

Artykuł nr 3 z dnia 10.08.2023, w ramach projektu o nazwie:

*“Wielkopolski projekt badawczo - rozwojowy w zakresie diagnostyki, rehabilitacji medycznej, terapii, opieki i edukacji dla dzieci i młodzieży ze Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych (FASD), ich rodziców/opiekunów, a także dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem od alkoholu, wynikającym ze złych wzorców funkcjonowania środowiska rodzinnego”*

## Diagnostyka FASD cz. II

W poprzednim artykule opisane zostało jak powinien wyglądać proces diagnostyczny, aby diagnoza FAS/FASD była rzetelna i niepodważalna. W tym artykule przedstawione zostaną procesy diagnostyczne poszczególnych specjalistów wchodzących w skład interdyscyplinarnego zespołu diagnostycznego FAS/FASD.

Do rozpoznania FAS (Alkoholowy Zespół Płodowy), który stanowi diagnozę medyczną sklasyfikowaną pod kodem Q86.0 w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, potrzebne jest rozpoznanie 4 podstawowych kryteriów:

- potwierdzone spożywanie alkoholu przez matkę w ciąży;
- nieprawidłowości w OUN (neurologiczne i/lub funkcjonalne, strukturalne);
- pre- i postnatalny deficyt wagi, wzrostu i obwodu głowy;
- dysmorfie twarzy mniej lub bardziej nasilone (wąskie szpary powiekowe, gładka rynienka podnosowa, wąska czerwien wargowa górna).

Wynik diagnozy FAS/FASD zależy jest od nasilenia poszczególnych kryteriów wymienionych wyżej, w następnym

- |   |                                       |             |         |                 |
|---|---------------------------------------|-------------|---------|-----------------|
| - | FAS                                   | (Płodowy    | Zespół  | Alkoholowy)     |
| - | pFAS                                  | (Częściowy  | Płodowy | Zespół          |
| - | ARND                                  | (Zaburzenia |         | Neurorozwojowe) |
| - | ND-PAE (Zaburzenia Neurobehawioralne) |             |         |                 |

Aby jednak do tego mogło dojść, wszyscy specjaliści interdyscyplinarnego zespołu diagnostycznego FAS/FASD muszą zdiagnozować dziecko i współpracować jako jeden odpowiedzialny za całość diagnozy zespół.

Psycholog bada za pomocą standaryzowanych testów/narzędzi diagnostycznych między innymi rozwój funkcji behawioralnych, motoryki precyzyjnej i lateralizacji, spostrzegania wzrokowego, emocjonalno-społeczny, funkcje poznawcze i wykonawcze itp. Każdy z wymienionych obszarów rozwoju dziecka zostaje dokładnie i szczegółowo opisany. Osoba czytająca diagnozę jest w stanie zgłębić się opinię specjalisty i wyciągnąć z niej wnioski widząc, w której sferze rozwoju psycholog znalazł nieprawidłowości. Opinia psychologiczna to zazwyczaj kilka stron, dzięki którym diagnosta potrafi dokładnie określić zaburzone obszary OUN w swojej specjalizacji. Psycholog również obserwuje i ocenia zachowanie dziecka podczas badania w różnych obszarach: kontakt z diagnostą, emocje, uwaga, współpraca i motywacja czy aktywność – są one integralną częścią badania diagnostycznego. Dzięki literalnie wpisanym danym o dysfunkcjach czy deficytach dziecka w dokumentacji, psycholog, który w przyszłości będzie współpracował z dzieckiem, wie dokładnie co zostało zbadane i jakie obszary wymagają poprawy.

Logopeda również przeprowadza diagnozę dziecka z użyciem standaryzowanych testów/narzędzi diagnostycznych, dokonując oceny m.in.: rozumienia i nadawania mowy, reakcji słuchowych, funkcji różnego rodzaju obszarów mózgu czy artykulacji. Dzięki przeprowadzonemu badaniu diagnostycznemu jest w stanie określić uszkodzenia OUN w swojej dziedzinie. Opis diagnozy, w którym logopeda wskazuje konkretne deficyty, podobnie jak w przypadku diagnoz innych członków interdyscyplinarnego zespołu diagnostycznego, może w przyszłości pomóc kolejnym specjalistom, którzy pracować będą z dzieckiem.

Fizjoterapeuta posiadający prawo wykonywania zawodu, podczas swojego badania przeprowadza podstawowe badanie neurologiczne, wyszukując uszkodzenia w obszarach OUN. Fizjoterapeuta zgodnie ze standardami go obowiązującymi, rozszerza również swoje badanie o sprawdzenie wad posturalnych, dzięki czemu określić można inne problemy dziecka, nad którymi należy pochylić się w dalszej terapii.

Lekarz medycyny poddaje dziecko tzw. diagnozie różnicowej, czyli wykluczeniu innych chorób o podobnych objawach do tych, które daje FAS/FASD. Po przeprowadzeniu badania różnicowego i zapoznaniu się z opiniami poszczególnych specjalistów, to właśnie lekarz jest odpowiedzialny za postawienie lub wykluczenie ostatecznej diagnozy. Oczywiście należy pamiętać, że jest on członkiem całego zespołu diagnostycznego pracującego w systemie interdyscyplinarnym. Jeżeli widzi inne nieprawidłowości, opisuje je w swojej diagnozie i w zaleceniach kieruje do odpowiednich specjalistów.

Aby postawić właściwą diagnozę, niezbędna jest identyfikacja obszarów, w których występują deficyty. Po zbadaniu dziecka przez wszystkich specjalistów, naradzają się oni wspólnie, po kolei omawiając uszkodzenia OUN, które zauważyli u dziecka, podczas przeprowadzanych przez siebie diagnoz. Ilość występujących uszkodzeń jest bardzo ważnym elementem, gdyż musi ona zostać odpowiednio odznaczona w 4-Cyfrowej skali diagnostycznej, na której cztery cyfry odzwierciedlają stopień nasilenia

czterech kluczowych cech wyróżniających FAS/FASD (niedobór wzrostu, dysmorfie twarzy, uszkodzenie OUN, narażenie na alkohol w okresie płodowym).

W 4-cyfrowej skali diagnostycznej znajduje się również tabela do ustalenia czynników pre- i postnatalnych, która nie ma wpływu na postawiony kod diagnostyczny, ale pomaga określić czy do uszkodzeń OUN doszło w życiu płodowym, czy do deficytów rozwojowych dziecka z różnych przyczyn doszło już po narodzinach. Nie jest to obojętne podczas planowania terapii czy procesu edukacyjnego dla młodego człowieka. W określeniu tych czynników bardzo ważna jest wiedza praktyka lub pracownika socjalnego. Zna on realia życia dziecka przebywającego w domu dziecka, pieczy zastępczej itp. i to właśnie on (przy pomocy specjalistów) jest w stanie ocenić czynniki postnatalne, które mogły mieć wpływ na dziecko. Określenie czy do uszkodzenia OUN doszło w życiu płodowym czy już po narodzinach jest niezwykle istotne, ponieważ dzięki temu specjaliści mogą skonstruować odpowiednie zalecenia do pracy z dzieckiem i jego rodziną. Należy pamiętać, że jeżeli są to uszkodzenia prenatalne, należy je odczytywać jako nieodwracalne i odpowiednio dostosować wsparcie terapeutyczne. Jeżeli zaś są to trudności czy deficyty objawiające się podobnie do uszkodzeń OUN, a tak naprawdę będącymi następstwem różnego rodzaju zdarzeń już po narodzinach, to można zniwelować ich skutki dzięki odpowiedniej pracy z dzieckiem oraz całym jego otoczeniem.

Nie od dzisiaj wiadomo, iż alkohol spożywany przez kobietę w ciąży może spowodować nieprawidłowości w rozwoju płodu, dlatego tak ważnym jest całkowita abstynencja nawet na 6 miesięcy przed zajściem w ciążę oraz w jej trakcie.

Pozdrawiamy i zapraszamy do obserwowania strony ..... *(tutaj można wpisać adres dedykowanej strony internetowej)*

mgr Sylwia Ryżewska – Wiceprezes Zarządu Polskiego Instytutu FASD, Certyfikowany Diagnosta i Specjalista FASD