

Teresa
Jadczak-Szumiło



Jadwiga
Fudała



Co powinniśmy wiedzieć o **FASD**,
kiedy pomagamy osobom
uzależnionym od alkoholu?



PARPA PAŃSTWOWA AGENCJA ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH



Co powinniśmy wiedzieć o FASD, kiedy pomagamy osobom uzależnionym od alkoholu?

Teresa  Jadwiga
Jadczyk-Szumiło Fudała

Projekt okładki, skład i łamanie:

Cezary Puchniarz

Redakcja językowa:

Aneta Zdunek

Copyright by Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Wydawca:

Instytut Nowej Kultury; Warszawa,

www.instytutnowejkultury.pl; mail:instytutnowejkultury@gmail.com

Zadanie finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

ISBN 978-83-958728-1-5

Warszawa 2021

Egzemplarz bezpłatny

FASD jako złożone zaburzenie neurorozwojowe

Ponad 50 lat temu, w roku 1968, pediatra Paul Lemoine po raz pierwszy opisał wpływ alkoholu na dzieci w okresie prenatalnym. Udokumentował on stan zdrowia 127 niemowląt urodzonych przez pijące kobiety. Stan tych dzieci był ciężki, niektóre urodziły się martwe lub zmarły tuż po urodzeniu (Lemoine, 1968). W tym czasie niewiele było badań naukowych zajmujących się tym obszarem i nikt nie zdawał sobie w pełni sprawy z tego, jak alkohol działa na organizm rozwijającego się w łonie matki dziecka i jakie ma to konsekwencje w jego życiu i w późniejszych pokoleniach. Zmianę przyniosły badania zespołu Davida Smitha i Kenetha Lee Jonesa – w roku 1973 opisali oni wspólne cechy w zakresie dysmorfologii dla dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol, wprowadzając do nazewnictwa uszkodzeń poalkoholowych zespół Smitha-Jonesa, zmieniony dość szybko na płodowy zespół alkoholowy – FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*) (Jones, Smith, Ulleland, Streissguth, 1973). W Polsce pierwsze prace pogładowe na temat wpływu alkoholu na nienarodzone dzieci ukazały się w latach 80. XX wieku. Niestety, trzeba było czekać jeszcze wiele lat, aby wiedza na temat szkodliwości alkoholu w okresie ciąży dotarła do szerszego grona odbiorców.

O tym, że alkohol jest silnym teratogenem i wpływa niekorzystnie na zdrowie nienarodzonych dzieci, wiedziano od dawna. Już grecki lekarz Soranus z Efezu (98-138 n.e.) w swoim traktacie o sztuce położniczej „*De arte obstetricia morbisque mulierum*” przestrzegał kobiety ciężarne przed spożywaniem alkoholu (za: Bartel, 2019). Ostrzeżenie zawarte było także w Starym Testamencie w Księdze Sędziów 13, 3-4: „Anioł Pana ukazał się owej kobiecie mówiąc jej: »Otoś teraz niepłodna i nie rodziłaś, ale poczniesz i porodzisz syna. Lecz odtąd strzeż się: nie pij wina ani sycery i nie jedz nic nieczystego«” (Biblia Tysiąclecia). Szkodliwy wpływ alkoholu w okresie

prenatalnym potwierdzają liczne badania przeprowadzone przez ostatnie 50 lat zarówno na zwierzętach, jak i wśród ludzi. Alkohol jest wymieniany przez Environmental Protection Agency w USA jako teratogen powodujący najbardziej niekorzystne i rozległe skutki dla rozwijającego się dziecka (Bartel, 2019).

Rozwój człowieka w okresie dziewięciu miesięcy ciąży to bardzo złożony proces. Aby w pełni określić wpływ ekspozycji prenatalnej na alkohol na rozwój dziecka, trzeba wziąć pod uwagę nie tylko spożywanie alkoholu, ale także takie czynniki, jak: okres ciąży, procesy rozwojowe, jakie zachodziły w okresie spożycia toksyny, dawkę alkoholu, styl życia matki (np. odżywianie), inne używki, wiek matki, czynniki genetyczne. Badania pokazują, że nie ma bezpiecznej dawki alkoholu w ciąży, gdyż każda dawka może wywołać kaskadę zmian. Najlepszą rekomendacją profilaktyczną dla FASD jest całkowita abstynencja w czasie ciąży, a dla innych zaburzeń także przed zapłodnieniem.

Co warto wiedzieć:

- ❖ Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu w ciąży.
- ❖ Zdarza się, że do dzisiaj niektórzy myślą, że tylko duże dawki alkoholu w ciąży są szkodliwe.
- ❖ Zaburzenia z grupy FASD mają bardzo różny obraz kliniczny.
- ❖ FAS daje poważne zaburzenia, ale inne zaburzenia z grupy FASD mogą mieć łagodny przebieg.

Wpływ alkoholu na płodność ojca i matki

Alkohol wpływa negatywnie na komórki rozrodcze zarówno męskie, jak i żeńskie. Procesy istotne dla ich budowy zachodzą już w okresie prenatalnym. U kobiet liczba komórek jajowych, jaka będzie uwalniana do potencjonalnego zapłodnienia w ciągu życia, jest określona już w dniu narodzin. U mężczyzn komórki rozrodcze także powstają w okresie prenatalnym, ale ich podziały rozpoczynają się dopiero w okresie dojrzewania. Alkohol wpływa negatywnie na płodność męską, uszkadzając komórki poszczególnych etapów spermatogenezy (Bartel, 2019). Jeśli dziecko urodzi się z wadami związanymi z nadużywaniem alkoholu przez ojca czy matkę lub oboje przed zapłodnieniem, będziemy mówili, że dziecko ma wady wrodzone spowodowane narażeniem na alkohol, jednak nie będą one należały do grupy FASD. Zaburzenia z grupy FASD są diagnozowane tylko wtedy, gdy przyszła matka używała alkoholu w okresie ciąży. Jednak powstanie zaburzeń z grupy FASD to kombinacja używania alkoholu i innych czynników już wymienianych wyżej. Oczywiście podatność na powstawanie zaburzeń z grupy FASD jest większa u dzieci tych rodziców, którzy nadużywają alkoholu w okresie przed zapłodnieniem. A wypity alkohol w okresie ciąży uruchamia kaskadowo procesy, które mają wpływ na cały rozwój dziecka.

Alkohol etylowy po spożyciu go przez kobietę w ciąży bardzo szybko dociera przez łożysko do rozwijającego się dziecka. Nie tylko do komórek jego ciała, ale także do płynu owodniowego. Alkohol z płynu owodniowego jest bardzo trudno eliminowany i dlatego płyn ten staje się bardzo niekorzystnym środowiskiem dla dziecka, przedłużając czas jego narażenia na działanie tej toksycznej substancji. Ponadto alkohol po dotarciu do żołądka jest szybko absorbowany przez błonę śluzową, a w procesie zmian biologicznych podlega między innymi przemianie w aldehyd octowy, który jest

znacznie bardziej toksyczny niż alkohol. Wszystko to wpływa niekorzystnie na rozwijający się organizm dziecka, a zwłaszcza na jego układ nerwowy. Alkohol jest szkodliwy od początku ciąży, a właściwie należałoby zacząć dostrzegać jego niekorzystny wpływ i toksyczne działanie już na komórki rozrodcze męskie i żeńskie. Zarówno alkohol, jak i aldehyd octowy zaburzają cykl komórkowy, wzrost, różnicowanie komórek i ich migrację. Dzieje się tak poprzez uszkodzenie DNA i wpływ na syntezę aminokwasów i białek (Bartel, 2019). Alkohol ma wpływ na obumieranie komórek zarodka od jego najwcześniejszych etapów rozwoju. Dzieje się tak dlatego, że alkohol wpływa na tzw. komórkowe sygnały kaskadowe, które doprowadzają do uwalniania wapnia. Wapń natomiast uczestniczy w procesach apoptozy komórek. Nie jest to jedynie kaskada molekularna, w jakiej uczestniczy alkohol, doprowadzając do obumierania komórek zarodka czy też do zmian w procesach związanych z podziałem komórkowym i różnicowaniem komórek. Alkohol wpływa także na inne procesy ważne w przebiegu rozwoju płodowego, takie jak metabolizm węglowodanów czy też niedotlenienie płodu (Bartel, 2019).

Alkohol działa również uszkadzająco na komórki poprzez mechanizm epigenetyczny. Ma wpływ na wadliwą ekspresję genów, nie powodując zmian w podstawowej sekwencji DNA. Zmiany epigenetyczne, do jakich doprowadza alkohol, mogą być przekazywane kolejnej generacji. Nie mówimy tu o „dziedziczeniu” zaburzeń z grupy FASD, ale o przekazaniu pewnej wrażliwości na zmiany rozwojowe, jakie mogą powstawać pod wpływem alkoholu w kolejnych pokoleniach. Wpływ niekorzystnego działania epigenetycznego alkoholu może ujawnić się, jak przypuszczają badacze, maksymalnie do czwartego pokolenia, gdyż cechy epigenetyczne podlegają „wymazaniu” (Bartel, 2019).

Co warto wiedzieć:

- ❖ Zaburzenia z grupy FASD powstają wtedy, kiedy kobieta używa alkoholu w ciąży.
- ❖ Jednak dla powstawania zaburzeń z tej grupy ważne są też inne czynniki, takie jak:
 - abstynencja ojca,
 - czynniki genetyczne z poprzednich pokoleń,
 - wiek matki i jej styl życia,
 - odżywianie.
- ❖ Dzieci z FASD rodzą nie tylko kobiety uzależnione od alkoholu.
- ❖ Dzieci z FASD często rodzą młode dziewczyny, które w początkach ciąży nie wiedzą, że są w ciąży i nie zmieniają swojego stylu życia, który obejmuje picie alkoholu, np. na cotygodniowych imprezach.

FASD – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych

W badaniach post mortem prowadzonych u dzieci z FAS zauważono: mikrocefalię, mały mózdzek, dysgenezę ciała modzelowatego, brak opuszki mózgowej, przepuklinę oponowo-rdzeniową, defekty przodomózgowia. Jednak trzeba jasno powiedzieć, że te dzieci, które przeżyły z grupy FASD, mają zmiany w OUN nie tak łatwo uchwytne w badaniach, ale wyraźnie pogarszające ich funkcjonalność. FAS nie jest jedynym zaburzeniem, które powstaje na skutek działania alkoholu na nienarodzone dziecko. Prześledźmy zatem, jak na przestrzeni lat określano wszystkie zaburzenia powstające w wyniku spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży.

Od roku 2000 używamy pojęcia FASD – *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (O'Malley, 2007), spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Jest to tzw. parasolowe pojęcie dla określenia wszelkich możliwych zmian, jakie powstają u dzieci narażonych prenatalnie na działanie alkoholu. W zakresie tego pojęcia mieszczą się zmiany związane z FAS – *Fetal Alcohol Syndrome*, pFAS – *partial Fetal Alcohol Syndrome*, ARND – *Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders*, ARBD – *Alcohol Related Birth Defects* (Jadczak-Szumiło, 2008).

FAS – płodowy zespół alkoholowy, wiąże się z występowaniem zmian w budowie twarzoczaszki, tzw. dysmorfii, w tym minimum trzech zmian pierwszorzędowych, do których zaliczamy małe szpary oczne, zmniejszoną czerwień wargową górną i wypłaszczoną rynienkę podnosową. Im więcej dysmorfii, tym bardziej niekorzystny wpływ na zdolności poznawcze dziecka i jego codzienne funkcjonowanie.

pFAS – częściowy płodowy zespół alkoholowy, charakteryzuje go mniejsza liczba zmian dysmorficznych pierwszorzędowych i drugorzędowych. Występują również deficyty funkcjonalne związane z uszkodzeniami OUN. Jednak funkcjonowanie osoby z pFAS może być znacznie lepsze niż z pełnoobjawowym FAS.

ARND – neurorozwojowe zaburzenia zależne od alkoholu; w tym zaburzeniu nie ma zmian dysmorficznych pierwszorzędowych. Diagnozujemy je, gdy dziecko ma obciążony wywiad prenatalny i było eksponowane na działanie alkoholu oraz ma deficyty w obszarze OUN.

ARBD – skrót ten określa wrodzone wady rozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol, takie jak: wady serca, nerek, układu moczowo-płciowego czy stawów.

W roku 2020 zespół ekspertów zaproszonych do współpracy przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych uporządko-

wał nazewnictwo na potrzeby polskich diagnostów w dokumencie zatytułowanym *Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*. Opracowane przez niego zalecenia mówią o dwóch kategoriach diagnostycznych w ramach FASD:

- ❖ FAS (w klasyfikacji ICD-10 oznaczony kodem Q 86.0) i
- ❖ ND-PAE (*Neuro-developmental Disorders Associated with Prenatal Alcohol Exposure*) – zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (w klasyfikacji ICC-10 oznaczone kodem G 96.8).

Istotne w zaleceniach jest to, że diagnoza funkcjonalna dzieci z FASD często wymaga zastosowania dodatkowych kodów klasyfikacji ICD-10. Jest to związane z deficytami, jakie prezentują dzieci i dorośli z grupy FASD, takimi jak zaburzenia rozwoju mowy i języka, zaburzenia funkcji motorycznych, trudności szkolne, zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, zaburzenia rozwoju psychicznego itp. Osoby, które nie mogą mieć postawionej diagnozy ze względu na to, że proces diagnostyczny wymaga uzupełnienia, np. o dane z wywiadu lub dodatkowe badania, można zaliczyć do grupy ryzyka FASD. Najcięższe uszkodzenia, w tym uszkodzenia OUN, występują u osób z pełnym FAS. W innych zaburzeniach z grupy ND-PAE uszkodzenia OUN mogą być dyskretne i na tyle specyficzne, że są niezwykle trudne do uchwycenia w badaniach diagnostycznych. Niestety, utrudniają one codzienne funkcjonowanie, podobnie jak zaburzenia występujące u dzieci z pełnym FAS. Zwykle trzeba używać różnych technik badawczych, w tym zaawansowanych badań MR, aby je potwierdzić (Urbanik, 2002; Nardzewska-Szczepanik, 2013; Jadczak-Szumiło, 2014). W Polsce wiele osób, u których w toku rozwoju zdiagnozowano zaburzenia z grupy FASD, nie ma często wykonanych żadnych badań potwierdzających uszkodzenia OUN, co w praktyce skutkuje tym, że są traktowani jak ludzie w pełni zdrowi, chociaż nie funkcjonują dobrze. Przy-

czynia się to do nasilenia się ich problemów społecznych. Niezwykle ważne jest, aby w procesie pomocy i udzielania im wsparcia uwzględniać ich trudności poznawcze specyficzne dla FASD.

Ze względu na zmiany w OUN zaburzenia z grupy FASD uznaje się za neurorozwojowe złożone zaburzenia, które zresztą występują w populacji najczęściej. W różnych krajach na świecie epidemiologia FASD jest zróżnicowana. Wynika to nie tylko z danych faktycznych, lecz z trudności metodologicznych prowadzenia badań epidemiologicznych w tym obszarze. W Kanadzie podaje się, że na 1000 żywo urodzonych dzieci średnio 10 z nich ma FASD, w Polsce jest to 2 na 1000 żywo urodzonych, a w RPA aż 40 na 1000 żywo urodzonych (Jadczyk-Szumilo, 2014).

Uszkodzenia OUN u osób z FASD mogą występować w dowolnych lokalizacjach. Jest to związane z czasem ekspozycji, dawką alkoholu, ale także z szeregiem procesów rozwojowych przebiegających w organizmie dziecka w czasie narażenia go na działanie alkoholu (Nardzewska-Szczepanik, 2013; Jadczyk-Szumilo, 2014).

Najważniejszym i najtrwalszym skutkiem narażenia płodu na działanie alkoholu jest zmniejszenie objętości mózgowia, które wiąże się z uszkodzeniem całego OUN. Osoby narażone prenatalnie na działanie alkoholu mogą mieć zmiany w budowie robaka mózdzku, w jądrach podkorowych, w budowie spoidła wielkiego i w płatach czołowych. Zmiany te nie muszą być tylko strukturalne. Mogą to być zmiany również na poziomie biochemicznym czy też związane z pracą poszczególnych obszarów OUN (Urbanik, 2002; Jadczyk-Szumilo, 2014; Nardzewska-Szczepanik, 2014).

Ponadto alkohol może powodować liczne wady wrodzone i nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu organów wewnętrznych lub w przebiegu procesów fizjologicznych w organizmie.

Co warto wiedzieć:

- ❖ Zaburzenia z grupy FASD to najczęściej występujące zaburzenia neurorozwojowe u dzieci.
- ❖ Nie zawsze diagnoza uwzględnia alkohol jako przyczynę trudności dziecka.
- ❖ FAS to najcięższe zaburzenie neurorozwojowe związane z użyciem alkoholu w ciąży.
- ❖ Inne zaburzenia z grupy FASD mogą mieć łagodny przebieg, a dzieci mogą dobrze funkcjonować, dlatego tym bardziej ważne jest, aby zapewnić im wsparcie w tych obszarach, które tego wymagają.

Picie alkoholu przez kobiety

Zarówno w badaniach na świecie, jak i w Polsce (Moskałewicz, 2007) najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia nadużywania alkoholu odnotowano wśród kobiet w wieku rozrodczym. W Polsce ilość spożywanego alkoholu spada wśród kobiet po 65. roku życia, jednak nie ma to już znaczenia, jeśli chodzi o płodność i potencjalne narażenie na alkohol dzieci w okresie prenatalnym. Trzeba pamiętać, że kobiety, które nadużywają alkoholu lub są od niego uzależnione, zazwyczaj doświadczają też innych problemów: współistniejących zaburzeń medycznych, w tym psychiatrycznych, np. depresji, problemów społecznych: niestabilne małżeństwa, współmałżonkowie z problemami alkoholowymi, często nieudana opieka nad dziećmi lub samotne macierzyństwo, problemy ekonomiczne. Jeśli te problemy będą się piętrzyć przed kobietą, która ma przed sobą perspektywę macierzyństwa, może nie być jej łatwo to wszystko w sobie pomieścić. Warto pamiętać, że dziecko

w takiej sytuacji jest narażone nie tylko na negatywne skutki alkoholu, ale także na niedożywienie, na inne substancje psychoaktywne, np. nikotynę, narkotyki, wpływ leków, czyli tzw. czynniki współistniejące. Jest to ważne, gdyż w badaniach z roku 1987 Bingol i współpracownicy (Bingol, 1987) wykazali, że czynniki ekonomiczne i/lub te związane ze stylem życia kobiety odgrywają istotną rolę w częstości występowania FAS. Pokazuje to możliwości dla profilaktyki FASD, które w Polsce niestety nie są wykorzystane.

Trzeba pamiętać, że na alkohol w okresie prenatalnym narażone są nie tylko dzieci matek alkoholiczek. Wiele kobiet może pić w początkowym okresie ciąży, nie będąc świadomymi tego, że w niej są. Kanadyjscy badacze podają, że właśnie w tej grupie w ich kraju najczęściej dochodzi do urodzenia dzieci z FAS. W Polsce nie monitorujemy tego zjawiska, więc trudno powiedzieć, jaki jest odsetek dzieci z FASD urodzonych w wyniku narażenia ich na działanie alkoholu we wczesnym okresie ciąży. Centers for Disease Control and Prevention w USA donosi, że od lat 90. ubiegłego wieku wskaźnik picia alkoholu wśród kobiet w ciąży systematycznie wzrasta. Można przypuszczać, że pewne wzorce społeczne mogą być podobne w różnych krajach, chociaż powinno się je badać w danej populacji. W grudniu 2019 roku CBOŚ opublikował badania, z których wynika, że spożycie alkoholu wśród kobiet rośnie. Grupą wiekową, w której jest największe spożycie alkoholu, jest ciągle populacja 25-34 lata – 93% kobiet deklaruje picie w tej grupie, a przecież jest to wiek rozrodczy dla kobiet¹.

Abel i Sokol już w roku 1987 oszacowali, że około 6% potomstwa kobiet alkoholiczek ma FAS (Abel, Sokol, 1986). Jeśli w rodzinie urodzi się dziecko z tym zaburzeniem, to ryzyko, że po nim kolejne dziecko tej pary rodziców urodzi się z FAS – jest bardzo wysokie i wynosi 70%. Cały czas monitorowanie występowania FASD w populacji jest utrudnione. Lekarze nie

zawsze zapisują w książeczce dziecka wszystkie cechy świadczące o FASD. Abel i Sokol podają w swoich badaniach (1991), że lekarze często nie wpisują w książeczce zdrowia dziecka informacji związanych z FAS, ponieważ nie chcą piętnować dzieci i ich matki. W Polsce brak jest badań mówiących, dlaczego tak mało diagnoz jest stawianych zaraz po urodzeniu dziecka i tak mało wad wrodzonych jest zgłaszanych do Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR) jako efekt nadużywania alkoholu – w roku 2014 było to tylko 17 przypadków. Co ciekawe, mimo że rekomendacje PARPA dotyczące diagnozy FASD mówią o tym, że zespół diagnostyczny w zakresie FASD powinien być wielospecjalistyczny i minimalnie składać się z lekarza i neuropsychologa, to w Polsce często lekarze odsyłają dzieci na diagnozę FASD do psychologa i nie jest łatwo znaleźć chętnych lekarzy do współpracy w tym obszarze.

Warto wiedzieć, że:

- ❖ Skoro picie kobiet systematycznie wzrasta i jest największe w grupie 25-34 lata, a więc w okresie płodności, to musi to mieć konsekwencje w postaci wzrastającej liczby dzieci ze spektrum FASD.
- ❖ Brak monitorowania tego zjawiska nie oznacza, że ono nie istnieje.
- ❖ Kobiety w ciąży pragną nie pić, ale jeśli są uzależnione, często nie mogą sobie poradzić z zachowaniem abstynencji. Warto wspierać je, aby mogły urodzić zdrowsze dzieci. Żadna matka nie chce świadomie zaszkodzić swojemu dziecku.

¹ <https://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/CBOS-rosnie-spozycie-alkoholu-wsrod-kobiet-najczesciej-wyberaja,200686,11.html> – pobrano 5 maja 2021 r.

FASD a ryzyko uzależnienia

Współczesne opisy etiologii alkoholizmu zazwyczaj uwzględniają szereg uwarunkowań: czynniki genetyczne, biologiczne, psychologiczne czy społeczne. Jednak mało opracowań uwzględnia prenatalne narażenie na toksyny jako potencjalny czynnik późniejszego uzależnienia. Tymczasem warto zaznaczyć, że osoby, które były narażone na alkohol w okresie prenatalnym, mają często deficyty poznawcze, problemy z koncentracją, uwagą, pamięcią, impulsywnością czy też trudności w zakresie funkcji wykonawczych, w tym refleksyjności. Czynniki te uważa się za ważne dla rozwoju zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. W badaniach na zwierzętach zauważono, że prenatalna ekspozycja na alkohol może skutkować specyficzną wrażliwością na leki i preferencjami lekowymi. Wrażliwość na leki jest uwzględniana jako czynnik ryzyka problemów alkoholowych. I chociaż w prosty sposób nie możemy przenosić wyników badań z modeli zwierzęcych na ludzi, to pewne procesy biochemiczne w organizmie człowieka i zwierząt, jakie uruchamia alkohol, są wspólne. Yates i współpracownicy przebadali dorosłych, którzy byli w adopcji i mieli w wywiadzie narażenie na alkohol w okresie prenatalnym. W tej grupie w stosunku do grupy kontrolnej badani zgłaszali więcej objawów uzależnienia od alkoholu, nikotyny i innych narkotyków (za: Noor, Milligan, 2018). W badaniu tym nie uwzględniono, jaki byłby wpływ wczesnej traumy i zaburzeń przywiązania jako potencjalnej przyczyny uzależnień. Jednak, jak pisze w swojej pracy prof. Ann Streissguth, nie sposób u dzieci z FASD dokonać rozróżnienia, ile szkód rozwojowych przyniosła wczesna trauma, wadliwa opieka we wczesnym dzieciństwie, a ile narażenie na alkohol, gdyż każde z nich doświadczało zwykle jednego i drugiego wpływu (Streissguth, 1997a, 1997b).

W badaniach podłużnych z Seattle zbadano związek między narażeniem płodu na alkohol a wczesnymi doświadczeniami z alkoholem wśród młodych nastolatków. Narażenie na alkohol w okresie ciąży wiązało się z problemami alkoholowymi we wczesnym okresie dojrzewania. Oceniano tę grupę w wieku 14 lat i potem w wieku 21 lat. Osoby z tej grupy miały problemy z alkoholem we wczesnym okresie dojrzewania, ale już w wieku 21 lat aż 90% osób z tej grupy próbowało picia alkoholu, miało za sobą intensywne picie definiowane jako pięć drinków z rzędu. Ponadto w grupie tej pojawiały się także inne problemy powiązane z nadużywaniem alkoholu, takie jak: przypadkowa śmierć, urazy, niepowodzenia w nauce, wandalizm, agresja i konflikty rodzinne. Stwierdzono, że ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym jest istotnie związana z problemami alkoholowymi ocenianymi u potomstwa w wieku 21 lat. Związek ten utrzymuje się również wtedy, gdy badacze wzięli pod uwagę płeć, inne czynniki demograficzne, historię problemów alkoholowych, prenatalną ekspozycję na nikotynę i inne narkotyki oraz inne aspekty środowiska rodzinnego. W badaniach na szczurach stwierdzono, że ekspozycja na alkohol w okresie życia płodowego zwiększa skłonność do picia alkoholu w życiu dorosłym. Taka tendencja może być związana z procesami, które za pomocą katecholamin stymulują działanie alkoholu etylowego, a także związane są ze zwiększoną wrażliwością przysadkowo-nadnerczową u dorosłych i przeciwbólową reakcją na stres i leki lub wczesnym uczeniem się asocjacyjnym w odniesieniu do sygnałów smakowych (Streissguth, 1997).

Warto wiedzieć, że:

- ❖ Prenatalne narażenie na działanie alkoholu zwiększa podatność na uzależnienie się od alkoholu w życiu dorosłym.
- ❖ Oznacza to, że wśród pacjentów leczonych w terapii uzależnień są też tacy, którzy należą do grupy z FASD.
- ❖ Ich zmiany w OUN związane z prenatalnym narażeniem na działanie alkoholu mogą nie być zdiagnozowane.
- ❖ Wymagają oni większego wsparcia w leczeniu uzależnienia, z uwzględnieniem ich neurobiologicznych trudności.

Ekspozycja prenatalna na alkohol a stres

Osoby z doświadczeniem prenatalnej ekspozycji na alkohol przez całe swoje życie doświadczają wyzwań związanych z funkcjonowaniem ich układu nerwowego i wymagań środowiskowych. Wiemy z badań, że prenatalna ekspozycja na alkohol zakłóca rozwój systemu związanego z odpowiedzią na stres. Oznacza to, że osoby z grupy FASD mogą być bardziej wrażliwe na stres (Kwon Kim, Osborn, Weinberg, 1986; Riley, Clarren, Weinberg, Jonsson, 2011).

W sytuacji stresu w organizmie człowieka aktywuje się autonomiczny układ nerwowy oraz oś HPA (Kalat, 2006). W klasycznym ujęciu autonomiczny układ nerwowy odpowiada za ciągle oddziaływanie na organy wewnętrzne, natomiast nowa teoria poliwalna S. Porges zwraca uwagę na autonomiczną zdolność reagowania tego układu na wyzwania otoczenia (Porges, 2020). W sytuacji osób eksponowanych w okresie prenatalnym na alkohol interesujące są badania nad wpływem alkoholu na oś HPA.

Oś HPA obejmuje: podwzgórze – przysadkę – korę nadnerczy. Kiedy pobudzone jest podwzgórze, wtedy w przysadce uwalnia się hormon adrenokortykotropowy ACTH. Gdy ACTH dotrze do kory nadnerczy, wówczas powoduje uwalnianie się glukokortykoidów, a te prowadzą z kolei do hamowania hormonu tropowego i ACTH. Do glukokortykoidów zaliczany jest między innymi kortyzol (Kalat, 2006). Oś HPA reaguje wolniej niż autonomiczny układ nerwowy, ale ma ona znaczenie przy stresie długotrwałym. Duże stężenie glukokortykoidów ma wpływ na OUN – nadmiernie nasila zarówno przewodnictwo synaptyczne, jak i dopływ jonów wapnia (Ca) do komórek hipokampa, co w rezultacie prowadzi do ich obumierania (Longstaff, 2005).

Johnson i zespół (za: Kwon Kim, Osborn, Weinberg, 1996) przedstawili badania, które wykazały, iż prenatalna ekspozycja na alkohol sprawia, że noworodki mają podwyższony poziom kortyzolu w ślinie, i jest on na podobnym poziomie jak u osób z PTSD. Dlatego niektórzy badacze myślą o ekspozycji na alkohol jako o wydarzeniu, które mobilizuje mechanizmy reakcji na stres w organizmie rozwijającego się dziecka. Badania szczegółowe wykonywano na zwierzętach ze względu na możliwość kontrolowania ilości spożywanego alkoholu (Riley, Clarren, Weinberg, Jonsson, 2011). Kiedy ciężarne szczury pojono alkoholem, okazało się, że wpływało to zarówno na oś HPA u matek, jak i u potomstwa. Zmiany objawiały się nadmierną aktywnością osi w okresie ciąży i po urodzeniu. Badaczy interesowało, jak ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym będzie wpływała na funkcjonowanie osi HPA, jaki będzie jej wpływ na różne procesy metaboliczne. W sposób szczególny przyglądali się zjawisku tzw. programowania płodowego. Pojęcie programowania płodowego odnosi się do koncepcji mówiącej, że czynniki związane z wczesnym środowiskiem i niebędące czynnikami genetycznymi, takie jak prenatalna i okołoporodowa ekspozycja na stres, narkotyki lub inne środki toksyczne, mogą trwale organizować oraz kształtować (*organize and imprint*) układy fizjologiczne i behawioralne, zwiększając podatność na choroby i zaburzenia w póź-

niejszym życiu. Oś HPA jest bardzo podatna na programowanie w trakcie rozwoju w okresie płodowym i noworodkowym, a wnioskuje na podstawie badań wydaje się, że wywołane przez etanol zakłócenia wzajemnych połączeń między osiami HPA matki i noworodka mogą stanowić wspólny szlak dla programowania płodowego, powodowanego przez różnorodne czynniki. Przeprowadzone badanie miało na celu zweryfikowanie hipotezy zakładającej, że wywołane przez alkohol programowanie czynności HPA uwrażliwia mechanizmy neuroadaptacyjne, stanowiące czynnik pośredniczący dla czynności i regulacji HPA. Proces ten prowadzi do podwyższenia reaktywności osi na późniejsze stresory i w konsekwencji powoduje podwyższoną podatność na choroby, w tym zaburzenia psychiczne, takie jak: depresja, lęki, i uzależnienia. Badania nad programowaniem płodowym osi HPA mogą być niezwykle istotne dla zrozumienia funkcjonowania i przebiegu rozwoju dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol w ciągu całego cyklu ich życia. Wyniki badań nad programowaniem płodowym doprowadziły badaczy do hipotezy mówiącej, że powszechne choroby wieku dojrzałego mogą mieć swój początek w rozwoju płodowym – jest to tzw. hipoteza o płodowym pochodzeniu chorób wieku dojrzałego (Riley, Clarren, Weinberg, Jonsson, 2011). Wydaje się, że czynniki związane ze stylem życia, takie jak spożywanie alkoholu, palenie papierosów, nadmierny wysiłek fizyczny, stanowią czynnik dodatkowy, wzmacniający wpływy występujące we wczesnym etapie życia. Sugeruje to, iż środowisko rozwoju płodowego odgrywa istotną rolę, powodując liczne konsekwencje zdrowotne i rozwojowe. Badania nad programowaniem osi HPA prowadzone na zwierzętach pozwalają zaobserwować wiele nieprawidłowości behawioralnych, jakie są znane z opisów funkcjonowania dzieci z FAS. Należą do nich: nadmierna ruchliwość, nadreaktywność, wzrost aktywności na otwartej przestrzeni, nadmierna i nieadekwatna reakcja na nagły bodziec, trudności w unikaniu awersyjnych bodźców, zmienione reakcje na stres, kłopoty w uczeniu się, nadmierny lęk na nowe nierutynowe bodźce (Kwon Kim, Osborn, We-

inberg, 1996). Wymienione zmiany behawioralne utrudniają często adaptację społeczną i narażają osoby z FASD na trudności w grupach społecznych i innych bardziej bliskich relacjach. Ma to wpływ na ich doświadczenie poczucia odrzucenia i trudności w radzeniu sobie z innymi przeżyciami. Alkohol i inne używki stają się wtedy łatwo dostępnym środkiem potrzebnym do mierzenia się z samym sobą.

Połączenie zmian w OUN z nadreaktywnością osi HPA sprawia, że osoby z FASD często doświadczają różnego rodzaju zdarzeń, które mogą mieć znaczenie traumatyczne, co ma konsekwencje dla całego rozwoju człowieka. Warto w tym momencie wymienić istotne czynniki ochronne, jakie po 20 latach badań nad FASD zaproponowała prof. Ann Streissguth: posiadanie stabilnej rodziny, życie w bezpiecznych warunkach w rodzinie, wczesna diagnoza, czyli diagnoza przed 5. rokiem życia (Streissguth, 1997).

Badania nad wpływem niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa (kwestionariusz ACE – *Adverse Childhood Experiences*; Felitti, Anda i in., 1998) na rozwój dziecka nie pozostawiają wątpliwości, że dzieci z FASD ze względu na ekspozycję na alkohol oraz na późniejsze zaniedbania opiekuńcze z porzuceniem włącznie, są grupą narażoną na powikłania, w tym uzależnienia.

Wiemy, że niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa to wydarzenia o znaczeniu traumatycznym, mające wpływ na cały rozwój. Należą do nich sytuacje związane z przemocą, zaniedbania opiekuńcze wpływające na rozwój systemu przywiązania, porzucenie. Dzieci, które doświadczają takich zdarzeń, są bardziej narażone na słaby rozwój fizyczny, ale także na problemy psychiczne i problemy z zachowaniem w życiu dorosłym. Badacze z Kanady, z CanFASD, prześledzili losy 333 osób z grupy FASD². Interesowało ich, jaki był wpływ niekorzystnych zdarzeń z ich dzieciństwa na ich dalsze

² <https://canfasd.ca/2021/01/18/fasd-and-adverse-childhood-experiences/>
– pobrano 5 maja 2021 r.

życie. Pytania badawcze dotyczyły tego, czy osoby z grupy FASD mają wyższe wskaźniki ACE niż osoby z innych grup z niepełnosprawnością, a także, czy takie czynniki, jak wiek, płeć, IQ, problemy ze zdrowiem psychicznym są powiązane z wysokimi wskaźnikami trudnych przeżyć w dzieciństwie. Okazało się, że osoby z FASD mają bardzo wysokie wskaźniki ACE – średnio badane osoby doświadczały minimum czterech zdarzeń wysoce traumatyzujących, a 13% badanej grupy nawet sześciu i więcej. Liczby te są znacznie wyższe niż u osób z innymi niepełnosprawnościami lub u osób w populacji ogólnej. Najczęściej niepożądane doświadczenia dotyczyły środowiska domowego. Prawie wszystkie badane osoby doświadczyły niekorzystnej sytuacji opiekuńczej. Wiele osób z tej grupy nadużywało substancji psychoaktywnych i miało problemy ze zdrowiem psychicznym. Oznacza to, że wśród pacjentów uzależnionych może być spora grupa osób z FASD. Nie zawsze są oni identyfikowani z tym zaburzeniem w procesie leczenia, co wpływa na efektywność prowadzonych oddziaływań. Terapeuci uzależnień powinni być świadomi, jak wysoki jest poziom trudności u tych pacjentów uzależnionych, którzy należą do grupy FASD. Trudności piętrzy fakt, że wśród nich niewiele osób ma diagnozę formalną tego zaburzenia i nie ma dokumentacji medycznej w tym zakresie. Wszelkie programy wsparcia i leczenia dla osób uzależnionych z FASD powinny być oparte na całościowym zrozumieniu potrzeb danej osoby. Programy powinny być tak skonstruowane, aby nie retraumatyzować tych pacjentów i nie narażać ich na odrzucenie po raz kolejny, tym razem w procesie leczenia z uzależnienia.

Warto wiedzieć, że:

- ❖ Wczesna trauma jest przyczyną uzależnień.
- ❖ Wielu badaczy uznaje samo narażenie na alkohol w okresie ciąży jako zdarzenie traumatyczne, czyli takie, które doprowadziło w układzie nerwowym do takiej samej aktywacji jak w innych zdarzeniach traumatycznych.
- ❖ Osoby narażone prenatalnie na alkohol mogą nie prezentować żadnych cech związanych z FASD, ale zwykle mają zmienione programowanie osi adrenalinowo-kortyzolowej HPA.
- ❖ Ich reaktywność na stres jest wysoka i niełatwo panować im nad pobudzeniem emocjonalnym, a tym samym niełatwo im regulować emocje.

Problematyka FASD w terapii leczenia uzależnienia od alkoholu

Problemom zaburzeń wynikających ze spożywania alkoholu przez kobiety w okresie ciąży nie poświęca się wiele uwagi podczas pracy terapeutycznej w placówkach leczenia uzależnień. Zdarza się, że w trakcie terapii pacjentki i pacjenci w ogóle nie stykają się z tematem FASD lub jest on ogólnikowo poruszany przy omawianiu zdrowotnych szkód wynikających z nadużywania alkoholu. Warto to zmienić, bowiem terapia w placówkach leczenia uzależnień to dobre miejsce i właściwy kontekst do prowadzenia działań profilaktycznych i interwencyjnych w obszarze FASD.

Adresaci działań w zakresie FASD w placówkach leczenia uzależnień

Pijące szkodliwie i uzależnione od alkoholu kobiety w ciąży, niepotrafiące utrzymać abstynencji i wymagające interwencji w kierunku zaprzestania picia alkoholu, pojawiają się w placówkach odwykowych stosunkowo rzadko. W roku 2019 było ich zaledwie 167 (dane PARPA). Niewielka grupa ciężarnych pacjentek może wzmacniać przekonanie, że pracownicy placówek leczenia uzależnień (terapeuci, lekarze i pielęgniarki) mają niewiele do zrobienia w obszarze zapobiegania FASD, poza podejmowaniem rzadkich interwencji wobec pacjentek pijących w okresie ciąży. W rzeczywistości grupa osób wymagających edukacji, motywowania i wsparcia jest znacznie szersza.

Kobiety stanowią około 20% osób leczonych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Większość z nich od lat nadużywa etanolu, ma dzieci i jest w wieku prokreacyjnym. Kobiety częściej pojawiają się w poradniach i oddziałach dziennych, rzadziej w całodobowych oddziałach terapeutycznych i oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Wymagają one rzetelnej informacji na temat ryzyka spożywania alkoholu przez kobiety planujące ciążę i oczekujące potomstwa, a także wsparcia i motywowania do zachowania abstynencji, zwłaszcza w tym okresie.

Niemal 1/5 pacjentów placówek leczenia uzależnienia od alkoholu (ale aż 1/3 pacjentów ambulatoryjnych) to **partnerzy osób nadużywających alkoholu i ich dorosłe dzieci**. W zdecydowanej większości (ponad 80%) są to kobiety. Znaczna część kobiet objętych leczeniem z powodu picia osoby bliskiej to kobiety w wieku prokreacyjnym. Wymagają one działań zapobiegających przyszłym szkodom prenatalnym zarówno wtedy, gdy nadużywają one alkoholu, jak i w sytuacji, gdy piją obecnie alkohol na poziomie niskiego

ryzyka szkód, a w placówkach leczenia uzależnień podjęły terapię w związku z uzależnieniem ich bliskich.

FASD nie dotyczy tylko kobiet będących w aktualnej ciąży, nie tylko kobiet w wieku rozrodczym, nie tylko kobiet w ogóle. To również sprawa **mężczyzn-ojców**, ich kondycji zdrowotnej przed i w chwili zapłodnienia oraz wsparcia, jakiego udzielają oni przyszłym matkom, swoim żonom i partnerkom. Wszystkie osoby, a zwłaszcza ojcowie, którzy stanowią najbliższe środowisko kobiety, mogą mieć pozytywny lub negatywny wpływ na jej zachowania w okresie ciąży, w tym na picie alkoholu, palenie papierosów, używanie innych substancji psychoaktywnych, odżywianie i styl życia. Potrzebują edukacji i wsparcia w tym zakresie.

W leczeniu uzależnienia pojawią się pacjentki i pacjenci borykający się z problemami zdrowotnymi, rozwojowymi, wychowawczymi swoich dzieci. Zdecydowana większość dzieci nie ma żadnych diagnoz, sporadycznie mogą się trafić diagnozy ze spektrum FASD. Matki i ojcowie pozostają najczęściej zaniepokojeni i bezradni wobec zaburzeń swoich dzieci. Mimo to niechętnie podejmują rozmowy o problemach dzieci, obawiając się konfrontacji i osądzania. Wymagają oni zachęty, wsparcia, informacji i pokierowania do miejsc uzyskania pomocy.

Do terapii uzależnienia od alkoholu trafiają też **pacjenci mający różne dysfunkcje i różne diagnozy, którzy wzrastali w rodzinie, w której matka lub oboje rodzice przez wiele lat nadużywali alkoholu**. Wymagają oni pogłębionej diagnostyki aktualnych zaburzeń i zasobów oraz zaplanowania indywidualizowanych oddziaływań terapeutycznych.

Reasumując:

adresatami zróżnicowanych pod kątem potrzeb oddziaływań w obszarze FASD są wszyscy pacjenci placówek odwykowych:

- kobiety w ciąży,
- kobiety leczące się z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu,
- kobiety szukające pomocy w związku z piciem swoich bliskich,
- mężczyźni podejmujący terapię uzależnienia od alkoholu i pijący szkodliwie.

Miejsce FASD w terapii uzależnień

Do programów terapii realizowanych w placówkach leczenia uzależnień można bez większych trudności włączyć problematykę FASD bez konieczności dokonywania rewolucyjnych zmian czy rezygnacji z innych istotnych zagadnień.

Działania w celu zapobiegania FASD powinny odbywać się:

- ❖ podczas psychoedukacji adresowanej do pacjentów i członków ich rodzin,
- ❖ podczas diagnozy nozologicznej i problemowej,
- ❖ w kontakcie indywidualnym z pacjentkami i pacjentami,
- ❖ w ramach pracy grupowej grup kobiecych, organizowanych poza standardową terapią koedukacyjną,
- ❖ w ramach krótkoterminowej terapii par, równoległe do leczenia uzależnienia.

Poza krótkoterminową terapią par w większości placówek leczenia uzależnienia od alkoholu realizowane są wszystkie powyższe oddziaływania terapeutyczne i chodzi tylko o to, aby problemowi szkód prenatalnych wynikających ze spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży nadać większe zna-

czenie. W praktyce oznacza to edukowanie wszystkich pacjentów i członków ich rodzin na temat konsekwencji spożywania alkoholu przed i podczas ciąży, dopytywanie kobiet o używanie alkoholu przed i podczas ciąży, a także o kondycję ich dzieci, informowanie o możliwościach przeciwdziałania zaburzeniom FASD podczas diagnozy oraz w kontakcie indywidualnym i w obrębie grup kobiecych. To również wspieranie kobiet zgłaszających problemy ze zdrowiem, rozwojem i zachowaniami swoich dzieci i kierowanie ich do diagnozy i pomocy. Uznanie ważności zagadnień związanych z FASD wymaga też uwzględnienia faktu, że część pacjentów uzależnionych od alkoholu funkcjonuje gorzej niż inni, być może w wyniku ekspozycji na alkohol w łonie matki. Chodzi tu głównie o zbadanie i akceptację aktualnych dysfunkcji, możliwości i zasobów tych osób i zaplanowanie dla nich zindywidualizowanych form leczenia.

Postawy terapeutów wobec FASD

Aby w lecznictwie odwykowym problematyce FASD nadać większe niż obecnie znaczenie, warto przeanalizować postawy osób udzielających pomocy, oparte na ich wiedzy, systemie wartości, doświadczeniach życiowych i emocjach.

❖ Wiedza

Terapeuci uzależnień, główni wykonawcy świadczeń w obszarze leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, ale również lekarze i pielęgniarki, dysponują w większości powierzchownymi informacjami na temat zagrożeń, jakie niesie dla płodu spożywanie alkoholu przez kobietę oczekującą dziecka. To stosunkowo nowa wiedza, zmieniająca się w wyniku prowadzonych badań i praktyki klinicznej. W Polsce mało jest na ten temat literatury i szkoleń.

Specjaliści pracujący w obszarze rozwiązywania problemów alkoholowych mogą nie czuć się wystarczająco kompetentni do edukowania i poradnictwa w zakresie FASD w kontakcie indywidualnym czy podczas sesji grupowych.

❖ Przekonania

Pracownicy placówek leczenia uzależnienia od alkoholu to przede wszystkim kobiety, w większości w wieku prokreacyjnym. Mają one swoje doświadczenia i przekonania co do roli kobiety, macierzyństwa, odpowiedzialności oraz własną hierarchię wartości. Wszystko to może być zasobem lub trudnością w relacji z pacjentkami, które nie utrzymują abstynencji w okresie ciąży oraz w wyniku uzależnienia zaniedbują swoje dzieci. Przeżywane przez terapeutów niepokoje moralne, lęk związany z zagrożeniem życia, zdrowia i rozwoju dzieci mogą uruchamiać negatywne emocje i skłonność do dyrektywnego wymuszania abstynencji. Wzmagają tendencję do oceniania, krytykowania, moralizowania i konfrontowania. Specjaliści muszą być świadomi swoich reakcji i podczas supervizji czy własnej terapii pracować nad nimi. Badania jednoznacznie dowodzą większej skuteczności zmiany zachowań pacjentów w przypadku, gdy terapeuta buduje relację pomagania na empatii, życzliwości, akceptacji, trosce, poszanowaniu autonomii i wierze w sprawczość pacjenta.

❖ Odruch naprawiania

Świadomość poziomu zagrożeń, jakie mogą być następstwem picia alkoholu przez kobiety ciężarne, wywołuje czasami u osób pomagających naturalne pragnienie, aby próbować je jak najszybciej zatrzymać w picciu: „Nie rób tego. Musisz natychmiast przestać pić. Nie krzywdź swojego dziecka”. Taka interwencja, wynikająca z najlepszych intencji, życzliwości i dobrego serca,

zwana „odruchem naprawiania” (Miller i Rollnick, 2014), przynosi najczęściej więcej szkody niż pożytku:

- ❖ Ciężarne pacjentki przeżywają najczęściej ambiwalencję, tzn. wiedzą, że ich picie może zaszkodzić dziecku i jednocześnie nie są gotowe, aby rozstać się z alkoholem. Przekonując i ponaglając je do abstynencji, wzmacniamy argumenty przeciwko zmianie: „No wiem, że powinnam nie pić, ale...”. Wydłuża to czas podejmowania decyzji o przystąpieniu do działania.
- ❖ Wywieranie presji wzmacnia opór pacjentek, manifestujący się wycofaniem, aktywizacją mechanizmów obronnych, atakiem.
- ❖ Ponieważ ludzi motywuje do zmiany to, co sami mówią, a nie to, co mówią im inni, argumenty wypowiedziane przez specjalistów nie mają silnej mocy przekonywania i nie budują osobistego zobowiązania do zmiany.
- ❖ Nadmierne zaangażowanie specjalistów nie sprzyja przejmowaniu osobistej odpowiedzialności. Może wzbudzać u pacjentek poczucie braku wpływu, wyboru, niemożności decydowania w swoich sprawach, bierność, osłabienie poczucia samoskuteczności. Wszystko to nie sprzyja oczekiwanej zmianie zachowania.

Warunki skutecznego motywowania do zmiany zachowań

Podobnie, jak w przypadku zmiany innych zachowań destrukcyjnych, zalecaną metodą motywowania pacjentek oczekujących dziecka do zachowania abstynencji – jest dialog motywujący (Miller i Rollnick, 2014). Jest to metoda adresowana przede wszystkim do osób pozostających w ambiwalencji, pomagająca im wydobyć i wzmocnić ich osobiste argumenty na rzecz zmiany zachowania problemowego i zwiększyć gotowość do działania. Na temat

dialogu motywującego ukazało się w ostatnich latach w języku polskim wiele użytecznych publikacji. Organizowane są konferencje i szkolenia warsztatowe. Coraz więcej terapeutów przekonuje się do tej metody pracy, próbując i doświadczając jej skuteczności. Warto w tym miejscu wypunktować najistotniejsze właściwości dialogu motywującego, przydatne w pracy z kobietami ciężarnymi, której celem jest abstynencja:

- ❖ Fundamentem procesu pomagania jest relacja oparta na partnerstwie, współpracy, akceptacji klienta, poszanowaniu jego autonomii i trosce o jego dobro. Taka relacja daje poczucie bezpieczeństwa i pozwala zaufać, co jest podstawą pracy nad wstydlivymi, bolesnymi tematami, jakim jest narażenie dziecka na ryzyko nieodwracalnych szkód prenatalnych.
- ❖ Motywacja nie jest dostarczana klientowi z zewnątrz, lecz jest zasobem klienta, który trzeba wydobyć i wzmocnić. Ma na nią wpływ ukierunkowujący styl prowadzenia rozmowy. Podejście nakazowe, konfrontacyjne, dyrektywne zwiększa opór klientów, a w efekcie daje gorsze rezultaty niż styl pracy skoncentrowany na osobie i na celu. Na motywację ma również wpływ wiara osób pomagających w możliwość poprawy funkcjonowania ich pacjentów.
- ❖ Celem pracy jest przezwyciężenie ambiwalencji i podjęcie zobowiązania do zmiany. Staje się to możliwe, kiedy w bilansie wszystkich argumentów, jakie pacjent zgromadził za i przeciw zmianie, ważniejsze okażą się negatywne konsekwencje jego picia niż zyski, jakie ono mu daje, zaś perspektywa oczekiwanych korzyści ze zmiany przewyższy lęk przed działaniem i konsekwencjami naruszenia status quo. Negatywne, choćby najbardziej dotkliwe konsekwencje zachowań, nie motywują do działania bez wizji, że ich zmiana się opłaci i że się uda. Korzyścią może być perspektywa dobroczynnego wpływu na dziecko zaprzestania picia w każdym momencie ciąży i zachowania abstynencji przynajmniej do momentu porodu.

- ❖ Potrzeba zmiany nasila się wtedy, gdy osoba uświadamia sobie, że jej zachowanie stoi w rażącej sprzeczności z jej wartościami, celami, pragnieniami. Dyskomfort z powodu uświadomienia sobie tych rozbieżności może mieć charakter motywujący. Dążenie do integralności i dobrego samopoczucia może wyzwolić gotowość do zmiany. Zatem pomocne w motywowaniu kobiet do abstynencji jest prowadzenie rozmowy o tym, co dla nich jest ważne (dobro dziecka, wizerunek siebie jako matki, kobiety, spokój moralny i emocjonalny), aby mogła ona doświadczyć dysonansów i wzbudzić w sobie pragnienie ich zmniejszenia.
- ❖ Umiejętnie prowadzona rozmowa motywująca zwiększa częstotliwość wypowiedzi pacjenta w języku zmiany w odniesieniu do konkretnego zachowania. Badania potwierdzają, że zwiększanie się częstotliwości języka zmiany pozwala przewidzieć realną zmianę tego zachowania w przyszłości, nawet rok po interwencji. Jeśli kobieta ma przestać pić, to musi usłyszeć, jak sama mówi, dlaczego abstynencja jest dla niej ważna, potrzebna, możliwa, że zobowiązuje się ją rozpocząć.
- ❖ Jednym z najważniejszych zadań terapeuty, jakie powinien on realizować od pierwszego kontaktu z pacjentem, jest budowanie jego poczucia samoskuteczności. Osoby z niskim poczuciem samoskuteczności, nawet gdy już pragną zmienić swoje postępowanie, często nie przystępują do działania z lęku przed niepowodzeniem.

Edukowanie i poradnictwo w zakresie FASD w duchu dialogu motywującego

Psychoedukacja nie jest wcale prostym zadaniem. Problemem jest nie tylko wybór treści (co powiedzieć), ale też sposób ich przekazania. Trzeba mieć dobrze ugruntowaną wiedzę w obszarze FASD, dostosować język przekazu do potrzeb i możliwości percepcyjnych odbiorcy oraz potrafić na tyle go zaktywizować, aby nie tylko lepiej zapamiętał przekaz, ale by wzbudził w sobie gotowość do analizy własnych doświadczeń i do zastosowania nowych informacji w życiu. Efektywność przekazu będzie większa, jeśli osoba pomagająca uszanuje autonomię odbiorcy: zapyta go o zgodę na udzielenie informacji, odwoła się do jego wiedzy, doświadczenia oraz pozwoli mu wyrazić opinię na temat przekazanej informacji czy porady.

Czasami osoba pomagająca musi poinformować pacjentkę o sytuacji, w jakiej ta się znalazła, o konsekwencjach jej wyborów czy wyrazić swoje zaniepokojenie, bo tego wymagają procedury lub dobro pacjentki i innych ludzi. W takiej sytuacji również trzeba uszanować zdanie rozmówcy i stworzyć mu możliwość ustosunkowania się do informacji czy wyrażenia niezgody.

Zakres podstawowych informacji na temat FASD

Jak większość Polaków pacjentki i pacjenci placówek leczenia uzależnienia od alkoholu mają niewielką wiedzę na temat zagadnień związanych z FASD. Niektórzy dysponują fragmentarycznymi lub nieprawdziwymi informacjami oraz osobistymi doświadczeniami w tym temacie. Powinni zatem otrzymać od specjalistów podstawowe informacje, umożliwiające im zdobycie, poszerzenie oraz zweryfikowanie wiedzy na temat:

- ❖ wpływu używania alkoholu na zaburzenia płodności i ryzyko poronień,
- ❖ wpływu nadużywania alkoholu przez mężczyzn na ich płodność i materiał rozrodczy,
- ❖ działania alkoholu na rozwój płodu w poszczególnych okresach ciąży,
- ❖ charakterystyki pierwotnych i wtórnych zaburzeń z grupy FASD – problemów zdrowotnych i trudności rozwojowych dzieci,
- ❖ możliwości wsparcia rozwoju dziecka z FASD oraz jego rodziny.

Sposób edukowania

Dialog motywujący proponuje procedurę udzielania informacji i radzenia według schematu: wydobycie – dostarczenie – wydobycie.

1. Warto zapytać, co klient już wie albo czego chce się dowiedzieć na dany temat (wydobycie):

- ❖ *Co Pani już wie na temat picia alkoholu przez kobiety w okresie ciąży?*
- ❖ *Czy wie Pani, jak alkohol wpływa na rozwój płodu?*
- ❖ *Czy ktoś już Panią informował, co oznacza termin FASD, czyli spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych?*

2. Zawsze należy spytać o zgodę na udzielenie informacji (wydobycie):

- ❖ *Czy pozwoli Pani, że wyjaśnię, dlaczego nawet niewielkie ilości alkoholu mogą zagrażać Pani dziecku?*
- ❖ *Czy chciałaby Pani dowiedzieć się, jakie korzyści może przynieść Pani dziecku abstynencja w okresie płodowym?*

Mogłabym Pani powiedzieć, jak inne kobiety w Pani sytuacji radzą sobie. Mogę? Najlepiej jest udzielać informacji w sposób możliwie najbardziej zobiektywizowany i oszczędny, czyli dostosowany do potrzeb i możliwości klienta (dostarczenie):

- ❖ *Wyniki badań mówią, że picie alkoholu w ciąży naraża dziecko na uszkodzenia poalkoholowe.*
- ❖ *Moim obowiązkiem jest powiedzieć Pani, co może się stać, jeśli nadal będzie Pani spożywała alkohol.*
- ❖ *Nauka nie ustaliła bezpiecznego poziomu picia alkoholu w okresie ciąży. Nie wiemy, ile kobieta może wypić alkoholu, aby nie zaszkodzić swojemu dziecku. Stąd zalecenie całkowitej abstynencji w trakcie trwania ciąży.*

3. Zawsze należy zapytać, co pacjentka sądzi o tym, co usłyszała (wydobyć):

- ❖ *Co Pani teraz o tym sądzi?*
- ❖ *Co Pani myśli o tym, co powiedziałam?*
- ❖ *Co jeszcze chciałaby Pani wiedzieć na ten temat?*

Schemat porady jest podobny do informowania. Warto udzielać porady w sposób nieoceniający, który jest propozycją, a nie poleceniem. Im bardziej stanowcza i niepozostawiająca wyboru jest porada, tym większa szansa, że zostanie odrzucona.

Pytanie o zgodę na udzielenie porady sprawi, że pacjentka będzie bardziej otwarta na jej przyjęcie. Porady, których udziela specjalista, powinny być proste, zrozumiałe dla pacjentki, dopasowane do jej gotowości i sytuacji, w jakiej się znajduje. Udzielając porady, specjalista łatwo może wpaść w pułapkę eksperta, przekonując do jej słuszności. Może to wywołać reakcję, czyli mnożenie przez klienta argumentów przeciwnych i w efekcie odrzucenie porady, która mogłaby być w jego sytuacji pomocna.

Wsparcie matek dzieci z FASD

Większość kobiet, które urodziły dzieci z FASD, wie, że nie powinny pić alkoholu w okresie ciąży, a świadomość wyrządzenia krzywdy własnemu dziecku jest bolesna. Budzi poczucie winy, wstydu, wpływa na wizerunek siebie jako kobiety, matki. Dotkliwa autokonfrontacja deklarowanych wartości (dobro dziecka, macierzyństwo) i sprzecznych do nich zachowań (picie alkoholu) oraz piętno złej, nieodpowiedzialnej matki rodzi silne mechanizmy obronne: unikanie tematu, wyparcie („nic się nie stało”), minimalizacje („piłam o wiele mniej niż przed ciążą”), racjonalizacje („piłam głównie czerwone wino, bo miałam słabą morfologię”, „nie malowałam włosów ani paznokci, żeby nie zaszkodzić dziecku”).

Pracując z pacjentkami, które są matkami dzieci z FASD, terapeuci powinni:

- ❖ spróbować zrozumieć perspektywę pacjentek (empatia), nie unikając jednocześnie trudnego tematu,
- ❖ budować relację pozwalającą pacjentkom poczuć się na tyle bezpiecznie, aby chciały mówić o swoich problemach i pracować nad nimi,
- ❖ unikać za wszelką cenę moralizowania i konfrontowania,
- ❖ towarzyszyć matkom w zmaganiu się z poczuciem winy i wstydu,
- ❖ pomóc uporać się z lękiem o przyszłość dziecka,
- ❖ dać wsparcie w przeżyciu utraty dziecka w sytuacji poronienia,
- ❖ pomóc zaplanować pomoc dla dziecka i wsparcie dla matki,
- ❖ wzmacniać poczucie samoskuteczności i siły,
- ❖ działać na rzecz zapobiegania dalszym szkodom (przyszłe ciąży).

To nietławe zadanie, budzące w osobach pomagających postawy niesprzyjające zmianie zachowań oraz liczne wątpliwości i dylematy etyczne.

Dylematy etyczne w obszarze FASD

Aktywność terapeutów uzależnień w obszarze FASD może rodzić wątpliwości natury etycznej.

- ❖ Czy terapeuta uzależnień może prowadzić pracę nad ograniczeniem picia przez kobietę ciężarną, która nie chce rozstać się z alkoholem?

Wieloletnie doświadczenia krajów, które wypracowały skuteczne systemy profilaktyki FASD i opieki nad kobietami pijącymi w ciąży alkohol (USA, Kanada) dowodzą, że każdy krok w kierunku zmniejszenia zagrożeń uszkodzenia płodu, również poprzez ograniczanie picia, jest krokiem w dobrą stronę. Gotowość do rozważania innych celów niż abstynencja w przypadku kobiet ciężarnych, które aktualnie nie chcą przerwać spożywania alkoholu, może być jedyną alternatywą wobec pozostawienia ich bez jakiegokolwiek wsparcia, co w przypadku osób uzależnionych nie rokuje poprawy wzoru picia. Dyskomfort terapeutów może łagodzić świadomość, że akceptacja celu pacjentki i rozpoczęcie pracy nad ograniczaniem picia prowadzi nierzadko do zmiany pierwotnego celu i podjęcia decyzji o abstynencji. Jest to najczęściej wpływ relacji, która warunkuje efektywność pracy terapeutycznej i pogłębienia świadomości swoich motywów. Przymuszanie do abstynencji, choćby płynące z najlepszych intencji, opóźnia szansę na zmianę.

- ❖ Po co skłaniać kobiety nadużywające alkoholu będące matkami do bolesnej konfrontacji z zagrożeniami, jakie stworzyły swoim dzieciom, pijąc alkohol w okresie ciąży, skoro ich dzieci urodziły się zdrowe, a zachowanie dotyczy przeszłości?

Jeżeli kobieta pijąca alkohol w ciąży urodziła zdrowe dziecko lub z niewielkimi uszkodzeniami lub z uszkodzeniami, które się jeszcze nie ujawniły i nadal pije nałogowo alkohol, jest duża szansa, że nie zaprzestanie ona spożywania alkoholu w kolejnej ciąży. Rozmawianie z nią na temat zagrożeń FASD ma głównie na

celu przeciwdziałać zagrożeniom uszkodzenia kolejnych dzieci w przyszłości. Rozmowa w kierunku tworzenia dysonansu (dobro dziecka jest najważniejsze – picie podczas ciąży) może być ważnym czynnikiem motywującym do podjęcia zobowiązania do abstynencji w ogóle, nawet jeśli dziecku nie stała się krzywda, bo matka stworzyła swoim picciem poważne ryzyko uszkodzeń.

- ❖ Po co koncentrować matki na prawdopodobnych uszkodzeniach poalkoholowych ich dzieci, skoro nie ma dla nich dostępnych miejsc diagnostyki i pomocy?

To ogromna trudność w sytuacji, kiedy nie ma systemu diagnozy i pomocy wspieranego przez państwową służbę zdrowia. W Polsce pomoc dla dzieci z FASD rozwija się lokalnie dzięki organizacjom pozarządowym lub działaniom samorządowym. Obecnie funkcjonują trzy szpitale zaangażowane w tematykę FASD – w Krakowie i w Warszawie. W tym jeden z nich jest nastawiony na pomoc okołoporodową dla matek pijących. Niektóre samorządy powołały na swoim terenie placówki diagnostyczne i wspierające rozwój dzieci z FASD. W Polsce działa także kilka fundacji na rzecz dzieci z FASD. Jednak ich dostępność ciągle jest mała. Lista adresowa miejsc pomocy znajduje się na końcu publikacji.

- ❖ Jak planować pomoc dla dzieci z FASD, jeśli w Polsce nie ma dla nich systemu diagnostyki i terapii?

Brak systemowych rozwiązań w zakresie pomocy dla dzieci z FASD nie ułatwia rodzicom znalezienia pomocy dla dziecka i dla siebie. Trzeba pamiętać, że jeśli dziecko ma poważne trudności, może uzyskać pomoc w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju. Wystarczy, aby rodzic zgłosił się do rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Paradoksalnie trudniej jest uzyskać pomoc wtedy, kiedy dziecko jest po prenatalnej ekspozycji na alkohol, ale nie prezentuje we wczesnym okresie rozwoju trudności, które pozwoliłyby je skierować na zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju. Problem pozornie dobrze

funkcjonujących dzieci z FASD stanowi największe wyzwanie ze znalezieniem dla nich terapii i wsparcia. Oznacza to, że w okresie największych możliwości rozwojowych pozostają one często bez stymulacji rozwoju i tym samym, kiedy ich trudności się ujawniają, np. na progu dojrzwania, to na pomoc może być już zbyt późno. Wsparcia terapeutycznego wymagają wszystkie dzieci z grupy FASD. Także te, które funkcjonują pozornie dobrze we wczesnym okresie dzieciństwa. Ponieważ uzyskanie pomocy bywa trudne, matka, która jest w okresie leczenia uzależnienia, musi otrzymać wsparcie w pozyskiwaniu pomocy dla swojego dziecka, aby nie zniechęciła ją ta trudna sytuacja. Trzeba pamiętać, że szukając pomocy dla swojego dziecka, mierzy się ona często z poczuciem wstydu i winy za to, że jej picie spowodowało uszczerbek na zdrowiu dziecka. W sytuacji, kiedy matka musi zmierzyć się z tym, że gdyby zachowała abstynencję, jej dziecko urodziłoby się zdrowe – obciążenie psychiczne wzrasta jeszcze bardziej. To właśnie w tej sytuacji kobieta powinna otrzymać wsparcie w procesie leczenia uzależnienia. Wzmocnienie jej, pomoc w poradeniu sobie ze wstydem, poczuciem winy, lękiem o przyszłość dziecka może stanowić najważniejszy krok w odnalezieniu się jej w roli matki.

Pacjent z FASD

Jest mało prawdopodobne, że do placówek leczenia uzależnienia od alkoholu trafią dorośli pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń wynikających z ekspozycji na alkohol w okresie prenatalnym. Natomiast zdarza się, że u niektórych pacjentów z diagnozą zaburzeń osobowości, zaburzeń psychicznych czy ograniczeniami sprawności intelektualnej w historii życia pojawi się wątek matki nadużywającej alkoholu, również w okresie ciąży. Niektórzy pacjenci pochodzący z rodzin alkoholowych, nie będą mieli żadnych rozpoznań, ale będą przejawiali trudności w dostosowaniu społecznym, samodzielnym

życiu, abstrakcyjnym myśleniu, planowaniu, interpretowaniu rzeczywistości, radzeniu sobie z emocjami i zadaniami. Niektórzy mogą nie radzić sobie z wymaganiami terapii, mimo potwierdzonej w badaniach normy inteligencji lub diagnozy lekkiego upośledzenia umysłowego. U dorosłych osób etiologia aktualnych zaburzeń zawsze będzie budziła wątpliwości. Mogą być one skutkiem prenatalnej ekspozycji na alkohol lub inne substancje bądź wrodzonej dysfunkcji lub wpływu środowiskowego albo wieloletniego nadużywania alkoholu, urazów, wypadków lub wielu tych i innych czynników. Zatem nie chodzi o to, aby w trakcie leczenia uzależnienia określić pochodzenie zaburzeń pacjenta. Interesuje nas bardziej skala i charakter tych trudności. Może w tym pomóc diagnostyka psychologiczna, neurologiczna, psychiatryczna.

Określenie stopnia i zakresu deficytów oraz możliwości pacjenta pozwoli zaplanować dla niego taki program terapii, który zwiększy jego szanse na poprawę wzoru używania alkoholu. Musi on uwzględniać różne cele (abstynencja, ograniczenie picia, redukcja szkód), wybrane metody pracy (sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej, treningi umiejętności) oraz elastyczne oczekiwania i wymagania regulaminowe. Większość tych pacjentów (wśród nich będą osoby z zaburzeniami FASD) nie skorzysta z psychoedukacji w postaci wykładów operujących językiem psychologii, jak również nie będzie w stanie dokonać głębszej refleksji, niektórzy nie będą w stanie wykonać zalecanych zadań pisemnych. Mogą skorzystać z empatycznej, wspierającej, ukierunkowującej relacji i dobrze dobranych treningów umiejętności. Pacjenci z takimi dysfunkcjami mogą potrzebować dłuższej opieki terapeutycznej prowadzonej we współpracy z ich rodzinami lub instytucjami świadczącymi pomoc środowiskową lub prawną, np. pracownikami pomocy społecznej czy kuratorami.

Pomoc dla rodzin dzieci z FASD w Polsce

Gdynia

Gdyńskie Centrum Diagnostyki i Terapii FASD
ul. Morska 112 B/111
81-225 Gdynia
tel. (58) 667 79 10; 798 073 617

Gdańsk

Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży
ul. Raclawicka 17
80-406 Gdańsk-Wrzeszcz
tel. (58) 347 89 30

Fundacja FAScynacje
ul. Ks. Leona Miszewskiego 17
80-239 Gdańsk-Wrzeszcz

Szczecin

Fundacja Mam Dom
Al. Wojska Polskiego 78
70-482 Szczecin
tel. 882 563 114

Fundacja Tęcza Serc
ul. Kolumba 60
70-035 Szczecin
tel. 508 170 803

Olsztyn

Punkt Diagnostyczny przy Ośrodku Adopcyjnym*
ul. Żołnierska 11
11-041 Olsztyn
tel. (89) 534 95 94

Elbląg

Centrum Terapeutyczno-Szkoleniowe
ul. Krótka 5
82-300 Elbląg
tel. (55) 236 66 03; 519 300 408

Toruń

Fundacja Daj Szansę
ul. Piskorskiej 11
87-100 Toruń
tel. (56) 648 23 63

Poznań

Centrum Stymulacji Rozwoju Dziecka
dr Iwona Palicka
ul. Oliwska 14
60-454 Poznań
tel. 600 494 975 lub 694 999 705

Warszawa

Fundacja FASada
Punkt diagnostyczno-konsultacyjny
ul. Płatnicza 83

01-827 Warszawa
tel. 609 536 662

Łódź

Regionalny Punkt Diagnozy i Terapii FASD*
przy Regionalnym Centrum Polityki Społecznej
ul. Snycerska 8
91-302 Łódź
tel. (42) 203 48 53

Kraków

Centrum Diagnostyki FASD
przy Szpitalu św. Ludwika
ul. Strzelecka 2
31-503 Kraków

Rzeszów

Podkarpackie Centrum Diagnozy i Terapii
dla Dzieci z FASD*
ul. Twardowskiego 29/2
35-302 Rzeszów
tel. 664 095 427

Lędziny

Fundacja FAstryga
dr Małgorzata Klecka
ul. Hołodunowska 70A
43-143 Lędziny
tel. (32) 216 79 17 lub 508 552 211

Zabrze

Centrum Zdrowia Psychicznego Feniks
ul. Cieszyńska 2/4
41-800 Zabrze
tel. (32) 375 02 12

Żywiec

Item – Centrum Psychologiczne
dr Teresa Jadczak-Szumiło
ul. Sienkiewicza 27
34-300 Żywiec
tel. (33) 861 38 44

Fundacja Rodzina od A do Z*
ul. Sienkiewicza 27
34-300 Żywiec
grupy wsparcia dla rodziców dzieci z FASD

*zespół pracuje pod stałą superwizją

LITERATURA

Abel E.L. (1996). *Fetal Alcohol Syndrome. From Mechanism to Prevention*. New York: CRC Press.

Bartel H. (2019). *FASD – mechanizmy komórkowe*, Postępy Biologii Komórki, tom 46, nr 4, 447-482.

Biblia Tysiąclecia (2003), *Księga Sędziów*, 13, 3-4, Poznań: Wydawnictwo Pallotinum.

Bingol N., Schuster C., Fuchs M., Iosub S., Turner G., Stone R.K., Gromisch D.S. (1987). *The influence of socioeconomic factors on the occurrence of fetal alcohol syndrome*. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 6 (4), 105-118.

Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., et al. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *Am J Prev Med*; 14(4): 245-58.

Jadczak-Szumilo T. (2008). *Neuropsychologiczny profil dziecka z FAS*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.

Jadczak-Szumilo T. (2014). *Problemy diagnostyczne dzieci z płodowym zespołem alkoholowym (FAS) – możliwości wykorzystania testu WISC-R w diagnozie różnicowej*, niepublikowana praca doktorska, UAM Poznań.

Jones K.L., Smith D.W., Ulleland C.N., Streissguth A.P. (1973). *Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers*, *Lancet*, 1, 1267- 1271.

Kalat J. (2006). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: PWN.

Kwon Kim C., Osborn J.A., Weinberg J. (1996). *Stress reactivity in Fetal Alcohol Syndrome*, w: E.L. Abel (red.), *Fetal Alcohol Syndrome. From Mechanism to Prevention*. New York: CRC Press.

Lemoine P., Harousseau H., Borteyru J.P., Menuet J.C. (1968). *Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees a propos de 127 cas*, *Quest Med.*, 21, 476-482.

Longstaff A. (2005). *Neurobiologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Miller W.R., Rollnick S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Moskalewicz J. (2007). *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*. *Alkoholizm i Narkomania*, 20 (1), 55-64.

Nardzewska-Szczepanik M. (2013). *Ocena zmian strukturalnych ciała mózgowatego w badaniu rezonansu magnetycznego u dzieci eksponowanych na alkohol w życiu płodowym*, niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. A. Urbanika. CM UJ Kraków.

Noor S., Milligan E. (2018). *Lifelong Impacts of Moderate Prenatal Alcohol Exposure on Neuroimmune Function*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2018.01107/full>

O'Malley K. (2007). *ADHD and Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

Porges S. (2020). *Teoria poliwalgalna. Przewodnik*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Riley E.P., Clarren S., Weinberg J., Jonsson E. (2011). *Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Management and Policy Perspectives of FASD*. Weinheim: Wiley-Blackwell.

Streissguth A.P. (1997a). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities*. Baltimore: Books Publishing Co.

Streissguth A.P. (1997b). *Odległe rokowanie w FAS*. *Alkohol a Zdrowie* 17, 137-150.

Urbanik A. (2002). *Ocena procesu starzenia się mózgu metodą protonowej spektroskopii rezonansu magnetycznego*, rozprawa habilitacyjna, Kraków: Katedra Radiologii Collegium Medicum UJ.

<https://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/CBOS-rosnie-spozycie-alkoholu-wsrod-kobiet-najczesciej-wybieraja,200686,11.html>

<https://canfasd.ca/2021/01/18/fasd-and-adverse-childhood-experiences/>



ISBN 978-83-958728-1-5

Egzemplarz bezpłatny

KOD PASKOWY

KOD QR