieci z FAS mają problemy z planowaniem przyszłości, tej bliższej i dalszej. Nie potrafią się zorganizować, często nie mają pomysłu na własne życie, żyją tu i teraz.

Uszkodzenie tej struktury, pomimo prawidłowego rozwoju intelektualnego, znacznie utrudnia dzieciom funkcjonowanie w szkole, ale nie tylko. Dzieci z FAS mają też problem z wykonaniem dwuczłonowego polecenia – nie dlatego, że nie chcą, bądź są krnąbrne, lecz zwyczajnie zapominają, co było potem. Otrzymując polecenie „ubierz się i zaściel łóżko” ubiorą się, zapominając o zaścieleniu łóżka. Hipokamp może także zostać uszkodzony w wyniku długotrwałego działania kortyzolu, hormonu stresu, co ma miejsce np. przy Zespole Stresu Pourazowego. Należy brać pod uwagę fakt, że dzieci z FAS często wychowywane przez matki pijące nałogowo alkohol, porzucane we wczesnym dzieciństwie, na taki stres były narażone. Ich hipokamp zatem, uszkodzony już w łonie matki przez alkohol, mógł ulec dalszym uszkodzeniom po urodzeniu.

Inne zaburzenia

Strukturą funkcjonalnie związaną z hipokampem i mózdzkiem są zwoje podstawy inaczej jądra podstawne. Funkcją jąder podstawnych jest inicjacja ruchów, utrzymanie rytmu mowy. Jest to rodzaj autopilota układu ruchowego, orientacji i stabilizacji ruchów oczu. Prawdopodobnie jądra podstawne pełnią też rolę w systemie motywacji, nagrody (produkcja dopaminy w istocie czarnej) i uczeniu się umiejętności. Mają także wpływ na emocje oraz procesy poznawcze, głównie pamięć operacyjną (krótkotrwałą).

Innym miejscem podatnym na uszkodzenia wskutek spożywania alkoholu w ciąży są płaty czołowe, ponieważ odpowiadają między innymi za procesy wykonawcze i kontrolę impulsów, przez co mają duże znaczenie dla poznawczo-społecznego funkcjonowania dzieci z FAS. Ich uszkodzenie lub niedorozwój wiąże się z problemami w przetwarzaniu i gromadzeniu informacji, wyciąganiu wniosków, przewidywaniu i planowaniu. Dzieci mają trudności z myśleniem abstrakcyjnym, nie potrafią odczytać godziny na zegarze wskazówkowym, mają problem ze zrozumieniem wartości pieniądza, z właściwym gospodarowaniem czasem. Gubią się w świecie emocji: mają słabo rozwiniętą empatię, nie rozumieją uczuć innych ludzi, mają problemy z rozpoznawaniem i wyrażaniem emocji. Cechuje je labilność emocjonalna – przesadna zmienność nastrojów, mają trudności z kontrolowaniem impulsów.

Uszkodzenia Ośrodkowego Układu Nerwowego (OUN)

Na organiczne uszkodzenia OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego) u dzieci ze spektrum FASD mogą wskazywać również problemy z funkcjonowaniem zmysłów i ich integracją. Są to najczęściej problemy z modulacją sensoryczną, regulowaniem stanu pobudzenia i dostosowania go do danej sytuacji.

OUN łatwo ulega przeciążeniu w przypadku nadmiernej stymulacji, może prowadzić to do zaburzeń koncentracji uwagi, „zawieszania się”, czyli odcinania od bodźców.

Dzieci te słyszą, ale nie słuchają, mają problem z różnicowaniem bodźców słuchowych. Ponadto silny stres powoduje kurczenie się mięśni w uchu środkowym, co wysusza częstotliwości typowe dla głosu ludzkiego i wzmacnia wrażliwość na dźwięki o niskich częstotliwościach.

Nieprawidłowe reakcje na dotyk mogą przyczyniać się **do zachowań agresywnych, autoagresywnych, hamować rozwój świadomości ciała**. Zaburzony rozwój poczucia granic własnego ciała oraz „głód” dotyku może powodować nieprawidłowe zachowania społeczne np. niestosowanie granic innych ludzi, nadmierne przytulanie się do rówieśników. Przy zaburzeniach czucia głębokiego może dochodzić do prowokowania bójek, żeby uzyskać stosownie silną stymulację.

Dzieci młodsze mogą być tak **nadwrażliwe na dotyk, że powoduje to szereg problemów podczas czynności pielęgnacyjnych**.

Nieprawidłowe funkcjonowanie układu przedsionkowego wpływa na niewłaściwą ocenę relacji przestrzennych, co przejawia się brakiem zorganizowania oraz problemami z równowagą.

Dzieci mają trudności z **nauczeniem się jazdy na rowerze, w przypadku niepewności grawitacyjnej (nadwrażliwość układu przedsionkowego) unikają aktywności ruchowych** np. wspinania się po drabinkach, huśtania, kręcenia. Przy podwrażliwości wręcz przeciwnie, trudno im pozostać dłużej w jednej pozycji. Potrzebują ruchu, by utrzymać koncentrację uwagi na właściwym poziomie.

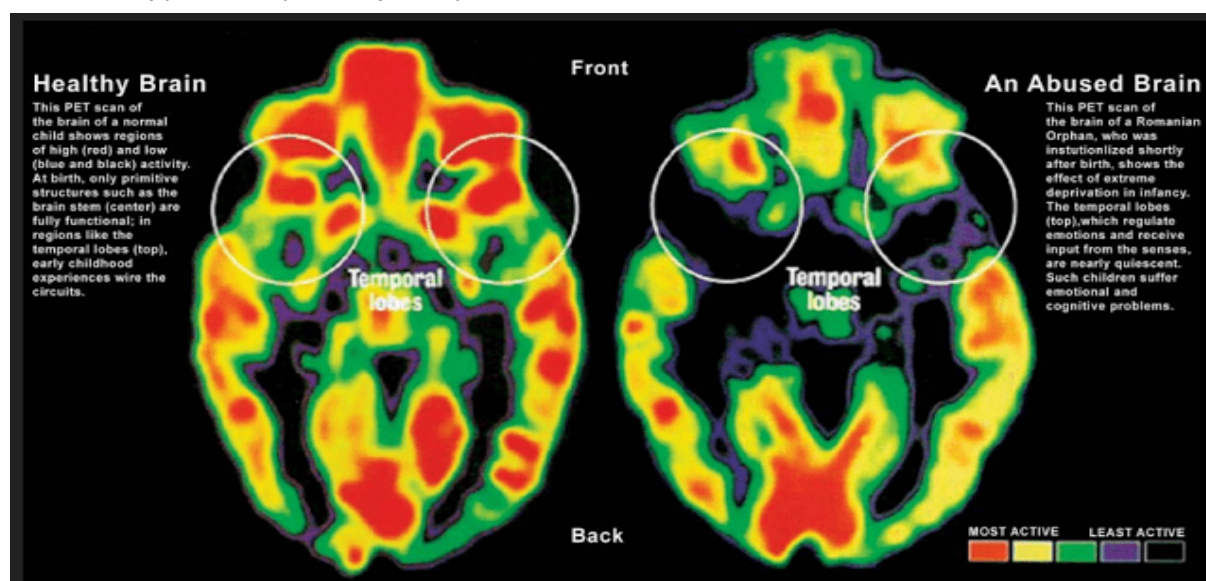
Dzieci z wadliwie funkcjonującym układem przedsionkowym mają często **problem z prawidłowym rozmieszczeniem liter i słów podczas pisania**, utrzymaniem pisma między dwoma liniami. Często też stosują lustrzane odbicia liter. Mają problem z odróżnianiem stron prawej i lewej, gubią się w przestrzeni.

Do prawidłowego funkcjonowania mózgu niezwykle ważne są też doświadczenia z wczesnego okresu życia. Zaniedbanie opieki, deprywacja sensoryczna, brak miłości, długotrwały stres może na zawsze zmienić mózg dziecka, a w rezultacie przyczynić się do powstania licznych zaburzeń w rozwoju psychicznym, poznawczym, emocjonalnym i społecznym.

Poniżej przedstawiona tomografia mózgu dziecka wskazuje rejony wysokiej aktywności (kolor czerwony) oraz niskiej aktywności (kolor niebieski i czarny). W chwili narodzin aktywne są jedynie prymitywne struktury mózgu usytuowane w centrum (pień mózgu). Doświadczenia z wczesnego dzieciństwa są zapisywane w płatach skroniowych.

Po lewej stronie – tomografia mózgu zdrowego dziecka wskazuje wysoką, bądź bardzo wysoką aktywność płatów skroniowych.

Po prawej stronie – tomografia mózgu dziecka, które trafiło do placówki tuż po urodzeniu, wskazuje na ekstremalne zaniedbanie w niemowlęctwie. Płaty skroniowe rejestrujące wrażenia zmysłowe oraz odpowiedzialne za regulację emocji są niemal wyłączone (kolor niebieski i czarny). Wskazuje to na niedorozwój poznawczy i emocjonalny dziecka.



Odręczenie dziecka we wczesnym dzieciństwie, brak stymulacji, brak reakcji na jego potrzeby długofalowo przyczyniają się m.in. do:

- problemów z nauką: koncentracją i zapamiętywaniem informacji
- trudności w zakresie budowania relacji z innymi
- kłopotów z nawiązywaniem kontaktów społecznych
- nieumiejętności odczytywania własnych stanów emocjonalnych oraz stanów emocjonalnych innych osób
- braku pewności siebie oraz niechęci do podejmowania nowych wyzwań; nadreaktywności kluczowych mózgowych systemów reagowania na stres (strach przed przebywaniem w samotności, ciągły brak poczucia bezpieczeństwa, lęk separacyjny, ataki paniki, uzależnienia)
- skłonności do wybuchów złości, nadmiernej drażliwości, popadania w stany lękowe i depresyjne
- powstawania dolegliwości na tle psychosomatycznym w tym m.in.: do trudności z zasypianiem, alergii, częstych bólów głowy, problemów z regulacją ciśnienia krwi i pracy serca oraz do zaburzeń trawiennych

Wymienione powyżej objawy uszkodzenia struktur mózgowych przybierają różne formy i przebiegają w różnym nasileniu: od nieznacznych, jakim może być deficyt uwagi, po upośledzenie umysłowe. Wymagają więc indywidualnego podejścia. [Nadzieję dla dzieci cierpiących na FAS i pozostałe zaburzenia z grupy FASD - jest PLASTYCZNOŚĆ MÓZGU](#). Odpowiednio dobrany program terapii, neurostymulacja, stymulacja sensoryczna, dają szansę na zminimalizowanie skutków szkód wywołanych intoksykacją alkoholową w życiu płodowym.

Literatura:

1. Klecka M.: FAScynujące dzieci. Małgorzata Klecka, Ośrodek Fastryga, Łędziny 2020
2. Kwartalnik Integracja Sensoryczna. Rok 19, nr 1, marzec 2019
3. Alkoholowy Zespół Płodu. Terapia, diagnoza, praktyka. red. Banach M., WAM, Kraków 2011
4. Eliot L.: Co tam się dzieje. Media Rodzina, Poznań 2010
5. Konturek S.: Fizjologia człowieka, tom IV, neurofizjologia. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998
6. Boćko–Mysiorska M.: Brak bliskiej relacji z dzieckiem może doprowadzić do nieodwracalnych zmian w jego mózgu. (w:) <https://dziecisawazne.pl/brak-bliskosci-relacji-dzieckiem-moze-doprowadzic-nieodwracalnych-zmian-mozgu/>

Źródła zdjęć:

1. Zdjęcie na str. 14 pochodzi z portalu: <http://bi.gazeta.pl/im/3/4490/z4490003X.jpg>
2. Zdjęcie na str. 16 pochodzi z portalu: <https://dziecisawazne.pl/brak-bliskosci-relacji-dzieckiem-moze-doprowadzic-nieodwracalnych-zmian-mozgu/>

Ewa Redmer

Wpływ niewyhamowanych odruchów pierwotnych na funkcjonowanie dziecka z FASD

Odruchy pierwotne u dziecka rozwijają się już w łonie matki. Są to automatyczne, stereotypowe reakcje, zaczynające się w rdzeniu kręgowym i odbywające się bez udziału kory mózgowej. Każde zdrowe nowonarodzone dziecko powinno nimi dysponować. Umożliwiają przeżycie, pozwalają na natychmiastową reakcję na nowe środowisko i zmienne potrzeby. Odruchy pierwotne powinny pozostać aktywne przez ograniczony okres tak, by umożliwić niemowlęciu przetrwanie przez pierwsze trudne miesiące życia. Niezbędne są do treningu ruchowego, aby mogły się na ich podstawie wykształcić ruchy dowolne. Następnie ulegają wygaszeniu przez wyższe ośrodki rozwijającego się mózgu w ciągu pierwszych sześciu miesięcy życia postnatalnego (po urodzeniu). Najnowsze podejścia neurorozwojowe zakładają, iż rozwój ośrodkowego układu nerwowego polega na stopniowym przejmowaniu kontroli wyższych partii mózgu (kory mózgowej) nad niższymi (ośrodkami podkorowymi). Przedłużająca się aktywność ośrodków podkorowych i dominacja czynności odruchowych nad czynnościami celowymi, dowolnymi, wpływa negatywnie na zachowanie, emocjonalność i umiejętność uczenia się. Pisali o tym dr P. Blythe i dr S. Goddard-Blythe (2004, 2006), którzy rozszerzyli znaczenie odruchów niemowlęcych i pokazali ich wpływ na różne funkcje psychiczne, a także na proces uczenia się. Prace naukowe tych autorów i innych badaczy pokazują, że jeżeli odruchy pierwotne (czyli te, z którymi dziecko przychodzi na świat i które stopniowo powinny zanikać w pierwszym roku życia dziecka), przetrwają poza fizjologiczny okres występowania – mogą zakłócać rozwój psychofizyczny. W koncepcji tych autorów niewyhamowany odruch powoduje zaburzenie funkcjonalne, a nie organiczne. Rozróżnienie tych dwóch znaczeń jest istotne, ponieważ w nomenklaturze medycznej odruch przetrwały powstaje w wyniku organicznego uszkodzenia mózgu.

Niedojrzałość neuromotoryczna

W latach 80. XX wieku w Instytucie Psychologii Neurofizjologicznej w Chester (INPP – The Institute for Neurophysiological Psychology, założonym przez Petera Blythe’a, a prowadzonym aktualnie przez Sally Goddard-Blythe) wprowadzono definicję **opóźnienia neurorozwojowego**. Obecnie używa się terminu **niedojrzałość neuromotoryczna**, oznaczającego występowanie zbioru przetrwałych odruchów pierwotnych powyżej szóstego miesiąca życia (ostatecznie powyżej 12 m.ż.) w połączeniu z brakiem lub niedojrzałością odruchów posturalnych powyżej wieku trzech i pół roku. Oznacza to, że **Centralny Układ Nerwowy (CUN) funkcjonuje na poziomie dojrzałości motoryki odruchowej (motoryka odruchowa jest pierwszym etapem rozwoju ruchowego, po nim następuje duża motoryka, a potem dopiero mała motoryka)**. O opóźnieniu można mówić tylko wtedy, gdy nie występuje uszkodzenie CUN, ani choroba degeneracyjna mózgu. Badania naukowe dowiodły również, że nieprawidłowe odruchy mogą być jedną z przyczyn specyficznych trudności w nauce oraz niedojrzałego zachowania (Fiorentino 1970, Ayres 1972/73, Bender 1976, Blythe, McGlown 1979, Goddard 1994/96, Wilkinson 1994, Goddard-Blythe 1998).

Jako czynniki obciążające i mogące mieć wpływ na niedojrzałość neuromotoryczną wymienia się między innymi: przeżycie silnego lub długotrwałego stresu w czasie ciąży, **działanie substancji teratogennych (alkohol, narkotyki)**, konieczność dłuższego leżenia, cięcie cesarskie lub inny trudny poród, poród wywołany, poród przedwczesny lub opóźniony więcej niż dwa tygodnie od terminu, niedotlenienie okołoporodowe, niska waga urodzeniowa, infekcje bakteryjne i wirusowe z wysoką temperaturą występujące w okresie niemowlęctwa.

U dzieci z FASD obserwuje się utrudnienie w przejmowaniu kontroli przez wyższe partie mózgu najprawdopodobniej na skutek zmian anatomicznych niektórych struktur mózgu (między innymi formacji hipokampa, układu limbicznego, mózdzku), jak i zmian biochemicznych utrudniających neurogenezę. Dlatego też ta grupa dzieci jest szczególnie narażona na występowanie niedojrzałości neuromotorycznej (definiowanej w rozumieniu INPP). Na podstawie własnych wieloletnich obserwacji w pracy z dziećmi z FASD – mogę stwierdzić, że znaczna część dzieci poddana intoksykacji alkoholowej w okresie prenatalnym ma niewyhamowane odruchy pierwotne. Najczęściej spośród odruchów pierwotnych obserwowano u dzieci z FASD przetrwały Toniczny Odruch Błądźnikowy (TOB), Asymetryczny Toniczny Odruch Szyjny (ATOS) i Symetryczny Toniczny Odruch Szyjny (STOS). Często występował szczątkowy odruch Moro, nieco rzadziej odruch chwytny dłoniowy, odruch szukania i ssania, rzadko natomiast pojawiał się odruch podeszwowy i odruch grzbietowy Galanta.

Odruchy pierwotne

ODRUCH MORO

Pojawia się między 9 a 12 tygodniem po poczęciu i rozwija się przez całą ciążę. Jest obecny zaraz po porodzie, ułatwiając zaczerpnięcie pierwszego wdechu. Obejmuje fazę odwiedzenia ramion, której towarzyszy nagły wdech i fazę przywiedzenia ułatwiającą wydech. Odruch Moro jest instynktowną reakcją na zagrożenie. Aktywowany jest przez nagłe bodźce przedsionkowe (stymulację błędniaka poprzez zmianę pozycji głowy), dotykowe, wzrokowe i słuchowe. Odruch ten wywołuje natychmiastową reakcję na bodziec, zanim świadoma część mózgu będzie miała czas na ocenę sytuacji i odpowiednią reakcję. Powinien zostać wyhamowany w pierwszych 3-4 miesiącach życia i być zastąpiony przez odruch wzdrygnięcia (Straussa), który jest reakcją bardziej świadomą, związaną z oceną bodźca.

Dzieci, u których występuje przetrwały odruch Moro, wykazują nadmierne reakcje na bodźce o niewielkim natężeniu, przejawiają niedojrzałe zachowanie oraz mają trudności z ignorowaniem zbędnych bodźców z otoczenia. Może to prowadzić do „przeciążenia” układu sensorycznego i wpływać negatywnie na zachowanie oraz uwagę. Poprzez ciągły napływ hormonów stresu – adrenaliny i kortyzolu, zostaje przeciążona kora nadnerczy, co prowadzi do większej podatności na infekcje i alergię.

U obserwowanych dzieci z FASD szczątkowy odruch Moro przejawiał się w postaci nadwrażliwości dotykowej, słuchowej i wzrokowej, przesadnych reakcji na bodźce o stosunkowo niewielkim natężeniu, a także na krytykę czy zwrócenie uwagi. Wyraźnie wpływał na funkcjonowanie emocjonalne. Dzieci zachowywały się w dwojaki sposób: jako nieśmiałe, wycofane, z podwyższonym poziomem lęku, skłonne do nerwic lub jako agresywne, łatwo się denerwujące, wybuchowe.

TONICZNY ODRUCH BŁĘDNIKOWY (TOB)

Odruch ten wywoływany jest poprzez ruch głowy do przodu lub do tyłu, powyżej bądź poniżej linii kręgosłupa. TOB w zgięciu pojawia się w życiu płodowym i powinien zaniknąć ok. 4 miesiąca życia. Natomiast TOB w wyproście uaktywnia się w chwili porodu, kiedy główka wkracza do kanału rodnego i powinien ulec wyhamowaniu do 3,5 roku życia. TOB wpływa na właściwe rozłożenie napięcia mięśniowego w ciele, umożliwiając noworodkowi wyprostowanie się ze zgiętej pozycji płodowej. Jeżeli TOB nie zostaje wyhamowany w odpowiednim czasie, będzie przeszkadzać układowi przedsionkowemu w jego działaniu i integracji z innymi układami sensorycznymi.

Dziecko z przetrwałym odruchem nie będzie miało poczucia stabilności grawitacyjnej, jako że ruch głowy zmienia napięcie mięśniowe, co będzie powodowało przenoszenie środka ciężkości. Utrudni to ocenę przestrzeni, dystansu i głębokości, bowiem poczucie kierunku opiera się na naszej wiedzy o własnym położeniu w przestrzeni. Jeżeli punkt równowagi jest zmienny i niestabilny, wtedy nasza zdolność rozróżniania góry od dołu, przodu od tyłu, lewej strony od prawej będzie zaburzona. Niewyhamowany TOB ogranicza także rozwój odruchu ustalenia głowy, co pociąga za sobą zaburzoną pracę oczu. Wpływa również na nieprawidłową postawę ciała. Dzieci przyjmują pozycję zgarbioną lub w przypadku odruchu TOB w wyproście, mają tendencję do chodzenia na palcach. Może występować również lęk wysokości, ponieważ dziecko zdaje sobie sprawę z zaburzonej równowagi. Często u osób z niewyhamowanym odruchem TOB obserwuje się chorobę lokomocyjną.

ASYMETRYCZNY TONICZNY ODRUCH SZYJNY (ATOS)

Pojawia się w 18 tygodniu życia płodowego, ma duże znaczenie w trakcie porodu (wspiera ruchy płodu w kanale rodny) i powinien pozostać aktywny do ok. 6 miesiąca życia. Odruch jest wywołany przez ruch głowy na boki, co powoduje wyprostowanie ręki i nogi po tej samej stronie i zgięcie kończyn po stronie przeciwnej do ruchu głowy. DeMyer (1980) opisywał ATOS jako „pierwszy przejaw koordynacji oczy-ręce”.

Często odruch ten jest niewyhamowany u dzieci z FASD, co można już zaobserwować podczas pełzania na brzuchu. Odruch ten uniemożliwia płynny, naprzemienny ruch. Natomiast u dziecka uczącego się chodzić, ruch głowy wpływa na zaburzone poczucie równowagi.

Niewyhamowany ATOS utrudnia przekraczanie linii środkowej z jednej strony ciała na drugą. Opóźnia ustalenie lateralizacji, utrudnia również wodzenie oczami w linii poziomej, co wpływa negatywnie na płynność czytania. Dla dzieci z ATOS pisanie nigdy nie stanie się czynnością automatyczną. Trzymanie i używanie narzędzia pisarskiego przez dłuższy czas będzie wymagało sporego wysiłku. Może pojawić się kompensacja w postaci nieprawidłowo utrzymanego długopisu. Jakość pisma będzie zdecydowanie obniżona, dziecko może przekreślać kartkę nawet o 90 stopni, aby zrekomensować efekt odruchu.

SYMETRYCZNY TONICZNY ODRUCH SZYJNY (STOS)

Jest to odruch przejściowy, pojawia się przez krótki czas tuż po urodzeniu. Następnie zanika i pojawia się ponownie ok. ósmego/dziątego miesiąca życia, po czym następuje jego ostateczne wyhamowanie w 11 miesiącu. Jest traktowany jako odruch pomostowy pomiędzy odruchami pierwotnymi a posturalnymi. Jego funkcją jest podniesienie się dziecka z leżenia na brzuchu do pozycji czworaczek. Odruch ten ułatwia wyhamowanie TOB oraz ćwiczy niezależne ruchy kończyn górnych od dolnych. Kiedy dziecko unosi głowę następuje wyprostowanie kończyn górnych, któremu towarzyszy zgięcie kończyn dolnych. Kiedy zaś głowa kieruje się do dołu, kończyny w górnej części ciała zginają się, a kończyny dolne rozprostowują.

Utrzymujący się zbyt długo STOS może utrudniać raczkowanie. Dzieci z aktywnym odruchem przyjmują często nieprawidłową postawę podczas chodzenia (tzw. małpi chód), mają problemy w zakresie integracji górnej i dolnej części ciała oraz koordynacji ręka-oko, garbią się siedząc przy biurku, często pokładają się na ławce, siedzą na jednej nodze lub wstają podczas pisania.

Przetrwały odruch wpływa również na nadruchliwość i zaburzenie koncentracji ze względu na trudności w siedzeniu w ławce w jednej pozycji. Dziecko zaczyna się więc kręcić i wiercić, co utrudnia skupienie się na lekcji. Obecność tego odruchu wpływa także na spowolnienie procesu akomodacji wzrokowej, a tym samym na tempo i dokładność wykonywania takich czynności jak łapanie piłki czy przepisywanie z tablicy.

ODRUCH CHWYTNY DŁONIOWY

Pojawia się w 11 tygodniu życia płodowego, zostaje wyhamowany ok. 2-3 miesiąca życia, gdy dziecko zaczyna upuszczać przedmioty z ręki. Odruch wywołany jest przez lekki dotyk lub nacisk na wewnętrzną część dłoni noworodka, w wyniku czego następuje zaciśnięcie się palców. Niewyhamowany odruch utrudnia wykształcenie się niezależnych ruchów palców i przeciwstawności kciuka, co wpływa na obniżoną zręczność manualną. Może również powodować nadwrażliwość na dotyk wnętrza dłoni, a poprzez reakcję Babkina (połączenie neurologiczne pomiędzy odruchem dłoniowym a ssania) może zaburzać artykulację. Obserwuje się wówczas ruchy ust lub wyciąganie języka podczas pisania.

ODRUCH CHWYTNY PODESZWOWY

Pojawia się w 11 tygodniu życia płodowego i pozostaje aktywny do 7-9 miesiąca życia. Odruch można wywołać stosując ucisk na przednią część podeszwy, co wywołuje zgięcie palców. Całkowite jego wyhamowanie powinno nastąpić około pierwszego roku życia, kiedy dziecko opanowuje czynność stania.

Jeśli odruch zachowuje aktywność po pierwszym roku życia, zmienia ułożenie stóp oraz ich położenie na podłożu. Może to powodować niestabilność grawitacyjną oraz modyfikować informacje proprioceptywne płynące ze stóp do tych ośrodków w mózgu, które odpowiadają za kontrolę równowagi, postawy i lokomocji. W niektórych przypadkach dziecko może próbować przesunąć środek ciężkości do przodu, zmieniając punkt nacisku na stopę i chodząc na palcach. Odruch ten może wpłynąć też na nadwrażliwość dotykową w stopach.

ODRUCH SZUKANIA I SSANIA

Odruch pojawia się ok. 24-28 tygodnia życia płodowego, a wygasa w 3-4 miesiącu życia. Lekki dotyk policzka lub stymulacja brzegów ust powoduje, że dziecko przekręca głowę w kierunku bodźca i wysuwa język przygotowując się do ssania. Odruch jest najbardziej aktywny w pierwszych godzinach życia noworodka. Gdy nie zostanie zaspokojony, traci swą siłę w ciągu kilku dni. Ruchy ssania i łykania pomagają rozwijać się nie tylko mięśniom warg, lecz także gardła i krtani. Ćwiczą też oddychanie przez nos. Są to czynniki, które w późniejszym okresie wesprą rozwój wokalizacji oraz mowy.

Śladowa postać odruchu ssania i szukania powoduje problemy z artykulacją, wysunięcie języka do przodu, co może powodować utrudnienia w żuciu pokarmów i nadmierne ślinienie. Wpływa również na nadwrażliwość w okolicy ust oraz poprzez reakcję Babkina na obniżoną zręczność manualną.

ODRUCH GRZBIETOWY GALANTA

Odruch ten pojawia się ok. 20 tygodnia życia płodowego. Wspiera ruchy płodu w łonie matki i aktywnie uczestniczy w czasie porodu. Jest obecny w chwili narodzin, wygasa w 3-9 miesiącu życia. Powiązany jest z wyhamowaniem odruchu ATOS i rozwojem odruchu posturalnego amfibii. Stymulacja obszaru lędźwiowego powoduje nieznaczne ruchy obrotowe bioder po stronie drażnienia. Odruch powinien wystąpić w takim samym stopniu po obu stronach pleców.

Wykazano, że istnieje związek pomiędzy przetrwałym odruchem Galanta, a przedłużającym się moczeniem nocnym u niektórych dzieci powyżej piątego roku życia.

U uczniów najbardziej widocznym efektem pozostałego odruchu jest trudność z siedzeniem w bezruchu. Dzieci stale muszą zmieniać pozycję ciała, gdyż samo oparcie o krzesło może już uaktywnić niepożądany odruch.

Odruch Galanta, w związku z nadwrażliwością dotykową w okolicy lędźwiowej, wpływa także na niechęć do noszenia pasków i zbyt ciasnych ubrań. Może także ujemnie wpływać na koncentrację i pamięć krótkoterminową. Obecność odruchu po jednej stronie może wpływać na postawę i chód (nadmierny, jednostronny ruch biodra w trakcie chodzenia).

Terapia „drugiej szansy”

Dziecko, które przyszło na świat z Płodowym Zespołem Alkoholowym, zmagać się będzie z tym syndromem przez resztę swojego życia, ale jakość tego życia będzie uzależniona od uzyskanej jak najwcześniej pomocy i wsparcia. W związku z czynnikami teratogennymi działającymi na rozwijający się mózg, u dzieci z FASD często występuje niedojrzałość neuromotoryczna, która dodatkowo niekorzystnie wpływa na ich funkcjonowanie zarówno w szkole jak i w domu. Można jednak pomóc dziecku z FASD, korzystając między innymi z metod terapii opracowanych przez Petera Blythe’a i Sally Goddard-Blythe, stosowanych przez terapeutów w Ośrodku Diagnostyki i Terapii FAS w Szczecinie.

Program Integracji Odruchów INPP ma na celu usprawnianie umiejętności koniecznych do efektywnego uczenia się. Jest to metoda terapeutyczna, opierająca się na naturalnych wzorcach ruchowych, które wykonuje rozwijające się dziecko podczas pierwszego roku życia. Jeżeli dziecko nigdy nie wykonywało tych ruchów w prawidłowej kolejności, odruchy pierwotne mogą pozostać aktywne. Powtarzanie określonych ruchów w formie codziennych ćwiczeń daje mózgowi „drugą szansę”, aby nauczył się schematów ruchów hamujących odruchy pierwotne, które powinny były się pojawić na właściwym etapie rozwoju. Kiedy skorygujemy wadliwe działanie odruchów, zniknie wiele fizycznych, emocjonalnych i szkolnych problemów.

Literatura:

1. Klecka M.: FAScynujące dzieci. Małgorzata Klecka, Ośrodek Fastryga, Łędziny 2020
2. Goddard-Blythe S.: Jak osiągać sukcesy w nauce? PWN, Warszawa 2020
3. Goddard-Blythe S.: Odruchy, uczenie się i zachowanie. PWN, Warszawa 2018
4. Goddard-Blythe S.: Harmonijny rozwój dziecka. Świat Książki, Warszawa 2006
5. Materiały szkoleniowe, Kurs Instruktorski – Diagnoza i terapia opóźnienia neurorozwojowego metodami INPP. INPP Chester-Krasnal, Polska 2009/2010

Ewa Redmer

Zaburzenia przetwarzania słuchowego u dzieci z FASD

Dzieci z FASD wykazują trudności w codziennym funkcjonowaniu, ponieważ mają uszkodzenia mózgu spowodowane działaniem alkoholu w okresie ciąży. Zaburzenia uwagi oraz pamięci słuchowej to jeden z głównych obszarów trudności, z jakimi się zmagają. Często nie są w stanie zapamiętać polecenia kilkucyfrowego, czy skupić się na czyjejś wypowiedzi. Sprawiają nieraz wrażenie dzieci z niedosłuchem. Tymczasem Centralne Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego (CAPD) to nieprawidłowości w przetwarzaniu słuchowym na poziomie neuronalnym w obrębie ośrodkowej części układu słuchowego i występują pomimo prawidłowej czułości słuchu.

Przyczyną zaburzeń w przetwarzaniu słuchowym są:

- zaburzenia w funkcjonowaniu neuronów
- nietypowa asymetria czynnościowa półkul mózgowych
- niewystarczające przekazywanie informacji słuchowej przez połączenie międzypółkulowe
- opóźnione lub zaburzone dojrzewanie układu słuchowego (w tym genetyczne dyspozycje)

Uszkodzenia te mogą być związane nie tylko ze spożywaniem alkoholu przez mamę w czasie ciąży, ale również z:

- wcześniactwem (32 – 34 tydzień)
- wysokim poziomem bilirubiny
- niedotlenieniem mózgu w czasie porodu
- uszkodzeniami CUN (urazy głowy, nowotwory, niedokrwienia, udary)
- w okresie prenatalnym: infekcjami wirusowymi, cytomegalią, toksoplazmozą, intoksykacją substancjami toksycznymi (alkohol, tytoń, środki odurzające, itp.)
- długotrwałą deprivacją słuchową spowodowaną niedosłuchem obwodowym (częste i przewlekłe stany zapalne ucha środkowego)
- częstym sączkowaniem uszu (drenaż, perforacje)
- zbyt późnym lub nieprawidłowym leczeniem niedosłuchu

Przetwarzanie słuchowe to zdolność mózgu do rozumienia, interpretowania i kategoryzowania informacji. Słyszenie nie jest jednoznaczne ze słuchaniem. Wiele przypadków trudności w nauce, tj. trudności w pisaniu i czytaniu, a także zaburzeń artykulacji i problemów językowych oraz często współistniejących z nimi zaburzeń emocjonalnych, ma swe źródło w trudnościach przetwarzania dźwięku na poziomie centralnym. Przyczyną tych zaburzeń jest brak pełnego wykorzystania słyszanego sygnału akustycznego przy prawidłowym jego odbiorze w strukturach obwodowych (Katz, 1994).

Diagnostując trudności dziecka związane z rozwojem mowy, uczeniem się, często poprzestaje się jedynie na sprawdzeniu czułości słuchu dziecka.

Tymczasem, gdy obserwujemy:

- trudności z rozumieniem mowy, gdy w otoczeniu jest gwar lub hałas
- trudności z rozumieniem dłuższych lub złożonych poleceń ustnych
- dźwięki z otoczenia łatwo odwracają uwagę dziecka
- trudności w uczeniu się (problemy z nauką czytania, pisania, nauką języków obcych)
- trudności z dłuższym utrzymaniem uwagi na zdaniu
- częste „wyłączanie się”, myślami dziecko jest gdzie indziej, sprawia wrażenie nieobecnego, wymaga powtarzania poleceń
- chorowało na przewlekłe wysiękowe lub częste zapalenie ucha

Wówczas należy sprawdzić, czy przyczyną trudności dziecka nie są Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego CAPD.

U dzieci z FASD najczęściej obserwuje się **zaburzenia pamięci i uwagi słuchowej**, przez co mają kłopot z zapamiętywaniem prostych informacji i z wykonywaniem poleceń. **Nie są w stanie zapamiętać polecenia wieloczęłkowego.** Często reagują z opóźnieniem. W toku prowadzonych diagnoz i licznych wywiadów z opiekunami dzieci z FAS, zauważa się również zaburzenia selekcji bodźców słuchowych (trudności z odseparowaniem się od zbędnych bodźców dźwiękowych w otoczeniu i skupieniu się na tych, które są ważne), co utrudnia funkcjonowanie w szkole oraz nadwrażliwość słuchową (obniżony próg reaktywności na różnych częstotliwościach, nawet u dzieci ze śladowym niedosłuchem).

U wielu dzieci z FASD zaburzenia przetwarzania słuchowego współwystępują z trudnościami w uczeniu się, dysleksją, ADHD, SLI (specyficznymi zaburzeniami językowymi), opóźnieniem rozwoju mowy.

Inne przyczyny prowadzące do nieprawidłowego przetwarzania słuchowego to:

- nadmierna stymulacja bodźcami wzrokowymi i słuchowymi (bierny odbiór bodźców – internet, gry komputerowe, telewizja) – upośledza możliwości filtrowania i selekcji informacji, prowadzi do zaburzeń koncentracji uwagi
- brak „wychowania słuchowego” – ograniczony czas spędzany na rozmowach dzieci z rodzicami/opiekunami i rówieśnikami

W dzisiejszym świecie dominuje przede wszystkim stymulacja wzrokowa. Nadmierny rozwój jednej sfery powoduje, że inne słabną. Następuje dezorganizacja neurologiczna, mająca wpływ na procesy uczenia się w codziennym życiu.

Objawy sugerujące występowanie zaburzeń przetwarzania słuchowego u dzieci w wieku szkolnym:

- opóźniony rozwój mowy
- trudności ze zrozumieniem złożonych poleceń czy pytań, zwłaszcza, gdy zawierają nieznane słowa lub mają złożoną strukturę gramatyczną
- ograniczone rozumienie mowy niewyraźnej, zniekształconej przez hałas lub w pomieszczeniach o złej akustyce (klasy szkolne, hale sportowe i basenowe)
- zaburzona intonacja (mowa monotonna, cicha albo szybka i zbyt głośna)
- nadwrażliwość słuchowa wywołująca często nieadekwatne uczucie niepokoju lub lęku
- zmęczenie po przebywaniu w głośnym środowisku
- częste bóle głowy
- zaburzona koncentracja uwagi (nadruchliwość lub wyłączanie się, prowadzące do agresji lub

nadmiernej płaczliwości)

- problemy z określeniem kierunku, z którego dobiega głos/dźwięk
- osłabiona pamięć i uwaga słuchowa (trudności z zapamiętywaniem nowych informacji), problemy z uczeniem się na pamięć (np. wierszyków) i zapamiętywaniem sekwencji dźwięków (np. nazw dni tygodnia, miesięcy czy tabliczki mnożenia)
- mylenie podobnie brzmiących słów i głosek, takich jak: p/b, t/d, k/g i niewłaściwy ich zapis
- trudności w czytaniu i pisaniu
- popełnianie błędów ortograficznych typu słuchowego
- trudności w nauce języków obcych
- skupianie się na głosie nauczyciela zamiast na treści wypowiedzi
- niższy iloraz inteligencji werbalnej w stosunku do inteligencji wykonawczej

Przed podjęciem próby zdiagnozowania centralnego zaburzenia przetwarzania słuchowego (CAPD) konieczne jest wykluczenie obwodowego uszkodzenia słuchu typu przewodzeniowego lub nerwowo-czuciowego. Diagnozą wstępną zwykle zajmują się osoby mające uprawnienie do przeprowadzania testów oceniających wyższe funkcje słuchowe. Diagnoza właściwa należy do lekarza – audiologa, otolaryngologa.

Dzieci z CAPD nie stanowią jednorodnej grupy pacjentów. Wyróżnia się trzy najczęściej występujące profile kliniczne CAPD, różniące się lokalizacją uszkodzenia, dominującymi objawami, a w konsekwencji postępowaniem terapeutycznym:

1. zaburzenia słuchu fonematycznego
2. zaburzenia uwagi słuchowej i rozumienia mowy w hałasie
3. zaburzenia integracji słuchowej, wzrokowo-słuchowej

Formy pomocy

Prawidłowo postawiona diagnoza pozwala zakwalifikować dziecko do jednej z wyżej wymienionych grup i na tej podstawie właściwie dobrać program terapeutyczny. Odpowiednio prowadzona terapia centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego, terapia mowy i urządzenia wspomagające słyszenie – są w stanie w dużej mierze poprawić sprawność komunikacyjną dziecka i jego funkcjonowanie w szkole. W zależności od wykazywanych trudności zaleca się odpowiednie formy pomocy.

Specjaliści wyznaczają trzy kierunki pomocy dzieciom z owymi trudnościami:

1. **Zmianę warunków akustycznych środowiska szkolnego/domowego.**
2. **Interwencję terapeutyczną w postaci terapii słuchowych opartą na plastyczności mózgu (trening słuchowy).**
3. **Terapię pedagogiczną, logopedyczną i psychologiczną usprawniającą uczenie się oraz komunikowanie.**

Obecnie znanych jest kilka treningów słuchowych, które pozytywnie oddziałują na koncentrację uwagi, poziom aktywności i sensorycznej modulacji: treningi słuchowe metodą K. Johansena, Tomatisa, Warnkego, Neuroflow – aktywny trening słuchowy, Stymulacja Polimodalna Percepcji Sensorycznej metodą Skarżyńskiego (SPPS), Dr Neuronowski.

Należy pamiętać, że nie ma specjalnej terapii słuchowej przeznaczonej tylko dla dzieci z FASD. Po przeprowadzonej diagnozie przetwarzania słuchowego, terapeuta powinien dobrać najbardziej korzystną dla danego dziecka formę treningu słuchowego.

Indywidualna Stymulacja Słuchu Kjelda Johansena

Program dobiera się **indywidualnie** do pacjenta w zależności od uzyskanych wyników w diagnozie. Dziecko otrzymuje płytę CD z nagraniem materiałem dźwiękowym (filtrowana muzyka instrumentalna), której powinno **słuchać codziennie w domu przez ok. 10 minut**. Postępy terapii kontrolowane są co 8, 10 lub 12 tygodni. Po każdym badaniu kontrolnym otrzymuje się nową, specjalnie przygotowaną płytę CD z programem terapeutycznym.

Metoda Tomatisa

Terapia polega na słuchaniu przez specjalne słuchawki (z uwzględnieniem drogi powietrznej i kostnej) indywidualnie dobrane materiały dźwiękowe, oparte między innymi na muzyce Mozarta i chorałach gregoriańskich. Terapia poprawia zdolności motoryczne, emocjonalne i poznawcze. Metoda Tomatisa opiera się na unikalnej technologii, która modyfikuje muzykę i głos w celu promowania pobudzenia korowego.

Neuroflow – interaktywny trening słuchowy

Trening przeznaczony jest dla dzieci od 4/5 roku życia. Diagnoza wykonywana jest przez certyfikowanego terapeutę i polega na wykonaniu testów wyższych funkcji słuchowych. Po otrzymaniu wyników pacjent przypisywany jest do jednego z profili CAPD.

Na podstawie wyników uzyskanych przez pacjenta przygotowujemy indywidualny program ćwiczeń, który wykonuje się w domu. Zaleca się, by sesje treningowe odbywały się 3 razy w tygodniu, przy czym każda z nich trwa ok. 25 – 30 min. Zalecane są minimum 3 etapy treningu, przy czym jeden etap trwa około dwa miesiące.

Metoda Warnkego

Metoda zakłada stymulację zmysłu słuchu, wzroku i motoryki osoby ćwiczącej. Stymulowana jest więc koordynacja wzrokowo-słuchowa i słuchowo-ruchowa. Metoda jest często zalecana osobom z dysleksją rozwojową.

SPPS – Stymulacja Polimodalnej Percepcji Sensorycznej

Jest to terapia oparta na wielozmysłowym oddziaływaniu (słuch, wzrok, dotyk). Wykorzystuje panel multimedialny z ponad siedemdziesięcioma gramami, angażującymi różne zmysły. Terapia dodatkowo wzmacniana jest przez moduł psychologiczny. W pierwszym etapie dziecko uczy się rozpoznawania emocji u siebie i innych.

Dr Neuronowski

Trening prowadzony jest w formie atrakcyjnych gier komputerowych. Gry są adresowane określonym zaburzeniom neurorozwojowym lub neurodegeneracyjnym. Indywidualizowane zestawy gier dedykowane problemom zgłaszanym przez użytkownika, ukierunkowują podejmowane oddziaływania terapeutyczne na określone potrzeby, zwiększając tym samym efektywność terapii. Każda pojedyncza sesja trwa ok. 60 minut. Plan terapii tworzony jest dynamicznie w oparciu o wyniki osiągnięte przez użytkownika. Dzięki protokołowi terapii istnieje możliwość monitorowania postępów na bieżąco.

Efekty terapii słuchowych:

- poprawa umiejętności słuchania
- właściwa lateralizacja słuchowa dla mowy
- poprawa funkcjonowania językowego
- poprawa rozumienia mowy (również w utrudnionych warunkach akustycznych)
- rozwój mowy czynnej, poprawa artykulacji, poprawa komunikacji
- poprawa koncentracji uwagi (w tym zdolności utrzymywania uwagi na wypowiedziach ustnych)

- poprawa umiejętności czytania i pisanie
- zmniejszenie nadwrażliwości na dźwięki
- uwrażliwienie na określone dźwięki dotychczas niezauważane (wspomaga to naukę języka obcego)
- poprawa równowagi, koordynacji ruchowej, napięcia mięśniowego (wpływ na postawę ciała)
- wzrost samooceny oraz poczucia własnej wartości

Zasady postępowania z dziećmi z CAPD

Uczniowie z CAPD powinni siedzieć w pierwszych ławkach. Dla dzieci z większymi deficytami korzystna jest nauka w klasie integracyjnej. U dzieci z najbardziej nasilonymi objawami, dobre efekty uzyskuje się dzięki zwiększeniu głośności mowy nauczyciela w stosunku do szumu w klasie, poprzez stosowanie systemów wspomagających słuchanie tzw. systemów FM. Jest to urządzenie składające się z niewielkiego mikrofonu, który nosi nauczyciel oraz małej słuchawki, którą dziecko umieszcza na uchu. System ten wzmacnia głos nauczyciela i pozwala uczniowi lepiej wyróżniać go na tle wszystkich dźwięków, jakie występują w klasie podczas lekcji.

Dzieci z zaburzeniem CAPD należy otoczyć szczególną troską, tworząc wokół nich ciche, spokojne, pozbawione hałasów środowisko. Warto pamiętać o następujących zasadach, które szczególnie pomocne będą w środowisku szkolnym:

1. Mówić z twarzą skierowaną w stronę dziecka.
2. Wypowiadać zwięzłe komunikaty, mówić wolno i wyraźnie, z odpowiednią głośnością.
3. Traktować dziecko z CAPD jak dziecko z niedosłuchem.
4. Sprawdzać czy dziecko dobrze zrozumiało polecenie.
5. Dobrym pomysłem jest też powtarzanie na głos poleceń, a nawet ich zapisywanie na przyszłość.
6. Wprowadzenie do codziennego życia rutyny.
7. Na wszystkich przedmiotach wydłużać uczniowi czas na czytanie tekstów, poleceń, instrukcji, szczególnie podczas samodzielnej pracy lub sprawdzianów, w miarę potrzeby pomagać w ich odczytaniu.
8. Podczas odpowiedzi ustnej wydłużać czas potrzebny na zastanowienie się i przypomnienie sobie słówek i zwrotów, dawać więcej czasu na opanowanie określonego zestawu słówek.
9. Nowe wyrazy objaśniać za pomocą kontekstu, w formie opisowej, obrazka, tworzenia związku z nowym wyrazem.
10. Oceniać za wysiłek włożony w opanowanie języka (również polskiego).
11. Wspierać, instruować, naprowadzać, pokazywać na przykładzie, dawać więcej czasu na opanowanie danej umiejętności.
12. W razie potrzeby udzielać dodatkowych wskazówek, materiał sprawiający trudność dłużej utrwaląc i dzielić na mniejsze części.

Literatura:

1. Klecka M.: FAScyńujące dzieci. Małgorzata Klecka, Ośrodek Fastryga, Łędziny 2020
2. Materiały szkoleniowe: Kurs dla Providers Johansen IAS. Warszawa 2011
3. Materiały szkoleniowe: Diagnostyka i terapia Zaburzeń Przetwarzania Słuchowego APD wg metody Neuroflow Aktywny Trening Słuchowy. APD Medical Spółka z o.o., Warszawa 2018

Trudności emocjonalne u dzieci z FASD

Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorder) to trwałe zaburzenie neurorozwojowe spowodowane przez ekspozycję dziecka na alkohol w okresie prenatalnym.

Najcięższym uszkodzeniem z tego spektrum jest **FAS (Fetal Alcohol Syndrome) – Płodowy Zespół Alkoholowy**. Ekspozycja na alkohol w czasie ciąży powoduje przede wszystkim uszkodzenie mózgu i tworzących się narządów wewnętrznych. Chociaż alkohol może wpływać na rozwój wszystkich komórek i narządów, mózg jest tkanką najbardziej podatną na jego działanie. Ekspozycja dzieci w okresie ciąży na alkohol może powodować różnorodne trudności rozwojowe. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, społeczno – emocjonalnego, poznawczego, zachowania oraz uczenia się. **Do powstania różnorodnych problemów dzieci z FASD mogą przyczynić się również inne czynniki np. uwarunkowania genetyczne, komplikacje występujące w trakcie ciąży oraz szereg zdarzeń mających miejsce po narodzinach (zaniedbania, porzucenie i opieka instytucjonalna, długotrwałe i liczne hospitalizacje).** Trudno wskazać jeden typowy wzorec trudności dzieci z FASD, ponieważ zaburzenia rozwoju spowodowane ekspozycją na alkohol są zróżnicowane, mają różne nasilenie i trwają przez całe życie. Ponadto nieprawidłowości w funkcjonowaniu dzieci z FASD mogą prowadzić do powstania licznych zaburzeń wtórnych, które są skutkiem błędnej lub nieprecyzyjnej diagnozy, nieodpowiedniej opieki lub w skrajnych przypadkach jej braku.

Istotnym celem diagnozy jest zróżnicowanie FASD od innych zaburzeń, które w wielu przypadkach mogą manifestować się bardzo podobnie. Etap diagnozy jest procesem skomplikowanym i wymaga od osób go przeprowadzających doświadczenia i wiedzy w zakresie różnych deficytów rozwojowych. Postawienie odpowiedniego rozpoznania często wymaga od specjalistów korzystania z dodatkowych badań oraz konsultacji (m.in. genetycznych, neurologicznych, logopedycznych). Ze względu na złożoność problemów i objawów dzieci ze spektrum FASD diagnoza powinna być prowadzona zespołowo, żeby szczegółowo określić zarówno potencjał dziecka jak również wskazać obszary deficytów. FASD jest często nazywany „ukrytą niepełnosprawnością”, ponieważ na skutek działania alkoholu w okresie prenatalnym dochodzi do nieodwracalnych zmian strukturalnych i funkcjonalnych mózgu, czego nie widać na „pierwszy rzut oka”. Wczesna diagnoza pozwala uniknąć kolejnych problemów i komplikacji, ponadto daje szansę na odpowiednie wsparcie adekwatne do poziomu rozwoju oraz potrzeb dziecka.

U dzieci z FASD obserwuje się szereg trudności poznawczych oraz emocjonalnych, które skutkują licznymi problemami społecznymi oraz adaptacyjnymi.

Zakres prezentowanych objawów tego zaburzenia jest bardzo zróżnicowany, szczególnie duże deficyty widoczne są w obszarze funkcji, za które odpowiedzialny jest układ limbiczny. Są to te struktury mózgu, które m.in. regulują, analizują reakcje emocjonalne, kontrolują zachowanie oraz wpływają na procesy uczenia się. Skutkuje to tym, iż u osób z FASD szczególnie łatwo wzbudzić reakcję walki – ucieczki, ponieważ w wielu przypadkach błędnie oceniają sytuację jako zagrażającą. W sytuacjach trudnych, w których odczuwamy lęk nasz organizm reaguje uruchomieniem reakcji obronnej, w której podejmujemy walkę (zachowania agresywne) albo wycofujemy się (unikanie). U dzieci z FASD, z powodu trudności z analizowaniem informacji oraz relacji społecznych, reakcje te są nieadekwatne do sytuacji, zachodzą zbyt wolno lub zbyt gwałtownie. Zdarza się, że w warunkach stresowych wykazują obojętność, a w sytuacjach zagrażających nie czują lęku.

Narażenie płodu na działanie alkoholu zaburza zdolność regulowania emocji oraz reagowania na stres. Istotną rolę w procesach kontroli emocji, nastrojów oraz procesów adaptacji organizmu na stres pełni oś HPA (podwzgórze – przysadka – nadnercza). Osoby z FASD mogą doświadczać trudności w kontrolowaniu impulsów, spontanicznym rozwiązywaniu problemów, wnioskowaniu oraz koncentracji uwagi. Zaburzenia funkcjonowania tej osi wpływają na procesy uwagowe, interpretację zdarzeń oraz samokontrolę, przez co dzieci z FASD nie potrafią prawidłowo przyswoić oraz zinterpretować docierających do nich informacji, co skutkuje trudnościami z podjęciem właściwego działania, adekwatnego do sytuacji.

Układ limbiczny oraz oś HPA (podwzgórze – przysadka – nadnercza) współdziałają ze sobą w zakresie odczuwania emocji oraz regulowania zachowania, dlatego zaburzenia w tych obszarach mogą w znaczący sposób upośledzać funkcjonowanie osób z FASD.

Innym obszarem funkcjonowania, w którym zaburzenia spowodowane płodowym oddziaływaniem alkoholu są wyraźnie zauważalne, jest **zdolność do regulacji emocjonalnej**. Tym, co odróżnia dzieci z FASD od rówieśników, są trudności w rozumieniu jak procesy emocjonalne działają zarówno u siebie, jak i u innych ludzi. Problemy w rozróżnianiu i rozumieniu stanów emocjonalnych innych osób skutkują deficytami w reagowaniu w sposób empatyczny oraz przejawianiu postaw prospołecznych.

Regulacja emocjonalna obejmuje również zdolność do identyfikowania przyczyn i konsekwencji emocji, a także umiejętność ich regulowania i radzenia sobie z nimi. Dzieci z FASD przejawiają trudności z przewidywaniem długofalowych następstw swojego postępowania, analizowaniem alternatywnych reakcji, wybieraniem adekwatnych zachowań oraz ich korygowaniem i modyfikowaniem. Dzieci takie działają impulsywnie. Bez zastanowienia przechodzą do działania, dopiero potem, po fakcie uświadamiają sobie konsekwencje. Osoby z FASD zazwyczaj znają zasady postępowania, są świadome konsekwencji ich złamania, ale nie są w stanie powstrzymać swojej reakcji.

Ponadto ze względu na zaburzenia funkcji poznawczych dzieci z FASD przejawiają trudności w umiejętnościach językowych, szczególnie w niejednoznacznych sytuacjach społecznych. Dzieci te prezentują deficyty w rozumieniu metafor, emocjonalnych aspektów języka, nazywaniu i wyrażeniu emocji. W wielu sytuacjach słowa, komunikaty, żarty rozumieją w sposób dosłowny. Ze względu na trudności w zakresie kluczowych zdolności językowych dzieciom tym trudno funkcjonować w grupie rówieśniczej.

Rodzicom, opiekunom jak również otoczeniu i rówieśnikom często trudno jest zaakceptować zachowania prezentowane przez dzieci z FASD. W wielu sytuacjach są one błędnie interpretowane jako działania celowe i świadome, złośliwe, mające na celu wyrządzenie krzywdy drugiej osobie. Należy pamiętać, że alkohol jest teratogenem czyli substancją trwale uszkadzającą, która przenika przez barierę łożyskową i ma negatywny wpływ na rozwijający się płód. Mózg jest tkanką najbardziej podatną na działanie alkoholu, który prowadzi do nieodwracalnych zmian w zakresie jego funkcjonowania i struktury.

Profil deficytów FASD może być bardzo zróżnicowany, każde dziecko z FASD będzie prezentowało inne spektrum dysfunkcji. Czynniki, które częściowo tłumaczą występowanie różnic pod względem rodzajów specyficznych trudności, z jakimi borykają się osoby z FASD wynikają m.in. z dawki alkoholu i częstości jego spożywania przez matkę w czasie ciąży, momentu rozwoju płodu, w którym działał alkohol oraz cech metabolizmu matki. Należy pamiętać, że nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu, która w 100% nie wpłynie uszkadzająco na płód.

Literatura:

1. Grzegorzewska I., Cierpiatkowska L., Borkowska A. (red.): Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa 2022
2. Jerzak M.: Zaburzenia psychiczne i rozwojowe dzieci a szkolna rzeczywistość. PWN, Warszawa 2016
3. Klecka M., Janas-Kozik M.: Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii. Parpamedia, Warszawa 2009
4. Jadczak-Szumiło T.: Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD, studium przypadku. Parpamedia, Warszawa 2008



Alkohol

Szkodzi zdrowiu dziecka
Jesteś w ciąży - nie pij

Na czym polega wspieranie rozwoju dzieci z FASD?

Niezwykle ważna dla rozwoju dziecka i jego dalszego życia jest wczesna diagnoza zaburzeń ze spektrum FASD. Diagnoza ta otwiera bowiem drogę do wczesnej interwencji i daje szansę wprowadzenia koniecznych działań terapeutycznych. Dzięki temu można zapobiegać objawom wtórnym zaburzeń FASD i uniknąć nasilaniu się istniejących deficytów i opóźnień rozwojowych.

Diagnoza nie jest celem samym w sobie i nie może służyć „etykietowaniu” czy „piętnowaniu” dziecka, ale powinna być początkiem celowej i ukierunkowanej pomocy w jego rozwoju. Po postawieniu diagnozy rozpoczyna się praca nad zaburzeniami pierwotnymi, z którymi boryka się dziecko. Także rodzice lub opiekunowie zostają przygotowani do zaspokajania specyficznych potrzeb i trudności dziecka, co daje mu ogromną szansę rozwojową.

Pomoc dziecku z zaburzeniami FASD powinna przebiegać na kilku płaszczyznach:

Terapia indywidualna
jego deficytów i zaburzeń
rozwojowych

Przygotowanie otoczenia, czyli
edukacja w rodzinie, w szkole,
w instytucjach pomocowych

Pomoc jego rodzicom/opiekunom
w sięgnięciu po swoje zasoby,
edukacja o problemach dziecka

Wspieranie dziecka z FASD oraz wspieranie rodziny tego dziecka **jest procesem**, co oznacza, że musi on być rozłożony w czasie. Nie można pomóc dziecku i rodzinie jednorazowo i całościowo. Wsparcie powinno być stałe i dostosowane do aktualnych potrzeb dziecka i rodziny.

W tym procesie najważniejsza i pierwsza jest edukacja. Ale dlaczego jest ona tak ważna? Edukacja to droga do spojrzenia na dziecko z FAS we właściwym świetle, do prawdziwego poznania dziecka. Nie można przecież pomóc dziecku, jeżeli nie wie się nic na temat płodowego zespołu alkoholowego, jego objawów i deficytów z jakimi zmagają się samo dziecko, jego rodzina oraz najbliższe otoczenie (rówieśnicy, wychowawcy, nauczyciele). Nie mając wiedzy o dysfunkcjach i trudnościach, z którymi boryka się dziecko, łatwo jest popaść w poczucie, że mamy do czynienia z dzieckiem nieposłusznym, niegrzecznym, niechłujnym, niezdarnym, stale zapominałskim, irytującym, lekceważącym, aroganckim, źle wychowanym, upośledzonym umysłowo, a nawet chorym psychicznie. Ta niekończąca się lista niepożądanych cech i zachowań często przytłacza i zniechęca do opieki i pracy z dzieckiem.

Na skutek braku wiedzy o FAS i zaburzeniach z nim związanych pojawiają się nieprawidłowe postawy i działania oraz sytuacje, które utrudniają bądź uniemożliwiają pomoc dziecku:

1. Ponieważ dorośli nie rozumie zachowań i codziennego funkcjonowania dziecka, może je bagatelizować i traktować jako normę: „To dziecko tak ma. Takie jest.”
2. Opiekun nie umie pomóc dziecku: albo nie robi nic, albo nie wie gdzie znaleźć pomoc. „Krąży” pomiędzy różnymi specjalistami szukając pomocy, która często jest nietrafiona, nieskuteczna.
3. Wobec niewiedzy o FAS i wzajemnego niezrozumienia dziecka i dorosłego wzrasta u nich frustracja. Dziecko nie może sprostać oczekiwaniom dorosłego. Dorosły nie może nauczyć i wyegzekwować pożądanых zachowań. Czuje się bezradny i osamotniony, bo nikt nie potrafi mu pomóc.
4. Kiedy nasila się frustracja, rośnie poziom agresji u dziecka i/lub dorosłego, a to oznacza eskalację trudności.

5. Pojawia się zniechęcenie dziecka, rezygnacja z działania. Staje się ono wycofane: smutne, obojętne, apatyczne. Zamyka się w swoim świecie, odmawia współpracy, buntuje się. Może przejawiać zaburzenia psychiczne m. in.: depresję, zaburzenia lękowe, zaburzenia opozycyjno – buntownicze, zaburzenia zachowania.
6. U rodzica widoczne jest zniechęcenie. Rezygnacja z działania, pozostawienie dziecka samemu sobie. Dorosły przestaje prowadzić dziecko, przestaje wymagać. Rezygnuje z budowania relacji emocjonalnej/więzi: ogranicza lub unika kontaktu z dzieckiem, przyjmuje postawę obojętną lub odrzucającą, z którą wiąże się przemoc wobec dziecka. W skrajnych przypadkach ma poczucie wypalenia, w związku z tym rezygnuje z opieki: oddaje dziecko do placówki lub innej rodziny, podejmuje decyzję o rozwiązaniu rodziny zastępczej czy adopcyjnej.

Z powodu realnych zagrożeń dla pomyślnego rozwoju dziecka i prawidłowego funkcjonowania systemu rodzinnego, każda rodzina wychowująca lub przyjmująca dziecko z FAS powinna być wyposażona w rzetelną wiedzę o Płodowym Zespole Alkoholowym oraz o sposobach pomocy dotkniętych nim dzieciom.

Zasady wspierania dziecka z FAS:

1 „Primum non nocere” (z łac. „Po pierwsze nie szkodzić”)

Dzieci z FAS często uruchamiają system autoterapii i wykonują czynności, które je stymulują, usprawniają bądź rekompensują ich niedobory.

Przykład 1

Dziecko nadwrażliwe słuchowo zatyka uszy, gdy dzwoni dzwonek na przerwę (a jeśli ma aktywny odruch MORO, to jeszcze podskoczy na krześle i krzyknie), ale jednocześnie może z upodobaniem bawić się hałaśliwymi, wydającymi głośne dźwięki zabawkami lub samo co jakiś czas wydawać okrzyki – nie zawsze we właściwym miejscu i czasie. Dlaczego? Ponieważ wtedy samo kontroluje sytuację. Dokładnie wie, kiedy usłyszysz dźwięk i może się na to przygotować.

Przykład 2

Dorosły wciąż zwraca dziecku uwagę „Zawiąż sznurowadła.” – i dziecko to robi, ale ponieważ ma obniżone napięcie mięśniowe, to nie zaciska supeła dostatecznie mocno i za chwilę sznurówki znów są rozwiązane.

Zamiast uprzykrzać dziecku i tak niełatwe życie, można kupić buty na rzepy, zamki, gumki lub nauczyć wiązać podwójny supeł.

Przykład 3

Dziecko lubi czytać książki i odrabiać lekcje leżąc na dywanie, a mama każe mu siadać przy biurku. – To dziecko przyjmuje najwygodniejszą możliwą pozycję i mama powinna mu na to pozwolić, ale też szukać przyczyny tego zachowania (diagnoza).

Jeżeli u dziecka występuje silny odruch STOS, to podczas siedzenia pochylenie głowy nad zeszytem utrudnia utrzymanie odpowiedniej kontroli postawy górnej połowy ciała i dziecko w końcu prawie leży na biurku z nosem w zeszytach. Łatwiej jest mu czytać i pisać w pozycji leżącej.

2 Bądź wyrozumiały

Zastanów się, jaka jest przyczyna określonego zachowania i nie zakładaj z góry, że dziecko jest nieposłuszne, niewychowane czy złośliwe w określonej sytuacji („Bo mówię jedno, a dziecko robi co innego”). Dziecko zna zasady, obowiązujące reguły (nawet często wymaga, by inni ich przestrzegali!), ale samo nie potrafi ich zastosować w życiu.

3 Pogódź się z niepełnosprawnością dziecka

Aby faktycznie wspierać dziecko trzeba najpierw uznać, że FAS powoduje niepełnosprawność dziecka, a dopiero potem, uwzględniając tę niepełnosprawność, dostosować nasze oczekiwania i wymagania wobec dziecka.

4 Pomyśl, jakie potrzeby zaspokajają dziecko przez swoje zachowania

Huśtanie się na krześle może np. być wynikiem potrzeby dostymulowania układu przedsionkowego w mózgu.

5 Przestań gderać i zrządzić

Dziecko z FAS ma trudności z utrzymaniem higieny, zachowaniem wokół siebie porządku, z uwagą, pamięcią.

Zamiast marudzić „Znowu się pobrudziłeś!”, powiedz krótko: „Ubierz czystą bluzkę.”

Zamiast narzekać „Wciąż robisz bałagan na biurku.”, poleć dziecku: „Schowaj książki do plecaka.”

Zamiast utyskiwać: „Jak zwykle zapomniałeś.”, wyraż zrozumienie: „Wiem, jak to jest. Trudno pamiętać o tylu rzeczach naraz.”

6 Zamień komunikat negatywny na komunikat pozytywny

Na co dzień jest tak wiele sytuacji, w których dziecko z FAS zachowuje się niewłaściwie, że rodzic lub nauczyciel wciąż zwraca dziecku uwagę. Dziecko często nie wie, że robi coś źle i nie wie co i jak ma zrobić właściwie. Nasz komunikat ma dziecko pokierować, wskazać, co ma robić.

Zamiast mówić: „Nie rób tak.”, powiedz i pokaż: „Zrób tak...”.

Zamiast mówić: „Nie krzycz.”, powiedz: „Mów ciszej.”

Zamiast mówić: „Nie skacz.”, powiedz: „Teraz stań/usiądź obok mnie.”

7 Nie pytaj „Dlaczego...?”

Rodzice często zadają pytania „Dlaczego to zrobiłeś? Dlaczego tak się zachowałeś?”. A przecież dziecko z FAS ma problemy z myśleniem przyczynowo – skutkowym, często nie wie dlaczego coś zrobiło, nie potrafi tego wytłumaczyć. Poza tym reaguje impulsywnie: najpierw działa, potem myśli.

Zamiast pytać „Dlaczego...?”, trzeba skupić się na nauczaniu dziecka, jak powinno zachować się właściwie, co ma zrobić, żeby dana sytuacja więcej się nie powtórzyła.

8 Traktuj dziecko jako młodsze, niż jest w rzeczywistości

W wielu sferach dziecko z FAS funkcjonuje poniżej swojego wieku metrykalnego: jest mniej sprawne ruchowo, może być niezdarne, nie radzi sobie z samoobsługą, jest nie dość sprawne manualnie, ma trudności z nauką. Jego rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny może być opóźniony: często reaguje nieadekwatnie do wieku i sytuacji. Ma niską odporność na frustrację, reaguje gwałtownie, agresywnie.

9 Dostosuj wymagania wobec dziecka do jego możliwości, a nie jego wieku metrykalnego

Dotyczy to dostosowania wymagań przez rodziców, ale też dostosowania wymagań edukacyjnych. Jeżeli dziecko ma w opinii z Ośrodka FAS czy w orzeczeniu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej określone zalecenia dla nauczyciela, to powinny być one stosowane. Przecież nie są dane bez powodu.

10 Pracuj z dzieckiem tak, by osiągało sukcesy

Motywuuj do wysiłku, a nie zniechęcaj ciągłymi porażkami np. stawiając przed dzieckiem zadanie zbyt trudne, z którym sobie nie poradzi lub myśli, że sobie nie poradzi. Dziecko przeżywa tak wiele porażek, że bardzo łatwo się poddaje i nie podejmuje działania.

11 Pomóż dziecku uspokoić się

Większość dzieci z FAS nie ma wykształconego mechanizmu uspokajania się. Jeżeli dziecko źle się zachowuje, to powiedzenie mu „Uspokój się” nic nie da, bo ono tego nie potrafi. Nie wie, jak to zrobić, dlatego to dorosły musi uspokoić dziecko. Rodzic sam powinien być spokojny i opanowany, by móc swoim spokojem, cichym głosem, miarowym oddechem, delikatnym dotykiem, przytuleniem lub uściskiem wyciszyć dziecko. W innym razie, powinien go zastąpić drugi rodzic, który nie jest zdenerwowany. W przypadku niewłaściwego zachowania dziecka w szkole dobrze jest wypracować system komunikacji nauczyciela z pedagogiem, który może na kilka minut wyprowadzić dziecko z klasy i pomóc mu obniżyć napięcie, niepokój, dyskomfort.

12 Zwróć uwagę na dietę dziecka

Dieta może mieć decydujący wpływ na zachowanie dziecka, szczególnie dziecka z FAS, które może cierpieć na zaburzenia układu pokarmowego w postaci zaburzonej flory bakteryjnej, nieszczelnych jelit czy nieprawidłowego wytwarzania enzymów trawiennych. Skutkiem tego mogą występować u dziecka: osłabiona odporność, insulinooporność, alergie, nietolerancje pokarmowe, drożdżyca (m.in. *Candida albicans*). Należy zdecydowanie unikać sztucznych dodatków do żywności: barwników, aromatów, konserwantów, słodzików, izomerów trans, azotanów, azotynów, które powodują u dzieci bóle głowy, nieuwagę, nadaktywność, wybuchowość, agresję. Najlepsze dla poprawy zdrowia będą produkty spożywcze pochodzenia naturalnego, dieta urozmaicona, bogata w błonnik, produkty probiotyczne (kiszzone warzywa, zakwaszane produkty mleczne).

13 Bądź cierpliwy i szanuj dziecko

Każdy człowiek, także dziecko z FAS, ma swoją godność równą Twojej. Staraj się o tym pamiętać szczególnie w chwilach trudnych. Naucz się panować nad sobą, nad swoimi reakcjami. W razie potrzeby poproś kogoś o pomoc w opiece nad dzieckiem, aby dać sobie chwilę wytchnienia i odpoczynku.

Nie zmieniaj dziecka, ale kochaj i bądź cierpliwy, aby ono samo mogło się zmienić!

Literatura:

1. Palicka I.: Analiza profilu neuropsychologicznego dzieci w wieku 5-10 lat w wybranych podtypach FASD. Wyd. Borgis, Warszawa 2021
2. Rozpoznanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. (w:) *Pediatrics*. Wydanie specjalne Nr 1/2020, Kraków 2020
3. Klecka M., Palicka I.: Trauma rozwojowa u dzieci – perspektywa neurorozwojowa. (w:) www.dzieckokrzywdzone.fdds.pl, Vol. 17, No 2, 2018
4. Palicka I., Śmigiel R.: Walidacja narzędzia diagnostycznego „Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wiekach Przedszkolnym (IDS-P)” z udziałem grupy dzieci z rozpoznaniem płodowym zespołem alkoholowym wg kryteriów waszyngtońskich. (w:) *Pediatrics Polska* Nr 92 (2017), s. 525-537
5. Pietrzak M., Bakiera L., Palicka I.: Przywiązanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu (FASD). Badanie za pomocą Attachment Story Completion Task. (w:) *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal* Nr 23, 1, 2017, s. 137-146
6. Palicka I., Leszczuk-Reguła M.: Diagnostyka zaburzeń poznawczych i komunikacyjnych dzieci z FASD. (w:) *Forum logopedy*, lipiec/sierpień 2016, s. 50-54
7. Palicka I., Śmigiel R., Pesz K., Janas-Kozik M., Klecka M.: Diagnostyka FASD według 4-cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego S. Astley – znaczenie badania neuropsychologicznego. (w:) *Standardy Medyczne - Pediatrics*, t. 13, 2016 s. 59-67
8. Gerhardt S.: Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016
9. Astley S.J.: Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (FASD) – przewodnik diagnostyczny. 4-cyfrowy Kwestionariusz Diagnostyczny. Wydanie Trzecie, Seattle, Uniwersytet Waszyngtoński 2004
10. Klecka M.: Fetal Alcohol Syndrome – Alkoholowy Zespół Płodowy. Poalkoholowe dzieci ze złożoną niepełnosprawnością. (w:) www.dzieckokrzywdzone.pl
11. Klecka M., Janas-Kozik M.: Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii. Parpamedia, Warszawa 2009
12. Kropka B.: FAS FOOD, czyli jak żywić małe dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, Poradnik dietetyczny, Federacja Polskich Banków Żywności

Wsparcie dziecka z zaburzeniami FASD – przegląd metod terapeutycznych

Pomoc dziecku z FASD to nie tylko działania bezpośrednio skupione na dziecku (w centrum których jest samo dziecko), ale także szersze spojrzenie na jego rodzinę i środowisko życia. **Dlatego wsparcie dziecka z FASD powinno obejmować trzy obszary:**

1. Terapia indywidualna jego deficytów i zaburzeń rozwojowych.
2. Pomoc jego rodzicom/opiekunom w sięgnięciu po swoje zasoby, edukacji o problemach dziecka.
3. Przygotowanie otoczenia (wychowawcy przedszkolni, nauczyciele w szkole), czyli edukacja o specyfice funkcjonowania dziecka.

Zasady planowania terapii dziecka z FASD

- Dostępne są różne metody terapeutyczne, które wspierają rozwój dzieci. Natomiast ze względu na wielość uszkodzeń i zaburzeń u dziecka z FAS udzielana **pomoc musi być przemyślana i usystematyzowana**.
- Należy pamiętać, że **nie ma jednej słusznej drogi postępowania z dziećmi z FAS**, bo każde doświadczyło intoksykacji alkoholowej w różnym stopniu, w różnym czasie, mając inne uwarunkowania środowiskowe i inne zasoby własne. Konieczna jest wnikliwa obserwacja funkcjonowania i zachowania dziecka na co dzień oraz wszechstronna analiza wszystkich danych o dziecku.
- **Terapia dziecka powinna być podejmowana:**
 - **z uwzględnieniem uszkodzeń OUN** – terapia ma stymulować OUN, pobudzać i wykorzystywać mechanizmy plastyczności mózgu
 - **w odpowiedniej kolejności**, analogicznie do kolejności rozwoju dziecka, co przełoży się też na jego zachowanie.

Np.:

Jeśli u dziecka obserwuje się opóźniony rozwój ruchowy i obecne są niewyhamowane odruchy pierwotne, to nie rozpoczyna się pomocy od zajęć wyrównawczych z matematyki czy zajęć z logopedą, ale od terapii opóźnień neurorozwojowych.

Jeżeli dziecko ma problemy z nadwrażliwością słuchową, dotykową, to nie pracuje się najpierw nad poprawą zachowania wysyłając dziecko na socjoterapię, ale zaczyna się od pracy nad zintegrowaniem zmysłów (terapia integracji sensorycznej).

Pomoc interdyscyplinarna jest podstawą pomocy specjalistycznej - Zespół Diagnostyczno-Terapeutyczny współpracuje w planowaniu i udzielaniu wsparcia.

- Cały czas poszukiwane są propozycje i proporcje oddziaływań terapeutycznych wobec osób z FASD i ich rodzin.
- W każdej terapii **ważna jest rola i udział opiekuna**. Nie można udzielać pomocy dziecku bez zaangażowania opiekuna. Istotne jest przygotowanie opiekuna, aby stał się koordynatorem terapii dziecka.
- Nadzieją dla dzieci z FASD jest **plastyczność mózgu**. Odpowiednio dobrany program terapii, neurostymulacja, stymulacja sensoryczna, daje szansę na zminimalizowanie skutków szkód wywołanych intoksykacją alkoholową w życiu płodowym.
- Praca nad zaburzeniami pierwotnymi i przygotowanie opiekunów do zaspokajania specyficznych potrzeb i trudności dziecka z grupy FASD daje tym dzieciom ogromną szansę rozwojową.

Wybrane metody terapeutyczne:

PROGRAM „FASTRYGA”

Metoda terapeutyczna i edukacyjna, której twórcą jest dr Małgorzata Klecka - prezes Fundacji „Fastryga”. W metodzie podstawę procesu diagnostycznego i ustalenia kierunku terapii stanowi:

- Obszerne wywiad z opiekunem dziecka.
- Badanie profilem neurorozwojowym (poprzez profil rozwojowy można oszacować funkcjonowanie OUN w porównaniu z prawidłowym rozwojem; profil ma 12 poziomów funkcji neurologicznych).
- Wspomaganie funkcji metabolicznych (prenatalna ekspozycja na alkohol niszczy też przewód pokarmowy, dzieci często mają alergie, nietolerancje pokarmowe).
- Ocena kondycji psychicznej całej rodziny oraz odpowiednia interwencja (dokładne poznanie historii dziecka, świadomość własnych motywacji, umiejętność radzenia sobie z utratami we własnym życiu, ciągłe poddawanie refleksji i stałej superwizji relacji z dzieckiem, szczególna dbałość o relacje małżeńskie oraz wzmacnianie relacji z biologicznymi dziećmi).

DOMOWE PROGRAMY TERAPEUTYCZNE

Dla dzieci po wykonanej diagnozie FAS tworzone są domowe programy terapeutyczne. Jeśli opiekun wyrazi wolę pracy z dzieckiem według domowego programu terapeutycznego, wówczas systematycznie zapraszany jest z dzieckiem na spotkania z terapeutą (co 4-8 tyg., w zależności od przypadku) w celu badania postępów jego rozwoju i weryfikacji domowego programu terapeutycznego (otrzymuje nowy zestaw ćwiczeń domowych). Czas trwania terapii domowym programem zależy od wielu czynników: wieku metrykalnego i rozwojowego dziecka, informacji o dotychczasowym i teraźniejszym stanie zdrowia czy o rozwoju psychospołecznym. Terapia trwa średnio 2-3 lata.

DIAGNOZA I TERAPIA INTEGRACJI ODRUCHÓW WG DR SALLY GODDARD BLYTHE (INPP)

Terapia Integracji Odruchów służy dzieciom z niedojrzałością neuromotoryczną, u których występuje zbiór niewyhamowanych odruchów pierwotnych powyżej szóstego miesiąca życia (ostatecznie powyżej 12 m.ż.) w połączeniu z brakiem lub niedojrzałością odruchów posturalnych powyżej wieku trzech i pół roku. Występowanie lub brak odruchów pierwotnych i posturalnych podczas kluczowych etapów rozwoju stanowi wiarygodny wskaźnik dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego. Niezintegrowane odruchy pierwotne negatywnie wpływają na rozwój ruchowy, poznawczy i emocjonalny. Program Integracji Odruchów INPP ma na celu usprawnianie umiejętności koniecznych do efektywnego uczenia się. Jest to metoda terapeutyczna, opierająca się na naturalnych wzorcach ruchowych, które wykonuje rozwijające się dziecko podczas pierwszego roku życia.

DIAGNOZA I TERAPIA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ SI

Terapia sensoryczna SI skierowana jest do dzieci z FASD, które przejawiają zaburzenia przetwarzania sensorycznego (nadwrażliwość lub podwrażliwość) w zakresie widzenia, słyszenia, funkcjonowania

węchu/smaku, obszarze ruchu/układu przedsionkowego, propriocepcji (czucia głębokiego) i dotyku (czucia powierzchniowego).

TERAPIA POZNAWCZA INSTRUMENTAL ENRICHMENT PROF. FEUERSTEINA

Terapia Poznawcza Instrumental Enrichment rozwija struktury mózgowe i funkcje takie jak: pamięć, uwaga, koordynacja wzrokowo - ruchowa, logiczne rozumowanie, myślenie przyczynowo - skutkowe, percepcja. Terapia jest prowadzona na materiale pozaszkolnym, uczy jak zdobywać wiedzę wykorzystując w pełni swoje zdolności, rozwijając krytyczne myślenie i samodzielność w podejmowaniu decyzji. Dla osób od 6 r.ż.

DIAGNOZA I TERAPIA INTEGRACJI BILATERALNEJ BI

Integracja Bilateralna to integracja pracy obu półkul mózgowych przez odpowiednio dobrany zestaw ćwiczeń ruchowych. Wpływa korzystnie na rozwój ruchowy i procesy poznawcze. Poprzez dwustronną integrację wpływa na motorykę, zdolność do koordynowania działania wszystkich części ciała, rozwijanie lateralizacji przez jednoczesne ćwiczenia jednej strony ciała, podczas gdy druga strona wykonuje ruchy przeciwne. Bez względu na to, jaki jest stopień zaburzeń, każde dziecko z FASD może w tym programie osiągnąć poprawę.

TRENING SŁUCHOWY - INDYWIDUALNA STYMULACJA SŁUCHU JOHANSENA, METODA TOMATISA, PROGRAM NEUROFLOW, DR NEURONOWSKI

Dzieci z FASD często przejawiają zaburzenia przetwarzania słuchowego. Trening słuchowy poprawia zdolności utrzymywania uwagi i koncentracji na wypowiedziach ustnych, czytania, rozumienia mowy, artykulację, komunikację, samoocenę, harmonizowanie napięcia mięśniowego, utrzymanie równowagi, koordynację ruchów, motorykę.

TERAPIA USTNO-TWARZOWA WG DR S. MASGUTOWEJ

Terapeuta bazując na odruchach neuromotorycznych poprzez odpowiednio dobrane działania manualne usprawnia/integruje funkcje ustno – twarzowe. Terapia prowadzona jest po wcześniejszym badaniu odruchów. Do badania zaliczamy także obserwację reakcji na bodźce oraz sprawdzenie symetrii twarzy. Stosowane techniki służą stymulacji neurosensorycznej punktów i stref odruchów. Intensywność terapii zależy od wieku dziecka oraz stopnia dysfunkcji. Terapia jest wskazana m. in. dla dzieci z deficytem rozwoju mowy, z problemami artykulacji oraz z trudnościami w przyjmowaniu pokarmu (żucie i ssanie).

TERAPIA EEG BIOFEEDBACK

EEG BIOFEEDBACK jest metodą usprawniania pracy mózgu, a szczególnie tych obszarów, które odpowiadają za koncentrację uwagi i pamięć krótkotrwałą. Terapia ta jest przydatna dla dzieci nadpobudliwych. Polega na podawaniu dziecku sygnałów zwrotnych o zmianach stanu fizjologicznego organizmu, dzięki czemu może ono nauczyć się świadomie modyfikować funkcje, które normalnie nie są kontrolowane, np. fale mózgowe, opór elektryczny skóry (GSR), napięcie mięśni itp. Informacje przekazywane są w formie wizualnej (np. podczas pogłębiania koncentracji na ekranie monitora powiększa się piłka lub samolot leci wyżej, w chwilach rozproszenia piłka znika, natomiast samolot obniża lot) oraz w formie akustycznej (przyjemny dźwięk przy „sukcesie”, nieprzyjemny przy „porażce”). Trening EEG Biofeedback usprawnia koncentrację uwagi, opanowanie emocji, relaks, procesy myślowe, szybką naukę, pamięć, twórczość, sen.

METODA DOBREGO STARTU PROF. MARTY BOGDANOWICZ ORAZ TERAPIA PEDAGOGICZNA

Głównym założeniem metody Dobrego Startu jest wspomaganie rozwoju psychomotorycznego dziecka poprzez odpowiednio zorganizowaną zabawę i wielozmysłowe uczenie symboli graficznych: wzorów literopodobnych, liter i znaków matematycznych. Terapia pedagogiczna dzieci z ryzyka FASD wykorzystuje elementy terapii ze spektrum terapii pedagogicznych poprawiających percepcję słuchową, czuciową i wzrokową oraz terapii behawioralnej i metody ruchu rozwijającego.

ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE METODĄ RUCHU ROZWIJAJĄCEGO WERONIKI SHERBORNE

System ćwiczeń Weroniki Sherborne ma zastosowanie we wspomaganiu prawidłowego rozwoju dziecka oraz korygowanie zaburzeń tego rozwoju. Dzięki ruchowi rozwijającemu dziecko zaczyna **budować więź z opiekunem**, mieć zaufanie do siebie, zyskuje poczucie bezpieczeństwa. Ćwiczenia ruchowe rozwijają świadomość własnego ciała, świadomość przestrzeni, umiejętność wchodzenia w relację z innymi oraz komunikację. Podczas ćwiczeń ruchowych dziecko może poznać przestrzeń ruchową, w której się znajduje, przestaje ona być dla niego groźna.

SOMATIC EXPERIENCING /SOMATYCZNE DOŚWIADCZENIE PETERA LEVINA/

Alkohol wypijany w czasie ciąży jest czynnikiem traumatyzującym dziecko. Według M. Kleckiej FASD jest zespołem posttraumatycznym. Takie podejście daje możliwość wykorzystania technik SE (Somatic Experiencing) do skutecznej pomocy dzieciom. Terapia dzieci z FASD z wykorzystaniem technik SE jest metodą pracy z ciałem przywracającą wewnętrzną równowagę, pozwalającą na dokończenie przez układ nerwowy uporczywych reakcji motorycznych i emocjonalnych.

SOCJOTERAPIA

Dzieci z FAS przejawiają szczególne trudności w relacjach społecznych z powodu problemów z komunikacją z innymi ludźmi – same popełniają błędy językowe i nie zawsze właściwie rozumieją wypowiedzi innych. Socjoterapia to jedna z metod terapii zajęciowej, która ma na celu przede wszystkim poprawę funkcjonowania w grupie społecznej.

METODY REHABILITACYJNE

- Metoda Karla i Berty Bobath
- Metoda Vaclava Vojty
- Metoda Glenna Domana

Ponadto cennym wsparciem dla dziecka i jego opiekunów mogą być:

- Pomoc wolontariuszy (w opiece, w nauce - korepetycje)
- Terapia rodzinna (rodziny są niejednokrotnie „wypalone”, z trudnościami w relacjach rodzinnych, małżeństwa decydują się na rozwód)
- Psychoterapia (dla rodziców, dla dzieci i młodzieży)
- Grupy wsparcia i grupy terapeutyczne
- Turnusy terapeutyczne dla dzieci i rodzin
- Współpraca z lekarzami różnych specjalności (ze względu na wiele nieprawidłowości rozwojowych dzieci kierowane są na badania genetyczne, neurologiczne, ortopedyczne itd.)
- Konsultacje i diagnozy:
 - Psychologiczne
 - Psychiatryczne
 - Pedagogiczne
 - Prawne.

Literatura:

1. Piekacz A.: Wielowymiarowość diagnozy i terapii FASD. Difin, Warszawa 2020
2. Szczupał B.: Dziecko z FASD – problemy diagnostyczne oraz wybrane strategie i metody pracy. (w:) Rozprawy Społeczne. Tom VII, Nr 1, 2013
3. Klecka M., Janas-Kozik M.: Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii. Parpamedia, Warszawa 2009
4. Klecka M., Palicka I.: Uwaga problem! Pierwsza pomoc dla dzieci i młodzieży z poalkoholowymi zaburzeniami rozwoju (FASD). Fundacja Batorego, Warszawa 2009

Marzena Nowak-Bortnik

Zosia - opis przypadku

Zosia ma lat 6, rozpoznanie diagnostyczne: **FAS w wyniku ekspozycji na alkohol**. Posiada orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym. Przez około półtora roku przebywała w zinstytucjonalizowanej formie pieczy zastępczej, następnie trafiła pod opiekę dziadków.

Motoryka mała (sprawność rąk)

Zosia przekłada przedmioty z ręki do ręki, potrafi nawlec duże klocki, stara się nawlekać małe elementy. Stara się trzymać narzędzie piśmiennicze.

W dalszym ciągu występują trudności w zakresie motoryki małej i precyzyjnej manipulacji. Ma trudności z utrzymaniem narzędzia pisarskiego, kredki. Obniżona jest sprawność grafomotoryczna.

Motoryka duża (ogólna sprawność fizyczna) i zmysły

Dziewczynka chętnie podejmuje aktywności w zakresie motoryki dużej. Próbuje pokonywać tory przeszkód, stara się wykonywać ćwiczenia dokładnie, jednak jest to zależne od ogólnego funkcjonowania Zosi w danym dniu.

Występują trudności z osiąganiem umiejętności adekwatnych do wieku: w zakresie naprzemienności ruchów, przekraczaniu linii środka ciała, koordynacji wzrokowo - ruchowej, duży problem z równowagą, trudności z czuciem głębokim, zaburzone przetwarzanie zmysłowe - integracja sensoryczna (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga).

Ze względu na wadę wzroku Zosia nieprawidłowo przetwarza bodźce wzrokowe. Dziecku zdarzają się zaburzenia w zakresie równowagi. Zauważa się podwyższony próg bólu, dziewczynka musi otrzymać dużo więcej bodźców, by zostały one przez nią dostrzeżone.

Rozwój intelektualny – komunikacja i osiągnięcia edukacyjne

Umiejętności komunikacyjne Zosi: wypowiada się frazami i zdaniami prostymi. Stosuje w wypowiedziach czas teraźniejszy, przyszły i przeszły, buduje pseudodialogi. Zauważalna jest chaotyczność wypowiedzi i trudności artykulacyjne. Czas koncentracji na mówieniu jest bardzo krótki i związana jest z tym niepełność (perseweracje). Ponadto u dziewczynki występuje niedostateczne rozumienie poleceń złożonych, trudności z przetwarzaniem mowy i jej rozumieniem.

Zosia podejmuje próby liczenia, porównywania zbiorów. Stara się wykonywać prace manualne z inicjatywą i chęcią. Stara się poprawić po śladzie litery. Podczas nabywania nowych umiejętności wymaga ciągłego powtarzania poleceń, przypominania i ukierunkowywania. Zdolności Zosi są ograniczone, co wpływa na jakość zdobywanej wiedzy z zakresu podstawy programowej.

Dziewczynka ma trudności z wykonywaniem prac i zadań adekwatnie do wieku rozwojowego. Krótki czas koncentracji uwagi utrudnia przyswajanie materiału i ma wpływ na jakość wykonywanych zadań. Potrzebuje dużo więcej czasu niż rówieśnicy na wykonanie prawidłowo zadania, na każdym etapie wymaga wsparcia i kontroli ze strony nauczyciela. Zadania, które wymagają większej samodzielności ze strony dziecka, najczęściej wykonywane są nieprawidłowo.

Procesy poznawcze (uwaga, spostrzeganie, myślenie, pamięć)

Zosia podejmuje wysiłek w realizację zadania, stara się zapamiętywać treść piosenek i krótkich wierszyków. Jednak zaburzenia w zakresie pamięci krótkotrwałej destabilizują ten proces. Jest w stanie odnaleźć trzy do pięciu szczegółów różniących dwa obrazy, liczy do dziesięciu. Zauważalne są u niej

trudności w przyswajaniu nowych wiadomości, trudności w koncentracji na zadaniu, pamięć i uwaga są znacznie opóźnione w stosunku do rówieśników.

Rozwój społeczno-emocjonalny

Dziewczynka podejmuje zabawy z rówieśnikami, zawiera przyjaźnie, zgodnie bawi się z dziećmi, nawiązuje kontakt z nauczycielem, posłusznie wykonuje polecenia. Potrafi wyrazić swój sprzeciw jeśli czuje, że jest niesprawiedliwie potraktowana.

W zabawie z rówieśnikami jest zbyt uległa i całkowicie się im podporządkowuje. Łamie zasady na rzecz zabawy z innymi dziećmi, często naśladuje nieadekwatne zachowania innych dzieci, nie rozumiejąc ich znaczenia. Zosia w trudnych chwilach potrafi poszukiwać skutecznie wsparcia u nauczyciela i koleżanek z grupy. U dziewczynki występują trudności w rozumieniu swoich stanów emocjonalnych adekwatnie do wieku.

Bardzo chętnie dzieli się z innymi dziećmi, jest opiekuńcza wobec koleżanek i nawiązuje silne więzi z dziećmi, co bywa powodem jej frustracji, ponieważ ma trudności z oceną oraz analizą codziennych sytuacji społecznych.

Dobre funkcjonowanie Zosi, dziecka ze schorzeniami w przebiegu FAS, można przypisać odpowiedniej opiece zapewnionej dziewczynce na etapie wczesnoszkolnym i przedszkolnym. Zosia szybko została poddana intensywnym oddziaływaniom specjalistycznym w postaci zajęć z zakresu integracji sensorycznej, fizjoterapii, gimnastyki, rewalidacji, zajęć neurologopedycznych oraz treningu umiejętności społecznych.

Proces diagnozy FAS na przykładzie pracy Ośrodka Diagnozy i Terapii FAS Zachodniopomorskiej Fundacji Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc”

W Ośrodku Diagnozy i Terapii FAS diagnozujemy za pomocą 4-Cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego (4-Digit Diagnostic Code) zwanego inaczej Kwestionariuszem Waszyngtońskim, który został opracowany przez prof. Susan Astley z Uniwersytetu Waszyngtońskiego.

Diagnozy FAS dokonuje Zespół specjalistów (wyszkolonych i superwizowanych): lekarz psychiatra/pediatra, psycholog, diagnosta/terapeuta neurorozwoju i programu „FAstryga”.

Rezultatem diagnozy jest podsumowanie diagnostyczne FASD zakończone wydaniem szczegółowej opinii wraz z zaleceniami i programem terapeutycznym.

Etapy procesu stawiania diagnozy ze spektrum FASD

ETAP I

Zgłoszenie dziecka do diagnozy i terapii

Zgłoszenie przyjmowane jest najczęściej telefonicznie, ale również mailowo i osobiście w sekretariacie Fundacji od:

- rodzin zastępczych, adopcyjnych i biologicznych
- pracowników socjalnych, asystentów rodziny, kuratorów.

Wywiad diagnostyczny - pierwsze spotkanie

Rodzice/opiekunowie przychodzą bez dziecka do wyznaczonego diagnosty pełniącego rolę kluczowego specjalisty.

Jego rolą jest koordynowanie procesu diagnozy oraz zebranie diagnoz poszczególnych specjalistów, stworzenie podsumowania diagnostycznego i przedstawienie go na Zespole Diagnostyczno-Terapeutycznym.

Na pierwszym spotkaniu specjalista kluczowy przeprowadza wywiad diagnostyczny według kwestionariusza, kompletuje dokumentację dziecka potwierdzającą jego dotychczasowy rozwój psychofizyczny.

Spotkanie trwa 1 – 1,5 godziny.

ETAP II

Pomiary dziecka

Specjalista kluczowy (także lekarz) dokonuje pomiarów:

- Waga
- Wzrost
- Obwód głowy
- Ocena dysmorfii (szerokość szpar powiekowych, rynienka podnosowa, górna warga).

Badanie neurorozwojowe

Badanie neurorozwojowe przeprowadza specjalista kluczowy. Ponadto każdy badający stosuje dodatkowe testy zgodnie ze swoją specjalizacją. Obszary badane u dziecka: motoryka mała i duża, widzenie,

Badanie i pomiary trwają 2-2,5 godziny.

Badanie psychologiczne

Badanie trwa 1,5-2 godziny

Badanie lekarskie

Badanie trwa 1 godzinę

Zebranie podsumowania diagnostycznego

Spotkanie Zespołu Diagnostyczno-Terapeutycznego

Wydanie i omówienie podsumowania diagnostycznego

Spotkanie trwa 1-2 godziny

Osiem kroków postępowania z dzieckiem z FAS/FASD

1. KONKRET – dzieci z zespołem FAS zachowują się lepiej, gdy opiekunowie mówią do nich używając konkretnych słów, unikają słów o podwójnym znaczeniu, aluzji, ironii itp. Ponieważ ich rozwój emocjonalny i społeczny jest obniżony w stosunku do wieku rozwojowego, pomocne jest myślenie o nich, jak o dzieciach młodszych, zwłaszcza, gdy przekazuje się informacje, daje instrukcje itp. Nasze polecenia powinny być formułowane krótkimi zdaniami, jasno zawierać opis poleceń i spodziewanego wyniku działania. Działania wymagające dłuższego czasu należy dzielić na etapy.

2. STAŁOŚĆ – ponieważ dzieci z zespołem FAS mają trudności z zastosowaniem zdobytej wiedzy w nowej sytuacji i uogólnianiem informacji, funkcjonują najlepiej w środowisku, w którym wprowadza się mało zmian. Dzieci mają potrzebę stałości oczekiwań, stałego planu dnia, pór posiłków, rozkładu lekcji. Stałość oznacza pewność, nie zmusza do poszukiwań, daje bezpieczeństwo i ułatwia pamięciowe ogarnięcie bieżących zdarzeń. Opiekunowie nie powinni zaskakiwać nowymi pomysłami, rosnącymi wymaganiami, czy odwoływać się do możliwości i umiejętności, które podopieczny „powinien mieć”. Dotyczy to również słownictwa – chodzi o używanie tych samych zwrotów i poleceń.

3. POWTARZANIE – dzieci z FAS charakteryzują się krótką pamięcią, zapominają o rzeczach, które chcą zapamiętać, jak również o informacjach, które zostały wyuczone i nie były używane przez jakiś czas. Jeśli informacja ma pozostać na dłużej, musi być powtórnie uczona i regularnie powtarzana. Nie bójmy się codziennego powtarzania instrukcji, np. „wstań już”. Powtarzanie ma charakter życzliwego podtrzymywania uwagi. Jego konieczność nie wynika z deficytów intelektualnych, ale zaburzeń pamięci i koncentracji uwagi.

4. RUTYNA – regularne czynności, które nie zmieniają się każdego dnia, będą łatwiejsze do przyswojenia przez dziecko z zespołem FAS. Dzieci wiedzą, czego się spodziewać, co zmniejsza w nich poziom lęku, ułatwiając uczenie się. Ukoronowaniem poprzednich trzech sposobów działania jest wypracowanie i kontynuowanie codziennej rutyny, obejmującej porządek dnia, posiłki, naukę, obowiązki domowe, zainteresowania. Pozwalają one dzieciom czuć się na właściwym miejscu, zmniejszają frustrację, redukują zachowania nieodpowiedzialne i zagrażające.

5. PROSTOTA – należy pamiętać o zasadzie „krótko” i „zwięźle”. Dzieci z FAS łatwo ulegają przeciążeniom, co prowadzi je do „wyłączania” – sytuacji, w której dziecko nie przyswaja już więcej informacji. A zatem prostota stanowi podstawę efektywnego uczenia się.

6. SZCZEGÓŁOWOŚĆ – należy mówić dokładnie to, co ma się na myśli. Musimy pamiętać, że dzieci z FAS mają trudność z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych, uogólnianiem. Mówimy im krok po kroku, co robić, rozwijając właściwe nawyki.

7. ZASADY – zasada jest „spoiwem”, które sprawia, że świat wokół dziecka z FAS zaczyna nabierać sensu. Jeśli usuniemy spoiwo, ściany zawalą się. Dziecko z FAS osiąga sukcesy wtedy, gdy świat wokół niego jest uporządkowany i stały.

8. NADZÓR – z powodu trudności w rozwoju poznawczym, dzieci z FAS zachowują się naiwnie w codziennych sytuacjach. Aby móc rozwinąć nawyki właściwego zachowania, wymagają nieustannego nadzoru, jak dzieci młodsze. Nadzór jest konieczny, ponieważ osoby z FAS często podejmują aktywność nie licząc się ze skutkami.

Być opiekunem dziecka z FAS/FASD to wyzwanie i odpowiedzialność. Dzieci te nieustannie prowokują do poszukiwania nowych rozwiązań, do refleksji nad sobą, do własnego rozwoju i zmian we własnym życiu.

Świadectwo Beaty i Włodka Krajewskich

Ogromne postępy w rozwoju

Jesteśmy rodzicami piętki dzieci. Dawid lat 30, jest bardzo dobrym informatykiem. Patrycja lat 27, skończyła studia magisterskie z zarządzania oraz MBA w Anglii. Samuel lat 10, idzie do czwartej klasy. Miriam, która jest naszym aniołem w niebie i Roksana lat 6, która jest u nas w rodzinie zastępczej od 5 lat. Kiedy po dłuższej przerwie narodził się Samuel zapragnęliśmy jeszcze kolejnego dziecka. Niestety w trzecim miesiącu poroniłam i mamy teraz osobistego orędownika w niebie. Dalej mieliśmy pragnienie, żeby podzielić się miłością z kolejnym dzieckiem i zgłosiliśmy się do MOPR. Tam skierowano nas na kurs dla rodzin zastępczych i już po roku zostaliśmy rodziną zastępczą dla Roksany.

Dziewczynka trafiła do nas jako roczne dziecko. Potrafiła tylko leżeć na plecach i pełzać na brzuchu. Zaniepokoiła nas ta sytuacja i zaczęliśmy ją diagnozować u różnych specjalistów. Trafiliśmy też do

Fundacji „Tęcza Serc”. Po badaniach w Fundacji wyniki wskazały na to, że ma zespół FAS. Ponadto miała opóźniony rozwój psycho-motoryczny i obniżone napięcie mięśniowe. Wymagała natychmiastowej rehabilitacji specjalistycznej. Na rehabilitację chodziliśmy z nią każdego dnia w kilku miejscach w Szczecinie. Bardzo dużo ćwiczeń zadawanych przez rehabilitantów wykonywaliśmy z Roksaną w domu. Choć córka nadal ma orzeczenie o niepełnosprawności, to w ciągu 5 lat poczyniła ogromne postępy w swoim rozwoju, m.in. to dzięki specjalistom i programom rehabilitacyjnym z „Tęczy Serc”.

Obecnie Roksana idzie od września do „zerówki”. W przyszłym roku planujemy zapisać ją do Podstawowej Szkoły Muzycznej, ponieważ bardzo lubi śpiewać oraz grać na instrumentach (ukulele, flażolet, pianino). Ponadto uczęszcza do Pałacu Młodzieży na zajęcia muzyczno-ruchowe, ćwiczy judo i pobiera naukę gry na pianino. Rozwój Roksany zawdzięczamy dzięki stuprocentowemu zaangażowaniu się w rehabilitację, a przede wszystkim dzięki temu, że zostaliśmy pokierowani przez bardzo dobrych, kompetentnych i oddanych specjalistów.



Świadectwo mamy adopcyjnej

Nigdy nie żałowaliśmy naszej decyzji o adopcji – nasz syn ma FAS

Po kilkunastu nieudanych latach starania się o dziecko i poważnej rozmowie podjęliśmy wspólną decyzję o adopcji. Myślę, że jak każdy mieliśmy obawy: jak to będzie gdy pojawi się dziecko? Problemem dla nas nie było to, że nie będzie biologiczne, a raczej jakie mogą być z nim problemy? Na szkoleniu podczas procedury adopcyjnej dużo nam mówiono z jakimi możemy spotkać się trudnościami, ponadto naczytałam się o przeróżnych problemach adoptowanych dzieci. Zastanawiając się nad adopcją dziecka stwierdziliśmy, że przecież nawet gdybyśmy mieli biologiczne, to i tak nie mamy gwarancji, że będzie zdrowe i nie sprawiałoby problemów.

Dzień, w którym pojawił się u nas syn (2,5 lat) był najcudowniejszym. Pierwsze dni i miesiące były cudowne. Syn na początku nie był wystraszony, a raczej wyciszony i spokojny, z każdym szedł za rękę, nie bał się, chętnie się bawił, był uśmiechnięty, bardzo się do wszystkich tulił. Proces adaptacji przeszliśmy bez żadnych problemów.

Początkowo, gdy syn poszedł do przedszkola, wszystko było w porządku. Dopiero po roku panie wychowawczynie zaczęły nam sygnalizować, że syn jest nadpobudliwy i tylko się bawi. Mało chce uczestniczyć w zajęciach rozwojowych, a jak już bierze udział, to słabo sobie radzi. Trochę odstaje od innych dzieci i dobrze byłoby, aby to zdiagnozować.

My też zaczęliśmy zauważać, że syn unika pewnych czynności, zwłaszcza zadaniowych. Ma trudności z zapamiętywaniem krótkich wierszyków, liter, cyfr, słabo rysuje, szybko się zniechęca, ma problemy z koncentracją. Zdarzają się też zachowania nieadekwatne do sytuacji oraz problemy z emocjami. Bardzo trudno jest syna czymś zainteresować, unika zajęć dodatkowych, np. gdy chcieliśmy wielokrotnie zapisać go na basen, piłkę lub taniec itp. to w ostatniej chwili się wycofywał i nie chciał iść. Próbowaliśmy znaleźć jakieś zajęcie, które by sam wybrał i lubił - najpierw był zainteresowany, a jak przyszedł dzień, w którym miał iść na zajęcia to robił wszystko żeby nie pójść. Takie wycofania i zmiany decyzji ma do dzisiaj. Najpierw coś bardzo chce, ale jak już jest pora i czas na wyjście to jest zniechęcony i ma tendencję negowania wszystkiego.

Na początku, aby zdiagnozować problemy z jakimi się borykamy, trafiliśmy do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Po konsultacji i wstępnym badaniu otrzymaliśmy orzeczenie o potrzebie wczesnego wspomagania. Po kolejnych konsultacjach i badaniach w Poradni oraz z chwilą pójścia syna do szkoły otrzymaliśmy diagnozę, że syn ma lekki stopień upośledzenia oraz otrzymaliśmy orzeczenie o kształceniu specjalnym. W międzyczasie próbowaliśmy szukać jeszcze jakiejś pomocy. Dzięki koleżance usłyszeliśmy o Fundacji „Tęcza Serc”, którą nam poleciła. Umówiliśmy się na spotkanie, aby przedstawić problemy jakie zauważyliśmy u syna. W Fundacji wykonano szczegółowy wywiad oraz diagnozę FAS i otrzymaliśmy program terapeutyczny, który do dziś realizujemy. Dzięki dużemu zaangażowaniu specjalistów Fundacji i wspólnej pracy syn zrobił duże postępy. Wiele z rzeczy zostało wypracowanych i niektóre objawy zmalały.

Pomimo wielu problemów, jakie napotkaliśmy i jakie nas jeszcze czekają, dzisiaj nie wyobrażamy sobie życia bez syna i niezależnie od wszystkiego zawsze będziemy przy Nim. Nigdy nie żałowaliśmy z mężem naszej decyzji o adopcji.

Świadectwo rodziców adopcyjnych

Efekty są zdumiewające

Jesteśmy rodzicami dwóch adoptowanych córek w wieku 12 i 7 lat. Od około 10 lat jesteśmy związani z Fundacją „Tęcza Serc”, dzięki której nasze córki otrzymały wiele wspomagających terapii w celu stymulowania ich prawidłowego rozwoju.

Doskonale zdawaliśmy sobie sprawę, że mając możliwość korzystania z profesjonalnej pomocy Fundacji w najwcześniejszych etapach rozwoju naszych córek możemy skutecznie pomóc im w zniwelowaniu deficytów, które były diagnozowane na bieżąco przez cały okres współpracy z Fundacją. Pomoc udzielona przez znakomitych specjalistów Fundacji pozwoliła zapobiegać konsekwencjom takich deficytów córek jak: problemy z przetwarzaniem słuchowym, integracją sensoryczną.

Starsza córka dzięki metodzie Johansena nauczyła się biegle czytać, młodsza również dzięki terapii miała wsparcie w pokonaniu problemów logopedycznych. Obecnie starsza córka czyta kilkuset stronicowe książki w jeden, dwa dni i dzięki temu zdobywa wiedzę, której musimy przyznać, że my nie mamy.

Natomiast młodsza córka w zakresie logopedycznym jest bardziej wyćwiczona niż rówieśnicy, którzy do tej pory nie korzystali z terapii wspomagających. Ostatnie badanie logopedyczne wykazało brak konieczności kontynuowania terapii w bieżącym roku szkolnym. Dziewczynka posiada wzorową sprawność aparatu artykulacyjnego. W rozmowie kierowanej jej zdania są poprawne pod względem leksykalnym i gramatycznym. Gosia ma bogaty zasób słownikowy, chętnie opowiada. Tor oddechowy, pozycja spoczynkowa języka, pozycja spoczynkowa warg jest prawidłowa. Funkcje poznawcze takie jak pamięć, uwaga i spostrzeganie również są w normie. Mimo to córka nadal korzysta z pomocy Fundacji w zakresie terapii Neuroflow, SI oraz terapii poznawczej Instrumental Enrichment.

Efekty są zdumiewające. Starsza córka w czwartej i piątej klasie otrzymała świadectwo z wyróżnieniem. Jesteśmy niesamowicie szczęśliwi, że nasze córki otrzymały tak ogromne wsparcie ze strony Fundacji, które na pewno zaprocentuje w przyszłości. Oczywiście nie obyło się bez naszego dużego zaangażowania i konsekwentnej pracy z dziewczynkami. Od początku byliśmy przekonani, że ten wysiłek kiedyś przyniesie efekt. Uważamy, że lepiej go włożyć na starcie niż później borykać się z problemami, na których skuteczne pokonanie trzeba będzie poświęcić więcej czasu i pracy, o ile wystarczy zaangażowania.

OŚRODEK DIAGNOZY I TERAPII FAS

Zachodniopomorskiej Fundacji Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc”

W Zachodniopomorskiej Fundacji Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc” diagnozujemy dzieci od 2009 r. Początkowo wydawaliśmy opinie jako wstępne diagnozy do potwierdzenia przez lekarza. Od 2012 r. diagnozujemy z pomocą 4-Cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD, tzw. Kwestionariusza Waszyngtońskiego. Nasza diagnoza prowadzona jest zgodnie z ogólnopolskimi zaleceniami dotyczącymi standardów diagnostycznych w zespole interdyscyplinarnym.

Na bazie naszych doświadczeń w 2011 r. powołaliśmy Specjalistyczną Poradnię FAS, którą w roku 2022 przekształciliśmy na OŚRODEK DIAGNOZY I TERAPII FAS. Jesteśmy pierwszą placówką w województwie zachodniopomorskim pomagającą dzieciom z tym problemem i pierwszą organizacją prowadzącą szeroką działalność edukacyjną w zakresie FAS.

Praca w Ośrodku obejmuje trzy kierunki działań:

I. Praca indywidualna i grupowa z dziećmi z FAS/FASD i ich opiekunami

Diagnoza i wynikająca z niej terapia jest bazą pracy Ośrodka. W ramach tego działu prowadzone są:

- Diagnoza FAS 4-Digit Diagnostic Code (4-DDC) - 4-Cyfrowy Kwestionariusz Diagnostyczny FASD - diagnoza interdyscyplinarna
- Terapia indywidualna i grupowa deficytów i zaburzeń rozwojowych dzieci i młodzieży
- Grupy wsparcia, terapeutyczne i edukacyjne dla rodziców
- Turnusy terapeutyczne dla dzieci i rodzin

II. Edukacja - szkolenie kadry pracującej z dzieckiem i rodziną, szkolenie opiekunów/rodziców

Wsparcie dzieci ze spektrum FASD i ich rodzin to także przygotowanie otoczenia, kadry na co dzień z nimi pracujących. Misją naszą jest szerzenie specjalistycznej wiedzy z zakresu FASD wśród różnych grup zawodowych pracujących z dziećmi i rodziną, w celu lepszego zrozumienia funkcjonowania dzieci z FAS oraz ukazywania narzędzi do pracy z nimi. Organizujemy:

- szkolenia psychoedukacyjne i warsztatowe dla kadry pracującej z dzieckiem i rodziną m.in. nauczyciele przedszkolni i szkolni, pedagodzy, pracownicy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, pracownicy Ośrodków Adopcyjnych i Ośrodków Pomocy Rodzinie, kuratorzy sądowi
- szkolenia psychoedukacyjne i warsztatowe opiekunów/rodziców wychowujących dzieci z FAS/FASD
- konferencje ogólnopolskie

III. Profilaktyka abstynencji w czasie ciąży

Prowadzenie działań profilaktycznych uważamy za nasz obowiązek wynikający z prowadzonej przez nas pracy. Staramy się edukować jak najwięcej grup społecznych, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia FAS. Jesteśmy przekonani, że warto to robić choćby dla jednego dziecka. Działania, które podejmujemy w zakresie profilaktyki FAS:

- Zajęcia psychoedukacyjne dla młodzieży „Ważne dziewięć miesięcy bez alkoholu”
- Edukacyjny konkurs plastyczny „Ważne dziewięć miesięcy bez alkoholu”
- Wystawa prac plastycznych z konkursu „Ważne dziewięć miesięcy bez alkoholu”, m.in. w szkołach ponadpodstawowych i uczelniach wyższych oraz w galerii online
- Zajęcia psychoedukacyjne dla kobiet „Dziękuję! Nie piję za jego zdrowie!”
- Organizacja kampanii społecznej „Po maluchu !?” (www.pomaluchu.pl) oraz „Pozwól dziecku rozkwitać” (www.pozwoldzieckurozkwitac.pl)
- Organizacja akcji profilaktycznych
- Propagowanie abstynencji podczas festynów, pikników, imprez itp.

INFORMACJA O ZACHODNIOPOMORSKIEJ FUNDACJI POMOCY RODZINIE „TĘCZA SERC”

Zachodniopomorska Fundacja Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc” zarejestrowana została w dniu 7.02.2007 r. pod numerem KRS 0000272024. W styczniu 2008 r. uzyskała status organizacji pożytku publicznego.

Celem głównym Fundacji jest pomoc społeczna, w tym pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej, wyrównywanie szans tych rodzin i osób oraz udzielanie wszechstronnej pomocy rodzicom i dzieciom rodzinnej opieki zastępczej oraz propagowanie rodzinnej opieki zastępczej.

Trzon Fundacji stanowią osoby związane z rodzicielstwem zastępczym, czy to jako opiekunowie zastępczy, czy z racji wykonywanego zawodu. Przez kilka lat wspólnie podejmowaliśmy szereg działań na rzecz rodzin i dzieci. Podejmowane działania w naszym odczuciu okazywały się niewystarczające w stosunku do dostrzeganych przez nas potrzeb dzieci, rodzin zastępczych i naturalnych. W związku z tym w połowie 2006 roku podjęliśmy decyzję, aby sformalizować działania, które pozwolą nam skutecznie wspierać dzieci i rodziny. Do naszych pomysłów i zapału udało się zachęcić również osoby niezwiązane z rodzicielstwem zastępczym. Fundacja nasza skupia głównie osoby, które opiekują się dziećmi pozbawionymi opieki naturalnych rodziców.

Staramy się i wspierać wzajemnie, ale i pomagać innym.

Jako praktycy wiemy, że bycie opiekunem zastępczym to nie tylko misja, sposób na życie, czy niesienie pomocy, ale to ciągłe mierzenie się z samym sobą, swoimi słabościami, przyzwyczajeniami, przeciwnościami, poczuciem bezradności, z przemęczeniem, czy w końcu wypaleniem - bo bycie w relacjach, relacjach z dziećmi pokrzywdzonymi to ciągłe emocje. By pomagać tym pokrzywdzonym dzieciom opiekunowie zastępczy sami muszą być silni - żeby mieli z czego dawać, czym się dzielić, na czym budować. Dlatego dla nas ważne są dzieci, ale i Ci, którzy tym dzieciom dają siebie, swoje codzienne życie, nie tylko w tzw. godzinach pracy, ale przez 24 godziny, dzień po dniu.

W 2007 roku rozpoczęliśmy działalność edukacyjną z zakresu abstynencji w czasie ciąży. Od 2009 roku prowadzimy pracę diagnostyczną i terapeutyczną dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym oraz wspieramy ich rodziców/opiekunów. Działania te wykonujemy w ramach **OŚRODKA DIAGNOZY I TERAPII FAS**.

W 2013 r. utworzyliśmy **CENTRUM WSPIERANIA ROZWOJU DZIECKA I RODZINY**, gdzie dzieci i rodziny (biologiczne, zastępcze i adopcyjne) mogą uzyskać specjalistyczną pomoc oraz podjęliśmy pracę profilaktyczno – terapeutyczną z młodzieżą zagrożoną wykluczeniem społecznym.

Razem z młodymi ludźmi wyremontowaliśmy pomieszczenia, w których od 2015 r. do końca 2018 r. prowadziliśmy Specjalistyczną Placówkę Wsparcia Dziennego „Kąt”. Obecnie kierujemy **MŁODZIEŻOWYM OŚRODKIEM TERAPII I PROFILAKTYKI**.

W 2014 r. zostaliśmy docenieni przez Prezydenta Miasta Szczecina otrzymując w Dniu Pracownika Socjalnego **wyróżnienie za działalność na rzecz dzieci i rodzin**.

Od początku naszej działalności **wspieramy rodziny zastępcze i adopcyjne oraz dzieci w nich przebywające** poprzez różnego rodzaju formy np.: wczasy socjoterapeutyczne dla rodzin, turnusy i obozy terapeutyczne dla dzieci, warsztaty i szkolenia, grupy wsparcia, poradnictwo i terapie specjalistyczne.

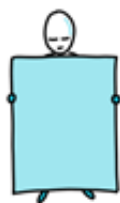
OFERTA ZACHODNIOPOMORSKIEJ FUNDACJI POMOCY RODZINIE „TĘCZA SERC”

Oferta Fundacji realizowana jest m.in. poprzez działalność Centrum Wspierania Rozwoju Dziecka i Rodziny, w ramach którego działa Ośrodek Diagnostyki i Terapii FAS oraz Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Profilaktyki. Pomagamy dzieciom już od 1-go miesiąca życia do 18 lat, a także osobom dorosłym.

OFERTA DIAGNOSTYCZNA, TERAPEUTYCZNA, KONSULTACYJNA

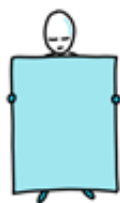
- pomoc psychologiczna, pedagogiczna i prawna
- pomoc psychoterapeutyczna
- terapia indywidualna i rodzinna
- terapia skoncentrowana na rozwiązaniu
- terapia traumy Somatic Experiencing (SE)
- terapia traumy Brainspotting
- pierwsza pomoc emocjonalna EmotionAid
- diagnoza i terapia integracji sensorycznej SI
- diagnoza i terapia integracji bilateralnej BI
- terapia integracji funkcji wykonawczych
- indywidualna stymulacja słuchu dra Johansena IAS
- trening słuchowy Neuroflow
- terapia funkcji językowych i innych funkcji poznawczych programem Dr Neuronowski
- diagnoza i terapia niedojrzałości neuromotorycznych INPP (integracja odruchów) wg metody dr Sally Goddard-Blythe
- terapia poznawcza Instrumental Enrichment
- terapia ustno-twarzowa wg Swietłany Masgutowej
- terapia pedagogiczna dla dzieci z nadpobudliwością psychoruchową i zaburzeniami zachowania
- terapia ręki
- Kinezylogia Edukacyjna
- Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa
- zajęcia grupowe metodą ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne
- Dogoterapia
- Trening Zastępowania Agresji (ART)
- grupy wsparcia, grupy terapeutyczne i psychoedukacyjne dla rodziców i opiekunów
- wsparcie dla dzieci, młodzieży i ich opiekunów przez różnego rodzaju formy wyjazdowe: turnusy (ferie zimowe i akacje letnie), obozy terapeutyczne, spływy kajakowe, wczasy terapeutyczne
- szkolenia psychoedukacyjne, warsztatowe, konferencje
- pomoc dzieciom w nauce poprzez program wolontariatu „Dobry przykład”
- pomoc dla dzieci i ich opiekunów w ramach prowadzonego przez Fundację Ośrodka Diagnostyki i Terapii FAS dla dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym (jedyne Ośrodek w województwie zachodniopomorskim)

Aktualna oferta dostępna na stronie www.teczaserc.pl



Moje notatki:





Moje notatki:





Zachodniopomorska Fundacja Pomocy Rodzinie "Tęcza Serc"

ul. Kolumba 60

70 - 035 Szczecin

tel. 508 170 803, 91 433 27 27

e-mail: sekretariat@teczaserc.pl

NIP 8513001902, REGON 320321179

**Konto: Bank PEKAO SA I O/Szczecin 26 1240 3813 1111 0010 1329
3027**

Przekaż nam



Jesteśmy Organizacją Pożytku Publicznego

Nr KRS 0000272024