

KCPU wspiera nasze środowisko i rekomenduje zwiększenie kompetencji pielęgniarek i położnych do planowania własnych działań profilaktycznych w obszarze profilaktyki FASD, www.kcpu.gov.pl

FASD z perspektywy psychologa diagnosty

Dzieci z FASD stanowią w Polsce dużą, nie do końca zidentyfikowaną grupę. Mają mniejsze lub większe trudności funkcjonalne ze względu na to, że alkohol przede wszystkim uszkadza układ nerwowy. Dobra diagnoza stanowi dla tych dzieci punkt wyjścia w uzyskaniu wsparcia i adekwatnej pomocy. Rzetelne badania psychologiczne i neuropsychologiczne są ważnym elementem procesu diagnostycznego.

dr n. społecznych **TERESA JADCZAK-SZUMIŁO**
psycholog, trener II stopnia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, praktyk Somatic Experiencing – metoda pracy z traumą Petera Levina, oraz praktyk EMDR

Zgodnie z wydanymi w „Medycynie Praktycznej” zaleceniami dotyczącymi diagnozy FASD – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych w Polsce (MP, 2020), proces diagnozy powinien być wykonywany przez zespół specjalistów. Psycholog pełni w nim ważną rolę ze względu na badania neuropsychologiczne, które stanowią często podstawę oceny funkcjonowania dzieci z FASD, a w sytuacji braku oceny radiologicznej OUN – podstawowe źródło wiedzy o funkcjonowaniu ich mózgu. Biorąc pod uwagę fakt, że alkohol uszkadza układ nerwowy i dzieci z grupy FASD cierpią na różne trudności z tym związane, to rola psychologa diagnosty stanowi ważny wkład w proces diagnozy i opiniowania dziecka.

Standard diagnostyczny obejmuje różne kroki podczas podejmowania zespołowej decyzji, czy dziecko należy do grupy FASD. Lekarz powinien ocenić dysmorfie i jego ogólny stan zdrowia. Jeśli stan dziecka tego wymaga, powinien skonsultować go z innymi specjalistami. Psycholog natomiast powinien ocenić funkcjonowanie dziecka w różnych obszarach. Standardowo interesują nas następujące domeny związane

z funkcjonowaniem dziecka: ocena ogólnego rozwoju inteligencji dziecka, ocena rozwoju mowy i języka, ocena procesów zapamiętywania, ocena koncentracji i uwagi, ocena funkcji wykonawczych, ocena neurorozwoju, ocena rozwoju społeczno-emocjonalnego. Dla oceny każdego z tych obszarów psycholog wykorzystuje bądź to gotowe testy, bądź konstruuje kliniczne próby neuropsychologiczne tak, aby jak najlepiej ocenić funkcjonowanie dziecka. Taka forma diagnozy jest nie tylko zgodna z proponowanymi zaleceniami, ale pomaga nam też lepiej zrozumieć zachowanie dziecka, a także zaplanować adekwatną pomoc po zakończonym procesie diagnostycznym. Ocena funkcjonalna pozwala nie tylko stwierdzić fakt, że dziecko przynależy do grupy FASD, ale opisać jego mocne i słabsze strony rozwoju. Kiedy dziecko w procesie diagnozy kierowane jest ponadto na MR, fRM czy HMRS, ocena neuropsychologiczna pozwala na precyzję wykonania tych badań. Wreszcie zgodnie z opublikowanymi zaleceniami ważne w procesie diagnozy jest to, ile obszarów dotkniętych trudnościami zidentyfikuje psycholog. Pełnoobjawowy FAS – Płodowy Zespół

Alkoholowy (Q86.o) stwierdzamy wtedy, kiedy dziecko ma trzy dysmorfie pierwszorzędowe i przynajmniej trzy obszary z wymienionych wyżej, które słabo funkcjonują. Inne zaburzenia w zaleceniach polskich ujęte w grupę zaburzeń o nazwie ND-PAE – Zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (G.96.8) wymagają stwierdzenia słabszego funkcjonowania w trzech lub mniej niż trzech z wymienionych obszarów rozwoju dziecka. Tak więc psycholog pełni istotną rolę w procesie diagnozy FASD.

Ocena rozwoju poznawczego dziecka

Pierwsze badanie psychologa będzie polegało na ocenie rozwoju poznawczego. W tym celu zapewne wykonana zostanie jedna z dostępnych testów badających inteligencję dziecka. To od diagnosty zależy, jakie narzędzie wybierze do badania dziecka. Inne narzędzia są do dyspozycji dla małych dzieci, a inne dla dzieci szkolnych. To, co ważne w procesie badania dzieci z FASD, to fakt, że większość dzieci z tej grupy nie będzie miała obniżonego ilorazu inteligencji. Obniżenie ilorazu inteligencji będzie najczęściej

dotyczyło dzieci z pełnoobjawowym FAS. Natomiast te dzieci, które mają dyskretne zmiany dysmorficzne, zwykle mieszczą się w granicach normy rozwojowej, chociaż może być to dolna granica normy. Aronson i zespół (1985, za: O'Malley, 2007) w badaniu prowadzonym w Szwecji w roku 1985 stwierdzili, że dzieci urodzone przez matki uzależnione od alkoholu wykazują IQ niższe niż dzieci urodzone przez matki niepijące – średnio o 15 do 19 punktów. W badaniu tym zauważono także różnice pomiędzy dziećmi z FAS a grupą kontrolną, związane z innymi zmiennymi istotnymi dla rozwoju dziecka. Dzieci z FAS wykazywały zaburzoną percepcję wzrokową, nieprawidłowo rysowały rysunki postaci ludzkich, miały kłopoty ze stabilnością emocjonalną, wykazywały nadaktywność, trudności ze skupieniem uwagi – krótkotrwała uwaga i perseweratywność utrudniały im wykonywanie zadań. Żadna z tych cech nie wystąpiła w grupie kontrolnej dzieci zdrowych, mimo że w grupie tej znalazły się również dzieci wychowywane w rodzinach zastępczych i adopcyjnych, dobrane celowo tak, aby wykluczyć wpływ środowiskowy

na upośledzenie badanych zdolności. W badaniach z roku 1985 (Aronson i in. 1985, za: O'Malley, 2007) wykazano również, że występowanie cech fizycznych FAS koreluje z obniżonym IQ, co było zgodne z wcześniejszymi danymi na ten temat. Trzeba także pamiętać, że w grupie dzieci z FASD zaburzenia neurologiczne i psychologiczne mogą występować także bez wyraźnych cech dysmorfii. Taki wniosek badacze podali już w analizach z lat 70. i 80. (Kenneth L. Jones i in. 1974, 2013; Sterling Clarren, 1986). Badania z lat 90., prowadzone w Europie przez profesora Hansa Ludwiga Spohr (Steinhausen H.C., Wilms J., Spohr H.L. (1993) z Niemiec, wniosły nowe obserwacje związane z funkcjonowaniem dzieci z FAS. Zaobserwowano długotrwałe efekty i konsekwencje rozwojowe u 60 dzieci, które miały postawioną diagnozę FAS w okresie niemowlęcym lub we wczesnym dzieciństwie. Jeśli natomiast chodzi o IQ badanych dzieci, to wyniki wahały się od upośledzenia do wyników wyższych niż przeciętne. Podobne wyniki osiągnął zespół badający dzieci z FASD w Polsce – 75% badanej grupy 140 dzieci z FASD zachowywało IQ w normie (Urbanik A.,

Nardzewska-Szczepanik M., Jadczyk-Szumilo T., Ostrogórska M., 2023).

Wyniki tych badań wskazują wyraźnie, że pomiar inteligencji ma ograniczoną funkcję diagnostyczną, gdyż nie różnicuje dobrze trudności i zaburzeń tej grupy dzieci (O'Malley, 2007). Warto pamiętać, że standardowe testy badające IQ nie były tworzone do określania zaburzeń funkcjonowania mózgu, toteż badania normalizujące wyłączały takie osoby (O'Malley, 2007). Nie jest więc dziwne, że testy badające IQ mają ograniczoną wartość diagnostyczną w przypadku FASD. Badanie rozwoju inteligencji u dzieci z FASD jest więc tylko pierwszym krokiem w procesie diagnozy – niejako punktem wyjścia, na tle którego psycholog będzie oceniał dokładnie inne funkcje.

Ocena neurorozwoju

U dzieci z FASD stwierdzono liczne zaburzenia związane z przetwarzaniem sensorycznym i rozwojem wrodzonych praxji motorycznych. Skuteczne przetwarzanie sensoryczne stanowi podłoże dla wielu automatycznych reakcji na bodźce i zmiany w otoczeniu. Jeśli dobrze regulujemy przetwarzaniem bodźców, to oznacza

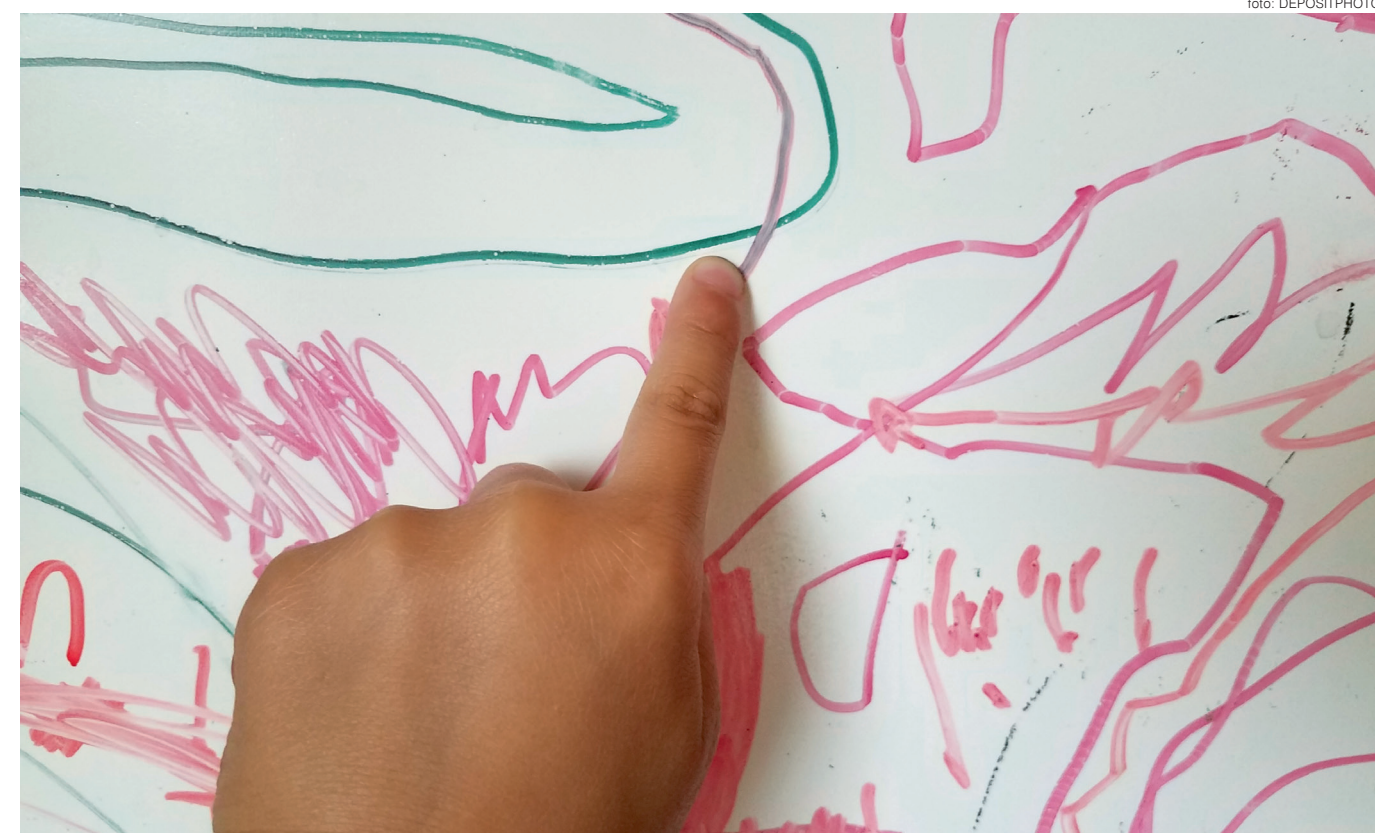


foto: DEPOSITPHOTOS

to, że mózg w sposób automatyczny moduluje lub równowazy napływające informacje sensoryczne. Odsiewa on bodźce nieistotne i pomaga nam odpowiadać w sposób adekwatny do otrzymanych informacji. Pozwala to dostosować naszą uwagę do tego, co dzieje się w otoczeniu, pozwala nam rozpoznać ważne szczegóły i pomaga nam ignorować lub odczuwać niektóre z informacji. Procesy integracji sensorycznej uważane są za ważną podstawę rozwojową dla uczenia się umiejętności społecznych zarówno motorycznych, jak i społecznych (Ayers J., 1970). Prenatalna ekspozycja na alkohol wywiera wpływ na rozwijający się mózg i zakłóca rozwój sensoryczno-motoryczny. W badaniach zaobserwowano liczne trudności w tym zakresie (Mattson S.; Riley E., 1996). Deficyty sensoryczno-motoryczne: obniżona koordynacja, równowaga, niedojrzałość motoryczna, opóźnienia rozwoju motorycznego zaliczane są do szerokiego spektrum problemów neurobehawioralnych opisywanych u dzieci z FASD.

Ocena procesów neurorozwojowych u dzieci z FASD wymaga dużej znajomości tematu, również w aspektach ontogenezy i powiązań rozwoju z działaniem alkoholu. Ponadto obserwuje się u dzieci z FASD liczne zaburzenia adaptacyjne i trudności behawioralne, z których wiele jest łączonych z dysfunkcjami integracji sensorycznej. Na przykład objawy traumy wczesnodziecięcej u niemowląt będą nieodłącznie związane z obniżonym napięciem mięśniowym czy nadmiernym odruchem strachu-paraliżu.

Ocena neuropsychologiczna

Wyniki testów neuropsychologicznych pozwalają zrozumieć dysfunkcje dziecka i zaplanować pomoc dla niego. Diagnostujący psycholog powinien być przeszkolony w zakresie specyfiki problemów dzieci z FASD i w zakresie metod diagnostycznych, adekwatnych dla dzieci z FASD. Problemem w prowadzeniu oceny neuropsychologicznej dzieci z FASD jest brak narzędzi diagnostycznych. W Polsce jest bardzo niewiele testów w tym zakresie. Tym samym wyma-

ga to od psychologa diagnosty dużej biegłości w prowadzeniu diagnozy, ponieważ psycholog musi niejednokrotnie sam ułożyć sobie zadania testowe, aby sprawdzić, czy dziecko ma dysfunkcje OUN. Diagnosta musi biegle znać profil neuropsychologiczny dzieci z FASD, powinien potrafić konstruować kliniczne próby neuropsychologiczne, a następnie powinien umieć dokonać ich interpretacji.

Wczesna diagnoza jako czynnik ochronny dla dziecka

Ann Streissguth monitorowała rozwój dzieci w zakresie FASD przez ponad 20 lat (Streissguth A., 1997). Wczesną diagnozę wymienia jako czynnik ochronny dla dziecka z tym schorzeniem. Dzieje się tak dlatego, że dziecko, którego problemy są wcześniej wykryte, może być odpo-



O autorce

Od 25 lat specjalizuje się w pomocy psychologicznej w sytuacjach traumy wczesnodziecięcej i przywiązania. Interesuje się wpływem traumy na układ nerwowy. Pracowała z dziećmi i dorosłymi w sytuacjach katastrof. Jako ekspert uczestniczyła w zespole rządowym ds. kryzysów i opracowała założenia ośrodków kryzysowych w Polsce dla pełnomocnika rządu ds. powodzi. Po wybuchu wojny na Ukrainie zaprosiła do współpracy dr. Bruce'a Perry, światowego eksperta w dziedzinie traumy dziecięcej na rzecz pomocy dzieciom, dotkniętym stratą najbliższych. Pracuje z dziećmi i ich rodzinami w zakresie wczesnej traumy relacyjnej, w tym z dziećmi adoptowanymi. Swoją praktykę kliniczną wspiera badaniami naukowymi, między innymi dotyczącymi wpływu prenatalnej toksykacji na rozwój mózgu. Za te badania i działania na rzecz dzieci z FASD w roku 2009 otrzymała nagrodę ministra zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” w Polsce. Praktykę terapeutyczną prowadzi w Centrum Psychologicznym ITEM. Jest współzałożycielką Polskiego Instytutu Traumatologii.

wiednio prowadzone w domu i na terapii. Wczesna interwencja wobec dzieci z FASD zapobiega wtórnym problemom rozwojowym, takim jak problemy edukacyjne, społeczne czy prawne. Tylko te dzieci z FASD, które mają zapewnioną pomoc, adekwatną dla swojego zaburzenia, mają szansę na dobry rozwój. Zważywszy, że 75% dzieci w grupie FASD zachowuje normę inteligencji, warto zapobiegać ich wtórnym trudnościom i dzięki temu pozwolić im funkcjonować dobrze. Wszystkie dzieci z FASD, jeśli są wcześniej zdiagnozowane, tzn. przed 5. rokiem życia, i mają dobrą opiekę w rodzinie, nie mają wtórnych zaburzeń. Zaburzenia wtórne są konsekwencją braku diagnozy i braku adekwatnej pomocy dla dzieci z FASD.

Rola psychologa diagnosty w opiniowaniu i planowaniu terapii

Zakończeniem procesu diagnostycznego powinna być opinia lekarsko-psychologiczna. Opinia to nie protokół podsumowujący diagnozę, lecz dokument zawierający wnioski specjalistów prowadzących diagnozę. Wnioski te są oczywiście oparte o uzyskane wyniki badań. Aby po zakończeniu procesu diagnostycznego powstała dobra opinia końcowa, wszyscy specjaliści prowadzący badania powinni skomunikować się w sprawie dziecka. Diagnoza nie powinna być zbiorem notatek poszczególnych specjalistów, lecz spójną opinią na temat funkcjonowania dziecka. Jeśli dziecko z FASD ma prawidłowo opisane wszystkie trudności związane z obszarami wymienionymi w standardach diagnostycznych, nie powinno mieć kłopotów z uzyskaniem wsparcia, czy to w procesie edukacji, czy w zakresie zdrowia. Trudności natomiast mogą mieć te dzieci, które mają opinię tylko etykietującą bez opisu funkcjonalnego, czy też opis funkcjonalny nie jest oparty o wyniki badań neuropsychologicznych, ale np. o wywiad z rodzicami. □

*Piśmiennictwo dostępne w redakcji
mpip@nipip.pl*