

pod redakcją
Renaty Domżał-Drzewickiej
Amelii Ścibior
Haliny Kaźmierak

UZALEŻNIENIA A RODZINA

Wybrane zagadnienia

Lublin 2008

**mamed**
wydawnictwo

1.5. NASTĘPSTWA UŻYWANIA ALKOHOLU PRZEZ KOBIETĘ CIĘŻARNĄ – ALKOHOLOWY ZESPÓŁ PŁODOWY (FAS)

Edyta Gałęziowska, Elżbieta Stasiak, Renata Domżał-Drzewicka

Alkohol jest uznanym teratogenem, substancją z łatwością przenikającą przez łożysko, uszkadzającym zarodek i płód. Jego destrukcyjny wpływ jest groźniejszy niż narkotyki. Przez negatywny wpływ na metabolizm, np. magnezu czy zmniejszenie ilości tlenu i składników odżywczych (głównie glukozy) dostarczanych do łożyska, powoduje ograniczenie wzrostu i różnicowania się komórek, tkanek. Spożywany podczas ciąży może uszkodzić każdy rozwijający się narząd, jednakże mózg rozwijającego się dziecka jest szczególnie wrażliwy na jego działanie. FAS (Fetal Alcohol Syndrom, czyli Płodowy Zespół Alkoholowy) i FAE (Fetal Alcohol Effects, czyli Alkoholowy Efekt Płodowy) to zaburzenia wrodzone, spowodowane uszkodzeniem mózgu w wyniku picia alkoholu przez kobietę ciężarną. Jest to więc problem, któremu można całkowicie zapobiec poprzez zachowanie pełnej abstinencji w okresie ciąży.

Procesy zachodzące w ciele zarodka i płodu, to m.in. wzrost i różnicowanie się komórek. Alkohol zaburza je, powodując obumieranie komórek mózgu a także niewłaściwe ich różnicowanie. Innym procesem jest migracja, przemieszczanie się tworzących i różnicujących się komórek nerwowych w różne rejony mózgu. Spożywany przez ciężarną alkohol powoduje, że ta migracja jest upośledzona i poszczególne struktury mózgu nie kształtują się prawidłowo. Alkohol zaburza także powstawanie prawidłowych połączeń z innymi komórkami. Są to procesy nieodwracalne, gdyż w kolejnym etapie życia nie powstają już nowe neurony, a struktury mózgu, połączenia między nimi oraz innymi komórkami ukształtowane są już trwale. Alkohol wpływa negatywnie także na równowagę neurochemiczną mózgu, przez co zaburza neurotransmisję oraz na połączenia synaptyczne, zakłócając działanie receptorów. Należy wiedzieć, że jeśli doszło do tego typu uszkodzeń podczas życia płodowego, utrzymują one się przez całe życie, a nawet ulegają pogłębieniu w okresie dorosłości.

Wiedza na temat zmian organicznych i funkcjonalnych w mózgu u osób z FAS/ FAE oraz ich następstw nie jest dostatecznie rozpowszechniona w środowisku medycznym, w związku z czym ani profilaktyka, ani opieka nad osobami z tymi zespołami nie jest satysfakcjonująca.

Wyniki pierwszych badań nad FAS zostały opublikowane w 1968 roku. Autor badań, Lemoine, obserwował przez 30 lat rozwój dzieci matek, które w czasie ciąży spożywały alkohol. To on pierwszy wykazał związek picia alkoholu przez ciężarne z problemami umysłowymi ich dzieci w przyszłości. Niestety, badania te nie wywołały większego zainteresowania wśród świata nauki. W 1992 roku, w wyniku dalszych prac, sformułowano wniosek, że osoby z FAS i FAE powinny być objęte długotrwałą profesjonalną po-

mością, aby lepiej przystosować się do samodzielnego życia w społeczeństwie.

Zagadnieniami wpływu alkoholu na rozwijający się płód, zwłaszcza mózg, zajmowało się wielu badaczy, także obecnie jest to dość intensywnie badane zagadnienie, jednakże wnioski z badań są zbyt rzadko wykorzystywane w praktyce.

Pełnoobjawowy FAS rozpoznaje się wtedy, gdy spełnia on cztery kryteria podstawowe, tj.:

1. uszkodzenie mózgu z następowymi zaburzeniami neurologicznymi,
2. opóźniony wzrost wewnątrzmaciczny i po urodzeniu,
3. cechy morfologiczne – charakterystyczne rysy twarzy,
4. spożywanie alkoholu przez kobietę ciężarną – potwierdzone wywiadem.

Cechy morfologiczne, tj. dotyczące rysów twarzy, najczęściej stają się dość charakterystyczne między 2. a 10. rokiem życia. Tuż po urodzeniu, a także w okresie dorastania i dorosłości, mogą pozostawać niewidoczne, mało dostrzegalne. Dlatego przy podejrzeniu FAS u dzieci starszych i dorosłych wiele może pomóc, np. analiza ich zdjęć z okresu dzieciństwa. U dzieci z FAS najczęściej można obserwować m.in.:

- wąską górną wargę,
- wygładzoną rynienkę podnosową,
- małożuchwie,
- płaska środkowa część twarzoczaszki,
- szeroko rozstawione i małe oczy,
- opadające powieki,
- zmarszczka kąciaków oczu,
- krótki nos z niską nasadą,
- cofnięty podbródek,
- płaskie policzki,
- wydadne czoło.

Występowanie kilku z tych cech, wraz z innymi objawami ze strony układu nerwowego i potwierdzonym wywiadem alkoholowym, pozwala na rozpoznanie FAS. Natomiast brak charakterystycznych cech morfologicznych przy występowaniu pozostałych, nasuwa podejrzenie FAE.

U części dzieci z FAS występują częściej niż w ogólnej populacji wady wrodzone serca, wątroby, stawów, oczu, uszu. Najczęściej dziecko rodzi się z niską masą urodzeniową, a podczas ciąży wykazuje cechy wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu; także po porodzie występują problemy z prawidłowym przybieraniem na wadze. W okresie niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie dzieci te sprawiają więcej problemów niż ich rówieśnicy bez obciążenia alkoholowego. Często mają zaburzone podstawowe odruchy

(ssania, polykania), problemy ze snem, spowolnienie reakcji i problemy z uwagą. Mogą pojawiać się także ataki padaczki.

Zaburzenia u osób z FAE/ FAS, wynikające z uszkodzenia mózgu oraz ich następstw neurologicznych, można podzielić na pierwotne i wtórne. Zaburzenia pierwotne wynikają z samego uszkodzenia mózgu, jakie dokonało się podczas całej ciąży i utrzymują się one przez całe życie. Jest to tzw. encefalopatia statyczna, często odbierana jako „problemy w zachowaniu”. Mogą wystąpić:

- problemy z koncentracją uwagi, pamięcią- zwłaszcza krótkotrwałą,
- opóźnienie umysłowe, autyzm,
- chwiejność emocjonalna, brak wewnętrznej motywacji,
- nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach społecznych,
- brak umiejętności rozwiązywania problemów, korzystania z doświadczenia, posiadanej wiedzy, nauki na własnych błędach,
- trudności z oceną sytuacji, rozumieniem pojęć abstrakcyjnych, np. czas, pieniądze,
- słaba kontrola impulsów, niezorganizowanie i niedojrzałe zachowanie.

Zachowania te prowadzą do zaburzeń wtórnych, tj. trudności w przystosowaniu się do życia. Jako osoby dorosłe częściej bywają ofiarami przemocy, ale także częściej mają problemy z prawem, uzależnieniami, nie potrafią utrzymać prawidłowych związków emocjonalnych z innymi, często mają problemy w pracy i życiu osobistym oraz zapadają na choroby psychiczne.

Zaburzeniem wtórnym można najprawdopodobniej zapobiegać poprzez odpowiednio przygotowane programy terapii. Podczas programów interwencji dzieci, osoby dorosłe z FAS/FAE uczą się w sposób odpowiednio dostosowany do ich możliwości. Tradycyjny sposób przekazywania wiedzy nie przynosi oczekiwanych efektów, mimo ogromnego wysiłku wkładanego w nauczanie mózgi tych osób pracują inaczej i dlatego potrzebują zupełnie innego podejścia do problemu. W Polsce funkcjonuje specjalny program dla takich osób; jego twórcą jest Małgorzata Klecka, a nosi on tytuł „FAStryga”. Poprzez odpowiednią stymulację, jej intensywność i częstotliwość w wielu przypadkach poprawia się funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, co korzystnie wpływa na proces przystosowania się dziecka do życia w społeczeństwie.

Znając regiony mózgu, które najczęściej zostają uszkodzone poprzez picie alkoholu przez kobietę będącą w ciąży, można zrozumieć, dlaczego u osób z FAS/FAE występują konkretne trudności. Jednym z najbardziej narażonych regionów mózgu, jest ciało modzelowate oddzielające obie półkule mózgowe, odpowiadające za ich współpracę podczas podejmowania każdej decyzji. Uszkodzenie tej części Ośrodkowego Układu Nerwowego powoduje, że działanie najpierw zostaje wykonane, a dopiero po tym fakcie dochodzi do uświadomienia sobie jego konsekwencji. Oznacza to, że mimo znajomości zasad, rozumienia konsekwencji, osoba z FAS/FAE najpierw działa, a potem myśli.

Za „funkcje wykonawcze” odpowiadają płaty czołowe – ich uszkodzenie wraz z ciałem modzelowatym, powoduje występowanie m.in. zachowań niewłaściwych, niedojrzałych, problemów z ruchami celowymi, schematyczności myślenia. Trudności w procesie uczenia się i pamięci, niestabilność emocjonalna wynikają natomiast z uszkodzenia hipokampa, a problemy w motoryce i koordynacji ruchów

– z uszkodzeń mózdku. Oczywiście, w zaburzeniach tych swoją rolę odgrywa także sieć połączeń, którą może zaburzyć spożywanie alkoholu przez kobiety ciężarne.

Wbrew pozorom iloraz inteligencji osób z FAS/FAE mieści się zazwyczaj w obszarze normy. Wg badań 25% osób z FAS jest upośledzona umysłowo, a 10% – z FAE. Jednak mimo przeciętnego ilorazu inteligencji, mieszczącego się w granicach normy, dzieci te mają problemy z nauką. Jako dzieci, a później już jako dorośli, wypadają niekorzystnie w bardziej szczegółowych testach (np. czytanie ze zrozumieniem, myślenie abstrakcyjne, rozróżnianie kolorów). Rodzaj uszkodzenia mózgu (neuronów, receptorów itd.) wymaga więc zmiany podejścia w procesie nauczania tak, aby mogły one zdobywać wiedzę, korzystać z doświadczeń i być przystosowanym do życia w społeczeństwie.

Diagnostyka FAS jest zadaniem bardzo trudnym. Zdecydowana większość dzieci nie mieszka w rodzinach naturalnych – utrudnia to zazwyczaj lub wręcz uniemożliwia zapoznanie się z przebiegiem ciąży u ich matek i jej zachowań związanych z alkoholem. Dopiero od niedawna funkcjonują testy diagnostyczne, które potwierdziłyby rozpoznanie, jednakże tylko całościowe spojrzenie na dziecko pozwala wysnuć takie prawdopodobieństwo. Należy przy tym pamiętać, że każde dziecko/ osoba dorosła, może przejawiać różny wachlarz objawów i ich nasilenia. Dlatego ważne jest indywidualne podejście.

FAS/FAE jest zaburzeniem, któremu można zapobiec w 100%. Wystarczy nie pić alkoholu w ciąży, tj. zrezygnować z niego zupełnie, gdyż nie ma określonej dawki „bezpiecznej”. Problemem jest dotarcie do kobiet i interwencja jeszcze przed ciążą. Kobiety, pijące niewiele, okazjonalnie, najczęściej nie wiedzą o tym, że one także mogą szkodzić swojemu dziecku. Tym bardziej, jeśli od lekarza, położnej czy innego pracownika służby zdrowia usłyszą, że np. lampka dobrego wina ma pozytywny wpływ na wyniki morfologii. Stężenie alkoholu, jakie osiąga płód, jest w zasadzie takie same jak u matki, a w okresie intensywnego wzrostu, rozwoju i różnicowania się poszczególnych komórek, tkanek ma zdecydowanie negatywny wpływ, więc nie należy w ogóle sięgać po jakikolwiek alkohol nawet w niewielkich ilościach.

Problem kobiet nieświadomych można w miarę szybko i skutecznie rozwiązać – głównie poprzez nagłośnienie faktów. Plakaty, ulotki w poradniach, rozmowy podczas wizyt u lekarzy, położnych i pielęgniarek czy seria artykułów w poradnikach dla kobiet pozwoli dotrzeć do kobiet planujących ciążę i tych będących już w ciąży i wpłynąć na ich postawę wobec spożywania alkoholu w ciąży. O wiele trudniej jest z kobietami pijącymi nałogowo, które bardzo często nie planują ciąży, nie korzystają z opieki medycznej w tym okresie, a nawet jeśli są pod kontrolą ginekologa, to zazwyczaj nie przyznają się do problemu, lecz go ukrywają. Wydaje się, że jedną z podstawowych instytucji, która może w takich sytuacjach ograniczyć liczbę ciężarnych używających alkohol, to lekarz rodzinny wraz z zespołem oraz ośrodki pomocy rodzinie, którzy mają kontakt z kobietą jeszcze przed ciążą.

Wiedza w Polsce na temat uszkodzeń mózgu, wywołanych spożywaniem alkoholu przez kobiety ciężarne, jest wciąż niewielka i w zasadzie dopiero się rozwija. Dotyczy to zarówno środowiska medycznego, jak i psychologów, pedagogów. W zasadzie osoby, które najczęściej spotykają się zawodowo z dzieckiem i mogą przyczynić się do szyb-

kiej diagnozy (pedagogzy szkolni, psychologzy), nie dysponują narzędziami diagnostycznymi, które są niezbędne do wykrywania FAS/ FAE. Problemy rodzin zastępczych czy adopcyjnych, do których to właśnie najczęściej trafiają dzieci z FAS/ FAE pozbawione opieki rodziców biologicznych, nie znajdują dostatecznego zrozumienia i wsparcia, a bez ukierunkowanej terapii nie można uzyskać zadowalającego efektu.

Piśmiennictwo

1. Baldwin M. R.: Fetal alcohol spectrum disorders and suicidality in a healthcare setting. *Int J Circumpolar Health*. 2007;66 Suppl 1, 54-60.
2. Brimacombe M., Nayeem A., Adubato S., DeJoseph M., Zimmerman-Bier B.: Fetal alcohol syndrome related knowledge assessment and comparison in New Jersey health professional groups. *Can J Clin Pharmacol*. 2008 Winter; 15(1), 57-65.
3. Burd L., Deal E., Rios R., Adickes E., Wynne J., Klug M.G.: Congenital heart defects and fetal alcohol spectrum disorders. *Congenit Heart Dis*. 2007 Jul; 2(4), 250-5.
4. Caley L., Syms C., Robinson L., Cederbaum J., Henry M., Shipkey N.: What human service professionals know and want to know about fetal alcohol syndrome *Can J Clin Pharmacol*. 2008 Winter; 15(1), 17-23.
5. Ervalahti N., Korkman M., Fagerlund A., Autti-Rämö I., Loimu L., Hoyme H.E.: Relationship between dysmorphic features and general cognitive function in children with fetal

alcohol spectrum disorders. *Am J Genet*, 2007, 15; 143 (24), 2916-23.

6. Gundogan F., Elwood G., Longato L., Tong M., Fejoo A., Carlson R.I., Wands J.R., de la Monte S. M.: Impaired placentation in fetal alcohol syndrome. *Placenta*. 2008 Feb; 29(2), 148-57.
7. Klecka M.: Objawy i wczesne rozpoznanie FAS, Niebieska Linia, 3, 2006.
8. Klecka M.: Organiczne uszkodzenia mózgu u dzieci wywołane prenatalnym działaniem alkoholu. Objawy i wczesne rozpoznawanie alkoholowego zespołu płodowego FAS, Bliżej Przedszkola, 4 (31), 2004.
9. Martinez S. E., Egea G.: Novel molecular targets for the prevention of fetal alcohol syndrome. *Recent Patents CNS Drug Discov*. 2007 Jan; 2(1), 23-35.
10. Peadar E., O'Leary C., Bower C., Elliott E.: Impacts of alcohol use in pregnancy – the role of the GP Aust Fam Physician. 2007 Nov; 36(11), 935-9.
11. Pei J.R., Rinaldi C.M., Rasmussen C., Massey V., Massey D.: Memory patterns of acquisition and retention of verbal and nonverbal information in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Can J Clin Pharmacol*. 2008 Winter; 15(1), 44-56.
12. Relationship between dysmorphic features and general cognitive function in children with fetal alcohol spectrum disorders *Am J Med Genet A*. 2007 Dec 15; 143(24), 2916-23.
13. Sowell E. R., Johnson A., Kan E., Lu L. H., Van Horn J. D., Toga A. W., O'Connor M. J., Bookheimer S.Y.: Mapping white matter integrity and neurobehavioral correlates in children with fetal alcohol spectrum disorders *J Neurosci*. 2008 Feb 6; 28(6), 1313-9.