

12. Praca z dzieckiem z FAS i ze spektrum FAS (FASD)

Podstawowe pojęcia – definicje

Spektrum Poalkoholowych Uszkodzeń Płodu – FASD – (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorder) – to szersza kategoria diagnostyczna. Termin określający szeroki zakres zaburzeń rozwojowych wywołanych wpływem alkoholu w okresie prenatalnym. Najcięższym uszkodzeniem z tego spektrum jest FAS – Alkoholowy Zespół Płodowy.

W zakres terminu FASD wchodzi:

1. **Pełnoobjawowy FAS – potwierdzona ekspozycja płodu na alkohol; 3 dysmorfie pierwszorzędowe**
2. Częściowy FAS – (Partial Fetal Alcohol Syndrome (PFAS) – gdy nie są spełnione wszystkie kryteria diagnostyczne, tj. potwierdzona ekspozycja płodu na alkohol; doszło do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, mniej niż 3 dysmorfie pierwszorzędowe)
3. Poalkoholowe wady wrodzone – ARBD – potwierdzone spożycie alkoholu przez matkę w ciąży oraz deformacje i wszelkiego rodzaju zniekształcenia ciała oraz wady fizyczne serca, nerek, narządu słuchu, kości.
4. Poalkoholowe zaburzenia neurorozwojowe – ARND Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder – zaburzenia układu nerwowego powstałe na skutek działania alkoholu. ARND dotyczy przede wszystkim trudności w uczeniu się oraz braku cech dysmorfii twarzy¹

Płodowy Zespół Alkoholowy w skrócie FAS (ang. Fetal Alcohol Syndrome) – oznacza zaburzenia, które są efektem spożywania alkoholu przez matki w okresie ciąży i dotyczą skutków tego typu ryzykownego zachowania ciężarnych w kontekście rozwoju ich dzieci². Pojęcie FAS zostało wprowadzone do literatury w 1973 roku przez Jonesa i Smitha, natomiast kryteria diagnostyczne tego zespołu ustalono kilka lat później, w 1980 roku. W klasyfikacji ICD-10 pod kodem Q86 FAS rozumiany jest dosłownie, jako **zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi. Są one następstwem narażenia powstającego płodu na toksyczne dawki alkoholu i jego metabolitów³.** Wrodzone wady mogą wyrażać się jako opóźnienie umysłowe, dysfunkcje mózgu, anomalie rozwojowe, zaburzenia w uczeniu się i zaburzenia psychologiczne. Obejmują specyficzny wygląd twarzy, zaburzenia wzrostu, szeroko rozumiane dysfunkcje

¹ M. Klecka, M. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii*, Wyd. PARPA, Warszawa 2009.

² S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*, Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 2009.

³ H. Pawłowska-Jaroń, *FAS – zagadnienia mowy i percepcji*, „Szkola Specjalna” 2010, nr 2, s. 113.



mózgu. Zespół FAS określany jest również jako statyczna encefalopatia, co należy rozumieć jako uszkodzenia mózgu, które nie mogą ulec zniwelowaniu ani nie pogłębiają się.

FAS definiuje się również jako, jednostkę chorobową, „obejmującą nieprawidłowości neurobehawioralne oraz zmiany w budowie ciała i organach wewnętrznych”⁴ względem dzieci matek, które piły alkohol w okresie ciąży.

Alkohol jako substancja toksyczna, wpływa negatywnie nie tylko na organizm dorosłego człowieka, ale również na płód. Z licznych badań wynika, że **spożywanie napojów wysokoprocentowych przez kobiety ciężarne zwiększa ryzyko powikłań przebiegu ciąży i rozwoju płodu**⁵. Udowodniono, że **poziom etanolu we krwi matki i dziecka jest na podobnym poziomie, natomiast eliminacja alkoholu z krwi płodu trwa trzykrotnie dłużej niż z w przypadku ciężarnej. Płód jest najbardziej podatny oraz wrażliwy na powstawanie wad wrodzonych w okresie między 16 a 60 dniem życia prenatalnego, (etap organogenezy czyli tworzenia organów i narządów dziecka)**. Tak więc spożywanie alkoholu w czasie ciąży nie tylko może doprowadzić do poważnych komplikacji położniczych takich jak: poronienia, przedwczesny poród, wewnątrzmaciczne obumarcie płodu, ale również do wystąpienia Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS)⁶.

W literaturze przedmiotu każda podawana definicja FAS sprowadza się do efektów picia alkoholu w ciąży, które są rozpoznane u narodzonego dziecka. Ponadto dobry specjalista może rozpocząć wstępną diagnozę Alkoholowego Zespołu Płodowego jeszcze w życiu płodowym dziecka. Niestety dopiero po porodzie można jednoznacznie ocenić, czy dziecko cierpi na FAS, obraz badań ultrasonograficznych może jedynie uaktywnić podejrzenia co do obecności jego w konkretnym przypadku.

Symptomy i objawy FAS – diagnoza

Znane są szczegółowe objawy FAS, jak i dalsze konsekwencje zaburzenia. Obecnie na świat przychodzi więcej noworodków z zespołem FAS niż z Zespołem Downa, pełnoobjawowe FAS ma około 5000 noworodków, a aż 35 000 do 50 000 zróżnicowane zaburzenia alkoholowe.

⁴ D. Hryniewicz, *Dziecko, które nigdy nie dorośnie. Co to jest FAS?*, Paramedia, Warszawa 2007, s. 8.

⁵ T. Jadczyk-Szumilo, *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Wydawnictwo Paramedia, Warszawa 2008, s. 12-18.

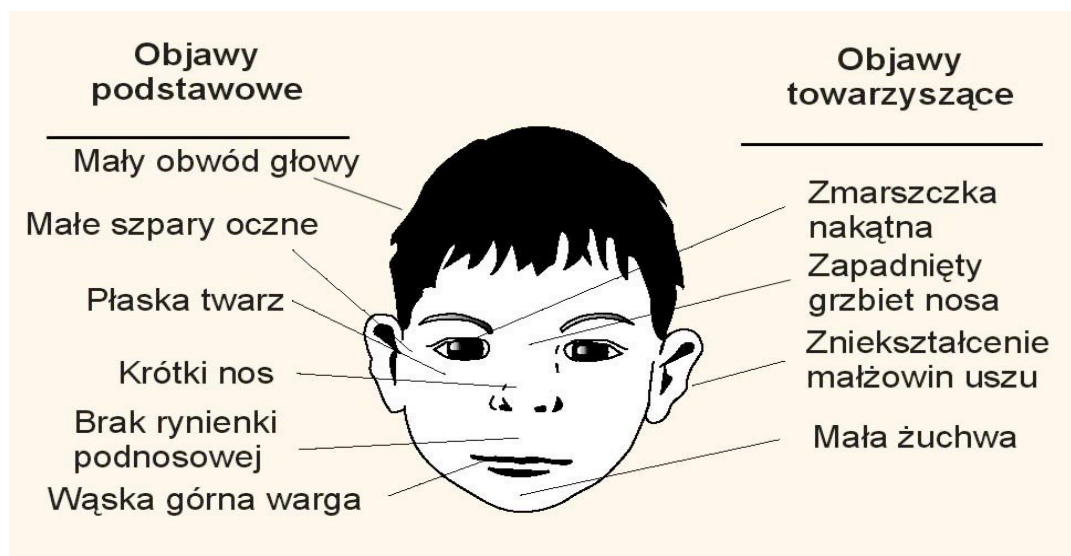
⁶ M. Klecka, M. Janas-Kozik, *dz.cyt.*, s.45.



Mało jest jednak raportów z badań, w których szacowano by skalę zjawiska w Polsce. Trudno więc mówić o jego eskalacji czy dynamice.

Ze względu na całościowy rozwój jednostki, największe znaczenie w zespole FAS, mają zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, a najlepiej zauważalne dla badającego są **deformacje twarzy.**

Rysunek 1. Charakterystyczne cechy twarzy w Alkoholowym Zespole Płodowym



Źródło: Czech E., Hartleb M., *Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako niedoceniana przyczyna wad rozwojowych i zaburzeń neurobehawioralnych u dzieci.* „Alkoholizm i Narkomania” 2004, nr 1-2, s. 17.

Symptomy FAS ujawniają się wraz z rozwojem dziecka. Niepoprawne funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego trudno dostrzec do 2 roku życia, natomiast w wieku dorastania tuszowane są zmiany długości i szerokości twarzy.

Specyfika rozwoju

Zestawienie objawów Alkoholowego Zespołu Płodowego FAS

SPECYFIKA ROZWOJU ZABURZENIA	OBJAWY
CECHY DYSMORII SPOWODOWANEJ PRZEZ FAS TYPOWE ANOMALIE ROZWOJOWE TWARZY	<ul style="list-style-type: none"> • małogłowie, • dodatkowy fałd w kącie oka, • małe oczy, • spłaszczona część czaszki w strefie twarzy, • krótki, zadarty nos, • hipoplastyczna rynienka podnosowa,

SPECYFIKA ROZWOJU ZABURZENIA	OBJAWY
	<ul style="list-style-type: none"> • cienka czerwień wargowa i/lub hipoplastyczna szczęka, • mała żuchwa, • niesymetryczne uszy
OPÓŹNIENIA WZRASTANIA	<ul style="list-style-type: none"> • względnie mała masa urodzeniowa • opóźnienie wzrastania mimo prawidłowego żywienia • mała w stosunku do wzrostu masa ciała
ZABURZENIA NEUROROZWOJOWE ZE STRONY OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO	<ul style="list-style-type: none"> • małogłowie • wady anatomiczne mózgu, m.in. hipoplazja mózdzku • inne objawy neurologiczne, np. zaburzenia w wykonywaniu ruchów precyzyjnych, odbiorczo – przewodzeniowy ubytek słuchu, problemy z chodzeniem
NIEWYJAŚNIONE ZABURZENIA ZACHOWANIA	<ul style="list-style-type: none"> • deficyt uwagi, • deficyt pamięci werbalnej i wzrokowej, • nadaktywność, • trudności z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych, • nieumiejętność rozwiązywania problemów, • ograniczona umiejętność uczenia się na błędach i słaba ocena sytuacji, • niedojrzałe zachowanie, • słabe kontrolowanie impulsów, • wydłużony czas reakcji, • trudności z gromadzeniem informacji, wiązanie ich u przednimi doświadczeniami, • ograniczone wykorzystanie nabytych wiadomości, • zaburzone funkcjonowanie pamięci krótkotrwałej
WADY WRODZONE CIAŁA I MÓZGU	<ul style="list-style-type: none"> • wady serca (29-41%), • wady dróg moczowo płciowych (10%), • zniekształcenie organów płciowych (46%), • rozszczepy kręgosłupa (1,8-3%), • mikrocefalia (53-86%), • zniekształcenia w budowie klatki piersiowej (27%), • zniekształcenia w budowie stawu biodrowego (19%), • zakrzywienie piątego palca dłoni (22-51%)
INNE TRUDNOŚCI	<ul style="list-style-type: none"> • myślenie abstrakcyjne, • myślenie przyczynowo-skutkowym, wyobraźnią (nie potrafią wyobrazić sobie tego, czego nie doświadczyły), • uogólnianie (brakuje im plastyczności w procesie myślenia),



SPECYFIKA ROZWOJU ZABURZENIA	OBJAWY
	<ul style="list-style-type: none"> • trudności z poczuciem czasu, dopasowaniem pewnych czynności do określonych godzin, cykliczną naturą zjawisk

Źródło: Bień M. A., Grudzińska M., Krzyszycha R. *Styl życia kobiety ciężarnej*, w: Bień M.A. (red.), *Opieka nad kobietą ciężarną*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 183 – 213.

Nie ma dwojga identycznych dzieci z FAS lub FASD. Objawy występują w różnym natężeniu: od łagodnych do bardzo poważnych. Zależy jest to od ilości spożywanego przez matkę alkoholu, okresu ciąży, diety matki, jej wieku, a także od cech indywidualnych i odporności rozwijającego się dziecka.

Objawy FAS dzielimy na pierwotne i wtórne.

Nawet najlepsza opieka po urodzeniu nie ma wpływu na obecność objawów pierwotnych.

objawy pierwotne:

- opóźniony wzrost, niska waga urodzeniowa, niewielka głowa w stosunku do ciała i wieku dziecka, opóźniony rozwój, obecność cech dysmorficznych.

Z kolei **objawy wtórne** powstają w ciągu życia dziecka. Wynikają z:

- funkcjonowania w niestabilnym i niezaspokajającym potrzeby dziecka środowisku
- niepostawienie diagnozy,
- brak fachowej pomocy,
- doświadczenie przemocy

Objawy wtórne składają się na nie :

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



- kłopoty z prawem
- skłonność do uzależnień⁷.

Najczęściej zespół FAS jest diagnozowany niewłaściwie. Z uwagi na podobieństwa najczęściej bywa mylony z ADHD i Zespołem Aspergera.

Podobieństwa i różnice między FASD a ADHD; FASD a zespół Aspergera

PODOBIENSTWA	RÓŻNICE
FASD a ADHD	
<ul style="list-style-type: none"> • deficyt uwagi • problemy z pamięcią • nadpobudliwość • impulsywność 	<ul style="list-style-type: none"> • istotą deficytów dzieci z FASD jest niezdolność do rozumienia i interpretowania stanów emocjonalnych i mentalnych innych ludzi • dzieci z FASD nie są w stanie przewidzieć skutków swojego działania – krzywdzą kogoś i nie są w stanie przewidzieć reakcji i • emocje drugiej osoby
FASD a ZESPÓŁ ASPERGERA	
<ul style="list-style-type: none"> • trudności z rozumieniem i interpretacją stanów emocjonalnych innych ludzi, • słabe rozumienie wskazówek społecznych 	<ul style="list-style-type: none"> • dążenie dziecka do kontaktu z innymi osobami, często natrętne, bez hamulców, • poszukują wspólnej zabawy z rówieśnikami, dorosłymi, • nie mają trudności w utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, • odbierane jako kontaktowe, swobodne, • dobrze wypowiadające się, pogodne, wesołe, • rzadko występują stereotypie, natręctwa

Źródło: M. Klecka, M. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD. Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*, Wyd. PARPA, Warszawa 2009

Warunkiem właściwego zdiagnozowania zespołu FAS są:

- prenatalne oraz postnatalne opóźnienia wysokości ciała,
- deficyt urodzeniowej masy ciała i jej przyrostu,
- dysfunkcje ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz
- dysmorfia twarzy.

⁷ M. Klecka, *Ciąża i alkohol. W trosce o Twoje dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007, s. 14-15.



Właściwe rozpoznanie zaburzeń tego typu warunkuje obecność co najmniej dwóch wyraźnie obecnych anomalii w budowie twarzoczaszki. Poza tym pomocniczy może być wywiad z matką, która zadeklarowałaaby picie alkoholu w ciąży. Takie oświadczenie nie jest warunkiem koniecznym do podejrzenia FAS u dziecka, ponieważ wiele kobiet ukrywa fakt picia alkoholu w okresie ciąży.

U dzieci z FAS iloraz inteligencji oscyluje pomiędzy 29 a 120, natomiast poziom umysłowy waha się w przedziale 80 a 100 z czego można wnioskować, że większy problem sprawia niewłaściwe funkcjonowanie mózgu, a nie obniżony poziom inteligencji. U osób dorosłych z FAS zaburzenia zachowania i upośledzenie umysłowe utrzymują się do wieku dorosłego, zaś zniekształcenia fizyczne mogą zacierać się. Bardzo często powyższe objawy pierwotne bez odpowiedniej wczesnej interwencji i rehabilitacji mogą powodować coraz głębsze deficyty i uchybienia w funkcjonowaniu. **Osoba z FAS może odpowiednio prowadzona wieść w pełni świadome życie, gdy jednak zabraknie stymulatora, to często osoby te popadają w konflikt z prawem, stają się niezaradne życiowo, co często prowadzi do bezdomności. Mają skłonności samobójcze, popadają w depresję.**

Gdzie szukać pomocy:

- badania medyczne – określenie obszarów uszkodzeń CUN,
- badanie psychologiczne neuropsychologiczne, diagnoza funkcjonalna,
- badanie neurorozwoju, odruchów.

Należy nie zapominać, że częstość rozpoznania tej jednostki chorobowej wzrasta wraz z wiekiem dziecka. Niektóre kryteria rozpoznawcze, w tym głównie uszkodzenia mózgu, są dopiero zauważane po kilku latach od urodzenia.

Obszary funkcjonowania dziecka z FAS – fizyczne, emocjonalne i społeczne, zdobywanie wiedzy

Uczniowie z FAS pochodzą z różnych grup społeczno-ekonomicznych, różnią się też od swoich rówieśników. Ponadto każdy z nich charakteryzuje się odmienną konfiguracją zaburzeń, dlatego musi być postrzegany indywidualnie, a nie jako członek grupy, czy reprezentant kategorii diagnostycznej.

Na środowisko funkcjonowania fizycznego dziecka z FAS składa się wiele czynników, np.



- **hałas** – **liczne źródła dźwięku** (alarmy, dzwonki telefoniczne, sygnały domofonów, nagłe hałasy) mogą zaskakiwać tę grupę.
- **oświetlenie** – badania wskazują, że dzieci te lepiej funkcjonują w pomieszczeniu fluoroscencyjnym niż żarowym. Naturalne światło jest najbardziej wskazane, jednak gdy korzystanie z niego jest niemożliwe, należy stosować sztuczne światło.
- **jakość powietrza** – warunkuje właściwe funkcjonowanie dziecka w sferze poznawczej i ruchowej. Pomieszczenia nie mogą być „przegrzane”, optymalna temperaturą jest ok 19° C, a wilgotność powietrza ok. 70%.
- **jakość i sposób odżywiania**. Problemy metaboliczne mogą być związane z alergiami pokarmowymi, niskim poziomem cukru we krwi, obecnością pasożytów lub metali ciężkich w organizmie, niskim poziomem kwasów tłuszczowych czy też odwodnieniem związanym ze zbyt małym spożyciem wody. Najczęstszym problemem jest jednak niedocukrzenie, bezpośrednio wpływające na zachowanie dziecka. Już po obudzeniu dziecko jest poirytowane i pobudzone, nieco uspokajając się po zjedzeniu śniadania. Z kolei niedocukrzenie może wystąpić przy nieregularnym odżywianiu się dziecka albo spożywaniu pokarmów zawierających duże ilości cukru.
- **możliwość ruchu**.

Nie ma typowego przypadku z uszkodzeniem poalkoholowym. Każdy ma indywidualne potrzeby i niepowtarzalne zdolności.

Obszary funkcjonowania dziecka z FAS (węższe ujęcie)

Funkcjonowanie poznawcze	Funkcjonowanie społeczne i emocjonalne	Funkcjonowanie fizjologiczne
<p>Poziom inteligencji dziecka uszkodzonego przez alkohol może mieścić się w normie lub na jej pograniczu. Wielu takich uczniów promocję do następnej klasy uzyskuje przy minimalnym wsparciu.</p> <p>Inne zaburzenia dające się zaobserwować u dzieci z zespołem alkoholowym obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trudności w nauce. 	<p>Dziecko z FAS w bardzo różny sposób może reagować na sytuacje dla nich nietypowe lub stresujące, m.in. wycofaniem, wybuchami, lub innym zachowaniem, które może być niebezpieczne dla samego dziecka jak i jego otoczenia. Dzieci w wieku adolescencji są podatni na depresję, posiadają słaby osąd sytuacji, zachowują się impulsywnie.</p> <p>Inne zaburzenia dające</p>	<p>Fizjologiczne funkcjonowanie dziecka z FAS odbiega od normy i może przejawiać się w niektórych z poniżej podanych obszarów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nadwrażliwość lub słaba wrażliwość na dotyk (nie jest świadomy tego, że si, poważnie zranił), • brak poczucia głodu lub sytości. • trudności w odbiorze wrażeń,



<ul style="list-style-type: none"> • deficyt uwagi z nadpobudliwością psychoruchową, • trudności z uogólnianiem, • problemy z pamięcią, • trudności z rozumieniem relacji występujących pomiędzy przyczyną i skutkiem, • trudności z uszczegółowianiem, • trudności z przetwarzaniem i odbiorem informacji słuchowych. 	<p>się zaobserwować u dzieci z zespołem alkoholowym obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • problemy z poszanowaniem cudzej własności, • trudności ze zrozumieniem i przewidywaniem konsekwencji postępowania, • uleganie manipulacjom i wykorzystywaniu przez innych, • problemy z nawiązaniem utrzymaniem przyjaźni, • traktowanie obcych ludzi • jak kogoś z najbliższej rodziny, • zachowania pełne uporu, • problemy z odtwarzaniem faktów. 	<ul style="list-style-type: none"> • trudności z czuciem zimna lub gorąca, • problemy z koordynacją. • trudność w osądzie odległości dzielącej dziecko od przedmiotów, • niskie napięcie mięśniowe, • zaburzenia funkcjonowania wielu odruchów przetrwałych lub niedojrzałych. <p>Niektóre dzieci z FAS mogą odnosić sukcesy sportowe, podczas gdy inne mają zaburzoną małą i dużą motorykę.</p> <p>Inne zaburzenia o podłożu zdrowotnym, są to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trudności z widzeniem (nie ze wzrokiem), • trudności ze słyszeniem (nie ze słuchem), • wady serca, • deficyt wzrostu, • skrzywienia kręgosłupa, • łamliwość kości, problemy ze stawami.
--	--	---

Źródło: K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011, s. 26.

Obszary funkcjonowania dziecka z FAS (szerokie ujęcie)

<p>SFERA INTELEKTUALNA</p>	<p>SFERA MOTORYCZNA</p>
<p>Możliwości intelektualne uczniów z FASD są bardzo różnorodne. Wielu z nich skończy szkołę średnią z minimalnym dodatkowym wsparciem i niewielką pomocą w adaptowaniu się do warunków szkoły, inni mogą to osiągnąć tylko dzięki ciężkiej pracy. Jednak największa grupa dzieci przerywa naukę, często na poziomie niższym od swoich możliwości.</p> <p>Inne ograniczenia to:</p>	<p>Typowe reakcje fizjologiczne u osób z tym schorzeniem mogą być zaburzone, występują np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • próg odczuwania bólu może podwyższony lub obniżony; reaguje nadmiernie na zwykły dotyk, • nieodczuwanie głodu lub sytości, • zaburzenia czucia głębokiego mogące prowadzić do nieodczuwania bólu związanego z procesem chorobowym (np. zapaleniem wyrostka robaczkowego),



<ul style="list-style-type: none"> • problemy z zapamiętywaniem, • braki i zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego, • brak zdolności uogólniania, • deficyt uwagi, • objawy nadpobudliwości, • trudności w planowaniu, przewidywaniu i wykonywaniu czynności. <p>Trudności w nauce są wynikiem wymienionych zaburzeń.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej • zaburzenia orientacji przestrzennej, • słaba kontrola równowagi, niezborności ruchowe, • przetrwale odruchy fizjologiczne i zaburzenia wzorców ruchowych, np. wzorca skrzyżowanego, zaburzenia lateralizacji, • nieodczuwanie ekstremalnych temperatur. <p>Bywa, że niektóre dzieci z FASIE przewyższają inne w rozwoju motorycznym, np. w umiejętności pływania, jeździe na nartach. Niektóre z kolei będą się charakteryzowały zaburzeniami małej, jak i dużej motoryki, co upośledza wiele obszarów funkcjonowania dziecka. W bardziej łagodnych przypadkach uszkodzenia motoryki mogą utrudniać naukę podstawowych czynności życiowych, jak wiązanie sznurowadeł czy zapinanie guzików. W głębszym upośledzeniu fizycznym może być zaburzona zdolność żucia i przełykania pokarmu.</p> <p>Uczniów z FASIE charakteryzują także:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia widzenia - ograniczenie pola widzenia, • zaburzenia słyszenia i uwagi słuchowej; • niski wzrost, małogłowie, osłabiony rozwój układu kostno-stawowego (częste skrzywienia kręgosłupa, skłonność do zwichnięć, płaskostopie), • Mała wydolność wysiłkowa • Zaburzenia układu krążenia • Częściej występują zaburzenia napadowe – drgawki
<p>SFERA EMOCJONALNA</p>	<p>SFERA SPOŁECZNA</p>
<p>Dzieci z FAS bywają:</p> <ul style="list-style-type: none"> • impulsywne; • złośliwe i buntownicze (często poirytowani); • agresywni i nieobliczalni; • posiadają zdolności manipulacyjne; 	<p>Dzieci z FAS reagują w nietypowy sposób na nieznane lub frustrujące sytuacje. Wzrost niepokoju może prowadzić do wycofania (zamknięcia się w sobie), agresji lub innych zachowań, które mogą się okazać negatywne w</p>



<ul style="list-style-type: none"> • miewają częste wahania nastrojów; • brak empatii • egoistyczne (uwielbiają być w centrum zainteresowania z drugiej strony bywają bardzo samotne, przez swoje negatywne zachowanie • odrzucane przez otoczenie rówieśnicze; • nierealistyczne; • moralnymi kameleonami (potrafią wzbudzić poczucie winy u innych, mimo swego negatywnego zachowania sprawiają wrażenie szczerych i niewinnych); • głośne myślenie, czyli wyrażanie w sposób głośny tego co myślą, o danej osobie, bywa to często bardzo przykre dla otoczenie i może stać się powodem konfliktów 	<p>skutkach zarówno dla dziecka z FASIE, jak i dla grupy, w której przebywa.</p> <p>Dzieci te mogą być podudliwe, często wpadają w furię, co utrudnia im dopasowanie się do sytuacji i środowiska. Często cierpią na depresję, posiadają słabą zdolność osądzania sytuacji oraz działają pod wpływem impulsu. Uczniowie z FAS są więc postrzegani jako naiwni, niedojrzali, skutkiem czego bardzo łatwo ulegają sugestiom i namowom innych, a zatem łatwo można nimi manipulować.</p> <p>Inne właściwości funkcjonowania społecznego obserwowane u dzieci z FASD to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skłonność do kradzieży, • skłonność do kłamstwa, które służy unikaniu odpowiedzialności • brak zdolności przewidywania i rozumienia konsekwencji swojego zachowania, • problemy z utrzymaniem lub nawiązaniem nowych znajomości, sposób zachowania określany jako przyjacielski, uczuciowy, nadmierna ufność nawet w stosunku do obcych, • upór, • skłonność do rutynowego i schematycznego działania, mechaniczne naśladowanie zachowania innych, • dosłowne, bezrefleksyjne i nieadekwatne cytowanie wypowiedzi innych osób.
---	---

Źródło: K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011, s. 26.

Obszary funkcjonowania DZIECKA Z FAS W ŚRODOWISKU, które wymagają zrozumienia

- Odruchy
- Dotyk, czucie, równowagę
- Wzrok
- Słuch
- Motorykę dużą
- Motorykę małą
- Mowę
- Rozwój społeczny



- Emocje⁸

Funkcjonowanie dziecka z FAS w szkole, w grupie rówieśniczej, w środowisku rodzinnym

Funkcjonowanie dziecka z FAS w szkole

Ze względu na wpływ FAS na powyższe obszary funkcjonowania człowieka, można z dużym prawdopodobieństwem określić z jakimi trudnościami szkolnymi będą borykać się dzieci dotknięte tą chorobą.

1. Język polski:

- problemy z czytaniem spowodowane zaburzeniami wzroku i widzenia
- problemy z pisaniem wynikające ze słabej sprawności motorycznej oraz ograniczonej umiejętności planowania motorycznego
- trudności z rozumieniem tekstu
- mylenie słów o podobnym brzmieniu

2. Matematyka i inne przedmioty ścisłe:

- problemy z wnioskowaniem i myśleniem przyczynowo-skutkowym
- problemy z liczeniem przekładające się na brak umiejętności sprawnego posługiwania się pieniędzmi, kalendarzem, zegarkiem, itp.
- problemy z rozumieniem i ocenianiem relacji przestrzennych

3. Przedmioty artystyczne

- problemy z zadaniami abstrakcyjnymi, wymagającymi własnej aktywności twórczej

4. Wychowanie fizyczne

- problemy z zadaniami wymagającymi dobrego planowania motorycznego, koordynacji ruchowej, równowagi i oceny relacji przestrzennych

Trzeba jednak wspomnieć, że większość dzieci w FAS z łatwością wykonuje zadania z przedmiotów artystycznych i z wychowania fizycznego. Zajęcia ruchowe dostarczają im bowiem potrzebnej stymulacji czuciowo-ruchowej i nie są obciążające poznawczo.

Funkcjonowanie dziecka z FAS w grupie rówieśniczej

Uczniowie z FAS, w porównaniu ze swoimi rówieśnikami, są społecznie niedojrzali. Z powodu ich mniejszego wzrostu i opóźnionego rozwoju psychoruchowego obserwujemy **preferowanie**

⁸ Liszcz, dz. cyt., s. 42-44.



przez nich towarzystwa dzieci młodszych. Jednocześnie bardzo **zależy im na akceptacji rówieśników**, bywa że uzyskują ją „popisując się” zachowaniami agresywnymi lub też podporządkowują się innym bezkrytycznie.

Uczniowie z FAS są **wrażliwi i opiekuńczy**, chociaż zarazem ich zachowania są w wielu przypadkach nie do przyjęcia przez otoczenie, np. **podsluchują, spoufalają się nadmiernie, zachowują się błazeńsko lub łatwo wybuchają złością.** Często **doświadczają odrzucenia przez otoczenie rówieśnicze.** Często pełnią też funkcję „kozła ofiarnego”.

Dzieci z FAS bywają bardzo przyjacielskie. Poszukują wspólnej zabawy z rówieśnikami, dorosłymi, często natrętne, bez hamulców. Bez trudu nawiązują kontakt z obcą osobą, którą od razu uważają za swojego najlepszego przyjaciela. Ich pragnienie akceptacji połączone ze złymi wyborami kolegów wielokrotnie prowadzi do nieodpowiednich decyzji i zachowań. W związku z powyższym uczniowie z FAS wymagają większego nadzoru i troski ze strony dorosłych, aniżeli ich rówieśnicy.

Funkcjonowanie dziecka z FAS w rodzinie

Rodzina jako drużyna, wsparta wolontariuszami – to często jedyna oferta dla małego, niesprawnego dziecka. Fachowa pomoc jest nieocenionym wsparciem dla rodzin z dzieckiem z FAS.

Najgorszym rozwiązaniem jest „podróżowanie diagnostyczne”, trwające miesiącami, czasem latami.

Duża grupa dzieci z FAS rodzi się w rodzinach z problemem alkoholowym, o niskim statusie społecznym – ubogich, uzależnionych od alkoholu, narkotyków i nikotyny (rodziny problemowe) Te dzieci, które pozostaną „przy rodzicach”, bywają narażone na działanie przemocy, zaniedbania w zakresie wielu życiowych potrzeb, wzrastają wśród niekorzystnych wzorców społecznych.

Znaczna grupa dzieci dotkniętych tym problemem jest wychowywana poza rodzinami pochodzenia, w rodzinach zastępczych, adopcyjnych i w domach dziecka.

Na sposób funkcjonowania dziecka z FAS i na fakt wystąpienie objawów wtórnych ma wpływ środowisko i sposób postępowania z dzieckiem w rodzinie. Czynniki środowiskowe chroniące osoby z FAS / FASD przed rozwojem zaburzeń wtórnych to :

- życie w stabilnym i zaspokajającym potrzeby dziecka środowisku przez co najmniej 3/4 trwania dotychczasowego życia
- postawienie diagnozy FAS / FASD przed 6 r. ż.



- przebywanie w dobrej, rodzinnej atmosferze w wieku od 8 do 12 r. ż.
- brak odnotowanych przypadków przemocy wobec osoby z FAS
- zakwalifikowanie do korzystania z pomocy specjalistów
- stałość i przewidywalność środowiska
- życie rodzinne pozbawione przemocy
- dostęp do fachowej pomocy.

Umiejętności dzieci z FAS

Dzieci z FAS miewają wiele umiejętności. W sytuacji wczesnej diagnozy, interwencji i wsparcia rodziny są w stanie rozwijać swoje możliwości. Dodatkowo będą łatwiej odnosiły sukcesy, jeżeli rodzice, opiekunowie i wychowawcy będą opierać się na ich zdolnościach. Dzieci z FAS potrafią być:

- konkretne w niektórych działaniach
- posiadają dobrą długotrwałą pamięć wzrokową
- uczą się dobrze przez doświadczenie, dotyk i obserwację
- mogą mieć uzdolnienia plastyczne, muzyczne lub taneczne
- twórcze, mają bogate słownictwo i obrazowo opowiadają
- są spontaniczne, choć nieraz impulsywne
- ciekawskie i zaangażowane
- miłe, delikatne, przyjacielskie i radosne
- są kochające, troskliwe, uprzejme, lojalne, opiekuńcze i współczujące
- wytrwałe i zdolne do poświęcenia
- czerpią radość z prac w ogrodzie, zajęć konstruktorskich i mechanicznych
- pełne energii i pracowite, współpracujące przy rozwiązywaniu problemów
- ostrożne w opiece nad małymi dziećmi i zwierzętami
- mają bogatą wyobraźnię (piszą historyjki lub je opowiadają)

Perfekcjonizm – umiejętność - zagrożenie

Na szczególną uwagę zasługują zachowania kompulsywne i zaburzenia psychosomatyczne u dzieci z zespołem FAS. **Zachowania kompulsywne u dzieci z FAS to głównie uzależnienia o podłożu psychicznym oraz fizycznym. Dzieci z FAS odczuwają coraz silniejszą potrzebę dążenia do perfekcjonizmu.** Ta silna potrzeba spowodowana jest coraz mocniejszym



pragnieniem opanowania i zrozumienia niepowodzeń pojawiających się kolejno w przedszkolu, szkole i w samodzielnym życiu. Bez podjęcia w dzieciństwie terapii, uczucia te „wrastają” w indywidualność osoby dorosłej. Niezaspokojona potrzeba powoduje wzrastające napięcie i stres, które aktywizują uzależnienia od alkoholu, narkotyków, seksu, jedzenia czy zachowań agresywnych. **Duża liczba osób dorosłych z FAS to nałogowi hazardziści, a także alkoholicy.**

Jak „budować” na możliwościach dziecka?

Dziecko najlepiej samo rozpoznaje swoje mocne strony albo czyni to ktoś z jego najbliższego otoczenia. Te umiejętności powinny zostać opisane, aby na ich podstawie stworzyć wspólną strategię postępowania. Oto przykład:

Tomek – klasa trzecia	
<p>Niektóre moje umiejętności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potrafię się ubrać • chodzić po schodach • wykonywać polecenia • jestem aktywny na zajęciach <p>Niektóre sprawy, w których potrzebuję pomocy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w skupieniu uwagi • w żuciu i połykaniu • w rozpoznaniu zagrożeń • w jasnym wyrażaniu się 	<p>Jestem dumny z tego, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potrafię korzystać z komputera • potrafię pomagać mojemu tacie przy samochodzie • utrzymuję porządek w moim pokoju • jestem w klasie trzeciej <p>Chcę, żebyś wiedział, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jestem wesołym chłopcem • lubię przebywać z moim bratem • chcę być członkiem drużyny sportowej

Źródło: K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011, s. 27.

Niewłaściwe zachowania – rozwiązywanie problemów

W kwestii rozwiązywania sytuacji problemowych spowodowanych przez zachowanie dziecka z FAS pomocne okazać się mogą następujące wskazówki:

Jak najszybciej przeanalizuj sytuację. Gdy dziecko się już uspokoi, spróbuj rozwiązać problem tak szybko, jak to możliwe.

Słuchaj aktywnie. Poświęć odpowiednio dużo czasu, aby wysłuchać relacji dziecka. Można też poprosić dziecko, by zilustrowało zaistniałą sytuację.

Formułuj pytanie w sposób łagodny. Pytaj „jak” i „co” zamiast „dlaczego”. Dziecko z zaburzeniami poalkoholowymi często działa na zasadzie impulsu, dlatego nie będzie potrafił



podawać powodów swojego zachowania. W tym przypadku otwarte pytania są najbardziej użyteczne.

Nie oskarżaj. Skup się na wskazaniu prawidłowego zachowania w danej sytuacji, zamiast na wytykaniu dziecku co zrobiło źle. Możesz stawiać następujące pytania: „Jakie zachowanie byłoby właściwsze?”, lub „Jak możemy zapobiec takiej sytuacji następnym razem?”

Pokaż dziecku, że się nim interesujesz. Rozmowę zakończ jakiś miłym, sympatycznym akcentem, lub osobistym pytaniem

Pamiętaj

- **Mów wolno i spokojnie.**
- **Używaj prostych, krótkich zdań.**
- **Unikaj obwiniania.**
- **Rób odniesienia i porównania.**
- **Przekaż przyjazne uczucia.**
- **Bądź konsekwentny**

Praca z dzieckiem z FAS oraz jego opiekunami – Strategie postępowania i pomagania dziecku z FAS

Jednym z najważniejszych elementów wsparcia osób z Płodowym Zespołem Alkoholowym jest stosowanie **zasady ośmiu kroków**: dostosowanie wymagań,

1. **Konkret** – używajmy konkretów, nie stosujemy metafor. Mówimy językiem adekwatnym do wieku emocjonalnego i społecznego, a nie metrykalnego.
2. **Stalność** – używamy prostych, stałych słów i zwrotów do dziecka, nie wprowadzamy kolosalnych zmian, najlepiej nowe wiadomości i umiejętności rozbić na poszczególne etapy.
3. **Powtarzanie** – utrwalamy zdobyte wiadomości, powtarzamy co się będzie działo. Dzieci z FAS słabo orientują się w upływie czasu.
4. **Rutyna** – ustalenie stałego trybu dnia pozwoli przewidywać kolejne działania, a tym samym pozwoli na poczucie bezpieczeństwa, bez którego zdrowy człowiek nie potrafi przyswajać wiadomości i nabywać nowych umiejętności. Każdy dzień powinien wyglądać tak samo.
5. **Prostota** – używamy prostych poleceń i wyrażań, nie mówimy do dziecka, np. „skocz po książkę”.
6. **Szczegółowość** - mówimy krok po kroku jakich działań i czynności oczekujemy od dziecka, nie uogólniamy np. nie pytamy się dziecka co chce na obiad, a dajemy konkretny wybór – chcesz naleśniki czy gofry?



7. **Zasady** – dziecku z FAS wprowadzamy zasady, według których ma funkcjonować, należy pamiętać o utrwalaniu i przypominaniu tych zasad. Zasady są kluczem do sprawnego działania dziecka.
8. **Nadzór** – w życiu codziennym dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym wykazują dużą naiwność w życiu codziennym, aby wykształcić prawidłowe zachowania należy je stale nadzorować i kierować⁹.

Planując wsparcie i rehabilitację dla dzieci z FAS należy brać pod uwagę diagnozę poszczególnych sfer:

- diagnoza procesów intelektualnych (myślenie),
- diagnoza procesów orientacyjnych (sposobzenie, uwaga, pamięć),
- diagnoza procesów wykonawczych (motoryka),
- diagnoza procesów emocjonalnych (emocje i motywacja)
- diagnoza funkcjonowania społecznego,
- diagnoza potrzeb,
- diagnoza pedagogiczna¹⁰.

W pracy z dzieckiem najważniejsze jest syntetyczne działanie wielu obszarów takich jak: medycyna, psychologia, edukacja. Istotne jest również utrwalanie stereotypowych nawyków i odruchów co daje szansę na wyrównanie pracy mózgu. Do pozostałych metod zaliczymy:

- techniki behawioralne,
- kinezylogię edukacyjną,
- neurostymulację,
- metody relaksacyjne,
- socjoterapię,
- metody rozwoju funkcji percepcyjno-motorycznych,
- edukację matematyczną wg E. Gruszczyk-Kolczyńskiej,
- wykorzystanie muzyki,
- technika „burza mózgów”¹¹.

⁹ http://www.sp15grudziadz.com/artykuly/kikulska_elwira_01.pdf

¹⁰ T. Jadcak-Szumiło, Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD, Wyd. PARPA, Warszawa 2008

¹¹ Tamże.



Skutecznymi metodami są też charakterystyczne metody stosowane w usprawnianiu dzieci z uszkodzeniami mózgu, mózgowym porażeniu dziecięcym. Do najbardziej znanych zaliczymy:

- Metodę Glenna Domana.
- Sensory Integration – SI.
- Metoda Bobathów.
- Metoda Voyty.
- Metoda Weroniki Sherborne.
- Metoda Peto.
- Hipoterapia¹².

Pomoc w zakresie szkolno-edukacyjnym dla dziecka z zespołem FAS powinna być kompleksowa i obejmować w zależności od potrzeb:

- zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze,
- zajęcia korekcyjno-kompensacyjne,
- zajęcia logopedyczne,
- nauczanie indywidualne,
- indywidualne programy nauczania,
- kształcenie specjalne,
- wydłużenie etapu edukacyjnego,
- zajęcia rewalidacyjne,
- wsparcie nauczyciela wczesne wspomaganie rozwoju¹³.

Przykładowe strategie postępowania z uczniem w szkole

Sposoby łagodzenia napięć i frustracji:

- **stosuj proste słownictwo (nie generalizuj),**
- **używaj krótkich poleceń dotyczących sedna sprawy, polecenia rozbij na kilka małych kroków,**
- **stosuj wizualne wskazówki, podkreślaj je gestem i mimiką,**
- **w celu przedstawienia etapów postępowania używaj ilustracji, stosuj określone znaki do porozumiewania się z uczniem, umieść na plakacie**

¹² http://www.sp15grudziadz.com/artykuly/kikulska_elwira_01.pdf

¹³ D. Hryniewicz, *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Wyd. PARPA, Warszawa 2007.



plan postępowania.

Sposoby redukujące nadmiar bodźców:

- **przygotuj odpowiednie miejsce dla ucznia,**
- **zachęcaj ucznia do utrzymywania porządku w miejscu pracy, przykrywaj zbędne elementy wyposażenia celem zminimalizowania bodźców rozpraszających,**
- **stosuj słuchawki, aby ułatwić docieranie informacji werbalnych.**

Sposoby pozwalające utrzymać rutynę i strukturę:

- **zapoznaj ucznia z jego rozkładem dnia, tygodnia, miesiąca, zawieś w widocznym miejscu plan dnia z ilustracjami, wprowadź rutynę we wszystkim,**
- **rozmawiaj z uczniem przed wprowadzeniem zamian,**
- **wyznacz uczniów towarzyszących dziecku w trakcie podróży autobusem.**

Sposoby pozwalające ograniczyć nadaktywność dziecka:

- **zaopatrz ucznia w piłeczkę do ściskania,**
- **pozwól mu na zabawę kostką „Rubika”: cichą grę z użyciem telefonu komórkowego, gdy w trakcie lekcji wzrasta w nim niepokój,**
- **znajdź czas na ćwiczenia ruchowe w trakcie lekcji,**
- **pozwól mu używać fotela bujanego, obrotowego lub sakwy do leżenia, poprzedź zajęcia wymagające skupienia ćwiczeniami ruchowymi, zaplanuj krótkie przerwy w trakcie każdej lekcji,**
- **wypracuj i stosuj umówiony sygnał informujący ucznia, że ma powrócić do ławki.**

Sposoby przygotowujące ucznia do przemieszczania się w szkole:

- **sporządź plan szkoły i zaznacz konieczne trasy,**
- **stosuj „opowiadania społeczne” jako modele działania, rozmawiaj z uczniem o trudnościach,**
- **zezwalaj uczniowi (pod opieką) na wcześniejsze wyjścia z klasy, gdy na korytarzach jest spokojnie (ma to związek z jego nadwrażliwością słuchową),**
- **każdy z nauczycieli powinien stosować te same zasady i wyciągać te same konsekwencje.**



Sposoby radzenia sobie z wybuchami agresji i złości u ucznia:

- obserwuj ucznia i ustal objawy poprzedzające wybuch złości, usuń pozostałych uczniów z klasy,
- po zejściu porozmawiaj z uczniem, omówcie inne możliwe sposoby reakcji,
- zachęcaj do dojrzałego zachowania,
- nie obwiniaj, nie oskarżaj, nie zawstydzaj, nie pouczaj,
- zaproś uczniów do dyskusji o tym, jak rozwiązywać podobne sytuacje, przerywaj zabawy uczniów nacechowane agresją,
- ustal przyczynę wybuchu agresji, za każdym razem odwołaj się do uzgodnionego regulaminu.

Strategie sprzyjające rozwijaniu atmosfery życzliwości i tolerancji:

- **rozmawiaj z uczniami o deficytach, chorobach i problemach, które dotyczą większości ludzi,**
- **nigdy nie porównuj cech zalet czy ograniczeń różnych uczniów w ich obecności, zachęcaj, nagradzaj, wzmacniaj i okazuj szacunek wszystkim uczniom¹⁴**

System wsparcia dziecka z FAS - formalny i nieformalny

Rodzaj udzielanego wsparcia możemy podzielić na dwie kategorie: nieformalne i formalne.

Oddziaływania formalne:

Zewnętrzny system wsparcia (Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Ośrodki Terapii Pedagogicznej, Poradnia Zdrowia Psychicznego). Działania wspierające edukację (zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, zajęcia rewalidacyjne, działania pedagoga szkolnego).

Nieformalne

Nieformalni konsultanci (wzajemna pomoc nauczycieli, opracowywanie indywidualnych programów edukacyjnych przez wychowawców, nauczycieli poszczególnych przedmiotów) – IPN; czy indywidualnych programów pracy.

Współpraca nauczycieli z rodzicami, dzielenie działań między siebie. Naturalne oparcie w klasie (nauczyciele i grupa koleżeńska).

¹⁴ K. Liszcz, *dz. cyt.*, s. 76-78.



System wsparcia i pomocy dla dziecka z FAS składa się z dużej liczby osób oraz instytucji współpracujących ze sobą na różnych płaszczyznach i udzielających specyficznej pomocy. Tworzą one grupę wsparcia.

GRUPA WSPARCIA

Poradnia Zdrowia Psychicznego	Pracownik socjalny	Foniatra	Diabetolog	Konsultant ds. autyzmu
Psychiatra	Okulista	Lekarz rodzinny	Ortopeda	Katecheta
Świetlica Socjoterapeutyczna	Terapeuta zajęciowy	Wychowawca klasowy	Fizjoterapeuta	Pielęgniarka środowiskowa
Konsultant Ośrodka dla niedowidzących	Nauczyciele przedmiotów	↑ ←DZIECKO→ ↓	Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna	Masażysta
Ośrodek wczesnej interwencji	Psycholog kliniczny	Rodzice także adopcyjni i zastępczy	Neurologopeda	Ośrodek rehabilitacji
Ośrodek dziennego pobytu	Arteterapeuta	Neurolog dziecięcy	Socjoterapeuta	Ośrodek Pomocy Rodzinie
Hipoterapeuta	Audiolog	Laryngolog	Endokrynolog	Klinika pediatryczna

Źródło: Źródło: K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011, s. 29.

Grupa wsparcia

Kiedy nieformalne środki zaradcze nie przynoszą efektów, wówczas do współpracy należy włączyć osoby wspierające sam proces edukacji. Faktyczna liczba członków takiej grupy będzie zależała od lokalnych możliwości oraz usług świadczonych na danym terenie. W jej skład mogą wchodzić: logopeda, psycholog szkolny, pracownik socjalny, terapeuta, fizjoterapeuta, laryngolog, okulista, neurolog i inni specjaliści.

Korzystanie z usług specjalistów wspierających wymaga zgody rodziców.

Jeśli taka zgoda nastąpi, wówczas do obowiązków tej grupy będzie należeć:

- diagnozowanie/określenie sytuacji dziecka z FAS,



- wyznaczenie kierunków postępowania,
- interwencja (realizowanie planu postępowania),
- uczestniczenie w procesie opracowywania IPN,
- współpraca z pozostałymi członkami zespołu,
- kontakty z rodzicami,
- kompletowanie informacji na temat przebiegu interwencji u danego dziecka.

Wsparcie nieformalne w szkole

Nieformalne wsparcie jest udzielane przez nauczyciela korzystającego ze znanych sobie strategii i technik postępowania oraz współpracującego z rodzicami, kolegami i specjalistami.

Obecnie wszystkie szkoły stoją przed koniecznością zapewnienia odpowiedniego wsparcia uczniom z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb. Potrzeby ucznia mogą być niewielkie lub znaczące, również wsparcie może być niewielkie, aż po bardzo duże. Cała gama działań zespołu klasowego musi uwzględniać indywidualne potrzeby ucznia, stanowiąc klucz do sprostania jego indywidualnym potrzebom

Rodzice - uczeń - nauczyciele

Nauczyciel zbiera informacje na temat ucznia poprzez:

- analizę otrzymanych dokumentów ucznia (świadectwa, opinie lekarskie, pedagogiczne i psychologiczne),
- rozmowy z rodzicami ucznia,
- rozmowy z nauczycielami dziecka z poprzednich lat,
- określanie, czy inne instytucje, specjaliści udzielają wsparcia dziecku i w jakim zakresie, obserwacje i rozmowy z samym uczniem i w obecności rodziców.

Na początku roku szkolnego nauczyciel powinien nadal korzystać z pomocy istniejących do tej pory grup wsparcia oraz kontynuować podjęte postępowania. Będzie on zatem:

- obserwował ucznia,
- stosował różne strategie postępowania, aby usprawnić jego funkcjonowanie,
- uaktualniał cele, jakie ma osiągnąć uczeń, dzielił klasę na mniejsze zespoły i włączał ucznia do zespołu odpowiedniego dla realizacji określonych celów,
- dokonywał przeglądu metod nauczania i wybierał optymalne,
- stosował różne techniki nauczania zgodnie z możliwościami poznawczymi ucznia i pozostałych członków zespołu,



- pamiętał o konieczności wytłumaczenia nowych pojęć przed przystąpieniem do nowej lekcji (dodatkowo, indywidualnie, ponownie),
- opracowywał dodatkowe instrukcje do stosowania zarówno w sali lekcyjnej jak i poza nią,
- starał się angażować rodziców w opracowanie domowych instrukcji dotyczących nauki, jak też czynności w życiu codziennym,
- korzystał z pomocy szkolnych wolontariuszy,
- wprowadzał dodatkowe adaptacje sposobów nauczania (wydłużony czas pracy przeznaczony dla ucznia z zaburzeniami, stosowanie materiałów o powiększonej czcionce),
- dostosowywał charakter materiałów edukacyjnych do możliwości uczniów w zespole,
- stosował niezbędne techniki behawioralne.

Wsparcie ucznia z FAS w szkole

Pozytywny klimat	Metody nauczania	Tworzenie zespołu uczniów
Techniki nauczania	↑ ←NAUCZYCIEL→ ↓	Zróżnicowane i dostosowane instrukcje
Planowanie długoterminowe	Motywowanie i nagradzanie	Indywidualne adaptacje

Źródło: K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011, s. 31.

Nieformalni konsultanci i doradcy:

- nauczyciele innych przedmiotów, rodzice,
- uczniowie,
- nauczyciele oraz pracownicy szkoły, np. pielęgniarka, pracownicy administracji,
- rada rodziców.

Podczas nieformalnych konsultacji wychowawca kontynuuje poszukiwania odpowiednich strategii postępowania, wsparcia i interwencji mogących pomóc dziecku. Może odbywać się to poprzez:

- zbieranie dodatkowych informacji,
- omawianie swoich spostrzeżeń z rodzicami i zdobywanie wiedzy na temat strategii, które sprawdzają się w domu,
- wprowadzenie w życie pomysłów (eksperymentalnie) i obserwowanie, jak się sprawdzają,



- korzystanie z nieformalnych konsultacji ze specjalistami (pielęgniarka, pedagog, psycholog itp.) na temat ich pomysłów i sugestii.

Formalna pomoc i wsparcie

Formalna pomoc i wsparcie powinny zostać udzielone wówczas, gdy nieformalne strategie postępowania nie odniosą zamierzonego skutku. Oficjalna pomoc powinna być przeznaczona szczególnie dla dzieci z FAS, którzy przejawiają specyficzne zaburzenia wymagające postawienia diagnozy. Formalne działania wymagają zgody rodziców.

Wewnątrzszkolna grupa wsparcia

W jej skład wchodzi: dyrektor szkoły, pedagog specjalny, pedagog szkolny, psycholog, wychowawca, pielęgniarka szkolna.

Dużą zaletą wewnątrzszkolnej grupy wsparcia jest to, że wszyscy. Jej członkowie pracują w tej samej placówce i mogą pozwolić sobie na codzienne konsultacje, regularne spotkania. Do jej obowiązków zaliczamy:

- odbieranie i analizowanie formalnych informacji o funkcjonowaniu dziecka, o jego zachowaniu, postępach edukacyjnych, aktywności, nastroju i stanie zdrowia,
- określanie, przeformułowanie, modyfikowanie wymagań, prowadzenie interwencji w małych grupach,
- rozwijanie szkolnych grup wsparcia oraz procedur pomagających przezwyciężyć trudności, jakie mają uczniowie (przydzielanie opiekunów), koordynowanie/przygotowywanie gruntu do kontaktów ze specjalistami,
- współpraca z innymi instytucjami wspierającymi pracę szkoły, wyznaczenie grupy osób odpowiedzialnych za opracowanie Indywidualnego Planu Nauczania (IPN).

Koordynatorem wewnątrzszkolnej grupy wsparcia niekoniecznie musi być nauczyciel. Może to być każda osoba współpracująca z uczniem na terenie szkoły (dyrektor szkoły, pedagog specjalny, wychowawca, szkolna pielęgniarka). Do obowiązków koordynatora należy:

- wyznaczenie osób odpowiedzialnych za opracowanie IPN,
- wyznaczanie terminów spotkań,
- ustalenie, czy obecność danego członka zespołu jest konieczna na spotkaniu,
- przygotowanie planu spotkań,
- rejestrowanie przebiegu interwencji i jej wyników,
- aranżowanie spotkań i kontaktów z rodzicami¹⁵.

¹⁵ K. Liszcz, *dz. cyt.*, s. 26.



Bibliografia:

Hryniewicz D., *Dziecko, które nigdy nie dorośnie. Co to jest FAS?*, Paramedia, Warszawa 2007.

Hryniewicz H., *Specyfika pomocy psychologiczno- pedagogicznej dzieciom z FAS*, Wyd. PARPA, Warszawa 2007.

Jadczak-Szumilo T., *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Wydawnictwo Parpamedia, Warszawa 2008, s. 12-18.

Klecka M., *Ciąża i alkohol. W trosce o Twoje dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007.

Klecka M., Janas-Kozik M., *Dziecko z FASD. Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*, Wyd. PARPA, Warszawa 2009.

Liszczyński K., *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011.

Liszczyński K., *Rozpoznaję alkoholowy zespół płodowy. Materiały informacyjne dla lekarzy*, Fundacja „Daj Szansę”, Toruń 2010.

Pawłowska-Jarosińska H., *FAS – zagrożenia mowy i percepcji*, „Szkoła Specjalna” 2010, nr 2.

Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*, Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 2009.

Szuba L., *Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS)*, [dostęp: 25.10.2017]. Dostępny w Internecie: <http://www.podglebokie-mow.pl/dokumenty/FAS.pdf>.

http://www.sp15grudziadz.com/artykuly/kikulska_elwira_01.pdf

