

ZESPÓŁ FAS ZAGROŻENIEM WSPÓŁCZESNEJ RODZINY

Artur Krzyżanowski
Aneta Krzyżanowska

Syndrom FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy) to hasło wzbudzające lęk. Kojarzy się z upośledzeniem umysłowym oraz uszkodzeniem mózgu. W literaturze przedmiotu nazywany jest *ukrytą wadą*, gdyż dzieci z tym syndromem na ogół są miłej powierzchowności, maskując w ten sposób neurologiczne dysfunkcje (Klecka, M., 2007, s.10).

FAS jest to zespół nieprawidłowości, stwierdzany u dzieci niektórych matek spożywających alkohol w okresie ciąży. Pojawia się w wyniku picia alkoholu przez kobiety ciężarne. To jednostka chorobowa obejmująca nieprawidłowości neurobehawioralne oraz zmiany w budowie ciała i organach wewnętrznych (Hryniewicz 2007b).

Jedyną przyczyną występowania FAS jest spożywanie alkoholu przez kobietę w ciąży. Przyszła matka spożywając alkohol, dostarcza go także swojemu dziecku. Alkohol przenika przez łożysko i po około czterdziestu minutach jego stężenie u płodu jest zbliżone do stężenia alkoholu we krwi matki. W czasie, gdy alkohol krąży w organizmie dziecka może nieodwracalnie uszkadzać przede wszystkim jego mózg oraz prowadzić do powstania innych defektów i zaburzeń. Każda ilość wypitego alkoholu w czasie ciąży to ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka. Rodzaj i rozmiar uszkodzeń zależą w dużej mierze od okresu ciąży.



Ryc. 1. Teratogenne uszkodzenia płodu uzależnione od okresu ciąży (Landwójtowicz 2010, s. 328 – 342).

Jeżeli dziecku *uda się* i nie będzie miało FAS, to i tak istnieje duże niebezpieczeństwo wystąpienia nieco lżejszych zaburzeń i uszkodzeń (Hryniewicz 2007b, s.2-3).

Teratologia wyróżnia następujące objawy, występujące w różnym natężeniu zależnie od ilości spożywanego alkoholu przez matkę oraz okresu ciąży w jakim był spożywany. Do najważniejszych objawów pierwotnych zaliczyć można:

- opóźnienie wzrostu, niska waga urodzeniowa, mała głowa w stosunku do wieku, opóźniony rozwój;
- zniekształcenie twarzy (cechy dysmorficzne): krótkie szpary powiekowe, opadające powieki, szeroko rozstawione oczy, krótkowzroczność, zez, krótki i zadarty nos, szeroka nasada nosa, wygładzona skóra między nosem a górną wargą, cienka górna warga, płaska środkowa część twarzy, mała i słabo rozwinięta żuchwa,
- zdeformowane uszy, niedorozwój płytki paznokci, krótka szyja, słaba koordynacja wzrokowo- ruchowa, problemy ze słuchem, deformacja kości i stawów (Klecka 2007, s. 14-15; Landwójtowicz dz. cyt.).

Natomiast objawy wtórne powstające w ciągu życia dziecka to:

- lęk, złość, unikanie, wycofanie, wejście w rolę ofiary lub prześladowcy
- zamknięcie się w sobie, kłamstwa, ucieczki z domu, przerwanie nauki szkolnej
- zależność od innych, chęć zadowolenia innych, impulsywność, skłonność do uzależnień
- choroby psychiczne, depresja, autoagresja
- gwałtowne i szokujące zachowania, tendencje i zachowania samobójcze.

Podsumowując, obserwuje się następujące zaburzenia rozwojowe w funkcjonowaniu dzieci z *FAS* (Landwójtowicz, dz.cyt.):

- zaburzenia motoryki małej
- zaburzenia motoryki dużej
- zaburzenia sensoryczne
- zaburzenia uczenia się
- zaburzenia psychiczne
- trudności językowe
- trudności socjalizacyjne, trudności w funkcjonowaniu



Ryc.2. Morfologia twarzy - dziecko zdrowe / dziecko chore (za: Szuba, 2007)

Środowisko, w tym również rodzina i sposób postępowania z dzieckiem ma duży wpływ na wystąpienie objawów wtórnych. Te objawy mogą być czynnikiem wpływającym na funkcjonowanie osoby z *FAS* (Klecka 2007, s. 15-16).

Dzieci z *FAS*, mające uszkodzenie mózgu doświadczyły działania alkoholu w życiu płodowym. Alkohol prowadzi do zaburzenia proliferacji i migracji komórek mózgowych, czego skutkiem są zaburzenia strukturalne w jego rozwoju. Działanie prenatalne alkoholu może zaburzyć elektrofizjologię i równowagę neurochemiczną mózgu, bodźce wtedy nie są transmitowane tak skutecznie i dokładnie jak powinny (Klecka 2007, s. 6).

Na działanie alkoholu najbardziej narażone jest ciało modzelowate, odpowiedzialne za przekaz informacji pomiędzy prawą i lewą półkulą. Lewa półkula odpowiedzialna jest za zasady, precyzowanie, konsekwencję i porządkowanie myśli. Natomiast prawa półkula odpowiada za emocje, odczuwanie, twórcze myślenie, intuicję i myślenie abstrakcyjne. Ciało modzelowate obu półkulom pomaga współpracować przy podejmowaniu codziennych decyzji. U dzieci z zespołem *FAS* stwierdza się niedorozwój ciała modzelowatego. Osoby takie mają trudności z odróżnieniem lewej strony od prawej. Informacje przepływają powoli i nieskutecznie, w przypadku gdy brakuje wielu połączeń pomiędzy półkulami mózgu. To tłumaczyć może fakt, dlaczego osoba z *FAS* najpierw przystępuje do działania, a dopiero później uświadamia sobie konsekwencję swojego postępowania. Mózdzek odpowiedzialny jest za funkcje motoryczne, czyli za koordynację ruchów oraz równowagę. U dzieci z uszkodzeniem mózdzku występują trudności ze skakaniem na jednej nodze, utrzymywaniem równowagi przy zmianach pozycji, a także przy wchodzeniu i schodzeniu po schodach. Zwoje podstawy są odpowiedzialne za pamięć i procesy poznawcze. Mózg dzieci narażonych na działanie alkoholu w życiu płodowym ma trudności z pamięcią, zwłaszcza krótkotrwałą, która pozwala funkcjonować w codziennym życiu. Hipokamp uczestniczy w procesach uczenia się i pamięci. Płaty czołowe odpowiadają za kontrolę impulsów, osąd oraz za funkcje wykonawcze. Osłabienie funkcji wykonawczych związane jest z uszkodzeniem płatów czołowych i prowadzi m.in. do słabego radzenia sobie w sytuacjach społecznych, niezdolności do spontanicznego rozwiązywania problemu, czy wyciągania wniosków z

wcześniejszych zachowań, słabego kontrolowania impulsów seksualnych, wystąpienia przymusu głośnego mówienia (Klecka 2004, s. 20-22).

Typowym objawem dla dzieci z *FAS* jest nienadążanie w rozwoju umysłowym, społecznym, emocjonalnym w stosunku do wieku metrykalnego. Według zegara biologicznego nie jest on zgodny z zegarem społecznym. Dlatego też długofalowa pomoc i terapia są niezbędne (www.prasa.wiara.pl).

Wiele z nich ma opóźnienia rozwojowe, a nieliczne mają iloraz inteligencji poniżej przeciętnej. Zespół informacji cech morfologicznych bardzo często pokrywa się ze stopniem opóźnień rozwojowych. Jednak grono dzieci z *FAS* ma iloraz inteligencji mieszczący się w tzw. *normie* intelektualnej (www.fas.edu.pl).

Wiele dzieci z *FAS* posiada zaburzone poczucie rytmu dnia, posiadają ograniczoną zdolność *czytania bodźców*, dokonywanie wyborów jest utrudnione. Ze względu na to, że łatwo zaburzyć ich sen, czy rozproszyć uwagę, potrzebują stałości oczekiwań, a co za tym idzie stały plan dnia. Efekt stałości powoduje pewność, daje bezpieczeństwo i ułatwia pamięciowe zasady bieżących zdarzeń, a przy tym nie zmusza do poszukiwań.

Kiedy dziecko jest w stanie opanować wcześniej opisywane działania, dochodzi do wypracowania u nich i kontynuowania codziennych czynności. W ten sposób wypracowana rutyna daje podopiecznym względnie stały, ułożony plan dnia. Dzięki takiej systematyce u dzieci występuje zmniejszona frustracja oraz redukcja nieodpowiednich zachowań.

Osoby z *FAS* posiadają trudności w planowaniu działań, z jednoczesnym brakiem przewidywania ich skutków, które mają swoje odbicie w życiu codziennych działań i zachowań mogących nieść niebezpieczeństwo dla siebie i innych. Takie sytuacje powodują, iż nadzór nad takim dzieckiem powinien być bardziej zaostrzony. Zachowanie jakie prezentują dzieci z *FAS* wywołane jest często przez innych, jak również interpretuje się je jako zaburzenia zachowania związanego z charakteropatią. Jednak warto pamiętać, że większość z nich ma *własne mózgowo podłoże*, powodujące zaburzenia zmysłowo-poznawcze, odruchowe, w zakresie orientacji przestrzennej, poczucia czasu, zaburzenia czucia dotyku i czucia głębokiego, ograniczenia pola widzenia i jakości słyszenia i wiele innych. Bardzo istotnym czynnikiem mającym wpływ na funkcjonowanie takiego dziecka to zaburzenia życia emocjonalnego, spowodowane odrzuceniem przez rodziców biologicznych. Czynniki związane z obniżonym nastrojem, drażliwością, izolacją rodziców biologicznych, poczucie osamotnienia oraz objawy wtórne spowodowane niezrozumieniem przez otoczenie powodują, że życie tych dzieci staje się trudne. Brak sukcesu sprzyja rozwojowi agresji, poprzez którą dziecko z *FAS* manifestuje swój pobyt w społeczeństwie (www.mediweb.pl).

Ze względu na niedorozwój umysłowy dzieci proces nauczania odbywa się indywidualnie w domu. Przeprowadzając taki proces edukacji dzieci mają dogodniejsze warunki do nauki. W wyniku takiego połączenia szkoły z zajęciami ogólnorozwojowymi prowadzi to do lepszej aktywności neurorozwojowej (www.fas.edu.pl).

Mózg dziecka z zespołem *FAS* ma przede wszystkim trudność z gromadzeniem informacji, korzystaniem z doświadczenia, pamięcią (przede wszystkim krótkotrwałą), odpowiednim wykorzystaniem posiadanych informacji. Problemem dla osób dotkniętych syndromem *FAS* jest także myślenie abstrakcyjne, wyobrażenia, myślenie przyczynowo – skutkowe, plastyczność myślenia. Czasem określa się taką osobę określeniem *człowiek zewnętrzny* i jest to adekwatne określenie, choć nie znalazło nigdy zdecydowanego uznania, gdyż nie posiada dostatecznie humanistycznego podejścia do człowieka, i że raczej kojarzy się ze średniowieczem, niż nowoczesnym podejściem do nauki (Kozielski 2000).



Ryc. 3. Mózg dziecka zdrowego / mózg dziecka z zespołem *FAS*, tzw. statyczna encefalografia (za: Szuba, 2007)

W związku z tym, że zespół *FAS*, to przede wszystkim deficyty pamięci, nadrucliwość, słaba kontrola impulsów, ważnym jest, żeby wytworzyć w jednostce cały szereg zachowań wyuczonych, niejako wdrukowanych. Takich, które pomogą w dostosowaniu zachowań jednostki do wymogów życia w społeczeństwie.

Koncepcja S–R (bodziec–reakcja), jakże różna od wyobrażenia o autonomiczności człowieka, szuka przyczyn różnego rodzaju zachowań nie tyle wewnątrz człowieka, co kieruje uwagę na znaczenie środowiska w rozwoju

osobowości jednostki (Kozielski, 2000). W przypadku dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym, pozbawionych przez uszkodzenie mózgu możliwości dopasowywania swoich zachowań do oczekiwań środowiska takie podejście do problemu może oszczędzić wyobcowania i wręcz odrzucenia tychże jednostek na margines. Pamiętając, że osoby z uszkodzeniem mózgu nie posiadają wrodzonej refleksji nad swoim zachowaniem, należy sobie zdawać sprawę z tego, że bardzo często popadają one w konflikt z prawem lub dokonują zamachu samobójczego na własne życie.

Pracując z dzieckiem dotkniętym FAS należy mieć na uwadze (Landwójtowicz, dz. cyt.):

- konieczność dostosowania specyficznych założeń do zdolności percepcyjnych dziecka
- potrzebę zmniejszenia nadwrażliwości sensorycznej (odczuwanie, identyfikowanie, rozróżnianie bodźców) dziecka
- zasadę konsekwencji (powtarzalność bodźca)
- stałość otoczenia (dające dziecku poczucie pewności)
- prowadzenie pomocy polisensorycznej (różnorodność bodźców)
- pomoc dziecku w budowaniu wewnętrznej zinterioryzowanej motywacji.

Ważnym jest zrozumienie, która część mózgu dziecka została uszkodzona w sposób najbardziej znaczący. Takie podejście do problemu, pełna dokumentacja dotycząca specyficznych zaburzeń, obserwacja zachowań pozwoli pomóc w wyjaśnianiu oraz określaniu rodzaju pomocy terapeutycznej. Pozwoli w sposób zorganizowany pomóc dziecku w przystosowaniu do życia (Klecka, 2004).

Behawioryści, nie negując wartości rozwoju wewnętrznego, podkreślają, że środowisko zewnętrzne jest tym, które w bezpośredni sposób wpływa na sterowność zachowań jednostki (Kozielski, 2000).

Przyjmując zasadę, że zachowanie będzie prowadziło do określonych konsekwencji, możemy uznać, że jest to pewien sposób *dotarcia* do nierefleksyjnej, pozbawionej umiejętności wykorzystywania informacji, jednostki. Dziecko, powtarzając wiele razy pewne czynności, niejako wdrukuje je w swój obszar zachowań, a co za tym idzie, uchroni się od wielu zagrożeń i niebezpieczeństw.

Takie podejście, to wytwarzanie swoistych zależności typu S – R. Behawioryści dokonali jeszcze jednego, ważnego odkrycia. Otóż najważniejszym, ich zdaniem, nie był jedynie fakt stwierdzający, że wzmocnienie jest modelatorem zachowania. Opisali wiele możliwości, które stwarza odpowiednie podejście, a które z kolei mogą efektywnie zmieniać zasady funkcjonowania człowieka. Chodzi tu przede wszystkim o tak zwane sterowanie pozytywne. Bez poznania, które bodźce zewnętrzne są odpowiednimi wzmocnieniami dla danych okoliczności, nie można oczekiwać jednak wygranej w walce o sukces (Kozielski, 2000).

Zespół FAS jest rzadko diagnozowany, a jego objawy przypisywane są innym zaburzeniom. W tej sytuacji zdarza się, że nawet jeśli dziecko otrzyma pomoc, to bywa ona nieadekwatna do jego potrzeb, a konsekwencją jest brak efektów pomimo włożonej pracy i dziecka i osoby pomagającej (Hryniewicz 2007a, s. 5).

Z powyższych rozważań można dojść do wniosku, że takie doświadczenia prowadzą u dzieci do braku wiary w swoje możliwości, a u osób pomagających albo do zrzucenia odpowiedzialności za niepowodzenia na dziecko, albo do niskiej oceny swoich kompetencji. Celem niniejszych rozważań jest więc wskazanie możliwości i ukazanie podstawowych metod pomocy dzieciom z FAS.

Podstawową metodą pomocy dzieciom z FAS są techniki behawioralne, gdzie *ważnym założeniem leżącym u podstaw stosowania metod behawioralnych jest nauka nawyków, której efekt zależny jest od rodzaju oddziaływań najbliższego środowiska dziecka* (Hryniewicz, 2000).

Na podkreślenie zasługują dwa elementy:

- modelowanie zachowań, czyli *uczenie się własnym przykładem*
- nagradzanie zachowań właściwych – wzmocnianie i niwelowanie zachowań niewłaściwych poprzez brak nagrody -wygaszanie (Grzesiuk 1994, s. 199).

Techniki behawioralne koncentrują się na konkretnych zachowaniach i umiejętnościach. Ich efekt jest uzależniony od systematyczności, konsekwencji i właściwego stosowania przez dorosłego wzmocnień zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Są one bardzo przydatne w pracy z dziećmi z FAS, które mają szczególne *zapotrzebowanie* na jasność, konkretność, prostotę i powtarzalność (Hryniewicz 2007a, s. 38).

Techniki te przyczyniają się do polepszenia sytuacji społecznej dziecka, co spotyka się z pozytywną reakcją otoczenia, a w konsekwencji zwiększa się szansa na powtarzanie zachowań pożądanых.

Pomocną metodą dla dzieci z FAS jest kinezylogia edukacyjna, nazywana też *gimnastyką umysłu*. Podstawowym jej celem jest zintegrowanie funkcji mózgu poprzez zestaw ćwiczeń ruchowych. Dzieci z FAS sprawiają wrażenie sprawnych ruchowo, kiedy jednak przyjrzymy się im bardziej, to widać, że jest to na ogół ruch ograniczony, ich sprawność jest wybiórcza. Mózg stymulowany jest poprzez ruch i dotyk, a cały program ukierunkowany jest na poprawę sprawności uczenia się poprzez lepsze funkcjonowanie całego mózgu. Odpowiedni, dopasowany do potrzeb dziecka zestaw ćwiczeń psychoruchowych rozwija określone części i sprzyja integracji jego funkcji.

Bardzo ważna jest tu praca całego ciała, czyli ruch, który wpływa korzystnie na poprawne uczenie się i myślenie – jest efektem pracy mózgu i całego ciała (Hryniewicz, 2000). *Kinezylogia edukacyjna uczy i przedstawia w praktyce możliwości wykorzystania naturalnego ruchu fizycznego, niezbędnego do organizowania pracy mózgu i ciała w celu zdobywania nowych doświadczeń (szeroko rozumianego uczenia się) i twórczej samorealizacji jednostki* (Dennison, Dennison 2003, s. 81). Im więcej ruchu i dotyku, tym większych sukcesów możemy oczekiwać w pracy z dziećmi. Kinezylogia edukacyjna przypomina nam, że proces uczenia się, to proces angażujący nie tylko mózg, ale całego człowieka.

Socjoterapia, która nazywana jest *„bezpośrednią formą pomocy między psychoterapią, a treningiem interpersonalnym, adresowaną zwykle do dzieci z zaburzeniami w zachowaniu i przyjmującą postać strukturalizowanych spotkań grupowych, które służą realizacji celów terapeutycznych, edukacyjnych i rozwojowych* (Sawicka 1998, s. 7).

W trakcie spotkań grupowych dzieciom dostarczane są nowe doświadczenia społeczne, które nie tylko uczą nowych umiejętności, ale i przyczyniają się do zmiany obrazu siebie, przez co pełnią funkcję profilaktyczną. Trudne zachowania dzieci mają swoje źródła w przeżywanych w przeszłości lub aktualnie trudnych sytuacjach, stanach deprywacji potrzeb

itp. Dzieci z FAS najczęściej nie mają także możliwości wywiązania się w sposób satysfakcjonujący ze stawianych im obowiązków, nie są w stanie spełnić oczekiwań nieadekwatnych do ich możliwości. To wszystko buduje w dziecku negatywny obraz siebie (Hryniewicz 2007a, s. 40).

Dzieci z FAS uczestniczące w zajęciach socjoterapeutycznych podnoszą jakość swoich kontaktów społecznych oraz zmniejsza się ryzyko wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym w przyszłości.

Inną metodą pomocy dzieciom z FAS jest edukacja matematyczna, nastawiona głównie na rozwój umysłowy i poznawczy. Aby móc w sposób skuteczny uczyć się matematyki, dziecko musi osiągnąć dojrzałość rozumowania na poziomie konkretnym i większość dzieci rozpoczynających naukę w klasie pierwszej weszła już w to stadium rozwojowe. Istnieje jednak pewna grupa dzieci, m.in. z FAS, których myślenie nadal znajduje się na poziomie przedoperacyjnym – one później nabywają umiejętności myślenia na poziomie operacji konkretnych, w przypadku dzieci z FAS – znacznie później (Hryniewicz 2007a, s.41-42).

Wszystkie pomocne metody i techniki w sposób odpowiedni do poziomu rozwoju dziecka rozwijają jego myślenie, tworzą pojęcia, doskonałą umiejętność, a także kształtują dziecięcą odporność, na przykład przy rozwiązywaniu zadań matematycznych (Kolczyńska-Gruszczyk 2000, s. 265-266).

Dzieci z zaburzeniami rozwoju, a w tym także dzieci z FAS potrzebują więcej czasu i dodatkowego wsparcia. Należy więc zwolnić tempo edukacyjne i pozwolić im dojrzeć intelektualnie, bo przecież wolniejszy rozwój nie zawsze oznacza gorzej, ponieważ wiele zależy od działań wspomagających.

Neurostymulacja, to metoda terapii, która opiera się na założeniu istnienia nierozzerwalnego związku pomiędzy umysłem a ciałem. Im dziecko młodsze, tym związek ten jest silniejszy, a jego uszkodzenie wpływa na jakość osiągnięć rozwojowych dziecka. Picie alkoholu przez matkę w okresie ciąży powoduje uszkodzenie mózgu, które nie pozwala na zakończenie jego rozwoju. Neurostymulacja, jako metoda usprawniania dzieci bazuje właśnie na tym nie zakończonym rozwoju mózgu (Hryniewicz 2007b, s. 39).

Rozwój człowieka polega na przechodzeniu z niższych form funkcjonowania do wyższych. Należy pamiętać, że nowa forma nie zastępuje starej – ona się na niej opiera. Jeżeli ta pierwotna forma jest uszkodzona, nieprawidłowa (a tak jest u dzieci z FAS), to nowa struktura, nowy wyższy stopień funkcjonowania rozwinię się w sposób patologiczny (Hryniewicz 2007b).

Z powyższych rozważań można dojść do wniosku, że metoda neurostymulacji jest niezbędna do zredukowania utrwalonych patologicznych wzorców. To metoda, której plan powinien być opracowywany indywidualnie dla każdego dziecka.

Do skutecznych metod pomocy dzieciom z FAS zaliczyć można metody relaksacyjne. Ich celem jest zmniejszanie stanu napięcia psychicznego dzieci, pomoc w zachowaniu wewnętrznej równowagi, a także wywołanie odprężenia. W trakcie jej trwania dzieci uczą się odczytywać wrażenia płynące z mięśni, co w ich przypadku jest ważne, gdyż najczęściej nie zdają sobie sprawy, że są w stanie stałego napięcia. Inne efekty osiągnięte dzięki tej metodzie to poprawa koncentracji uwagi, spokojniejszy sen, kształtowanie umiejętności odpoczynku. Do relaksacji mogą być również używane bajki, muzyka, prace plastyczne (Hryniewicz 2007a, s. 39).

Metoda relaksacji jest bardzo pomocna dzieciom z FAS, ponieważ dzieci z tego typu zaburzeniami szybciej się męczą, są nadpobudliwe i spięte, co niekorzystnie wpływa na ich stan psychiczny.

Dla podsumowania wszystkich omówionych metod, należy pamiętać, że metody pomocy dzieciom z FAS wymagają specyficznego i indywidualnego podejścia do dziecka, innych umiejętności i procesów wychowawczych, a także kompetentnego autorytetu do omówionej problematyki. Dzieci z FAS mają często wiele umiejętności. Są w stanie przy pomocy specjalistów i osób bliskich rozwijać swoje możliwości, ukazując wiele pozytywnych cech i zachowań (Landwójtowicz, dz.cyt.)

BIBLIOGRAFIA

- Dennison E.P i Dennison E. G., (2003), *Kinezylogia Edukacyjna dla Dzieci*, Wyd. Międzynarodowy Instytut Neurokinezylogii Rozwoju Ruchowego i Integracji Oddechów, Warszawa.
- Grzesiuk L., (red.), (1994), *Psychoterapia-Szkoły, Zjawiska, Techniki i Specyficzne Problemy*, PWN, Warszawa.
- Hryniewicz D., (2007a), *Specyfika pomocy psychologicznej – pedagogicznej dzieciom z FAS*, Wyd. Edukacyjne Parpamedia, Warszawa.
- Hryniewicz, D., (2007b), *Dziecko, które nigdy nie dorośnie*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa.
- Klecka, M., (2007), *Ciąża i alkohol. W trosce o Twoje dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa.
- Klecka, M., (2004), *Objawy i wczesne rozpoznanie FAS*, w: *Bliżej przedszkola 4(31)*
- Kolczyńska-Gruszczyk E., (2000), *Dziecięca matematyka – Metodyka i scenariusze zajęć z sześciolatkami w przedszkolu, w szkole i w placówkach integracyjnych*, WSiP, Warszawa.
- Kozielecki J., (2008), *Koncepcje Psychologiczne Człowieka*, Żak, Warszawa.
- Landwójtowicz P., (2010), *Profilaktyka, diagnostyka i terapia dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym (FAS) na przykładzie działań Katolickiego Ośrodka Adopcyjno-Opiekuńczego w Opolu*, w: [red.] Krok D., Landwójtowicz P., *Rodzina w nurcie współczesnych przemian*, Człowiek Rodzina Społeczeństwo nr 17, Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Sawicka K. (red.), (1998), *Socjoterapia*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologicznej Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa.
- Szuba L.,(2007), *Alkoholowy Zespół Płodowy*, www.pbw.waw.pl