

Rozwój społeczno-moralny młodzieży z FAS i jego wybrane uwarunkowania – studium jakościowe

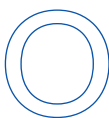
Elżbieta Hornowska^a, Teresa Jadczak-Szumiło^b, Michał Głuszek^c

^aWydział Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu; ^bITEM – Centrum Psychologiczne, Żywiec; ^cPracownia Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Humani, Poznań

Artykuł przedstawia wyniki badań dotyczących społecznego funkcjonowania dzieci, u których zdiagnozowano płodowy zespół alkoholowy (fetal alcohol syndrome – FAS). Poziom rozwoju intelektualnego badanych dzieci mierzony testem WISC-R był na poziomie przeciętnym lub powyżej przeciętnej. Wykorzystaną metodą badawczą był wywiad częściowo ustrukturyzowany, obejmujący 10 pytań z testu „Zachowania” baterii APIS-P. Wyniki dzieci z FAS porównano z wynikami dzieci z grupy kontrolnej, dobranej pod względem poziomu funkcjonowania intelektualnego. Łącznie zbadało ośmiu dzieci w wieku 13–16 lat. Otrzymane wyniki wskazują, że źródeł swoistych trudności w funkcjonowaniu społecznym dzieci z FAS należy szukać poza ich poziomem funkcjonowania intelektualnego mierzonego testem inteligencji. Dzieci te mogą dobrze wypadać w testach, a mimo to ujawniać liczne problemy natury społecznej i rozwojowej. Mają one liczne problemy społeczne niezależnie od ilorazu inteligencji. Dlatego też wczesna diagnoza FAS u dzieci może być czynnikiem chroniącym przed narastaniem kolejnych trudności.

SŁOWA KLUCZOWE:

PŁODOWY ZESPÓŁ ALKOHOLOWY, FAS, ROZWÓJ MORALNY, ZACHOWANIA SPOŁECZNE



statnio pojawia się coraz więcej doniesień dotyczących płodowego zespołu alkoholowego (fetal alcohol syndrome – FAS). Okazuje się jednak, że jego diagnoza sprawia wiele trudności. Brak znajomości kryteriów diagnostycznych,

niepełna wiedza dotycząca rodzaju oraz charakteru związanych z nim zaburzeń sprawiają, że narosło wokół niego wiele nieporozumień i niejasności. W niniejszym artykule chcielibyśmy przedstawić krótką charakterystykę FAS i wnioski wynikające z naszych badań. Badania te były prowadzone w paradygmacie jakościowym i dotyczyły poszukiwaniu wzorców funkcjonowania poznawczego oraz społecznego dzieci z FAS. Przedstawione wyniki dotyczą obserwowanych konsekwencji teratogennego oddziaływania alkoholu, szczególnie w obszarze rozwoju społecznego.

Płodowy zespół alkoholowy¹ to zespół wielu wad wrodzonych i zaburzeń, zwłaszcza w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) oraz innych układach organizmu, do których doszło u dziecka w okresie prenatalnym w wyniku szkodliwego działania alkoholu. Zaburzenia natury somatycznej, w tym neurologicznej, mają charakter pierwotny wobec pojawiających się później problemów w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym (Lemoine, Harousseau, Borteyru, 1968).

Skutki teratogenne, jakie u płodu powoduje alkohol, są związane z jego dawką, jaką przyjmuje przyszła matka, czasem ekspozycji na alkohol oraz swoistymi dla matki czynnikami biomedycznymi. Wykazano, że szkodliwe dla dziecka w łonie matki może już być wypicie przez nią jednorazowo większej ilości alkoholu (Abel, 1996). Dzięki rozwojowi diagnostyki wiemy, że nawet u dzieci, które mają dyskretne cechy dysmorfii charakterystyczne dla FAS lub nie mają ich w ogóle, prenatalna ekspozycja na alkohol może przyczynić się do zmian i uszkodzeń w OUN. Do tej pory nie określono, jaka dawka alkoholu może być bezpieczna dla płodu (Mattson, Schoenfeld, Riley, 2011; O'Malley, 2007; Streissguth, 1997).

Badania przeprowadzone w 1973 r. w Seattle przez Smitha, Jonesa, Ulleland i Streissguth sprawiły, że wadom, które są pochodną prenatalnej ekspozycji na alkohol, nadano cechy zespołu. Przyjęto, że FAS charakteryzuje się dysmorfiami twarzy (płaskie czoło, mały zadarty nos, wąska wargą górną, płaskie policzki, tyłouchwie, deformacje uszu), opóźnieniami wzrostu i nieprawidłowościami w OUN (Bartel, 2019; O'Malley, 2007). Obecne kryteria diagnostyczne zawierają tę samą triadę czynników klinicznych. Stosowana do rozpoznania różnicowego FAS skala Code 4 zawiera cztery główne punkty:

1 W 1998 r. Instytut Medycyny USA opisał trzy jednostki chorobowe wywoływane teratogennym wpływem alkoholu na rozwijający się płód. Były to: pełny FAS, częściowy FAS (*partial fetal alcohol syndrome* – pFAS) i neurorozwojowe zaburzenia zależne od alkoholu (*alcohol-related neurodevelopmental disorder* – ARND; por. Jadczak-Szumilo, 2008). Wprowadzono również termin *spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych* (*fetal alcohol spectrum disorder* – FASD; por. O'Malley 2007; Jadczak-Szumilo, 2008). W 2020 r. wydano polskie standardy rozpoznawania płodowych zaburzeń alkoholowych. Do FASD zaliczono FAS i zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (*neurobehavioral disorder – prenatal alcohol exposed* – ND-PAE; Okulicz-Kozaryn i in., 2020).

1. wywiad prenatalny i potwierdzenie picia alkoholu przez matkę,
2. zaburzenia masy ciała i wzrostu,
3. dysmorfie charakterystyczne dla FAS,
4. diagnozę neuropsychologiczną dotyczącą funkcjonowania dziecka, w tym określenie uszkodzeń OUN (Astley, 2004).

Uszkodzenia OUN najczęściej obejmują anomalie strukturalne w takich obszarach mózgu jak spoidło wielkie, mózdzek i jądro ogoniaste w jądrach podstawnych (Mattson, Riley, 1996; Riley, McGee, Sowell, 2004, za: Schonfeld, Paley, Frankel, O'Connor, 2006), a także w płatach czołowych². Jądra podstawne uczestniczą w pracy układu czołowo-podkorowego niezbędnego do rozwoju wyższych funkcji poznawczych (Cummings, 1993). Układ ten odpowiada za wiele umiejętności neuropoznawczych, w tym za funkcje wykonawcze (*executive functioning*), do których zaliczamy:

wyznaczanie celów z uwzględnieniem długofalowych następstw, tworzenie kilku alternatyw możliwych reakcji, wybieranie i inicjowanie zachowań ukierunkowanych na cel, kontrolę adekwatności i prawidłowości własnego zachowania, korygowanie i modyfikowanie zachowań przy zmieniających się warunkach, tworzenie kategorii, myślenie abstrakcyjne, trwanie przy zamiarach mimo przeszkód. (Malloy, DeNatale, 2001, za: Pąchalska, 2007, s. 445)

To, co wydaje się najistotniejsze dla naszych badań, to szczególna rola, jaką przypisuje się funkcjom wykonawczym w czynnościach wymagających interakcji i współpracy z innymi ludźmi (Pąchalska, 2007).

Wśród następstw psychicznych FAS można wymienić zaburzenia sensoryczne, zaburzenia uwagi, uczenia się czy też wspomniane już deficyty wyższych procesów psychicznych, takich jak planowanie, wnioskowanie, podejmowanie decyzji czy ocenianie (O'Maley, 2007; Streissguth, 1997) zależne od uszkodzeń związanych z funkcjami wykonawczymi, a także zaburzenia rozwoju języka. Każde z tych zaburzeń może znacząco wpływać na funkcjonowanie społeczne dzieci z FAS.

2 Przypis zanonimizowany przez redakcję.

ZABURZENIA SENSORYCZNE I ZABURZENIA FUNKCJI WYKONAWCZYCH A FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECI Z FAS

Zaburzenia sensoryczne u dzieci z FAS mogą polegać na problemach z odczuwaniem bodźców, np. głodu czy bólu. Mogą też pojawiać się błędy w odbiorze informacji z takich modalności sensorycznych jak wzrok, słuch, smak, węch, dotyk, niekiedy też mogą pojawiać się fałszywe wrażenia zmysłowe (por. Streissguth, 1997). Ze względu na rodzaj zaburzeń w przetwarzaniu bodźców można wyróżnić dzieci nadwrażliwe, dzieci o obniżonej wrażliwości i dzieci autostymulujące się sensorycznie (por. DC; 0-3R, 2005).

Dzieci nadwrażliwe to dzieci albo lękliwe i wycofujące się z eksploracji otoczenia, albo agresywne i buntownicze. Ta forma zachowania może być sposobem ich adaptacji do ponadprogowego odczuwania bodźców dochodzących ze świata zewnętrznego. Dzieci o obniżonej wrażliwości, nisko reaktywne, będą sobie radzić z wysokim stopniem pobudzenia i będą się raczej koncentrować się na bodźcach płynących z wnętrza ciała. Zachowanie dzieci autostymulujących się sensorycznie będzie się natomiast wyrażać w ciągłej aktywności motorycznej i impulsywności (takie zachowanie w szkole może być np. uznane za przejaw nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi [ADHD]; por. Gregory, Colman, 1995; Jadczak-Szumiło, 2009; Jrikowic, 2007; Liszcz, 2011; O'Malley, 2007). Nadwrażliwość sensoryczna lub niedoczucie mogą mieć znaczenie nie tylko dla odbioru i selekcji bodźców, ale także dla funkcjonowania w bardziej skomplikowanych obszarach, np. zdolności wyczuwania właściwego dystansu, umiejętności oceny właściwej odległości w dystansie społecznym itp. Są to funkcje powiązane z możliwościami regulacji i przetwarzania bodźców (por. DC; 0-3 R, 2005).

Łatwość rozpraszania uwagi, krótki czas koncentracji, trudności z kontrolą impulsów, wraz z zaburzeniami natury sensorycznej i zaburzeniami funkcji wykonawczych mogą prowadzić do uogólnionych trudności w procesie uczenia się (Streissguth, 1997; Jadczak-Szumiło, 2009). Zaburzenia te są związane z uszkodzeniami płatów czołowych i jąder podstawnych. Wpływają one na zdolności związane z elastycznością w myśleniu i współpracą z innymi ludźmi w celu znajdowania dobrych rozwiązań w sytuacjach wymagających dokonywania wyborów, podejmowania decyzji czy zmiany zachowania. Nauczyciele i rodzice mogą dostrzec u dziecka w okresie szkolnym kłopoty w tym zakresie, lecz niekoniecznie łączyć je z objawami charakterystycznymi dla FAS.

Szczególnym obszarem funkcjonowania, w którym zaburzenia spowodowane płodowym oddziaływaniem alkoholu są wyraźnie dostrzegane, jest rozwój języka

i umiejętności komunikowania się. Tym, co odróżnia dzieci z FAS od ich rówieśników, są trudności w używaniu języka w bardziej skomplikowanych kontekstach społecznych (Coggins, Timler, Olswang, 2007). Dzieciom tym brakuje kluczowych zdolności komunikacyjnych pozwalających im włączyć się do grupy rówieśniczej i utrzymać relacje z rówieśnikami. Mają one kłopoty z rozumieniem metafor i emocjonalnych kontekstów języka (Streissguth, 1997). Nie potrafią nazywać emocji, jakie przeżywają (O'Malley, 2007).

Pozajęzykowe trudności w porozumiewaniu się, takie jak trudności ze zrozumieniem kontekstu wypowiedzi, jej tonu, melodii czy ukrytych w niej znaczeń pozawerbalnych, są związane z uszkodzeniami prawej półkuli (Springer, Deutsch, 1998; Walsh, 2000). U osób z uszkodzeniami prawopółkulowymi obserwujemy dysfunkcje związane ze stosowaniem prawidłowej intonacji podczas mówienia i niemożność wyrażania uczuć (Springer, Deutsch, 1998). Właśnie z powodu trudności z prozodią językową dzieci z FAS są opisywane jako mające trudności z empatią i wyrażaniem własnych uczuć (Jadczak-Szumiło, 2008). Dzieci te rozumieją słowa, wypowiedzi i rysunki w sposób dosłowny i nie potrafią np. podać właściwego zakończenia dowcipu.

Przypuszcza się, że opisane zaburzenia mogą być efektem wrażliwości prawej półkuli na teratogenne działanie alkoholu. Badania nad tym problemem prowadzili już w 1971 r. Jones i Pearsons (za: Niedzielski i Klimkowski, 1994). Choć ich badania dotyczyły dorosłych używających alkoholu, to pozwoliły jednak na sformułowanie hipotezy dotyczącej subtelnych uszkodzeń funkcji związanych z pracą prawej półkuli, których potencjalną przyczyną może być alkohol.

Dzieci z FAS z powodu deficytów w zakresie funkcji poznawczych mają kłopoty z posługiwaniem się językiem w sposób społecznie właściwy (Coggins i in., 2007; Streisguth, 1977). To, co odróżnia te dzieci od ich rówieśników, to trudność w używaniu języka w bardziej skomplikowanych kontekstach społecznych (Coggins i in., 2007; Streisguth, 1977). W efekcie mają one kłopoty z włączeniem się do grupy, nie potrafią prowadzić dialogu ani zawierać kompromisów oraz mają trudności z utrzymaniem przyjaźni (Jadczak-Szumiło, 2008).

ROZWÓJ MORALNY U DZIECI Z SYNDROMEM FAS

Idąc tym tropem, przyjęliśmy, że obszarem, w którym można obserwować swoiste trudności dzieci z FAS, jest rozwój moralny, rozumiany jako poziom procesów wartościowania (Socha, 2000). Punktem wyjścia naszych badań były założenia teorii rozwoju moralnego Kohlberga (1975, 1976).

Według Kohlberga (1975, 1976) rozwojowi struktur poznawczych towarzyszy rozwój moralny. Jest to uniwersalna sekwencja stadiów, według której następuje rozwój rozumowania moralnego (Groth, 2003; Kohlberg, 1976). W koncepcji tej podkreśla się rolę struktur poznawczych, szczególnie w konstruowaniu rzeczywistości społecznej. Zwraca się również uwagę na to, że „osoby różnią się tempem przechodzenia przez sekwencje stadiów i że nie wszystkie osiągają najwyższe stadia rozwoju” (Groth, 2003, s. 145). Zdaniem Kohlberga (1976) sekwencja stadiów rozwoju społeczno-moralnego ma charakter uniwersalny.

Rozwój moralny przebiega przez następujące poziomy i stadia:

1. poziom prekonwencjonalny (moralność unikania kary oraz moralność własnego interesu),
2. poziom konwencjonalny (moralność interpersonalnej harmonii i konformizmu oraz moralność prawa i porządku społecznego);
3. poziom postkonwencjonalny (moralność umowy społecznej oraz moralność uniwersalnych zasad etycznych; por. Groth, 2003).

Poziom prekonwencjonalny jest typowy dla dzieci. Osoby na tym etapie charakteryzują się egocentrycznym punktem widzenia, a kategorie dobra bądź zła wiążą z fizycznymi konsekwencjami działania (stadium moralności unikania kary). Ponadto cechują się podejmowaniem działań, które instrumentalnie zaspokajają potrzeby własne (stadium moralności własnego interesu). Osoby osiągające poziom konwencjonalny rozważają dylematy moralne w kategoriach zarówno jednostki i konkretnych zdarzeń, jak i społeczeństwa czy grupy oraz funkcjonujących w nich reguł i zwyczajów (Groth, 2003). Charakterystyczne dla tego poziomu rozwoju jest uzasadnianie sądów „z perspektywy oczekiwanego braku aprobaty ze strony innych, na podstawie wyobrażeń o osobach «znaczących» i «grzecznych»” (Groth, 2003, s. 156; stadium moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu), jak też z perspektywy uznanych autorytetów, ustalonych norm i pełnionych ról społecznych (stadium moralności prawa i porządku społecznego). Wreszcie na poziomie postkonwencjonalnym jednostka staje się autonomiczna wobec porządku społecznego, tradycji i standardów. Jej zachowania cechuje indywidualny stosunek do systemów wartości (stadium moralności umowy społecznej) oraz akceptacja uniwersalnych zasad sprawiedliwości, wzajemności i równości ludzkich praw (stadium moralności uniwersalnych zasad etycznych; Groth, 2003).

Stadia te są ustrukturyzowanymi całościami oraz zorganizowanymi systemami zarządzającymi myśleniem i tworzą niezmienną sekwencję. Kolejność przechodzenia przez stadia jest stała. Tylko w przypadku bardzo znaczących wydarzeń (często

o charakterze przeżyć traumatycznych) osoba może cofnąć się do poprzedniego poziomu procesów wartościowania. W pozostałych przypadkach zmiana przebiega zawsze w kierunku kolejnych, wyższych etapów. Jednostka nigdy nie omija danego stadium, zawsze przemieszcza się do kolejnego etapu, najbliższego rozwojowo. Według Kohlberga (1975) sądy moralne charakterystyczne dla wyższego stadium rozwoju moralnego zawierają w sobie sposób myślenia właściwy dla stadium poprzedniego. Nie jest też możliwe osiągnięcie wyższego etapu rozwoju moralnego bez uprzedniego osiągnięcia odpowiedniego poziomu rozwoju struktur poznawczych. Kohlberg (1975) zakłada autonomizm etyczny i w swojej rozwojowo-poznawczej teorii rozwoju moralnego traktuje wpływy środowiskowe jako niezbędne stymulatory rozwoju moralnego, które są jednak wtórne wobec autonomicznego rozwoju poznawczego człowieka.

Można więc spojrzeć na rozwój moralny ujmowany w teorii Kohlberga jako na opis pewnego rodzaju transakcji między uwarunkowanym biologicznie rozwojem struktur poznawczych a uwarunkowaną społecznie edukacją moralną. Prawidłowy rozwój to rozwój w kierunku uniwersalnych zasad sprawiedliwości, zaś wsparciem dla tego rozwoju ma być zdrowa reakcja środowiska. O dysfunkcjach w rozwoju moralnym moglibyśmy więc mówić wtedy, gdy rozwój rozumowania moralnego zostałby zatrzymany lub uwsteczniony w wyniku braku stymulacji ze strony środowiska, narzucania przez nie jednego sposobu myślenia lub też w wyniku niewystarczającego poziomu rozwoju struktur poznawczych (Power, Higgins, Kohlberg, 1991).

W naszych badaniach założyliśmy, że u dzieci z FAS w wyniku biologicznych uszkodzeń mózgu i będących ich konsekwencją zaburzeń natury poznawczej rozwój moralny nie przebiega tak jak u ich zdrowych rówieśników. Dzieci te mogą zatem osiągać niższe stadium rozwoju moralnego w porównaniu z rówieśnikami. Była to podstawowa hipoteza, którą chcieliśmy zweryfikować w niniejszych badaniach. Przyjęliśmy także, że u podstaw trudności w funkcjonowaniu społecznym dzieci z FAS może leżeć ich niższy poziom kompetencji komunikacyjnych. To założenie również chcieliśmy zweryfikować. Zaburzenia rozwoju mowy i języka są związane z zaburzeniem rozwoju ontogenetycznego u dzieci z FAS (Jadczak-Szumiło, 2016). U tych dzieci zaburzone są także kompetencje językowe i komunikacyjne (Coggins i in., 2007, Jadczak-Szumiło, 2016). Deficyty występujące w OUN sprawiają, że dzieci z FAS mają trudności w posługiwaniu się językiem w sposób, który uznawany jest za społecznie właściwy. Nie rozumieją precyzyjnie pojęć, nie potrafią prowadzić efektywnie dialogu interpersonalnego ani wnioskować na podstawie uzyskanych wypowiedzi czy też rozumieć właściwego kontekstu wypowiedzi, nie rozumieją metafor,

przenośni, humoru. Obniżone kompetencje językowe będą wpływały na rozwój społeczny dzieci z FAS (Coggins i in., 2007; Jadczyk-Szumilo, 2016).

METODA BADAŃ

Badanie było analizą jakościową wypowiedzi dzieci z FAS. Do analizy wybrano ośmioro dzieci wychowujących się w rodzinach adopcyjnych od wczesnego niemowlęstwa. Zbadano ich iloraz inteligencji testem WISC-R, a także prowadzono częściowo ustrukturyzowany wywiad, w którym m.in. przedstawiano badanym problemy stymulujące odpowiedzi wartościujące, dotyczące sytuacji społecznych. Na wywiad składało się 10 pytań dobranych celowo z testu „Zachowania” baterii testów APIS-P, mierzącej inteligencję skryzalizowaną (Ciechanowicz, Jaworowska, Matczak, Szustrowa, 1995). Pytania wybrano tak, aby były jak najmniej zagrażające i dotyczyły takich sytuacji, z którymi każde dziecko mogło się spotkać. Sam test APIS-P to wielowymiarowa bateria służąca do pomiaru inteligencji ogólnej, mierząca cztery typy zdolności: abstrakcyjno-logiczne, werbalne, wzrokowo-przestrzenne i społeczne oraz przeznaczona do badania dzieci kończących naukę w szkole podstawowej, uczęszczających do gimnazjum i rozpoczynających naukę w szkole ponadgimnazjalnej (Ciechanowicz i in., 1995). Test „Zachowania”, z którego wybraliśmy 10 pytań wykorzystanych w badaniu poziomu rozwoju moralnego, mierzy zdolności społeczne.

Badanie społecznego funkcjonowania opierało się również na półstrukturyzowanym wywiadzie. Zdecydowano się na taką metodę badawczą (pytania otwarte), aby pełniej poznać rodzaj i zakres problemów, z którymi boryka się dziecko, oraz uwzględnić indywidualny kontekst jego funkcjonowania. Analiza wypowiedzi dzieci miała charakter jakościowy.

Osoby badane

W badaniu wzięło udział ośmioro dzieci w wieku 13–16 lat³. U czworga z nich (dwóch chłopców i dwie dziewczyny) zdiagnozowano FAS oraz poziom rozwoju intelektualnego (badany testem WISC-R) na poziomie przeciętnym lub powyżej przeciętnej. W przypadku pozostałej czwórki dzieci, również dwóch chłopców i dwóch

3 Badania zostały przeprowadzone przez Michała Głuszka w ramach jego pracy magisterskiej (por. Głuszek, 2011).

dziewczyn, wykluczono występowanie FAS oraz określono poziom funkcjonowania intelektualnego również na poziomie przeciętnym lub powyżej przeciętnej.

Plodowy zespół alkoholowy diagnozowano w zespole lekarz – psycholog, poszukując kryteriów kluczowych dla występowania FAS: potwierdzone w wywiadzie spożywanie alkoholu przez matkę w okresie ciąży, prenatalny i postnatalny niedobór masy ciała i wzrostu, dysmorfie twarzy – wielkość szpary ocznej, wielkość rynienki podnosaowej, a także stwierdzone uszkodzenia OUN. Chociaż diagnoza dzieci była prowadzona przed wydaniem zaleceń diagnostycznych w roku 2020, to jednak była diagnozą zespołową, co jest kluczowe w rozpoznawaniu tego zaburzenia. Aby stwierdzić, czy u dzieci występują uszkodzenia OUN, przeprowadzono badanie za pomocą rezonansu magnetycznego i badanie HMRS⁴ w Zakładzie Radiologii w CM UJ w Krakowie.

Badane dzieci były w wieku szkolnym i uczęszczały do gimnazjum (sześćro dzieci) lub liceum (dwoje dzieci). Zdecydowano na taki dobór osób badanych pod względem wieku, gdyż w okresie nauki szkolnej mamy do czynienia z intensyfikacją procesów socjalizacyjnych i pojawianiem się pierwszych, widocznych problemów w społecznym funkcjonowaniu dzieci z FAS.

Narzędzia badawcze

Zastosowany w badaniach wywiad częściowo ustrukturyzowany składał się:

1. z 10 pytań, zaczerpniętych z testu „Zachowania” wchodzącego w skład baterii APIS-P (Ciechanowicz i in., 1995; Matczak, Jaworowska, Ciechanowicz, Stańczak, Zalewska, 2005), wykorzystanych do określenia poziomu rozwoju moralnego dziecka. Pytania, pozbawione oryginalnego formatu odpowiedzi, stały się pytaniami otwartymi. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi określano następnie etap rozwoju moralnego według Kohlberga;
2. z 10 pytań otwartych odnoszących się do społecznego funkcjonowania dzieci w wieku szkolnym, np. „Czy coś ci w szkole przeszkadza?”, „Sprawia trudności?”, „Jak ci idzie nauka?”, „Czy masz przyjaciela/przyjaciółkę?”, „Najlepszego kolegę?”.

Pytania miały za zadanie przede wszystkim uwypuklić te obszary funkcjonowania społecznego, które – zgodnie z wiedzą na temat FAS – będą najbardziej różnicować dzieci z FAS i bez FAS. Miały też pozwolić na wskazanie dodatkowych

4 Rezonans magnetyczny to badanie pozwalające ocenić ogólnie struktury mózgu. Natomiast HMRS to spektroskopia protonowa pozwalająca ocenić stężenie metabolitów w OUN. Poszczególne, zmienione w stosunku do normy, stężenia metabolitów są markerami różnych uszkodzeń mózgu.

obszarów problemowych. Z badań nad problemami dzieci z FAS wiadomo, że mają one kłopoty z funkcjami wykonawczymi, w tym z refleksyjnością, uczeniem się na błędach, planowaniem, wnioskowaniem, myśleniem przyczynowo-skutkowym (Mattson i in., 2011). Interesowało nas, czy w wypowiedziach dzieci będą widoczne tego typu problemy.

Propozycja analizy jakościowej wybranych wypowiedzi dzieci

W wyniku przeprowadzonych badań powstało 12 transkryptów (od ośmiorga dzieci oraz od czwórki opiekunów) zawierających 1022–7214 wyrazów w przypadku opiekunów i 652–2296 wyrazów w przypadku badanych dzieci.

Otrzymany materiał okazał się bardzo bogaty i pozwala na opis wielu problemów, z jakimi swoiście borykają się dzieci z FAS, oraz na generowanie wielu propozycji ich potencjalnych wyjaśnień. W tej pracy skoncentrujemy się na problemach związanych z rozwojem społecznym dzieci z FAS, a szczególnie z poziomem ich rozwoju moralnego.

Analizę otrzymanych wypowiedzi rozpoczęliśmy od próby diagnozy problemów związanych z poziomem kompetencji językowych badanych dzieci. Rozwój mowy w sposób bezpośredni wyznacza poziom kompetencji komunikacyjnych i w ten sposób wpływa na rozwój dziecka, także społeczny. Przyjeliśmy, że niższe kompetencje komunikacyjne dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol będą przekładać się na swoisty obraz trudności w ich funkcjonowaniu społecznym (Coggins i in., 2007; Jadczak-Szumilo, 2016; Streisguth, 1997)

Aby uchwycić obraz problemów językowych, dokonaliśmy analizy wypowiedzi badanych dzieci pod względem:

1. bierności lub aktywności w rozmowie, rozumianych jako brak lub obecność spontanicznego wprowadzania dodatkowych treści do rozmowy i brak lub obecność dodatkowych pytań;
2. zrozumiałości wypowiedzi, rozpatrywanej w dwóch aspektach:
 - a) formalnym (intonacja, tempo mówienia, składnia, strukturalizacja wypowiedzi, pauzy między słowami/zdaniami);
 - b) treściowym (kontekst, w jakim pojawia się słowo, zasób słów);
3. płynności wypowiedzi (wypowiedź spójna, z zachowaniem odpowiedniej dynamiki, z jasnym tokiem myślenia, z wyraźnym wątkiem wypowiedzi).
4. trafności odpowiedzi (zgodność odpowiedzi z pytaniem, aktywne dopytywanie się w sytuacji, gdy coś było niezrozumiałe).

Do każdego opisu wypowiedzi dziecka dodawaliśmy komentarz w postaci ogólnych wrażeń z rozmowy i dodatkowe spostrzeżenia, które miały charakter opisowy i nie mieściły się w wyżej wymienionych kategoriach.

Dokonałiśmy również ilościowej analizy wypowiedzi dzieci w aspekcie formalnym. Uwzględniliśmy takie kategorie analizy jak liczba użytych słów, liczba zachowań parawerbalnych, liczba wypowiedzi oraz ich długość mierzona w sekundach. Dodatkowymi wskaźnikami były:

1. przeciętna długość wypowiedzi,
2. tempo wypowiedzi, mierzone liczbą użytych słów w każdej minucie trwania wypowiedzi,
3. liczba zachowań parawerbalnych w każdej minucie wypowiedzi (tab. 1).

Tabela 1

Liczba zachowań parawerbalnych w całym badaniu oraz średnio w jednej minucie

	Liczba zachowań parawerbalnych	Liczba zachowań parawerbalnych / min
Bez FAS	13	2,3
	18	2,9
	28	5,4
	52	8,3
FAS	49	6,9
	58	8
	62	12
	93	14

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Głuszek (2011).

Otrzymane wyniki ilościowe pełniły jedynie funkcję opisową i – z założenia – nie miały mieć charakteru danych statystycznych. Można jednak na ich podstawie postawić hipotezy dotyczące tych obszarów funkcjonowania językowego, które odróżniają dzieci z FAS od dzieci bez tego zespołu i które mogą zostać potraktowane jako swoisty obraz trudności dzieci z FAS w tym obszarze.

Problemy natury językowej u dzieci z FAS wyrażają się przede wszystkim w braku płynności wypowiedzi, w trudnościach znalezienia odpowiednich słów i konstruowaniu prawidłowej składni, także w częstszym posługiwaniu się zwrotami parawerbalnymi czy pauzami. Jak sądzimy, może to być jedną z przyczyn trudności w komunikowaniu się z innymi ludźmi.

Kolejnym krokiem w próbie uchwycenia rodzaju problemów, z jakimi borykają się dzieci z FAS, była analiza odpowiedzi udzielonych na pytania pobudzające

procesy wartościowania. Były to pytania zaczerpnięte z testu „Zachowania” baterii APIS-P. Wypowiedzi dzieci zostały przypisane do jednego z sześciu stadiów rozwoju moralnego według Kohlberga⁵. W tabeli 2 przedstawiamy przykładowe odpowiedzi badanych dzieci na pytanie „Dlaczego nie należy wyśmiewać się z cudzego wyglądu?” oraz przypisany tym wypowiedziom poziom rozwoju moralnego (Głuszek, 2011).

Tabela 2

Odpowiedzi udzielone przez badane dzieci na pytanie „Dlaczego nie należy wyśmiewać się z cudzego wyglądu?”

Dlaczego nie należy wyśmiewać się z cudzego wyglądu?				
Syndrom	Płeć	Wiek	Wypowiedź	Stadium
nie FAS	K	16	To może spotkać każdego.	moralności własnego interesu (s. II)
FAS	K	16	Gdybym się śmiała z kogoś, to pewnie bym go uraziła i zrobiłoby mu się przykro.	moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu (s. III)
nie FAS	K	14	Bo to byłoby niegrzeczne.	moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu (s. III)
FAS	K	13	Bo ktoś może być smutny z tego powodu, bo mogę go zranić.	moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu (s. III)
nie FAS	M	14	Bo możemy wyglądać nielepiej.	moralności własnego interesu (s. II)
FAS	M	14	Bo może to być dla kogoś nieprzyjemne, krępujące.	moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu (s. III)
nie FAS	M	14	Zgodnie z zasadami Biblii, jakim mnie Boże stworzyłeś, takim mnie masz, to nie od osoby zależy jej wygląd.	moralność prawa i porządku społecznego (s. IV)
FAS	M	14	To niegrzeczne.	moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu (s. III)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Głuszek (2011).

Analizując wypowiedzi i dzieci i biorąc pod uwagę ich wiek metrykalny, można przyjąć, że dzieci początkowo uczą się wzorców zachowania i myślenia moralnego poprzez przekazywane im informacje dotyczące jasnego podziału na to, co jest złe, i na to, co jest dobre. Najpierw, w ich ocenie dobre postępowanie to takie, za które

5 Przypis zanonimizowany przez redakcję

dostaje się nagrodę, następnie dobre jest to, co jest zgodne z ich własnym interesem. W wyniku procesów socjalizacyjnych dzieci stają się integralną częścią społeczności. Chcą być w grupie rówieśników w szkole i poza nią, zależy im na dobrych relacjach z innymi ludźmi. Stają się też coraz bardziej samodzielne i coraz rzadziej dostają jasny przekaz dotyczący tego, co jest dobre, a co – złe. Rodzice i inni dorośli wymagają, by były grzeczne, ale to dzieci coraz częściej definiują, co to oznacza. Funkcjonując w różnych sytuacjach, w których w grę wchodzi reguły moralne, odwołują się do zasad charakterystycznych dla wszystkich osiągniętych dotąd stadiów rozwoju moralnego, przy czym najwięcej takich odniesień dotyczy stadium aktualnego. Z czasem stworzą własny, autonomiczny system moralny, który będzie źródłem informacji o tym, jak postępować.

Tak było w przypadku badanych przez nas dzieci, u których nie stwierdzono FAS. Udzielane przez nie odpowiedzi częściej były spontaniczne i zróżnicowane w porównaniu z odpowiedziami dzieci z FAS. Można przyjąć, że te odpowiedzi były odzwierciedleniem rzeczywiście osiągniętego stadium rozwoju moralnego i tym samym wskaźnikiem poziomu operacji myślowych.

Wbrew wcześniejszym założeniom stwierdziliśmy natomiast, że poziom rozwoju moralnego u badanych dzieci z FAS jest nie tyle obniżony, ile ujednoczony i plasuje się w kohlbergowskim III stadium. Charakterystyczny dla tego stadium jest społeczny konformizm i co jest tego konsekwencją – przyjęcie stereotypowej roli grzecznego chłopca lub grzecznej dziewczynki⁶.

Naszym zdaniem u źródeł takiej struktury odpowiedzi leży specyfika środowiska, w jakim dorastały badane przez nas dzieci. W szczególności chodzi tu o oddziaływania rodziców lub opiekunów i ich zasadniczy wpływ na rozwój dzieci. Ze względu na wiele dysfunkcji dzieci z FAS od najmłodszych lat są poddawane intensywnej opiece ze strony rodziców i opieka ta nie ustaje z biegiem czasu. Przypomnijmy, że zgodnie z założeniami Kohlberga brak stymulacji ze strony środowiska i narzucanie przez nie jednego sposobu myślenia mogą być barierą w naturalnym procesie rozwoju moralnego (Power i in., 1991). Badane przez nas dzieci były szczególnie mocno monitorowane przez rodziców, którzy kontrolowali ich zachowanie w domu oraz w miarę możliwości poza domem. Wychowywanie się w takich warunkach sprzyja małej samodzielności i – zgodnie z mechanizmem błędnego koła – przyczynia się do dalszego zwiększania opieki i nadzoru ze strony rodziców czy opiekunów, mimo

6 Była to generalna prawidłowość ujawniająca się w analizach wszystkich wypowiedzi dzieci z FAS.

widocznych negatywnych tego konsekwencji. W efekcie dzieci te nie wychodzą poza stadium moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu.

Dzieci z FAS podlegają zatem silniejszym niż większość rówieśników wpływom rodzicielskim. Taki rodzaj doświadczeń socjalizacyjnych może przyczynić się do tego, że podstawowym sposobem ich adaptacji do nowych sytuacji może być bierne przystosowanie. W konsekwencji, dzieci znajdujące się w sytuacjach wymagających moralnego rozumowania odwołują się przede wszystkim do wyuczonych w procesie socjalizacji wzorców zachowań, które są społecznie pożądane i które były i są przekazywane głównie przez opiekujących się nimi dorosłych. Taki sposób adaptacji pozwala na względną stabilizację w funkcjonowaniu, ale jednocześnie zaciemnia faktyczne trudności, z jakimi zmagają się dzieci. Pozornie bowiem mogą one sprawiać wrażenie lepiej funkcjonujących niż w rzeczywistości.

Jak się wydaje, można zatem zaproponować cztery sposoby wyjaśnienia opisywanej tu obserwacji:

1. dzieci z FAS są otoczone intensywniejszą opieką ze strony rodziców ze względu na towarzyszące temu zespołowi zaburzenia oraz to, że były adoptowane, a ich sytuacja opiekuńcza była bardzo dobra. Stają się przez to mniej samodzielne i bardziej konformistyczne, co jest naturalną konsekwencją wieloletniego podporządkowywania się nakazom dorosłych. Z powodu, czasami subtelnych, uszkodzeń OUN dzieci te może dodatkowo charakteryzować niższy poziom elastyczności myślenia, wnioskowania, umiejętności łączenia faktów czy zmiany zachowania w związku z otrzymanymi nowymi danymi. Można zaryzykować twierdzenie, że dzieci z FAS z ulgą przyjmują opiekę dorosłych, ponieważ umożliwia im ona radzenie sobie z wielością napływających bodźców. Jest sposobem porządkowania ich życia i nie zmusza do wysiłku ponad ich możliwości. Podporządkowanie dorosłym daje im spokój i poczucie bezpieczeństwa;
2. udzielane odpowiedzi są nie tyle odzwierciedleniem uwewnętrznionego poziomu rozwoju moralnego, ile wskaźnikiem wartościowania opartego na zasłyszanych opiniach dotyczących pożądanego zachowania, przejętych od rodziców i opiekunów. To stereotypowe zachowania w odpowiedzi na stereotypowe oczekiwania społeczeństwa (dzieci odpowiadały w taki sposób, jakiego w ich mniemaniu, oczekiwaliśmy);
3. pytania zadawane w wywiadzie skonstruowane były w sposób wyznaczający odpowiedź. Schematy „bądź grzeczny” czy „pomagaj starszym” zostały wzbudzone przez treść zadawanych w wywiadzie pytań. Pytanemu dziecku łatwiej było zgadzać się z sugestią zawartą w pytaniu, niż szukać alternatywnych wyjaśnień. Możliwe, że takie bezrefleksyjne przyznawanie racji i szukanie do tego

konwencjonalnych uzasadnień jest dla dzieci z FAS (z ich częściowo ograniczonymi możliwościami poznawczymi) sposobem radzenia sobie z nadmiernymi wymaganiami środowiska;

4. kompetencje językowe, które u dzieci z FAS są silnie upośledzone, mogą bezpośrednio wpływać na komunikację z otoczeniem, a więc także na przebieg procesu socjalizacji i osiągania dojrzałości moralnej. Jednym ze wskaźników dysfunkcji w tym obszarze może być częstość zachowań parawerbalnych rejestrowanych w czasie badania. Ubogie słownictwo i powtarzające się kłopoty ze znalezieniem odpowiednich słów mogą wywoływać problemy ze złożeniem odpowiedzi na zadawane w badaniu pytania otwarte, które dla dziecka z zaburzonym rozwojem poznawczym są trudniejsze. Mogą wywoływać problemy ze sformułowaniem odpowiedzi, wymagać dłuższego czasu na zastanowienie, zaangażowania większej ilości zasobów mentalnych. Stąd wahanie i częściej występujące zachowania parawerbalne mające dać czas na analizę poznawczą pytania. (por. tab. 1).

OMÓWIENIE

Uszkodzenia OUN u dzieci z FAS są źródłem swoistych trudności diagnostycznych dla specjalistów z obszaru zarówno medycyny, jak i psychologii. Przez wiele lat badacze usiłowali opisać specyfikę uszkodzeń mózgu w tym zespole (Gueri, Bazinet, Riley, 2009). Problem polega na tym, że nie wszystkie badania medyczne pozwalają wychwycić zmiany wywołane w mózgu dziecka spożywaniem alkoholu przez matkę podczas ciąży. Niekiedy uszkodzenia są tak dyskretne, że dopiero swoiste, czułe badania diagnostyczne pozwalają je określić (Gueri i in., 2009).

Na podobny problem napotykają psychologowie w procesie diagnozy i pomocy dzieciom z FAS. W badaniu standardowym, np. podczas badania testem WISC-R, dzieci z FAS mogą osiągać dobre wyniki ogólne. Szczegółowa analiza ich zasobów językowych, operowania językiem czy szybkości procesów myślowych pokazuje jednak, że różnią się one od dzieci zdrowych.

Jak pokazują badania (Gueri i in., 2009), ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym jest źródłem uszkodzeń OUN, a skutki tego są widoczne w procesie rozwoju. W konsekwencji, różne funkcje (szczególnie poznawcze) rozwijają się z opóźnieniem i nie zawsze osiągają poziom odpowiedni do wieku dziecka. Jednym z obszarów, w którym obserwuje się tego typu zaburzenia, jest rozwój kompetencji językowych i myślenia. Obserwowane nieprawidłowości to przede wszystkim opóźniony rozwój mowy, wady wymowy oraz deficyty w zakresie płynności mowy i zasobów pojęciowych.

Wiele dzieci z FAS dobrze maskuje te deficyty. W efekcie mało kto dostrzega, że są one podstawowym źródłem ich problemów wynikających z uszkodzenia OUN. Opiekunowie, rodzice i wychowawcy skarżą się na infantylnie zachowania, otaczanie się młodszymi dziećmi czy brak rozumienia wymagań, jakie są stawiane przed dzieckiem. Tymczasem dziecko, maskując deficyty w obszarze rozwoju społecznego, próbuje dostosować się do niezrozumiałych wymagań otoczenia poprzez naśladownictwo, „wklejanie” – we własne wypowiedzi – cudzych opinii czy też próby wykonania poleceń tak, jak je zrozu miało. Takie zachowanie dziecka często prowadzi do jego karania.

W terapii dzieci z FAS kluczowa jest wczesna i trafna diagnoza, uzupełniania w toku życia. Wczesna diagnoza daje profesjonalistom większe możliwości wyrównywania szans rozwojowych i stymulowania rozwoju dzieci. Istotne jest monitorowanie rozwoju poszczególnych funkcji w cyklu życia. Ważne staje się opisanie tych funkcji, które są dobrze rozwinięte, i tych, które rozwijają się gorzej. Jeśli dysponujemy takim opisem w przypadku konkretnego dziecka, możemy zastanowić się, jak wspomóc pamięć operacyjną, wyrównać deficyty językowe lub związane z liczeniem. Jeśli myślimy, że dziecko jest zdrowe, zwykle nie robimy nic i taki stan jest bardzo niekorzystny dla dzieci z FAS. Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, gdy zakładamy, że kłopoty dziecka wynikają z jego celowego działania lub przywar charakteru. Wtedy nie tylko dziecko nie otrzymuje pomocy, ale bywa, że jest karane za postępowanie, na które nie ma wpływu, gdyż jest ono skutkiem swoistego uszkodzenia OUN.

Postawienie wczesnej diagnozy wymaga szczegółowego wywiadu dotyczącego rozwoju dziecka ze szczególnym uwzględnieniem okresu prenatalnego. Jeśli otrzymamy, nawet tylko pośrednio, informację o tym, że matka dziecka używała alkoholu podczas ciąży, to powinniśmy być szczególnie wrażliwi, oceniając jego rozwój, i brać pod uwagę specyfikę funkcjonowania dzieci z FAS, pFAS czy ARND.

Możemy wreszcie przeanalizować informacje dotyczące rozwoju społecznego (moralnego). Badane przez nas dzieci z FAS nie przekroczyły III stadium rozwoju moralnego, definiowanego w koncepcji Kohlberga. Ich dostosowanie do oczekiwań otoczenia i obserwowana bierność mają negatywne skutki w procesie osiągania samodzielności. Jeżeli jednak deficyty są na tyle poważne, że dzieci mają ograniczone szanse, aby stać się samodzielnymi dorosłymi, to paradoksalnie, zatrzymanie się na III etapie rozwoju moralnego (moralności interpersonalnej harmonii i konformizmu) może stanowić skuteczną barierę chroniącą dzieci z FAS przed uruchamianiem patologicznych zachowań. Istotnym warunkiem są tu oddziaływania otoczenia, które powinny budować jasne i oparte na społecznie akceptowanych wzorcach schematy postępowania. Takie oddziaływania mają duże znaczenie w procesie wychowania.

Dzieci bowiem, naśladowując i imitując zachowania dorosłych, zdobywają wiedzę o tym, jak można się zachować w różnych sytuacjach.

Praca z dziećmi z FAS jest trudna. Z jednej strony borykamy się cały czas z trudnościami diagnostycznymi, z drugiej – z trudną, bo długą i czasochłonną pracą ze zdiagnozowanym już dzieckiem. Praca ta wymaga od opiekunów dużego wysiłku, który można ograniczyć dzięki lepszemu zrozumieniu specyfiki problemów, z jakimi borykają się dzieci z FAS. Mamy nadzieję, że przedstawione badanie pozwoli lepiej zrozumieć ich codzienne zachowania w relacjach z innymi ludźmi, rówieśnikami, nauczycielami i opiekunami.

E-maile autorów: elzbieta.hornowska@amu.edu.pl, teresaszu@poczta.onet.pl, mg.gluszek@gmail.com.

BIBLIOGRAFIA

- Abel, E. L. (1996) *Fetal Alcohol Syndrome. From Mechanism to Prevention*. Nowy Jork, NY: CRC Press.
- Astley, S. J. (2004). *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition*. Seattle, WA: University of Washington.
- Bartel, H. (2019) FASD Mechanizmy komórkowe. Artykuł przeglądowy. *Postępy Biologii Komórki*, 46, 447–482.
- Ciechanowicz, A., Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa, T. (1995). *Bateria Testów APIS-P(R)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Coggins, T. E., Timler, G. R., Olswang, L. B. (2007). Identifying and treating social communication deficits in school – Age children with fetal alcohol spectrum disorders. W: K. D. O’Malley (red.), *ADHD and Fetal Alcohol Spectrum Disorders* (s. 161–178). Nowy Jork, NY. Nova Science Publishers, Inc.
- Cummings, J. L. (1993). Frontal-subcortical circuits and human behavior. *Archives of Neurology*, 50, 873–880.
- DC; 0-3R. (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised Edition*. Waszyngton, DC: ZERO TO THREE Press.
- Głuszek, M. (2011). *Rozwój moralny i społeczne funkcjonowanie dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS)*. Niepublikowana praca magisterska. Poznań: Instytut Psychologii UAM.
- Gregory, R., Colman, A. (1995). *Czucie i percepcja*. Poznań: Z-sk i Spółka.

- Groth, J. (2003). *Rozwój moralny a radzenie sobie ze stresem u nieletnich przestępców*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Guerri, C., Bazinet, A., Riley, E. P. (2009). Fetal alcohol spectrum disorders and alterations in brain and behavior. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 108–14.
- Jadczak-Szumiło, T. (2008). *Neuropsychologiczny profil dziecka z FAS. Studium przypadku*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Jadczak-Szumiło, T. (2009). Zaburzenia sensoryczne u dzieci z FAS. *Integracja Sensoryczna*, 2, 8–12.
- Jadczak-Szumiło, T. (2016). Rozwój mowy u dzieci z FAS. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Jrikowic, T. (2007). Sensory Integration and Sensory Processing Disorders w: K. D. O'Malley (red.), *ADHD and Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Nowy Jork, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Kohlberg, L. (1975). The cognitive-developmental approach to moral education. W: *The Phi Delta Kappan*, 10(56), A Special Issue on Moral Education (s. 670–677). Bloomington: The Phi Delta Kappan.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. W: T. Lickona (red.), *Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues* (s. 31–53). Nowy Jork, NY: Holt, Rinehartand Winston.
- Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J. P. (1968). Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. A propos de 127 cas. *Quest-Médical*, 25, 476–482.
- Liszczyk, K. (2011). *Dziecko z FAS w szkole i w domu*. Kraków: Rubikon.
- Matczak, A., Jaworowska, A., Ciechanowicz, A., Stańczak, J., Zalewska, E. (2005). *Bateria Testów APIS-P(R). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Mattson, S., Riley, E. (1996). Brain anomalies in fetal alcohol syndrome, w: E. L. Abel (red.), *Fetal Alcohol Syndrome. From Mechanism to Prevention*. Nowy Jork, NY: CRC Press.
- Mattson, S., Schoenfeld, A., Riley, E. (2011). Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. *Alcohol Research & Health*, 25(3), 185–191.
- Niedzielski, A., Klimkowski, M. (1994). Stan funkcji poznawczych w zespole uzależnienia alkoholowego. Analiza neuropsychologiczna. W: M. Klimkowski, A. Herzyk, A. (red.), *Neuropsychologia kliniczna* (s. 193–212). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Okulicz-Kozaryn, K., Szymańska, K., Maryniak, A., Dyląg, K., A., Śmigiel, R., Helwich, E., Domin, A., Borkowska, M. i in. (2020). Rozpoznawanie spektrum płodowych

- zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. *Medycyna Praktyczna*, wydanie specjalne, 1/2020.
- O'Malley, K. (2007). (red.). *ADHD and Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Nowy Jork, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Pachalska, M. (2007). *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Tom 1*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Power, C. F., Higgins, A., Kohlberg, L. (1991). *Lawrence Kohlberg's Approach to Moral Education (Critical Assessments of Contemporary Psychology)*. Nowy Jork, NY: Columbia University Press.
- Schonfeld, A., Paley, B., Frankel, F., O'Connor, M. (2006). Executive Functioning Predicts Social Skills Following Prenatal Alcohol Exposure. *Child Neuropsychology*, 12, 439–452.
- Socha, P. (2000). Stadialny rozwój sądów moralnych w koncepcji Lawrence'a Kohlberga. Przegląd i ocena głównych tez. W: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka: fazy życia, osobowość, wiara, religijność* (s.145–164). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Springer, S. P., Deutsch, G. (1998). Lewy mózg i prawy mózg z perspektywy neurobiologii poznawczej. Warszawa: Prószyński i Spółka.
- Streissguth, A. P. (1997). *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*. Baltimore: Books Publishing Co.
- Walsh, K. (2000). *Neuropsychologia kliniczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

SOCIO-MORAL DEVELOPMENT OF YOUNG PEOPLE WITH FAS AND ITS CHOSEN CONDITIONS – QUALITATIVE STUDY

This article presents the results of a study on the social functioning of children diagnosed with Fetal Alcohol Syndrome (FAS). The level of intellectual development of the examined children measured by the WISC-R was at an average or above average level. The research method used was a semi-structured interview including ten questions from the APIS-P battery "Behavior" test. The results of children with FAS were compared with the results of children from the control group, matched in terms of intellectual functioning level. A total of eight children were examined, ranging in age from 13 to 16 years. The results indicate that the sources of specific difficulties in the social functioning of children with FAS should be sought beyond their level of intellectual functioning as measured by an intelligence test. These children may perform well in tests and yet reveal numerous social and developmental problems regardless

of their intelligence score. Therefore, early diagnosis of FAS in children may be a protective factor against the development of further difficulties.

KEYWORDS

FETAL ALCOHOL SYNDROME, MORAL DEVELOPMENT, SOCIAL BEHAVIOR

Cytowanie:

Hornowska, E., Jadczyk-Szumiło, T., Głuszek, M. (2021). Rozwój społeczno-moralny młodzieży z FAS i jego wybrane uwarunkowania – studium jakościowe. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(3), 125–144.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI

www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości