

MARZENA BUCHNAT

ORCID 0000-0002-7579-6715

ANETA WOJCIECHOWSKA

ORCID 0000-0003-2716-3507

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

UCZEŃ, UCZENNICA Z FAS/FASD W PRZESTRZENI SZKOLNEJ

ABSTRACT. Buchnat Marzena, Wojciechowska Aneta, *Uczeń, uczennica z FAS/FASD w przestrzeni szkolnej* [Students with FAS/FASD in the School Environment] Studia Edukacyjne no. 77, 2025, Poznań 2025, pp. 55-70. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. Submitted: 25.07.2025. Accepted: 10.09.2025. DOI: 10.14746/se.2025.77.4

Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) are a range of developmental and neurological impairments caused by prenatal alcohol exposure. The article outlines the characteristics of FASD and FAS, emphasizing the importance of comprehensive diagnosis and educational support for affected children. It highlights the need for adapting the school environment to reduce sensory hypersensitivity and learning difficulties, thereby promoting better integration of students with FAS/FASD and supporting their educational and social development.

Key words: FASD/FAS, education, educational support, modification of the school environment

Wstęp

Dzieci i młodzież z FAS (Fetal Alcohol Syndrome) oraz FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) często napotykać na liczne trudności w środowisku szkolnym, wynikające z uszkodzeń mózgu spowodowanych prenatalną ekspozycją na alkohol. Uczniowie ci mogą mieć problemy z uwagą, pamięcią, regulacją emocji oraz przetwarzaniem bodźców sensorycznych, co znacząco utrudnia im naukę i funkcjonowanie w grupie rówieśniczej. W klasie często przejawiają zachowania impulsywne, trudności z rozumieniem poleceń oraz skłonności do bycia wykluczonymi lub nieodpowiednio zrozumianymi. Aby wspierać uczniów z FAS i FASD, konieczne jest świadome i indywidualne

podejście ze strony nauczycieli oraz dostosowanie metod nauczania, a także stworzenie stabilnego i przewidywalnego środowiska szkolnego, które pomoże im osiągnąć sukces edukacyjny i społeczny.

Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) i Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) - definicje

Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD) jest terminem parasolowym, obejmującym szereg zaburzeń rozwojowych i neurologicznych, będących skutkiem prenatalnej ekspozycji na alkohol etylowy. FASD nie stanowi pojedynczej jednostki chorobowej, lecz zbiór różnorodnych objawów, które mogą występować z różnym nasileniem, zarówno w aspekcie fizycznym, poznawczym, jak i behawioralnym (Riley, Infante, Warren, 2011).

Najczęściej i najlepiej udokumentowaną formą FASD jest Fetal Alcohol Syndrome (FAS), czyli pełnoobjawowy płodowy zespół alkoholowy. Charakteryzuje się on triadą objawów: opóźnieniem wzrostu, charakterystycznymi dysmorfizmami twarzy (m.in. krótkie szpary powiekowe, wygładzona rynienka podnosowa, cienka górna warga) oraz uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, co przekłada się na deficyty poznawcze, trudności w regulacji emocji oraz zaburzenia zachowania (Chudley i in., 2005; Hoyme i in., 2016).

W ramach FASD wyróżnia się także inne jednostki diagnostyczne:

- Partial FAS (pFAS) – częściowy zespół alkoholowy płodu, w którym występują niektóre cechy fenotypowe FAS oraz dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego, ale bez pełnego zestawu objawów somatycznych (May i in., 2009).
- ARND (Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder) – neurobehawioralne zaburzenia związane z ekspozycją na alkohol, które objawiają się deficytami funkcji poznawczych, uwagi, pamięci roboczej, czy zachowań społecznych, przy braku widocznych cech dysmorficznych (Chudley i in., 2005).
- ARBD (Alcohol-Related Birth Defects) – wrodzone wady fizyczne obejmujące między innymi wady serca, anomalia szkieletowe oraz zaburzenia słuchu i wzroku, wynikające z działania alkoholu w życiu płodowym (Szczupał, 2013).

Niektóre klasyfikacje uwzględniają również pojęcie FAE (Fetal Alcohol Effects) oraz PFAE (Possible Fetal Alcohol Effects), jako kategorii pomocniczych, odnoszących się do możliwych skutków działania alkoholu prenatalnego, które nie spełniają wszystkich kryteriów diagnostycznych głównych jednostek FASD, ale wiążą się z występowaniem typowych wzorców zaburzeń rozwojowych (Szczupał, 2013).

Zgodnie z definicją A. Palickiej, FASD to

całościowy obraz dysfunkcji dziecka, które w wyniku ekspozycji prenatalnej na alkohol wykazuje różnorodne deficyty rozwojowe, w tym upośledzenia funkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, często przy braku wyraźnych cech dysmorficznych (Palicka, 2016).

Autorka podkreśla, że FASD stanowi wyzwanie dla systemu edukacji i opieki społecznej ze względu na szeroki zakres objawów i różnorodność przebiegu. M. Klecka (2004) zwraca natomiast uwagę, że FAS jest schorzeniem o podłożu neurobiologicznym, a jego diagnoza wymaga kompleksowej oceny medycznej, psychologicznej i pedagogicznej, aby adekwatnie wspierać rozwój dziecka i minimalizować wtórne skutki zaburzeń.

Do rozwoju FAS i innych form FASD dochodzi na skutek działania alkoholu etylowego w okresie prenatalnym. Przenika on przez łożysko i działa teratogennie na rozwijający się płód, szczególnie w pierwszym tryestrze ciąży, kiedy formują się struktury mózgu i twarzy. Uszkodzenia OUN mogą jednak powstawać także w późniejszych okresach ciąży, ponieważ neurogeneza, migracja neuronów i mielinizacja przebiegają przez cały okres prenatalny (Guerri i in., 2009; Jadczyk-Szumilo, 2024). Neurotoksyczne działanie etanolu jest wielokierunkowe – obejmuje zaburzenia migracji komórek, apoptozę neuronalną, stres oksydacyjny oraz zmiany epigenetyczne (Guerri i in., 2009). Wpływ alkoholu zależy od dawki, częstotliwości, okresu ciąży, w którym dochodzi do ekspozycji, a także czynników indywidualnych, takich jak genotyp matki i dziecka, stan odżywienia, współistniejące używki oraz kontekst socjoekonomiczny (Wozniak, Riley, Charness, 2019).

Częstość występowania FASD w populacji ogólnej waha się, zależnie od metody diagnostycznej i kraju, od 2 do 5% wśród dzieci w wieku szkolnym, natomiast pełnoobjawowy FAS rozpoznaje się u około 0,1-0,3% noworodków (May i in., 2018; Popova i in., 2017). W Polsce brakuje precyzyjnych danych epidemiologicznych ze względu na ograniczoną diagnostykę i niską świadomość problemu, jednak szacuje się, że odsetek dzieci z FASD może wynosić około 1-3% populacji dziecięcej, a pełnoobjawowy FAS dotyczy około 0,1% noworodków (Palicka, 2016; Brzęk i in., 2018). Zwraca się uwagę na potrzebę rozszerzenia badań przesiewowych oraz edukacji zdrowotnej w Polsce, aby zwiększyć wykrywalność i poprawić opiekę nad dziećmi z tymi zaburzeniami. Należy zaznaczyć, że w populacjach wysokiego ryzyka, na przykład w rodzinach dotkniętych uzależnieniem, odsetki te są znacznie wyższe.

A. Palicka (2016) podkreśla również, że rozpoznanie FASD w Polsce jest utrudnione przez społeczny stygmatyzujący stosunek do problemu picia alkoholu w ciąży oraz brak wystarczających zasobów specjalistycznych w systemie opieki zdrowotnej i edukacyjnej.

Dziecko z FAS/FASD w szkole – zaburzenia pierwotne i wtórne

Dzieci z Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) wykazują charakterystyczne zaburzenia neurobehawioralne, będące następstwem prenatalnej ekspozycji na alkohol. Zaburzenia te dzieli się na pierwotne – wynikające bezpośrednio z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego – oraz wtórne, stanowiące konsekwencję braku adekwatnego wsparcia w środowisku społecznym i edukacyjnym (Klecka, 2004; Streissguth i in., 1996).

Do zaburzeń pierwotnych należą liczne trudności poznawcze, emocjonalne i behawioralne, które ujawniają się już we wczesnym dzieciństwie. Jednym z najczęstszych deficytów są trudności w zakresie funkcji wykonawczych: dzieci mają problemy z organizacją, planowaniem, przewidywaniem oraz oceną skutków własnych działań (Mattson i in., 2019). Brakuje im umiejętności ustalania priorytetów i utrzymywania rytmu działań, co często prowadzi do dezorganizacji funkcjonowania szkolnego i społecznego (Palicka, 2016; Guerri, Bazinet, Riley, 2009; Liszcz, 2011). Dostrzegalna jest niemożność generalizacji wiedzy i konieczność wielokrotnego uczenia się tych samych treści. Uczniowie z FASD mogą poprawnie reagować tylko w znanych, powtarzalnych sytuacjach, co znacząco ogranicza ich zdolność do adaptacji (Klecka, 2004).

Ważnym i powszechnie występującym objawem są deficyty komunikacyjne, które obejmują opóźnienia w rozwoju mowy, trudności artykulacyjne oraz problemy ze zrozumieniem i użyciem języka – występują one u 50-90% dzieci z FASD (Streissguth i in., 1996; Riley i in., 2011). Komunikacja bywa powierzchowna, dosłowna, z obecnością tak zwanej pseudoelokwencji – poprawnych gramatycznie wypowiedzi pozbawionych znaczenia kontekstowego. Występują deficyty w rozumieniu pojęć abstrakcyjnych, w tym pojęcia czasu, przestrzeni, wartości pieniądza, czy liczby. Konsekwencją są między innymi problemy z punktualnością, gubienie się w przestrzeni i trudności w codziennych sytuacjach wymagających operowania symbolami (Szczupał, 2013).

Zaburzenia uwagi występują u około 80% dzieci z FASD i manifestują się trudnością w utrzymaniu koncentracji, częstym „odpływaniem myśli”, zapomnianiem oraz brakiem konsekwencji w działaniu (Mattson i in., 2011; Streissguth i in., 1996). Zaburzenia te często współistnieją z nadpobudliwością (ok. 72%) i słabą kontrolą impulsów, co skutkuje działaniem impulsywnym, bez refleksji nad skutkami (Wozniak i in., 2019).

Równie znaczące są deficyty pamięci – u 73% dzieci obserwuje się trudności z zapamiętywaniem, przywoływaniem i integrowaniem informacji (Guerri i in., 2009). Młodzi uczą się informacji bez możliwości ich generalizacji i przenoszenia na nowe sytuacje, co skutkuje koniecznością ciągłego „uczenia się na nowo” i prowadzi do frustracji (Streissguth i in., 1996).

Ważnym, choć rzadziej omawianym aspektem funkcjonowania dzieci z FASD są objawy specyficzne: wyrażanie nielogicznych myśli (38%), stereotypie ruchowe (33%), nieświadomość otoczenia (27%), dziwaczne maniery i nawyki (20%), tiki i grymasy twarzy (15%) oraz zachowania kompulsywne (15%). U niektórych dzieci występują samookaleczenia (15%) i epizody agresji lub napadów szału (15%) (Streissguth i in., 1996). Objawy te często są mylnie interpretowane jako cechy zaburzeń ze spektrum autyzmu lub ADHD.

Zaburzenia sensoryczne, takie jak nadwrażliwość na dotyk czy niewłaściwy ubiór do warunków pogodowych, również są typowe dla dzieci z FASD i wpływają na ich codzienne funkcjonowanie (Jadczak-Szumiało, 2008).

Należy także zwrócić uwagę, że FASD często współwystępuje z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi, jak na przykład:

- niepełnosprawność intelektualna - diagnozowana u 25-43% dzieci z FASD (May i in., 2018);
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) - występująca u 60-80% osób z FASD i objawiająca się trudnością w koncentracji, rozkojarzeniem, impulsywnością oraz niemożnością ukończenia rozpoczętych zadań (Peadon, Elliott, 2008);
- zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) - mogące współwystępować u 20-40% dzieci z FASD, zwłaszcza w zakresie deficytów społecznych i stereotypii (Stevens i in., 2013).

Ważnym, choć rzadziej omawianym aspektem funkcjonowania dzieci z FASD są objawy specyficzne: wyrażanie nielogicznych myśli (38%), stereotypie ruchowe (33%), nieświadomość otoczenia (27%), dziwaczne maniery i nawyki (20%), tiki i grymasy twarzy (15%) oraz zachowania kompulsywne (15%). U niektórych młodych występują samookaleczenia (15%) i epizody agresji lub napadów szału (15%) (Streissguth i in., 1996).

Równie istotnym aspektem klinicznym FASD są tak zwane zaburzenia wtórne, stanowiące efekt nieodpowiedniego reagowania środowiska na pierwotne deficyty dziecka. A. Streissguth i współpracownicy (1996) podkreślają, że brak trafnej diagnozy i adekwatnego wsparcia prowadzi do szeregu negatywnych konsekwencji rozwojowych, takich jak izolacja społeczna, niskie osiągnięcia edukacyjne, depresja, uzależnienia, czy konflikty z prawem. Wtórne trudności mogą być szczególnie nasilone u dzieci, które nie otrzymały odpowiedniego wsparcia w szkole, mimo normy intelektualnej (Palicka, 2016).

Zaburzenia wtórne mają charakter adaptacyjny i są efektem chronicznego stresu, porażek oraz braku adekwatnego wsparcia. Obejmują one między innymi zachowania opozycyjno-buntownicze, trudności w relacjach interpersonalnych, problemy emocjonalne (lęki, depresja), niską samoocenę, impulsywność, a w późniejszym wieku także konflikty z prawem czy uzależnienia (Streissguth i in., 1997). Badania przeprowadzone przez A. Streissguth

i współpracowników wykazały, że u ponad 60% nastolatków i młodych dorosłych z FASD rozwijają się wtórne problemy psychiczne, behawioralne lub społeczne, jeśli nie otrzymają odpowiedniego wsparcia we wczesnym dzieciństwie (Streissguth i in., 1997).

W kontekście edukacyjnym zaburzenia wtórne znacząco utrudniają funkcjonowanie szkolne. Uczniowie z FASD są często niezrozumiani przez nauczycieli i rówieśników, co skutkuje wykluczeniem społecznym i eskalacją trudnych zachowań. Często nie radzą sobie z codziennymi wymaganiami edukacyjnymi – nie ze względu na brak motywacji, ale z powodu deficytów neuropsychologicznych, takich jak fragmentaryczna pamięć robocza, trudności w myśleniu abstrakcyjnym i planowaniu działań (Janas-Kozik, Klecka, 2009). Występują niepowodzenia szkolne i zniechęcenie mimo normy intelektualnej, często wynikające z nierozpoznanych deficytów funkcji wykonawczych i pamięci. Ich zachowania bywają interpretowane jako nieposłuszeństwo lub brak wychowania, co prowadzi do systemowego niezrozumienia potrzeb tych uczniów i stosowania niewłaściwych strategii wychowawczych, opartych na karaniu.

Niezaspokojone potrzeby emocjonalne i poznawcze dzieci z FASD skutkują wzrostem ryzyka rozwoju wtórnych zaburzeń zachowania, które mogą przyjmować formę autoagresji, zachowań ryzykownych, izolacji społecznej lub całkowitego wycofania się z aktywności edukacyjnej. Ujawniają zachowania ryzykowne, jak: uzależnienia, konflikty z prawem, zachowania autoagresywne, samookaleczenia oraz depresja (Klecka, 2004; Streissguth, 1996). W wielu przypadkach uczniowie z FASD doświadczają powtarzających się zawiesznień w prawach ucznia, zmian szkół lub przedwczesnego zakończenia edukacji (Malbin, 2002). Badania A. Streissguth i współpracowników (1996) wykazały, że ponad 60% młodych osób z FASD wykazywało trudności w nauce, porzucało szkołę lub miało doświadczenia z systemem wymiaru sprawiedliwości.

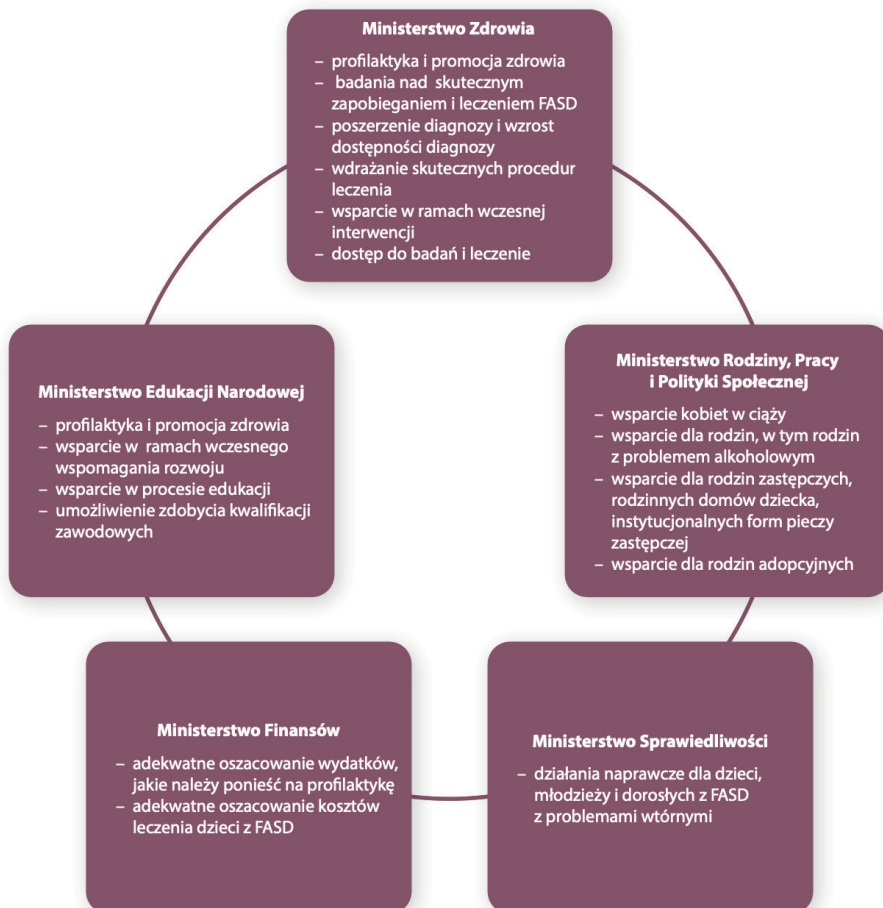
W literaturze podkreśla się, że zaburzeniom wtórnym można w znacznej mierze zapobiegać poprzez wczesne rozpoznanie pierwotnych objawów FASD i odpowiednie dostosowanie środowiska szkolnego (Watson i in., 2013). Należy do tego przede wszystkim indywidualizacja procesu nauczania, stosowanie strategii wsparcia emocjonalnego, wprowadzenie przewidywalnej struktury dnia oraz szkolenie kadry pedagogicznej w dziedzinie neuropsychologicznych konsekwencji FASD.

Wdrożenie odpowiednio wczesnej diagnozy i systemowego wsparcia pozwala ograniczyć ryzyko rozwoju zaburzeń wtórnych i zwiększyć szanse dzieci z FASD na pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym i edukacyjnym (Chudley i in., 2005; May i in., 2018).

Edukacja uczniów/uczennic z FAS/FASD

Dzieci i nastolatki z FAS oraz FASD doświadczają wielu trudności rozwojowych, co może przekładać się na trudności edukacyjne na każdym etapie, poczynając od etapu przedszkola, a kończąc na edukacji wyższej. Trudności w funkcjonowaniu wykraczają często poza obszar edukacyjny i dotyczą życia rodzinnego, a także społecznego.

Wsparcie osób z FAS/FASD oraz ich rodzin, jak wskazuje T. Jadczyk-Szumiło (2024), powinno dotyczyć wszystkich obszarów życia. Wielowymiarowość trudności, jakich doświadczają sama osoba z FAS/FASD oraz rodzina, wskazuje, według Autorki, na potrzebę interdyscyplinarnego zorganizowanego wsparcia, które prezentuje poniższa rycina.



Ryc. 1. Systemowe zaangażowanie w rozwiązywanie problemów dzieci z FAS/FASD i ich rodzin (Jadczyk-Szumiło, 2024, s. 14)

W tej części artykułu podjęta zostanie analiza możliwości wspierania ucznia/uczenicy z FAS/FASD w systemie oświaty.

W pierwszej kolejności należy podkreślić, że uszkodzenia mózgu u dzieci z FASD są rozległe, ale indywidualne różnice występują znaczne. U części dzieci funkcjonowanie pamięci roboczej, rozumowania, czy przetwarzania informacji pozostaje na poziomie umożliwiającym efektywną naukę, zwłaszcza kiedy zadania nie wymagają wysokiego poziomu elastyczności poznawczej czy złożonej kontroli wykonawczej (Mattson i in., 2019). Przeglądy neurobehawioralne i neuropsychologiczne również wskazują, że nie u wszystkich dzieci występują jednakowe deficyty. Profil funkcjonowania może być nierównomierny, a niektóre kompetencje – zwłaszcza te nabyte i trenowane – mogą być względnie zachowane lub kompensowane. Oznacza to, że przy odpowiednim wsparciu edukacyjnym część dzieci z FASD ma realne szanse na powodzenie w nauce (Bernes i in. 2020; Okulicz-Kozaryn, Borkowska, 2015). Należy zatem pamiętać, że odpowiednie wsparcie – nie tylko edukacyjne, ale i w obszarze rodzinnym – zwiększa powodzenie na dobre efekty edukacyjne dzieci i młodzieży z FAS/FASD.

Aby wsparcie to miało realny wymiar i było podejmowane adekwatnie do potrzeb i możliwości dziecka oraz jego rodziny, pierwszym niezbędnym elementem jest dokonanie na każdym etapie edukacyjnym rzetelnej oceny funkcjonalnej.

Ocena funkcjonalna ucznia z FAS/FASD odnosi się do wieloaspektowej analizy jego aktualnego poziomu rozwojowego i zdolności adaptacyjnych w codziennym życiu oraz nauce. Odnosi się do opisu potencjału, możliwości i ograniczeń rozwojowych dziecka oraz analizowania barier w jego codziennym funkcjonowaniu. W praktyce oznacza to ocenę wielu obszarów, takich jak: funkcje poznawcze (uwaga, pamięć, funkcje wykonawcze), rozwój mowy i języka, motoryka, rozwój społeczno-emocjonalny, a także umiejętności samoobsługowe, czy reakcja na bodźce sensoryczne. Ocena taka opiera się na wielodyscyplinarnym podejściu, obejmującym analizę zachowania dziecka, możliwości adaptacyjnych w środowisku szkolnym, a także uwzględnia środowisko rodzinne i wsparcie społeczne, co jest zgodne z klasyfikacją ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia). Istotą jest zatem nie tylko stwierdzenie faktu istnienia FASD, ale również precyzyjne wskazanie mocnych i słabych stron oraz rekomendowanie adekwatnych form wsparcia edukacyjnego i terapeutycznego. Ocena funkcjonalna ma również wymiar praktyczny – pozwala na stworzenie indywidualnego planu wsparcia edukacyjnego i terapeutycznego, a także na kwalifikację dziecka do odpowiednich form pomocy (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2018; Okulicz-Kozaryn, Borkowska 2015; Gajdzica i in., 2024). Zalecany obecnie w polskim systemie oświaty narzędziem do oceny funkcjonalnej ucznia jest

Kwestionariusz Szkolnej Oceny Funkcjonalnej (KSzoF) (zob. Gajdzica i in., 20224). Podejście to wpisuje się w model biopsychospołeczny, który oprócz komponentów biologicznych (medycznych) i osobowych, akcentuje znaczenie czynników środowiskowych w aktualizowaniu (lub blokowaniu) potencjału osoby (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2018). Podkreśla więc ważną rolę otoczenia społecznego w procesie wspierania rozwoju dziecka z FAS/FASD, na które składa się nie tylko rodzina/opiekunowie prawni, ale także środowisko szkolne nauczycieli i rówieśników. Podejście takie stanowi drogę do zwiększenia odpowiedniego wsparcia dzieciom z trudnościami rozwojowymi, pozwala także podjąć działania zanim dziecko trafi pod opiekę poradni psychologiczno-pedagogicznej i uzyska specjalistyczne zalecenia.

Specjalistyczne wsparcie ucznia/uczennicy z diagnozą FAS bądź FASD w polskim systemie oświatowym nie odbywa się bezpośrednio na podstawie tej diagnozy. Często dzieci czy nastolatki mają inne trudności edukacyjne zanim trafią do procesu diagnostycznego pod kątem omawianych zaburzeń. A czasami nie trafiają w ogóle i wsparcie odbywa się na podstawie współwystępujących zaburzeń, które wysuwają się na plan pierwszy. Nie jest to jednak dobra droga, ponieważ świadomość odnośnie podstawowego zaburzenia u dziecka ma ogromne znaczenie dla planowania oddziaływań terapeutycznych, a także – co szczególnie ważne w tym przypadku – w ocenie postępów, rokowań i możliwości poszukiwania odpowiednich oddziaływań oraz sposobności rozwoju ucznia/uczennicy z FAS/FASD.

Wielu uczniów z FAS/FASD otrzymuje wsparcie na podstawie różnych form przydzielanej pomocy w systemie edukacji. Zależy to od trudności, jakie obserwuje się u dzieci i młodzieży. Jedną z form wsparcia stanowi pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DzU 2023, poz. 1798, ze zm.). Na podstawie tego dokumentu, uczeń doświadczający między innymi niepowodzeń szkolnych, jest zagrożony niedostosowaniem społecznym, ma specyficzne trudności w uczeniu się, obserwuje się u niego zaburzenia emocjonalne czy trudności w zachowaniu, doznaje kryzysowej sytuacji społecznej, rodzinnej czy adaptacyjnej, może liczyć na wsparcie między innymi w formie zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych na przykład z pedagogiem, psychologiem; zindywidualizowanej ścieżki kształcenia, porad i konsultacji czy warsztatów.

Inną formą wsparcia, w przypadku dzieci przed rozpoczęciem edukacji szkolnej, jest wczesne wspomaganie rozwoju (WWR). Forma ta przydzielana jest dzieciom z niepełnosprawnością od momentu wykrycia problemów rozwojowych do rozpoczęcia nauki w szkole (DzU 2017, poz. 1635). Należy

podkreślić w tym miejscu, że rozpoznanie FAS czy FASD u dziecka w okresie wczesnego rozwoju nie kwalifikuje go do otrzymania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju. Niepełnosprawność rozumiana jest bowiem w tym ujęciu jako między innymi niepełnosprawność intelektualna (w różnych stopniach), ruchowa, wzrokowa, słuchowa, autyzm i niepełnosprawność sprzężona. Istotne, że niepełnosprawność w tym kontekście to nie tylko trwałe ograniczenia, ale także ryzyko niepełnosprawności lub zaburzenia rozwojowe, które wymagają wczesnej, specjalistycznej interwencji, w celu pobudzenia i stymulowania rozwoju dziecka. W przypadku dziecka z rozpoznaniem FAS bądź FASD współwystępujące trudności rozwojowe, wynikające z poważnych uszkodzeń mózgu wskutek ekspozycji na alkohol w trakcie życia płodowego, mogą doprowadzić do nieodwracalnej niepełnosprawności, na przykład niepełnosprawności intelektualnej, niepełnosprawności ruchowej, zaburzeń rozwoju mowy i języka, a te do rozpoznania u dziecka afazji mowy bądź do sprzężonej niepełnosprawności. W takich sytuacjach FAS czy FASD stanowi przyczynę trudności, które kwalifikują dziecko do objęcia go wsparciem w ramach WWR. Działania te obejmują oddziaływania terapeutyczne skierowane na dziecko, a także wsparciem obejmuje się rodziców/opiekunów w celu zwiększenia ich kompetencji rodzicielskich w podejmowaniu opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem, a także poprawy ich kondycji psychofizycznej.

Dziecko z FAS bądź FASD, które na wczesnym etapie otrzymało współwystępującą diagnozę niepełnosprawności, na etapie edukacji zarówno przedszkolnej jak i szkolnej może otrzymać także wsparcie w ramach orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Wydawane jest dla dzieci i uczniów: 1) z niepełnosprawnościami, takimi jak: niesłyszący i słabosłyszący; niewidomi i słabowidzący; z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją; z niepełnosprawnością intelektualną (w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym); z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera; z niepełnosprawnościami sprzężonymi; 2) niedostosowanych społecznie lub zagrożonych niedostosowaniem społecznym (DzU 2025, poz. 115). W sytuacji, kiedy dziecko z FAS/FASD nie miało rozpoznanej niepełnosprawności na etapie edukacji przedszkolnej, zdarza się, że wydawane jest ono na etapie szkolnym ze względu na zagrożenie niedostosowaniem społecznym bądź już stwierdzone niedostosowanie społeczne. Wynika to z braku formalnego uwzględnienia FASD jako kategorii orzeczniczej, co może wpływać na dostęp do adekwatnych form wsparcia. Stąd, w sytuacji narastających trudności w zachowaniu, kontroli emocji, trudności z podejmowaniem prawidłowych ról społecznych w grupie rówieśniczej i poza nią, specjaliści z poradni psychologiczno-pedagogicznych wraz z nauczycielami podejmują decyzję o potrzebie wydania takiego orzeczenia. Ma to przede wszystkim zwiększyć liczbę godzin udzielanego wsparcia i poszerzyć jego zakres na terenie szkoły.

Niezależnie, na jakiej podstawie udzielane jest wsparcie uczniowi/uczenicy z FAS/FASD, należy przede wszystkim pamiętać, że trudności rozwojowe wynikają z nieodwracalnych uszkodzeń mózgu, a ich zakres może być różny u każdego dziecka.

W procesie wspierania na etapie przedszkolnym bądź szkolnym najważniejsze jest zapoznanie się z charakterystyką zaburzenia, poznanie zasobów i ograniczeń dziecka z tymi trudnościami, a także zastanowienie się, jakie działania można podjąć na terenie klasy szkolnej, aby jak najlepiej wspierać ucznia.

Do najważniejszych implikacji praktycznych należą, według zasady „8 kroków”:

- Konkretność: używanie jasnych, prostych, krótkich i zwięzłych słów oraz instrukcji. Unikanie synonimów, homonimów, aluzji, ironii, metafor i skrótów myślowych. Warto także w procesie komunikacji obniżyć się do poziomu oczu dziecka tak, aby budować dobrą relację i dobre porozumienie (Gołębiowska, 2022).

- Stałość i Rutyna: dzieci z FASD najlepiej funkcjonują w środowisku o niskiej zmienności i wyraźnie ustalonych zasadach. Regularne czynności i przewidywalny plan dnia zmniejszają lęk oraz ułatwiają uczenie się (Banach, Matejek, 2019).

- Powtarzanie: dzieci z FASD mają trudności z pamięcią, dlatego informacje muszą być regularnie i wielokrotnie powtarzane, aby zostały utrwalone (Banach, Matejek, 2019).

- Prostota: komunikaty powinny być krótkie i zwięzłe, ponieważ dzieci z FASD łatwo ulegają przeciążeniom i dekoncentracji (Trzaskalik, Pyttel, 2017).

- Szczegółowość: mówienie dokładnie tego, co ma się na myśli, krok po kroku, rozkładając wypowiedzi na proste komunikaty, aby rozwijać właściwe nawyki (Trzaskalik, Pyttel, 2017).

- Zasady: uporządkowany i stały świat z jasno ustalonymi zasadami nadaje sens rzeczywistości dla dziecka z FASD (Baranowska, 2016).

- Nadzór: ze względu na naiwność, brak odczuwania zagrożenia i problemy z analizowaniem rzeczywistości, dzieci z FASD wymagają stałego nadzoru (Baranowska, 2016).

- Modyfikacja środowiska fizycznego: zmniejszenie stymulacji wzrokowej, słuchowej i fizycznej w klasie (np. stonowane kolory, uporządkowana przestrzeń, parawany, słuchawki, naturalne światło) jest niezbędne, ponieważ dzieci z FASD łatwo się rozpraszają i są nadwrażliwe na bodźce sensoryczne. Warto pozwolić na żucie gumy lub używanie zabawek sensorycznych w celu samoregulacji. Dzieci z FASD szybciej się męczą i potrzebują częstszych przerw (Baranowska, 2016; Banach, Matejek, 2019; Milewska, Szmigiel, 2023).

Dostosowanie metod nauczania i wsparcie edukacyjne dla uczniów z FAS/FASD dotyczy przede wszystkim dostosowania programu, stylu, metod oraz form nauczania do mocnych i słabych stron ucznia, z uwzględnieniem jego unikalnego profilu neurorozwojowego, a także zapewnienie zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych – w zależności od potrzeb i możliwości dziecka. Istotne jest także uczenie wielozmysłowe (multisensoryczne), z wykorzystywaniem różnych zmysłów do przyswajania informacji, na przykład poprzez dotyk i obserwację, wykorzystywanie pomocy wizualnych, na przykład planse, rysunki, zdjęcia, symbole, wizualne harmonogramy, a także uczenie na podstawie doświadczenia i konkretów. Dzieci z FASD mają trudności z myśleniem abstrakcyjnym, uogólnianiem i uczeniem się na błędach. Konieczne jest osadzanie treści w konkretnych, życiowych sytuacjach (Piaskowska, 2023; Jadczak-Szumilo, 2024; Trzaskalik, Pyttel, 2017). W działaniach edukacyjnych konieczna jest także refleksja nad doбором metod i dokonanie odpowiedniego doboru metod nauczania czytania, pisanie, liczenia, bądź metodyki nauczania języków obcych.

W procesie wspierania dziecka z FAS/FASD nie można zapomnieć o rodzinie i najbliższym otoczeniu. Niezmiennie istotna jest więc także psychoedukacja rodziców i nauczycieli. Niezbędna jest ona do zrozumienia specyfiki zaburzeń i uniknięcia błędnych interpretacji zachowań dziecka, jako celowych lub złośliwych. Programy szkoleniowe dla rodziców/opiekunów są także skuteczne w poprawie ich wiedzy i zachowania dzieci (Trzaskalik, Pyttel, 2017; Kowalska, 2023).

Należy dużo uwagi poświęcić także na budowanie bezpiecznej relacji z dorosłym: akceptacja, zrozumienie, cierpliwość i bezwarunkowe zaspokajanie podstawowych potrzeb są fundamentem dla rozwoju dziecka z FASD, szczególnie w kontekście zaburzeń przywiązania i traumy rozwojowej (Kłeka, 2023).

Z uwagi na trwałe i nieodwracalny charakter uszkodzeń, FAS oraz inne zaburzenia ze spektrum FASD stanowią poważne wyzwanie dla systemów medycznych, społecznych i edukacyjnych. Współczesna diagnostyka FASD opiera się na kryteriach uwzględniających wielowymiarową ocenę funkcjonowania dziecka, z naciskiem na rozpoznanie neuropsychologiczne i interdyscyplinarne podejście. Wczesne zidentyfikowanie FASD ma istotne znaczenie dla planowania adekwatnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej i edukacyjnej oraz minimalizowania wtórnych skutków zaburzeń, która powinna się przełożyć na minimalizowanie negatywnych skutków dla funkcjonowania osób dotkniętych FASD oraz wsparcie rodziny.

Podsumowanie

Edukacja inkluzyjna/włączająca dla ucznia z FAS/FASD, to jak próba nawigowania statkiem po nieznanym, ciągle zmieniającym się morzu – każdy statek (uczeń) ma swoje unikalne właściwości (deficyty i mocne strony), a warunki pogodowe (środowisko szkolne i wsparcie) są nieprzewidywalne. Aby bezpiecznie dotrzeć do portu (sukces edukacyjny i życiowy), potrzebna jest nie tylko precyzyjna mapa (diagnoza), ale także elastyczna nawigacja (indywidualne strategie), stała komunikacja z załogą (współpraca specjalistów i rodziny) oraz świadomość, że podróż może wymagać więcej czasu oraz innego sprzętu (dostosowane metody i przerwy) niż dla innych statków.

Wkład autorów

Autorzy deklarują równy wkład w organizację badań i powstanie pracy.

REFERENCES

Opracowania

- Banach, M., Matejek, J. (2019). *Edukacja dziecka z FASD w szkole – propozycje metodycznego działania – ograniczenia i możliwości*. Szkoła – Zawód – Praca, 18. <https://doi.org/10.34767/SZP.2019.02.07>
- Baranowska, A. (2016). *Łódzki zespół alkoholowy (FAS) jako zagrożenie dla rozwoju dziecka*. Journal of Education, Health and Sport, 6(3), 148-158. <https://doi.org/10.5281/zenodo.47947>
- Bernes, G., O'Brien, J., Mattson, S.N. (2020). *Neurobehavioural profiles of individuals with fetal alcohol spectrum disorders*. W: *Encyclopedia of Neuroscience*. Elsevier
- Brzęk, A., Jakubowski, M., Idzik, A., Krzystanek, M. (2018). *Fetal alcohol spectrum disorders in Poland – preliminary epidemiological data*. Medycyna Pracy, 69(1), 45-53
- Chudley, A.E., Conry, J., Cook, J.L., Looock, C., Rosales, T., LeBlanc, N. (2005). *Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis*. CMAJ, 172(Suppl 5), S1-S21
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Osza, U. (2018). *Znaczenie diagnozy funkcjonalnej w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Roczniki Pedagogiczne, 10(3). <http://dx.doi.org/10.18290/rped.2018.10.3-5>
- Gajdzica, Z., Widawska, E., Byra, S., Domagała-Zyśk, E., Jachimczak, B., Piotrowicz, R., Neroj, E. (2024). *Ocena funkcjonalna w szkole dla każdego – założenia, pomiar, zastosowanie*. Kraków: AT Wydawnictwo. <https://doi.org/10.59862/ANjrYKfU41gk>
- Gołębiowska, K. (2022). *Wsparcie dziecka z zaburzeniami FASD – przegląd metod terapeutycznych*. W: K. Gołębiowska, M. Guzicka (red.), *Dziecko z Łódzkim Zespołem Alkoholowym. Podstawy teoretyczne i doświadczenia własne*. Szczecin: Zachodniopomorska Fundacja Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc”.
- Guerri, C., Bazinet, A., Riley, E.P. (2009). *Foetal alcohol spectrum disorders and alterations in brain and behavior*. Alcohol and Alcoholism, 44(2), 108-114. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn105>
- Hoyme, H.E., Kalberg, W.O., Elliott, A.J., Blankenship, J., Buckley, D., Marais, A.S., Manning, M.A., Robinson, L.K., Adam, M.P., Abdul-Rahman, O., Jewett, T., May, P.A. (2016). *Updated clinical guidelines for diagnosing fetal alcohol spectrum disorders*. Pediatrics, 138(2), e20154256. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4256>
- Jadczak-Szumiało, T. (2008). *Dlaczego jest potrzebna wczesna diagnoza dzieci z FAS*. Świat Problemów, 12, 124-127
- Jadczak-Szumiało, T. (2024). *Wsparcie dzieci i młodzieży z FASD oraz ich rodzin*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji
- Janas-Kozik, M., Klecka, A. (2009). *Spektrum Łódzkich Zaburzeń Alkoholowych – aspekty kliniczne i psychologiczne*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 9(2), 87-94
- Klecka, M. (2004). *Zaburzenia pierwotne i wtórne u dzieci z FAS*. Psychiatria Polska, 38(2), 251-259
- Klecka, M. (2023). *Trauma dziecięca w kontekście FASD*. W: K.A. Dyląg, M. Klecka, I. Palicka (red.), *FASD. Podręcznik dla pracowników oświaty* (ss. 159-161). Warszawa: Minister Zdrowia, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
- Kowalska, K. (2023). *Programy terapeutyczne*. W: K.A. Dyląg, M. Klecka, I. Palicka (red.), *FASD. Podręcznik dla pracowników oświaty* (ss. 207-2015). Warszawa: Minister Zdrowia, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
- Liszczy, K. (2011). *Dziecko z FAS w szkole i w domu*. Kraków: Wydawnictwo Rubikon
- Malbin, D.V. (2002). *Trying differently rather than harder*. Portland: FASCETS

- Mattson, S.N., Bernes, G.A., Doyle, L.R. (2019). *Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(6), 1046-1062. <https://doi.org/10.1111/acer.14040>
- May, P.A., Fiorentino, D., Phillip, G., Gossage, J.P., Kalberg, W.O., Hoyme, H.E., Robinson, L.K. (2009). *Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders*. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(1-2), 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.02.009>
- May, P.A., Chambers, C.D., Kalberg, W.O., Zellner, J., Feldman, H., Buckley, D., Kopald, D., Hasken, J.M., Xu, R., Honerkamp-Smith, G., Taras, H., Manning, M.A., Robinson, L.K., Adam, M.P., Abdul-Rahman, O., Vaux, K., Jewett, T., Elliott, A.J., Kable, J.A., Hoyme, H.E. (2018). *Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders among US children*. *JAMA*, 319(5), 474-482. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21896>
- Milewska, B., Szmigiel, K. (2023). *Terapia pedagogiczna*. W: K.A. Dyląg, M. Klecka, I. Palicka (red.), *FASD. Podręcznik dla pracowników oświaty* (ss. 196-203). Warszawa: Minister Zdrowia, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
- Mukherjee, R., Layton, M., Yacoub, E., Turk, J. (2015). *Knowledge and opinions of professional groups concerning Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 255-267
- Okulicz-Kozaryn, K., Borkowska, M. (2015). *Diagnoza FASD dla celów edukacyjnych i wychowawczych*. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 168-183. <https://doi.org/10.34767/PP.2015.01.14>
- Palicka, A. (2016). *Uczeń z FASD w szkole. Diagnoza i strategie wsparcia*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji
- Piaskowska, M. (2023). *Problemy szkolne dzieci z FASD – możliwości wsparcia w edukacji*. W: K.A. Dyląg, M. Klecka, I. Palicka (red.), *FASD. Podręcznik dla pracowników oświaty*. Warszawa: Minister Zdrowia, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J. (2017). *Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis*. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290-e299. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
- Riley, E.P., Infante, M.A., Warren, K.R. (2011). *Fetal alcohol spectrum disorders: An overview*. *Neuropsychology Review*, 21(2), 73-80. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9166-x>
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J., Bookstein, F.L. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE): Final report to the Centers for Disease Control and Prevention*. Waszyngton: University of Washington
- Szczupał, B. (2013). *Dziecko z FASD w szkole – diagnoza i strategie wsparcia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Trzaskalik, J., Pyttel, J. (2017). *Dziecko z FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy) w edukacji*. *Rozprawy i Artykuły Naukowe*, 61, 11-25
- Watson, S.L., Hayes, S.A., Coons, K.D., Radford-Paz, E. (2013). *Autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 220-235
- Wozniak, J.R., Riley, E.P., Charness, M.E. (2019). *Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder*. *The Lancet Neurology*, 18(8), 760-770. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30150-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30150-4)

Akty prawne

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Dziennik Ustaw 2023, poz. 1798, ze zm.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci. Dziennik Ustaw 2017, poz. 1635

Rozporządzenie Ministra Edukacji z 23 stycznia 2025 r. w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych oraz w oddziałach specjalnych. Dziennik Ustaw z 2025 r., poz. 115