



• z Wami od 33 lat

remedium

Profilaktyka problemowa i promocja zdrowia psychicznego • Nr 6 (387) • czerwiec 2026

Ciało i umysł w pułapce

KAMPAANIA „15 POWODÓW”

Kampania „15 POWODÓW” to inicjatywa Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę poświęcona wpływowi mediów społecznościowych na dzieci i młodzież. Zwracamy uwagę na 15 kluczowych zagrożeń związanych z korzystaniem z platform społecznościowych oraz postulujemy ustanowienie granicy wieku 15+ jako minimalnego wieku dostępu do mediów społecznościowych.

Kampanię uzupełniają emisja reklam społecznych oraz pokazy wystawy „15 POWODÓW”, prezentującej prace 15 artystów i artystek poświęcone zagrożeniom, z jakimi mierzą się dzieci i młodzież w środowisku mediów społecznościowych.



remedium

MIESIĘCZNIK
PROFILAKTYKA PROBLEMOWA
I PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Ministerstwo
Zdrowia



Zadanie współfinansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026
w ramach konkursu przeprowadzonego
przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Redakcja

ul. Mszczonowska 6, 01-254 Warszawa
tel. (22) 836-80-80, faks (22) 836-80-81
e-mail: remedium@etoh.edu.pl
www.remedium-psychologia.pl
www.facebook.com/MiesiecznikRemedium

Redaktor naczelna

dr Patrycja Guevara-Woźniak

Zespół redakcyjny

dr Katarzyna Bocheńska-Włostowska
(z-ca red. nacz.),
Jola Zawór (ORE),
Joanna Graniger- Ptaszkiewicz,
dr Agnieszka Gralewicz,
dr Anna Jarmuszkiewicz, Sylwia Pawłowska,
Roberto Romański (ministerstwo cyfryzacji),
Agata Jabłonowska-Turkiewicz,
Ewa Królak (sekretarz).

Korekta

Katarzyna Kulesza

Opracowanie graficzne

Katarzyna Szarek

Nakład: 1500 egz.

**Zadanie współfinansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-
2026 w ramach konkursu przeprowadzonego
przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania
Uzależnieniom dzięki dofinansowaniu można
pobierać PDF w wolnym dostępie.**

Wydawca



ETOH - Fundacja Rozwoju Profilaktyki,
Edukacji i Terapii Uzależnień
ul. Mszczonowska 6,
01-254 Warszawa, tel. 22 439 91 38

Okładka – źródło: Unsplash

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych,
zastrzega sobie prawo redagowania, skracania tekstów.

Redakcja: (22) 4390311, 604616122;
faks (22) 836-80-81.

Realizacja: OMIKRON Sp. z o.o.

Drodzy Czytelnicy,

Oddajemy w Wasze ręce czerwcowe wydanie *Remedium*, które zbudowaliśmy pod kątem hasła – ciało i umysł w pułapce – pewnie zastanawiacie się Państwo dlaczego. Jednym z najważniejszych zadań profesjonalistów jest umiejętność dostrzegania tego, co nie zawsze widać na pierwszy rzut oka. Musimy najpierw zrozumieć, by skutecznie pomagać. W codziennej pracy psychologów, pedagogów, terapeutów, nauczycieli, pracowników socjalnych i specjalistów profilaktyki spotykamy dzieci oraz młodzież, których trudności bywają błędnie interpretowane jako przejaw złej woli, braku motywacji czy problemów wychowawczych. Tymczasem u podłoża tych zachowań mogą leżeć trwałe zmiany neurorozwojowe, będące konsekwencją prenatalnej ekspozycji na alkohol. To właśnie dlatego czerwcowe wydanie *Remedium* poświęcamy FASD – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych.

Misją *Remedium* od lat jest dostarczanie specjalistom rzetelnej, opartej na wiedzy naukowej refleksji nad zjawiskami, z którymi mierzą się w swojej codziennej praktyce. Wierzmy, że skuteczna pomoc zaczyna się od zrozumienia mechanizmów stojących za ludzkim zachowaniem. Dlatego w tym numerze proponujemy spojrzenie na FASD nie tylko z perspektywy diagnozy medycznej, lecz także edukacji, profilaktyki, terapii oraz systemowego wsparcia osób dotkniętych tym zaburzeniem i ich rodzin.

Choć od pierwszych badań dokumentujących wpływ alkoholu na rozwój dziecka minęło ponad pół wieku, świadomość społeczna dotycząca FASD wciąż pozostaje niewystarczająca. Nadal funkcjonują mity dotyczące „bezpiecznych” ilości alkoholu spożywanego w czasie ciąży, a wiele dzieci i młodych ludzi przez lata nie otrzymuje właściwej diagnozy ani adekwatnego wsparcia. Tymczasem konsekwencje prenatalnej ekspozycji na alkohol obejmują przede wszystkim uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, które wpływają na funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne, często pozostając niewidoczne dla otoczenia.

Szczególna odpowiedzialność spoczywa dziś na specjalistach. To oni najczęściej jako pierwsi mogą dostrzec, że za trudnościami szkolnymi, problemami w relacjach, impulsywnością czy niepowodzeniami wychowawczymi kryją się zaburzenia wymagające zupełnie innego podejścia niż tradycyjne oddziaływania dyscyplinujące. Wczesne rozpoznanie oraz właściwie zaplanowane wsparcie pozwalają ograniczać rozwój wtórnych problemów emocjonalnych i społecznych oraz znacząco poprawiają jakość życia osób z FASD.

Mamy nadzieję, że materiały zgromadzone w tym numerze staną się nie tylko źródłem aktualnej wiedzy, ale również praktyczną inspiracją dla wszystkich Czytelników *Remedium*. Naszym celem jest wspieranie profesjonalistów w budowaniu kompetencji, które przekładają się na trafniejszą diagnozę, skuteczniejszą pomoc i bardziej empatyczne rozumienie osób zmagających się z konsekwencjami prenatalnej ekspozycji na alkohol. Bo tylko wiedza połączona z uważnością pozwala dostrzec człowieka tam, gdzie inni widzą jedynie problem.

Życząc dobrej lektury!

Beata Dązbłaż

redaktor naczelna



Temat miesiąca

Zrozumieć spektrum poalkoholowe s. 2
Maria Engler

Architektura wsparcia – jak pracować z dzieckiem z FASD? s. 5
Magdalena Borkowska

Ucieczka w sieć – dlaczego dzieci i młodzież z FASD są bardziej podatne na rozwój problemowego używania internetu? s. 8
Katarzyna Kulesza

Edukacja/Metody pracy

Zrozumieć spektrum poalkoholowe (FASD) – polecane lektury s. 12
Kamila Hołubowicz

Techniki pracy z dzieckiem s. 15
Ewelina Prędka-Pawlun

Sposoby na wzmocnienie aktywności poznawczej ucznia s. 18
Aleksandra Stolarczyk

Zdrowie to nie opcja dodatkowa. Dlaczego edukacja zdrowotna powinna być obowiązkowa s. 21
Agnieszka Walendzik-Ostrowska

Potrzeby i problemy rozwojowe dzieci i młodzieży

„Mam dość!”. Wypalenie rodzicielskie s. 23
Agata Sierota

Niewidoczne trudności czy manieryzmy i dziwactwa? Dziecko w świecie zmysłów s. 26
Beata Dązbłaż

Od wyśmiewania wyglądu po uderzenia i kradzieże – przemoc rówieśnicza wśród polskich nastolatków – raport z badań Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę s. 29
Agata Jabłonowska-Turkiewicz

Rodzina

Wychować dziecko z FASD. Droga od diagnozy do akceptacji s. 31
Maria Engler



Fot. Freepik

Zrozumieć spektrum poalkoholowe

MARIA ENGLER

Wpływ alkoholu na dzieci w okresie prenatalnym po raz pierwszy opisał pediatra Paul Lemoine w 1968 roku. Udokumentował on stan zdrowia 127 dzieci urodzonych przez pijące kobiety. Niektóre z tych dzieci urodziły się martwe lub zmarły niedługo po urodzeniu. Stan innych był ciężki. Ponad 50 lat temu nie dysponowaliśmy wieloma badaniami na temat wpływu alkoholu na rozwój dziecka w okresie prenatalnym. Nie istniała więc społeczna świadomość zaburzeń poalkoholowych u dzieci.

Na świecie powoli zaczęło się to zmieniać w latach 70., a w Polsce w latach 80. XX wieku, gdy zainicjowano badania na ten temat. Jednak jeszcze przez wiele lat wiedza o szkodliwości alkoholu w okresie ciąży nie była szeroko rozpowszechniona.

FASD to inaczej spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Może ono wystąpić u dzieci, których matki spożywały alkohol w czasie ciąży. Liczne badania dowodzą, że na powstawanie tych zaburzeń większy wpływ niż dawka przyjmowanego alkoholu ma wzorec jego spożywania. Za najbardziej niebezpieczny uznaje się ten polegający na jednorazowym przyjęciu dużej dawki alkoholu (powyżej pięciu standardowych porcji) oraz na regularnym spożywaniu go przez dłuższy okres w mniejszych dawkach. Istnieją badania wskazujące na to, że drugi z tych wzorców jest bardziej niebezpieczny niż pierwszy.

Kilka słów o FASD

Od 2000 roku dla określenia wszelkich zmian, jakie powstają u dzieci, które w okresie prenatalnym były narażone na działanie alkoholu, używane jest pojęcie „spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych” (FASD). Do tego rodzaju zaburzeń zalicza się:

- FAS – płodowy zespół alkoholowy. Jest on związany z występowaniem dysmorfii, czyli zmian w budowie twarzoczaszki, w postaci np. małych szpar ocznych, zmniejszonej czerwieni wargowej górnej czy wypłaszczonej rynienki podnosowej. Aby mówić o FAS, muszą występować minimum trzy zmiany pierwszorzędowe (m.in. te opisane powyżej). Charakterystyczne dla FAS są również zmiany w obszarze poznawczym, które wpływają negatywnie na funkcjonowanie dziecka.
- pFAS – częściowy płodowy zespół alkoholowy. Charakterystyczna dla niego jest mniejsza liczba zmian dysmorficznych. W pFAS również występują deficyty funkcjonalne wiążące się z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, jednak zwykle funkcjonowanie osoby z pFAS jest lepsze niż u osoby z pełnoobjawowym FAS.
- ARND – neurorozwojowe zaburzenia zależne od alkoholu. W tym zaburzeniu nie występują zmiany dysmorficzne pierwszorzędowe. Diagnozę ARND stawia się w przypadku dziecka z obciążonym wywiadem prenatalnym w zakresie spożywania przez matkę alkoholu oraz występujących u niego deficytów w obszarze OUN.

- ARBD – wrodzone wady rozwojowe powiązane z ekspozycją na alkohol w okresie prenatalnym. Do tego rodzaju wad zalicza się m.in. wady serca, nerek, układu moczowo-płciowego czy stawów.

Pod pojęciem FASD kryją się więc wszelkie zaburzenia pojawiające się u dzieci w wyniku prenatalnej ekspozycji na alkohol.

FASD u dziecka a uzależnienie matki

Choć może się wydawać, że problem FASD dotyczy wyłącznie dzieci matek z uzależnieniem od alkoholu, wcale nie musi tak być. Zdarza się bowiem, że kobieta jednorazowo spożyje większą dawkę alkoholu, nie zdając sobie sprawy z tego, że jest w ciąży. Bywa również, że kobieta bez uzależnienia postępuje zgodnie ze szkodliwym mitem mówiącym o dobrym wpływie małych dawek alkoholu na zdrowie i poprzez systematyczne wypijanie „tylko” jednej lampki wina dziennie naraża swoje dziecko na FASD.

FASD może więc dotyczyć większej grupy ludzi niż dotychczas sądzono. Statystyki potwierdzają, że alkohol jest jedną z najczęstszych przyczyn trudności neurorozwojowych. Przyjmuje się, że na naszej planecie rodzi się 8 dzieci z FASD na 1000 żywych urodzeń. WHO podaje, że w Europie jest to 20 dzieci na 1000 żywych urodzeń. Bardzo istotne jest więc popularyzowanie wiedzy na temat szkodliwości wypijania nawet niewielkich ilości alkoholu w okresie ciąży.

FASD a rozwój dziecka

Alkohol jest silną toksyną dla dziecka znajdującego się w prenatalnym okresie rozwoju. Częsteczki alkoholu pokonują barierę łożyska – nie jest więc ono w stanie zapewnić dziecku ochrony. Na tym etapie rozwoju nie posiada ono jeszcze enzymów wątrobowych potrzebnych do odtruwania, co dodatkowo zwiększa negatywny wpływ alkoholu na rozwój dziecka. Warto wiedzieć, że alkohol ma wpływ na transkrypcję genów oraz uszkadza ośrodkowy układ nerwowy.

Oto często występujące u dzieci z FASD objawy będące następstwem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego:

- trudności w łączeniu informacji oraz w zakresie czynności wymagających szybkiego transferu. Do takich czynności zalicza się np. czytanie ze zrozumieniem bądź pisanie i mówienie jednocześnie;
- problemy z uczeniem się czynności automatycznych, czyli procesów, które w wyniku częstego powtarzania ulegają automatyzacji;
- trudności w rozumieniu sytuacji społecznych;
- występowanie drżenia zamiarowego, które objawia się mimowolnymi, nierytmicznymi ruchami, nierzadko o zmiennej amplitudzie. Drżenie zamiarowe najczęściej dotyczy rąk. Problem ten wywiera nega-

tywny wpływ na precyzję ruchów oraz koordynację i tempo działania. Dzieci z FASD nierzadko zmagają się z wolnym tempem wykonywania czynności oraz z wolnym napędem mowy;

- obniżona zdolność zapamiętywania informacji (często wiąże się to z wielokrotnym uczeniem się tego samego materiału);
- różnego typu zaburzenia rozwoju mowy;
- osłabienie funkcji wykonawczych, takich jak: organizacja, planowanie, przewidywanie przyczyn, podejmowanie decyzji, dokonywanie refleksji i myślenie przyczynowo-skutkowe.

Pierwotne i wtórne zaburzenia związane z FASD

Pierwotne zaburzenia związane z FASD łączą się bezpośrednio z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego w prenatalnym okresie rozwoju. Wtórne zaburzenia są zaś następstwem sytuacji, w której uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego spotyka się z niekorzystnym oddziaływaniem środowiska, w którym dziecko się wychowuje.

Do wtórnych zaburzeń dochodzi szczególnie wtedy, gdy dziecko z FASD nie uzyska na wczesnym etapie rozwoju prawidłowej diagnozy i pomocy. Dzieje się tak np. wtedy, gdy przebywa ono w instytucjonalnych formach opieki bądź wychowuje się w dysfunkcyjnej rodzinie.

Wtórne zaburzenia związane z FASD to np.: trudności w budowaniu relacji z osobami, które nie rozumieją specyfiki funkcjonowania człowieka z FASD, agresja i frustracja, których przyczyną mogą być właśnie trudności w relacjach interpersonalnych, doświadczanie odrzucenia społecznego i izolacji, korzystanie z substancji psychoaktywnych, problemy z prawem, bezrobocie itd.

Problem wtórnych zaburzeń związanych z FASD można dobrze wytłumaczyć na przykładzie sytuacji szkolnych. Trudności w sferze pamięci i uwagi zalicza się do pierwotnych zaburzeń związanych z istnieniem FASD. Przyczyniają się one do problemów w nauce. W sytuacji, gdy dziecko nie otrzyma kompleksowej diagnozy oraz nie uzyska wsparcia w kompensowaniu swoich deficytów, może się zdarzyć, że jego trudności będą postrzegane przez nauczycieli jako brak dobrej woli czy lenistwo. Negatywne uwagi z ich strony oraz brak wzmacniania sprawczości i wiary w siebie dziecka prawdopodobnie doprowadzą do tego, że będzie ono postrzegało naukę jako coś stresującego. W efekcie może zacząć wagarować i zmagać się z obniżonym poczuciem własnej wartości. Te zaś problemy określa się jako wtórne zaburzenia związane z występowaniem FASD.

Do pierwotnych problemów pozostających w korelacji z FASD można zaliczyć również małą odporność na stres oraz występowanie trudności w zakresie radzenia sobie z emocjami. Dzieci z FASD nierzadko doświad-



czają nadmiernego pobudzenia emocjonalnego. Swoje emocje często wyrażają w sposób nadmiernie ekspresyjny. W sytuacji, w której dziecko nie otrzyma adekwatnej pomocy w tej sferze, mogą wystąpić wtórne zaburzenia związane np. ze zdrowiem emocjonalnym, uzależnieniami bądź zaburzeniami psychosomatycznymi.

FASD – mniej i bardziej oczywiste trudności

Istniejące u dzieci z FASD uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego często wiążą się z objawami, które wpływają negatywnie na prawidłowe funkcjonowanie dziecka. Objawy te mogą przekładać się np. na trudności z rozumieniem norm, zasad i kontekstów społecznych czy problemy z myśleniem przyczynowo-skutkowym. Takie problemy mogą prowadzić nawet do konfliktu z prawem. Osoby z FASD często są niesprawiedliwie posądzane o celowe łamanie norm. Nierzadko zdarza się bowiem, że ich wygląd nie wskazuje na uszkodzenia OUN – otoczeniu nie przychodzi więc na myśl, że dana osoba zmaga się z poważnymi problemami w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego i społecznego.

Specyfika FASD często wiąże się ze swego rodzaju naiwnością i łatwowiernością oraz przyjmowaniem wszystkiego dosłownie, bez umiejętności prawidłowej oceny szerszego kontekstu danej sytuacji. Wszystko to naraża osoby z FASD na niebezpieczne sytuacje. Brak odpowiedniej pomocy sprawia, że zaburzenia wtórne u dzieci z FASD stają się jeszcze bardziej widoczne. Nierzadko są odbierane jako główny problem dziecka, a nie następstwo zaburzeń pierwotnych i niekorzystnych oddziaływań środowiskowych.

Skuteczna pomoc powinna odpowiadać na konkretne problemy dziecka. Zaburzenia neurorozwojowe wymagają wczesnych oddziaływań usprawniających. Dobry scenariusz polega więc na dokonaniu prawidłowej oceny problemów dziecka niedługo po jego urodzeniu oraz wdrożeniu dobrej opieki, która stanowi profilaktykę zaburzeń przywiązania. Dzieci z FASD mogą mieć bowiem trudności w rytmie snu i czuwania, w sferze jedzenia i odpowiedniego komunikowania swoich potrzeb. Bez zrozumienia mechanizmów tych problemów trudno jest zbudować z dzieckiem bezpieczną więź tworzącą się w pierwszych miesiącach życia właśnie poprzez prawidłowe odczytywanie i reagowanie na jego potrzeby.

Współcześnie wiemy coraz więcej o funkcjonowaniu dzieci i osób dorosłych z FASD, dzięki czemu możemy udzielać im prawidłowego wsparcia. Szukając wiedzy na ten temat, warto zapoznać się z działalnością Centrum Psychologicznego ITEM, założonego przez Teresę Jadczak-Szumilo i Emila Szumilo. Specjaliści ci wypracowali skuteczny model wsparcia i terapii dla dzieci z FASD.

Do wartościowej literatury na temat FASD można zaś zaliczyć m.in. następujące książki:

- T. Jadczak-Szumilo, *Wsparcie dzieci i młodzieży z FASD oraz ich rodzin*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2024.
- T. Jadczak-Szumilo, *Wyzwania dla rodziców adopcyjnych dzieci z FASD*, Fundacja Instytut Nowej Kultury, Warszawa 2020.
- T. Jadczak-Szumilo, K. Kałamajska-Liszczyńska, K. Liszczyńska, *Jak wspomagać dziecko z FASD w edukacji*, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2018.
- T. Jadczak-Szumilo, J. Fudała, *Co powinniśmy wiedzieć o FASD, kiedy pomagamy osobom uzależnionym od alkoholu?*, Warszawa 2021.
- A. Cichoń-Chojnacka (red.), *FASD, spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Lepiej rozumieć, żeby lepiej pomagać. Podręcznik dla pracowników socjalnych, asystentów rodziny i kuratorów*, Studio Profilaktyki Społecznej Adam Rynkiewicz, Kraków 2024.
- M. Tomanik, *FASD. Wsparcie środowiskowe dla dzieci i nastolatków*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2025.

Warto podkreślić, że wiele wartościowych publikacji na temat FASD można bezpłatnie pobrać z internetu. Rzetelne informacje można znaleźć również na stronie internetowej Centrum Psychologicznego ITEM, a także na innych portalach poświęconych tematyce FASD, np. na stronie ciazabezalkoholu.pl. Jest to strona internetowa ogólnopolskiej kampanii edukacyjnej prowadzonej w ramach działań Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Obraz uszkodzeń związanych z FASD nigdy nie jest identyczny u osób z tym zaburzeniem. To właśnie między innymi dlatego diagnozowanie FASD oraz zrozumienie funkcjonowania osób z FASD bywa niełatwym zadaniem. Uszkodzenia powstałe w wyniku prenatalnej ekspozycji na alkohol przybierają rozmaite formy. Zdarza się, że u dziecka występują niewielkie anomalie w budowie ciała, natomiast jego umysłowe funkcjonowanie jest znacznie zaburzone. Dodatkowym problemem jest ryzyko wystąpienia zaburzeń wtórnych oraz traumy relacyjnej. Warto dodać, że dzieci z FASD nierzadko wywodzą się z trudnych rodzin, co sprzyja powstawaniu tego rodzaju traumy. Dlatego tak ważna jest wczesna diagnoza trudności dziecka oraz udzielenie mu wsparcia adekwatnego do istniejących problemów.

Bibliografia

- Jadczak-Szumilo T., *Wsparcie dzieci i młodzieży z FASD oraz ich rodzin*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2024.
- Jadczak-Szumilo T., Fudała J., *Co powinniśmy wiedzieć o FASD, kiedy pomagamy osobom uzależnionym od alkoholu?*, Warszawa 2021.

Architektura wsparcia – jak pracować z dzieckiem z FASD?

MAGDALENA BORKOWSKA

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) jest zaburzeniem neurorozwojowym, które może wystąpić w wyniku prenatalnej ekspozycji na alkohol (PAE – *prenatal alcohol exposure*). Do typowych nieprawidłowości FASD należą zaburzenia fizyczne, behawioralne i poznawcze. FASD określane jest jako „ukryta niepełnosprawność”, gdyż powód powstałych deficytów funkcjonowania dotyczy przede wszystkim mózgu.

Zaburzenie neurorozwojowe – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD)

Zaburzenia powstałe w wyniku ekspozycji na alkohol w życiu płodowym (PAE) mogą uwiadaczać się i nasilać się na różnych etapach rozwoju dziecka. Tym samym różnorodność zaburzeń może przekładać się na funkcjonowanie w grupie, w relacjach, w bezpośrednim kontakcie i możliwościach przyswajania wiedzy. Zrozumienie podłoża deficytów, dobór adekwatnych metod komunikowania się i późniejsza praca z dzieckiem będzie zwiększać szanse jego prawidłowego rozwoju.

Aby uwidocznić zakres możliwych deficytów i wyznań w funkcjonowaniu i adaptacji dziecka z FASD, poniżej przedstawione są możliwe skutki prenatalnej ekspozycji na alkohol (PAE), do których zalicza się:

- zmiany strukturalne i funkcjonalne mózgu,
- zaburzenia w obszarze zdolności motorycznych,
- zaburzenia w obszarze funkcji poznawczych,
- zaburzenia w obszarze kompetencji językowych,
- zaburzenia w obszarze przyswajania wiedzy (osiągnięć edukacyjnych),
- zaburzenia w obszarze pamięci,
- zaburzenia w obszarze uwagi,
- zaburzenia w obszarze funkcji wykonawczych (w tym kontroli impulsów i nadpobudliwości),
- zaburzenia w obszarze regulacji emocji,
- zaburzenia w obszarze zachowań adaptacyjnych i umiejętności społecznych.

Posiadanie aktualnej, potwierdzonej naukowo wiedzy jest szansą adekwatnego wsparcia, działań terapeutycznych oraz właściwego procesu edukacji.

Pamiętajmy, że dzieci z FASD mogą pozostawać w normie intelektualnej, bądź mieć wynik ponad przeciętną, ale nadal przejawiać trudności w „funkcjonowaniu wykonawczym”, które obejmuje zdolności w takich obszarach jak organizacja, planowanie i elastyczność poznawcza. Wszystkie powyższe elementy funkcji wykonawczych mają znaczącą rolę w codziennym życiu. Dlatego też ważne jest, aby wyniki IQ nie stały się jedynym

czy głównym miernikiem FASD, ale aby mieć na uwadze wieloaspektowość zaburzeń związanych z PAE.

Zaburzenia wtórne FASD

Wczesna diagnoza i odpowiednia interwencja mogą znacznie zmniejszyć ryzyko wystąpienia zaburzeń wtórnych w FASD, takich jak:

- opóźnienie rozwoju psychomotorycznego,
- trudności w nawiązywaniu relacji z dorosłymi i dziećmi,
- zaburzenia zachowania,
- problemy z edukacją,
- problemy ze zdrowiem psychicznym,
- kłopoty z prawem,
- problemy ze szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych,
- podatność na wykorzystanie i manipulację.

Powyższe obszary potencjalnych zaburzeń wtórnych obrazują szeroki wachlarz zachowań ryzykownych, problemów z adaptacją czy podążaniem ścieżką rozwojową zgodną z wiekiem chronologicznym. Wczesna diagnoza zmniejsza ilość potencjalnych wyzwań, choć nie jest niestety normą – wiele dzieci z FASD ma postawioną diagnozę w późniejszym okresie niż pierwszych pięć lat życia. Wymogi edukacyjne, kontakty rówieśnicze, oczekiwania środowiska powodują, że dzieci z FASD napotykają ogrom trudności już na początku edukacji szkolnej. Wtedy otoczenie staje się zwykle bardziej czujne i świadome niedostrzeżonych wcześniej zaburzeń.

Niedojrzałość w FASD

Dzieci z FASD może charakteryzować niedojrzałość, co oznacza, że ich wiek chronologiczny nie odpowiada wiekowi, na poziomie którego funkcjonuje ich mózg. Rozbieżność ta natomiast może prowadzić do dysproporcji między oczekiwaniami a możliwościami – choćby w środowisku szkolnym, rówieśniczym, społecznym. Poniższy przykład obrazuje funkcjonowanie 10-letniego dziecka z FASD, w różnych odmiennych obszarach, a punktem porównawczym/wyjściowym jest wiek chronologiczny.





Wiek chronologiczny	10 lat
Język ekspresyjny	12 lat
Umiejętność czytania	6 lat
Umiejętności życiowe / samodzielność	6 lat
Rozumienie pojęcia pieniądza i czasu	4 lata
Kompetencje społeczne	5 lat
Dojrzałość emocjonalna	8 lat

Świadomość i zrozumienie powyższych rozbieżności w funkcjonowaniu dziecka jest podstawą do skomunikowania się z nim, wsłuchania w jego potrzeby i towarzyszenia w codzienności. Brak zrozumienia złożoności FASD powoduje obwinianie, zawstydzanie, stygmatyzację, dyskryminację, co destrukcyjnie wpływa na dobrostan i możliwości adaptacyjne dzieci z FASD i ich rodzin (opiekunów). Kolejnym deficytowym aspektem pozostaje wówczas także metoda edukacyjna czy wsparcie terapeutyczne.

Społeczne etykiety FASD

Ocena zachowań i oczekiwania kierowane wobec dziecka z FASD może bazować na powierzchownym obrazie jego funkcjonowania bez dociekania źródeł istniejących dysfunkcji. Wówczas na liście zachowań i postaw często przypisywanych dzieciom z FASD znajdzie

się między innymi: obwinianie o kłamstwo, brak zaangażowania i słuchania, nieuważność, niedojrzałość, impulsywność czy sztywność w myśleniu. Poniższe wyjaśnienie zachowań dziecka z FASD są bardzo pomocne w jego zrozumieniu.

Po rozpoznaniu przyczyn zachowań, tkwiących w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego dziecka z FASD, w pracy z nim warto korzystać z poniższych wskazówek.

Metody wsparcia dziecka z FASD

1. Udzielaj krótkich i konkretnych instrukcji

Dzieci z FASD często mają trudności z komunikacją, zarówno z mową (artykulacja), jak i z językiem (rozumienie i ekspresja).

- Używaj bezpośrednich i jasnych instrukcji, unikając słów o podwójnym znaczeniu.
Na przykład: zamiast mówić: „uspokój się” lub „zachowuj się”, powiedz: „proszę, przestań mówić”. Zamiast mówić: „nie oddalaj się” lub „znasz zasady”, powiedz: „proszę pozostać na swoim miejscu”.
- Ważne jest również, aby używać krótkich instrukcji lub tylko jedną instrukcję za jednym razem. Zaburzenia pamięci związane z FASD mogą upośledzać zdolność do jednoczesnego przechowywania w pamięci wielu informacji.
Na przykład zamiast mówić: „odłóż książki i posprzątaj biurko”, powiedz: „przestań pisać”; „odłóż

Społeczna etykieta	Rzeczywistość	Ośrodkowy układ nerwowy
kłamiące	konfabulujące	Konfabulacja występuje, gdy mózg nieświadomie pobiera fragmenty informacji z dnia i łączy je w całość, tworząc nowe wspomnienie. Dla osoby z zewnątrz może to brzmieć jak kłamstwo, zmyślenie lub bajka. Dla dziecka z FASD jest to prawdziwe wspomnienie.
niestuchające	deficyty w przetwarzaniu informacji	Deficyty w przetwarzaniu informacji mogą występować w czterech obszarach: gdy informacje są rejestrowane, interpretowane, przechowywane (w pamięci) lub odzyskiwane (wydobywane z pamięci). Dziecko z FASD może potrzebować więcej czasu na przetwarzanie informacji, może nie być w stanie ich w ogóle przetworzyć lub zapamiętać. Gdy przetwarzanie informacji u dziecka jest zaburzone, osoby z zewnątrz mogą postrzegać je jako niestuchające, niezaangażowane.
nieuważne	przebodźcowane	Dziecko z FASD może być bardzo wrażliwe na bodźce sensoryczne. Przeciążenie sensoryczne występuje, gdy ilość hałasu, światła, zapachów lub dotyku sprawia, że dziecko czuje się bardzo niekomfortowo, jest przytłoczone, nie może się skupić, może nawet się „w sobie zamknąć”. Osoby z zewnątrz mogą określić jego zachowanie jako nieuważne, beztroskie czy „izolujące”.
niedojrzałe	dojrzałe adekwatnie do funkcjonowania mózgu	Kiedy wiek chronologiczny danego dziecka wynosi 12 lat, ale wiek rozwojowy, w którym jego mózg funkcjonuje, to 7 lat, jest mało prawdopodobne, aby osiągnęło ono „kamienie milowe” rozwoju dziecka będącego w tym samym wieku chronologicznym. Często tego właśnie doświadczają dzieci z FASD. Kiedy ma trudności z osiągnięciem jakiegoś kamienia milowego – etapu rozwoju, osoby z zewnątrz mogą postrzegać je jako niedojrzałe i zachowujące się nieadekwatnie do swojego wieku.
impulsywne	deficyt myślenia przyczynowo-skutkowego	Dziecko z FASD może nie rozumieć sytuacji społecznej, w jakiej się znajduje, tego jak jego działania wpływają na innych i jaki będzie ich rezultat. Tym samym osoby z zewnątrz mogą postrzegać je jako „impulsywne” w działaniu i zachowaniu.
nierozumiejące	abstrakcja vs. konkret	Pojęcia takie jak czas, pieniądze, sarkazm i metafory są uważane za abstrakcyjne i zwykle pozostają niezrozumiałe bądź rozumiane dosłownie przez dzieci z FASD. Dlatego najlepiej komunikować się prostym językiem i za pomocą konkretnych przykładów.

ołówek”; „zamknij zeszyt ćwiczeń”; „włóż zeszyt ćwiczeń i ołówek do torby”.

- Ważne jest, aby dać dziecku czas na przetworzenie, zrozumienie i wykonanie każdego kroku, zanim przejdzie do następnego.

2. Korzystaj z pomocy wizualnych

Dzieci z FASD mogą mieć trudności z myśleniem abstrakcyjnym, planowaniem i zapamiętywaniem. Korzystanie z pomocy wizualnych, towarzyszących instrukcjom słownym lub treściom abstrakcyjnym, pomoże dziecku z FASD w nauce. Przykładami mogą być: wizualny plan lekcji, wykorzystanie kostki do gry lub monet na lekcjach matematyki.

3. Świadome skupienie uwagi

U dzieci z FASD zdolność do skupiania się i koncentracji może być deficytowa. Przed rozpoczęciem wspólnej czynności (np. tłumaczenia prośby/polecenia, prowadzenia zajęć, czytania bajki itp.) ważne jest zaangażowanie dziecka, aby upewnić się, że słucha i obserwuje. Warto na początku wypowiedzieć imię dziecka.

4. Utrzymanie struktury i rutyny

Dzieci z FASD mogą mieć trudności z adaptacją do zmian lub przełączeniem się na nowe aktywności. Ważne jest utrzymanie spójnej i przewidywalnej rutyny, która pozwoli dziecku z FASD wiedzieć, co będzie dalej, czego może się spodziewać w kolejnym kroku. Taka ustrukturyzowana i troskliwa praktyka może poprawić zdolność dziecka do uczenia się poprzez zmniejszenie lęku i podpowiedzieć dziecku, jak przypomnieć sobie znane zadania. Jeśli rutyna ma zostać przerwana, ważne jest, aby przygotować dzieci z FASD na zmianę (np. w przypadku wycieczki szkolnej, zmiany kolejności lekcji, zmiany harmonogramu dnia).

5. Zapewnij dodatkowy czas na przetwarzanie

FASD może wpływać na zdolność dziecka do przetwarzania informacji. Oznacza to, że dziecko z FASD może potrzebować więcej czasu na przyswojenie i reakcję na bodźce wizualne i słuchowe. Ważne jest, aby dać dziecku dodatkowy czas na odpowiedź na pytanie lub wykonanie zadania czy aktywności.

6. Pozwól na częste przerwy

FASD może zaburzać samoregulację, czyli zdolność do podejmowania świadomych i przemyślanych działań, przy jednoczesnym zachowaniu uwagi i adekwatności emocjonalnej w konkretnej sytuacji. W codziennym funkcjonowaniu może to wpływać na umiejętność zmiany aktywności lub utrzymania uwagi. Częste przerwy (w szczególności obejmujące ćwiczenia fizyczne i ruch) mogą być użyteczną strategią poprawiającą samoregulację i koncentrację, ponadto pozwalają rozładować nadmiar energii.

7. Powtarzanie

FASD wpływa na pamięć, dlatego też dziecko może mieć trudności z przypominaniem sobie nauczonych

wcześniej informacji. Dzieci z FASD mogą pamiętać informacje jednego dnia, ale nie być w stanie ich przypomnieć sobie następnego i nie wynika to z ich uporu czy braku kooperacji. Konsekwentne powtarzanie (wspomagane pomocą wizualną) nowych informacji, umiejętności, instrukcji lub rutynowych czynności może pomóc dziecku utrwalić przyswojone informacje.

8. Spersonalizowane nauczanie

W FASD nie ma typowego wzorca upośledzenia, każdy uczeń ma swoje mocne strony i wyzwania. Ważne są spersonalizowane strategie nauczania, uwzględniające indywidualne możliwości i zainteresowania ucznia. Uczenie się poprzez angażowanie różnych zmysłów, a także różnorodność metod i środków przekazu, jest ważnym elementem całego procesu edukacyjnego. Na przykład dzieci z FASD często osiągają sukcesy w aktywności fizycznej – uprawianie sportu zespołowego w szkole może nauczyć dziecko przestrzegania zasad, współpracy z innymi i rozwijania umiejętności społecznych.

9. Modelowanie, ćwiczenie lub odgrywanie ról

FASD może wpływać niekorzystnie na umiejętności społeczne i emocje dziecka, co z kolei może prowadzić do trudności w relacjach (np. w nawiązywaniu przyjaźni, dziecko może być obiektem drwin lub zastraszania) oraz do niewłaściwych zachowań (np. agresji, zachowań autodestrukcyjnych). Modelowanie, odgrywanie ról lub ćwiczenie sytuacji z życia realnego może być użyteczną techniką nauczania umiejętności społecznych i emocjonalnych. Oto kilka przykładów:

- Scenariusz lub odgrywanie scenki z nadchodzącą sytuacją (np. wycieczki szkolnej), aby dziecko mogło przećwiczyć odpowiedni język i zachowanie w konkretnej sytuacji.
- Modelowanie lub demonstrowanie odpowiedniego kontaktu wzrokowego, tonu głosu, mowy ciała lub manier (np. nieprzerywania) w kontaktach z rówieśnikami.

Ryzyko oddalania się od adekwatnego wsparcia dziecka z FASD:

- **Nadmierne uogólnianie:** istnieje tendencja do definiowania dzieci z FASD wyłącznie na podstawie diagnozy, zapominając o jednostkowych zasobach, mocnych stronach i licznych zdolnościach. Terminy takie jak „uszkodzony”, „beznadziejny”, „społecznie nieudolny”, „niedojrzały” wzmacniają narrację, która nie odzwierciedla prawdziwego potencjału dziecka z FASD.
- **Diagnoza:** to nie etykieta, lecz szansa, zrozumienie i wiedza o podłożu istniejących trudności. Niezmiernie ważna pozostaje tu rola specjalistów jako jednostek budujących dobry wizerunek dzieci z FASD, wspierających tym samym rozumienie specyfiki za-



burzeń wynikających z prenatalnej ekspozycji na alkohol (PAE). Należy pamiętać, że FASD to przede wszystkim zaburzenie mózgu – warto zrozumieć, że funkcjonowanie dziecka wynika z deficytów mózgu, a nie celowego złego zachowania.

- **Ograniczone zasoby wiedzy i kompetencji:** piętno związane z FASD może utrudniać dzieciom dostęp do potrzebnych usług i udogodnień w zakresie edukacji, opieki zdrowotnej, ponieważ specjaliści mogą nie mieć odpowiedniego przeszkolenia lub zrozumienia dla podłoża istniejących trudności. Wiedza i świadomość stają się tu pomostem między dzieckiem/uczniem – nauczycielem/pedagogiem-rodzicem/opiekunem.
- **Obwinianie rodziców (opiekunów):** Dezinformacja merytoryczna i brak komunikacji powoduje, że wyczerpani i zestresowani rodzice (opiekunowie) są dodatkowo postrzegani jako niewydolni wychowawczo a ich umiejętności rodzicielskie określa się jako deficytowe. W rezultacie wsparcie, współpraca i wzajemne słuchanie dają szansę wdrażania adekwatnych strategii edukacyjno-wychowawczych. Warto pamiętać, że tu wszystkie strony relacji (nauczyciel/pedagog-uczeń/dziecko-rodzic/opiekun) potrzebują wsparcia i sprawnej komunikacji.

Bibliografia

Roozen S., Stutterheim S.E., Bos A.E.R., Kok G., Curfs L.M.G. (2020). Understanding the Social Stigma of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: From Theory to Interventions. *Foundations of Science* (2022) 27:753–771 (<https://doi.org/10.1007/s10699-020-09676-y>).

Strona internetowa: <https://learningwithfasd.org.au> (dostęp 7.05.2026).

Borkowska M., Cichoń-Chojnacka A., Dyląg K.A., Jadczak-Szumilo T., Klecka M., Maciejewski T., Palicka I., Przybyszewska K., Szymańska K., Śmigiel R. (2025). Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczna opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Wydanie specjalne 1/2025 *Medycyna Praktyczna, Pediatria* <https://www.mp.pl/pediatric/artykuly-wytyczne/wytyczne/386690,ro-zpoznawanie-spektrum-plodowych-zaburzen-alkoholowych-wytyczne-opracowane-przez-interdyscyplinarny-zespol-polskich-ekspertow> (dostęp 7.05.2026).

Strona internetowa CANFASD: www.canfasd.ca (dostęp 19.05.2026).

Strona internetowa FASD UNITED: www.fasdunited.org (dostęp 19.05.2026).

Ucieczka w sieć – dlaczego dzieci i młodzież z FASD są bardziej podatne na rozwój problemowego używania internetu?

KATARZYNA KULESZA

Internet, jako środowisko oferujące natychmiastową gratyfikację i redukcję napięcia, stanowi dla dzieci z FASD szczególnie atrakcyjną formę aktywności, co zwiększa ryzyko problemowego użytkowania urządzeń mobilnych z dostępem do sieci i aktywności w środowisku online.

Badacze i diagności FAS i FASD wskazują na masywne trudności w funkcjonowaniu tych osób i choć brakuje szczegółowych badań w zakresie uzależnień, w tym behawioralnych, to już z dostępnych wyników badań i obserwacji wynika, że podatność dzieci z FASD na uzależnienia ma charakter wieloczynnikowy i ma swoje źródło w interakcji mechanizmów neurobiologicznych, psychologicznych oraz środowiskowych.

Z czym wiąże się niekonstruktywne używanie internetu

Technologia, smartfony i inne urządzenia mobilne z dostępem do internetu to już dzisiaj codzienność. Nie wyobrażamy sobie naszego funkcjonowania bez ułatwień, jakie dają nam nowe technologie. Z czym wiąże się niekonstruktywne używanie nowych technologii? Na jakie sygnały rodzic powinien zwrócić uwagę? Są to zachowania, które wiążą się z:



Fot. Freepik

- przekraczaniem zalecanego czasu używania urządzeń z dostępem do internetu dla danego wieku,
- przekraczaniem poznawczym lub emocjonalnym zaangażowaniem innych aktywności offline,
- nie ma konkretnych celów, aktywność online jest celem samym w sobie lub służy kontaktowi z treściami nieodpowiednimi dla wieku,
- nie wpływa negatywnie na funkcjonowanie dziecka w świecie offline, chociaż może prowadzić do problemów w przyszłości (Wojtkowska, Gąsiorowska, 2024).

Chociaż większość badań koncentruje się na uzależnieniach od substancji, coraz częściej zwraca się uwagę na podatność osób z FASD na uzależnienia behawioralne. Internet, gry komputerowe czy media społecznościowe oferują szybkie i intensywne wzmocnienia, które są szczególnie atrakcyjne dla osób z zaburzeniami układu nagrody i kontroli impulsów. Świat wirtualny charakteryzuje się również niskim poziomem wymagań społecznych oraz możliwością natychmiastowej gratyfikacji, co czyni je szczególnie „dopasowanym” do profilu funkcjonowania dzieci z FASD. Dodatkowo możliwość unikania bezpośrednich interakcji społecznych sprawia, że internet staje się dla nich bezpieczniejszą przestrzenią funkcjonowania.

Czas i korzyści emocjonalne korzystania z sieci przez dzieci i nastolatki

Dzieci i młodzież nie znają świata bez dostępu do sieci, a warto wskazać, że coraz młodsze dzieci, mam na myśli grupę nawet od 0 do 6 lat, zaczynają poznawać urządzenia mobilne. A im wcześniejsza inicjacja, tym większe ryzyko uzależnienia i innych deficytów, które są spowodowane negatywnym wpływem urządzeń mobilnych na rozwijający się mózg dziecka, a potem nastolatka i młodego dorosłego. Badanie „Brzdąc w sieci” (Rowicka, Bujalski, 2020)

pokazało, że ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54 proc.) korzysta z urządzeń mobilnych. Odsetek ten rośnie wraz z wiekiem dziecka. Przykładowo, w grupie dzieci poniżej 1 roku z urządzeń mobilnych korzysta zaledwie 12% dzieci, w grupie dzieci 24–47 miesięcy ok. 60 proc., a w grupie 48–72 jest to już trzynaście na czworo dzieci. Warto zauważyć, że znacząca większość dzieci (75 proc.) korzysta z urządzeń mobilnych, które są online.

Liczne badania, ale także obserwacje codziennego funkcjonowania nastolatków pokazują, że ich czas korzystania z sieci staje się coraz dłuższy. Badanie Nastolatki 3.0 (Ładna i in., 2025) pokazało, że obecnie młodzi ludzie korzystają z internetu średnio 4 godz. i 59 min. w dni powszednie, a w weekendy już 5 godz. i 16 min. Warto dodać, że obecność w sieci nie przeszkadza nastolatkom w jednoczesnym wykonywaniu innych zadań czy czynności – dla ponad połowy nastolatków (58 proc.) jest to częsta lub bardzo częsta praktyka. Ponadto z badania wynika, że 36 proc. nastolatków wykazywało wysoki lub bardzo wysoki poziom objawów problematycznego korzystania z internetu (PUI), a 5 proc. bardzo wysoki. Najczęstszym symptomem była utrata kontroli nad ilością czasu spędzanego online. Ponad połowa nastolatków (55 proc.) mówiła o potrzebie ograniczenia używania smartfonu, a 52 proc. przyznało, że korzystało z telefonu dłużej, niż to było zaplanowane. Natomiast objawy emocjonalnego przywiązania i fizycznych konsekwencji nadmiernego używania telefonu występowały u ok. 25 proc. nastolatków.

Czynniki zwiększające ryzyko uzależnienia u dzieci i młodzieży z FASD

Czas korzystania z internetu jest jednym z czynników, które mają wpływ na ryzyko uzależnienia. Ważne są także korzyści emocjonalne i zaspokajanie potrzeb. Jednak moment wejścia w świat cyfrowy ma przełożenie





na sposób korzystania z internetu, na rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dzieci. Tym bardziej, gdy mówimy o grupie dzieci i młodzieży, dla których jest to czas rozwoju tożsamości, emocjonalności i regulacji emocji, samoświadomości, ale też kontroli własnych zachowań i umiejętności przewidywania konsekwencji decyzji i podejmowanych działań. Nadużywanie technologii może prowadzić do uzależnienia, zachowań ryzykownych oraz trudności w funkcjonowaniu młodych ludzi. Jest to sytuacja, która niesie ze sobą duże ryzyko dla dzieci i młodzieży z FAS i FASD z powodu opóźnionego rozwoju wynikającego z ekspozycji na alkohol w okresie prenatalnym. Jak podaje psycholog i diagnosta FASD Małgorzata Klecka (2013), „FASD jest trwałym uszkodzeniem mózgu, które wpływa na rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dziecka”. Konsekwencje tego zaburzenia wykraczają także poza dzieciństwo i obejmują zwiększone ryzyko problemów psychicznych oraz zachowań ryzykownych, w tym uzależnień. A w zależności od rodzaju i głębokości uszkodzeń neurologicznych i układu nerwowego, także nabywanie nowych umiejętności w rozpoznawaniu i regulowaniu emocji oraz funkcjonowaniu społecznym będą deficytowe. Badania kanadyjskie (Popova i in., 2020) wskazują, że osoby z FASD są bardziej podatne na rozwój uzależnień – i od substancji psychoaktywnych, i behawioralnych. Co na to wpływa?

Czynniki neurobiologiczne

Ważnym, być może najważniejszym źródłem nasilenia ryzyka uzależnień, w tym problemowego używania internetu i zwiększonego korzystania z urządzeń mobilnych, są zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego. Zwłaszcza dotyczy to układu nagrody. Bowiem ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym powoduje zaburzenia w pracy neuroprełożników o ośrodkowym układzie nerwowym i osłabia dostarczanie do mózgu dopaminy. W przełożeniu na funkcjonowanie w życiu codziennym oznacza to, że takie osoby potrzebują silniejszych bodźców i natychmiastowych wzmocnień do uzyskiwania poczucia satysfakcji (Klecka, 2013; Burd, Popova, 2019).

Kluczowym czynnikiem zwiększającym podatność dzieci z FASD na uzależnienia są zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego. Alkohol działający na rozwijający się mózg płodu prowadzi do trwałych uszkodzeń struktur odpowiedzialnych za kontrolę zachowania. Dodatkowo u osób z FASD obserwuje się deficyty w zakresie funkcji wykonawczych, związane z nieprawidłowym rozwojem płatów czołowych. A czego dotyczą funkcje wykonawcze? W dużej mierze odpowiadają za odpowiednie planowanie, samokontrolę i podejmowanie działań. Zaburzenia tych funkcji mają bezpośredni związek z trudnościami w przewidywaniu konsekwencji własnych zachowań, hamowaniu reakcji oraz obniżoną kontrolą impulsów, która stanowi jeden

z głównych czynników ryzyka rozwoju uzależnień (Okulicz-Kozaryn i in., 2021).

Czynniki psychiczne i emocjonalne

Innym istotnym obszarem, jeśli chodzi o podatność na uzależnienia, są trudności emocjonalne. Dzieci z FASD mają problemy w zakresie regulowania własnych emocji, co prowadzi do frustracji, napięcia i często niekontrolowanych reakcji (Liszczy, 2011). Dla osób, które mają trudności w regulacji emocji i kontroli impulsów, środowisko online, dające niemal natychmiastową gratyfikację, może być szczególnie atrakcyjne i trudne do kontrolowania. U dzieci z FASD występuje podwyższony poziom lęku, frustracji oraz obniżona samoocena. Problemy te wynikają zarówno z uszkodzeń neurologicznych, jak i z doświadczeń środowiskowych, takich jak niestabilność opieki czy odrzucenie społeczne (Kambeitz i in., 2019). Dodatkowo te czynniki niekorzystnie wpływają na samoocenę, zwiększając trudności w radzeniu sobie z porażką (często przy niskiej samoocenie niepowodzenia nie są postrzegane jako przeszkody, które można pokonać, tylko dowód na to, że jest się niewystarczająco dobrym, aby sobie poradzić z tym oraz innymi wyzwaniami). Warto dodać, że przy obniżonej samoocenie występuje często nadwrażliwość na stres. W konsekwencji dzieci z FASD częściej sięgają po strategię radzenia sobie o charakterze unikowym, polegające na poszukiwaniu szybkiej ulgi emocjonalnej. A to z kolei jest mechanizmem, który powoduje zwiększoną podatność na uzależnienia, w tym problemowe używanie internetu. Zanurzenie w świat wirtualny może pełnić funkcję regulacyjną – pomagać w redukowaniu napięcia i poprawie nastroju, co niestety sprzyja utrwalaniu się wzorca uzależnieniowego. Jak wskazuje Katarzyna Liszczy (2011) „zachowania ryzykowne mogą pełnić funkcję regulacji emocjonalnej u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi”. Dzieci, które mają trudności z emocjonalnością, tym bardziej mogą poszukiwać szybkich sposobów na zredukowanie napięcia. Internet oferuje całe bogactwo takich możliwości – od gier, w tym gier hazardowych, mediów społecznościowych, szybkich kontaktów z innymi użytkownikami sieci, lajków itd.

Czynniki społeczne i środowiskowe

Dzieci i młodzież z FASD mają nie tylko trudności w rozumieniu i dostosowywaniu się do norm społecznych, ale często doświadczają przebywania w środowiskach niestabilnych. Co to znaczy? Bardzo duża liczba dzieci z FASD znajduje się w pieczy zastępczej. Często doświadczyły różnego rodzaju przemocy (fizycznej, psychicznej, emocjonalnej, w tym zaniedbania), braku stabilności w środowisku rodzinnym, zmiany miejsc zamieszkania i opieki osób dorosłych. Dodatkowo trudności w rozumieniu norm społecznych oraz deficyty kompetencji interpersonalnych prowadzą do problemów w re-

lacjach rówieśniczych i szkolnych. A to niestety wpływa negatywnie na ich trudności rozwojowe. W efekcie dzieci z FASD mogą doświadczać izolacji społecznej i są narażone na sytuacje odrzucenia. To wpływa w konsekwencji na kierowanie się w stronę odnalezienia alternatywnych form kontaktu i aktywności, takich jak świat internetu (Kambeitz i in., 2019; Klecka, 2013; Dyląg, Klecka, Palicka, 2023). W środowisku cyfrowym osoby z FASD mogą zaspokoić potrzebę przynależności i kontaktów społecznych. Anonimowość w sieci powoduje to, że niekoniecznie są to kontakty z rówieśnikami. Dlatego, jak podkreślają badacze i diagności – kluczowe jest zrozumienie specyfiki funkcjonowania dziecka z FASD, aby móc zapobiegać wtórnym zaburzeniom, w tym zachowaniom ryzykownym związanym z problemowym użytkowaniem internetu.

Sygnaty świadczące o problemowym użytkowaniu internetu

Jest wiele sygnałów świadczących o problemowym użytkowaniu urządzeń mobilnych z dostępem do internetu. Oczywiście, biorąc pod uwagę specyfikę funkcjonowania dzieci i młodzieży z FASD, warto zwrócić uwagę na to, że niektóre reakcje u tych osób mogą być gwałtowniejsze i trudniejsze do wyciszenia. Niektóre zaś mogą wynikać z innych trudności i deficytów związanych z zaburzeniami bezpośrednio wynikającymi ze szczególnego funkcjonowania z FASD. Na co warto zwrócić uwagę?

Przede wszystkim na coraz dłuższy czas spędzany online mimo ustalonych zasad, trudności w przerywaniu aktywności w sieci, korzystanie z urządzeń w ukryciu, a także rezygnacja z dotychczasowych aktywności na rzecz korzystania z sieci. Sygnałami emocjonalnymi, które powinny zaniepokoić opiekuna, są: silna irytacja, złość lub agresja przy próbie ograniczenia korzystania z internetu, wyraźne pogorszenie nastroju i zwiększone napięcie, frustracja, natomiast obserwowana widoczna ulga lub poprawa nastroju po powrocie do sieci. Internet, jako środowisko oferujące natychmiastową gratyfikację i redukcję napięcia, stanowi dla dzieci z FASD szczególnie atrakcyjną formę aktywności, co zwiększa ryzyko rozwoju uzależnienia. Z tego względu działania profilaktyczne powinny uwzględniać specyfikę funkcjonowania tej grupy, kładąc nacisk na rozwijanie kompetencji emocjonalnych, wsparcie środowiskowe oraz wprowadzanie jasnych struktur i zasad korzystania z technologii (Wojtkowska, Gąsiorowska, 2024).

Podsumowanie

Polscy badacze i specjaliści w diagnozowaniu FAS i FASD u dzieci i młodzieży wskazują na różne, wieloczynnikowe deficyty w obszarze funkcjonowania psychicznego i społecznego. Interakcja wielu czynników

na rozwój tych dzieci powoduje, że stanowią one grupę szczególnie narażoną na rozwój uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych. Wynika to z nakładania się i wzajemnego oddziaływania czynników neurobiologicznych (związanych z uszkodzeniem układu nerwowego i mózgu), psychologicznych (związanych z trudnościami z kontrolowaniem emocji, hamowaniem impulsów) oraz społecznych (są to sytuacje, kiedy dzieci narażone są na brak kontaktu z responsywnym opiekunem, sytuacje porzucenia i przebywanie w niekorzystnym dla siebie środowisku). Warto na koniec jeszcze raz podkreślić, że urządzenia mobilne z dostępem do internetu jako dające natychmiastową gratyfikację i będące źródłem regulacji emocji, stanowią szczególne zagrożenie dla tej grupy osób.

Bibliografia

- Buchnat M., Wojciechowska A., *Fazy rozwojowe dziecka a możliwości funkcjonowania poznawczego dziecka z FAS/FASD*. Fundacja Medycyna i Sztuka, <https://fmis.org.pl/edukacja/> (dostęp: 21.06.2026).
- Dyląg K.A., Klecka M., Palicka I. (2023). *FASD. Podręcznik dla pracowników oświaty*. Warszawa: KCPU. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/02/FASD-%E2%80%93-podrecznika-dla-pracownikow-oswiaty.-Red.-dr-n-med.-K.-Dylag-dr-n-med.-M.-Klecka-dr-n-o-zdr.-I.-Palicka.pdf> (dostęp: 22.06.2026).
- Klecka M. (2013). *FASD – Kompendium wiedzy dla rodziców i specjalistów*. Warszawa: PARPA.
- Liszczyk, K. (2011). *Dziecko z FAS w rodzinie i szkole*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Ładna, A., Kamiński, K., Roślaniec, K., Wrońska, A., Błażej, M., Jankiewicz, A., Konopczyński, F., Nawrot, M. (2025). *Nastolatki. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów i rodziców – raport badawczy*. NASK – Państwowy Instytut Badawczy. <https://www.nask.pl/aktualnosci/co-dzieci-robia-w-sieci-nowy-raport-nastolatki> (dostęp: 26.06.2026).
- Okulicz-Kozaryn, K., Maryniak, A., Borkowska, M., i in. (2021). *Rekomendacje diagnostyczne FASD w Polsce. Medycyna Praktyczna, wydanie specjalne*. <https://kcpu.gov.pl/fasd/polskie-kryteria-diagnostyczne-fasd/#zawartosc> (dostęp: 25.06.2026).
- Popova, S., Lange, S., Shield, K., Mihic, A., Chudley, A. E., Mukherjee, R.A.S., Bekmuradov, D., & Rehm, J. (2020). Health, social and legal outcomes associated with fetal alcohol spectrum disorder. *Alcohol and Alcoholism*, 55(4), 457–464.
- Rowicka M., Bujalski M. (2020). *Raport z badania „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat”*. Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, <https://kcpu.gov.pl/badanie/brzduc-w-sieci-zjawisko-korzystania-z-urzadzen-mobilnych-przez-dzieci-w-wieku-0-6-lat/#tresc> (dostęp: 25.06.2026).
- Wojtkowska, A., Gąsiorowska, A. (red.). (2024). *Profilaktyka, diagnoza i terapia e-uzależnień wśród dzieci i młodzieży. Praktyczny podręcznik dla specjalistów pracy z dziećmi i ich rodzinami*. Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487690>



Zrozumieć spektrum poalkoholowe (FASD) – polecane lektury

KAMILA HOŁUBOWICZ

Jeszcze kilkanaście lat temu wiedza o FASD w Polsce była domeną stosunkowo niewielkiego grona specjalistów. Choć lekarze, psychologowie, pedagodzy i terapeuci od dawna zwracali uwagę na konsekwencje prenatalnej ekspozycji na alkohol, temat ten rzadko przebiegał się do szerszej świadomości społecznej. Dziś sytuacja stopniowo się zmienia. O spektrum poalkoholowych zaburzeń rozwojowych mówi się coraz częściej w gabinetach psychologicznych, szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, rodzinach zastępczych i adopcyjnych.

Rosnąca świadomość społeczna sprawia jednak, że pojawia się nowe pytanie: skąd czerpać rzetelną wiedzę? W gąszczu poradników, materiałów internetowych i publikacji naukowych warto sięgać po książki, które nie tylko wyjaśniają istotę FASD, ale przede wszystkim pomagają zrozumieć codzienne doświadczenia dzieci, młodzieży i ich opiekunów.

W niniejszym zestawieniu przedstawiamy cztery publikacje, które – choć różnią się zakresem tematycznym i grupą docelową – wzajemnie się uzupełniają, tworząc wartościową biblioteczkę dla wszystkich osób zainteresowanych problematyką FASD.

Omawiane publikacje

- **Krzysztof Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu* (2011)** – jedna z pierwszych polskich publikacji poświęconych funkcjonowaniu dzieci z alkoholowym zespołem płodowym w środowisku rodzinnym i szkolnym.
- **Anna Piekacz, *Wielowymiarowość diagnozy i terapii FASD* (2020)** – opracowanie prezentujące współczesne podejście do diagnozy i terapii osób ze spektrum poalkoholowych zaburzeń rozwojowych.
- **red. Katarzyna Dyląg, Małgorzata Klecka, Iwona Palicka, *FASD – podręcznik dla pracowników oświaty* (2022)** – publikacja przygotowana z myślą o nauczycielach, pedagogach i psychologach szkolnych.
- **Małgorzata Tomanik, *FASD. Wsparcie środowiskowe dla dzieci i nastolatków* (2025)** – najnowsza z omawianych książek, skupiona na praktycznych rozwiązaniach środowiskowych dla dzieci i młodzieży z FASD.

Od diagnozy do codziennego wsparcia

Co ciekawe, cztery omawiane publikacje tworzą swoistą oś rozwoju polskiej refleksji nad FASD. Od pionierskiej książki Krzysztofa Liszcza z 2011 roku, przez opracowanie Anny Piekacz z 2020 roku, podręcznik dla pracowników oświaty z 2022 roku, aż po najnowszą pu-

blikację Małgorzaty Tomanik z 2025 roku. Razem pokazują, jak bardzo zmieniło się rozumienie spektrum poalkoholowych zaburzeń rozwojowych – od koncentracji na objawach i trudnościach dziecka do spojrzenia uwzględniającego diagnozę, terapię, edukację oraz wsparcie środowiskowe.

To również interesujący obraz zmieniającego się podejścia do osób z FASD. Współczesne publikacje coraz wyraźniej odchodzą od postrzegania problemu wyłącznie przez pryzmat medycyny. Zamiast skupiać się jedynie na skutkach prenatalnej ekspozycji na alkohol, coraz częściej zwracają uwagę na jakość relacji, środowisko wychowawcze, edukację oraz budowanie systemu wsparcia wokół dziecka i jego rodziny.

„Dziecko z FAS w szkole i w domu” – Krzysztof Liszcz

Spośród omawianych publikacji książka Krzysztofa Liszcza ma już status pozycji niemal klasycznej. Autor jest psychiatrą, terapeutą, pionierem działań na rzecz rozpoznawania FASD w Polsce, a także ojcem adopcyjnym i zastępczym. To połączenie wiedzy specjalistycznej i osobistych doświadczeń sprawia, że publikacja zachowuje swoją wartość mimo upływu lat.

Książka ukazała się w czasie, gdy wiedza o FAS i FASD dopiero przebiegała się do szerszej świadomości pedagogów i rodziców. Dziś wiele informacji diagnostycznych zostało rozwiniętych przez nowsze badania, jednak podstawowe przesłanie autora pozostaje aktualne.

Największą wartością publikacji jest jej praktyczny charakter. Liszcz nie zatrzymuje się na definicjach i klasyfikacjach. Skupia się przede wszystkim na codziennych wyzwaniach związanych z wychowywaniem i edukacją dziecka z FAS. Pokazuje, jak trudności wynikające z uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego wpływają na zachowanie, proces uczenia się oraz relacje społeczne.

Autor zwraca uwagę na problem dobrze znany rodzicom i nauczycielom: zachowania dziecka bywają in-



terpretowane jako przejaw złej woli, lenistwa lub braku wychowania. Tymczasem ich źródłem często są ograniczenia wynikające z funkcjonowania mózgu.

To niezwykle cenna perspektywa. Pozwala przejść od pytania: „Dlaczego ono tego nie robi?” do znacznie bardziej konstruktywnego: „Co sprawia, że nie jest w stanie tego zrobić?”.

Szczególnie interesujące są fragmenty dotyczące funkcjonowania dziecka w szkole. Autor podkreśla konieczność indywidualizacji wymagań, planowania działań edukacyjnych i stałego monitorowania postępów ucznia.

Mocną stroną książki jest również jej autentyczność. Liszcz nie opisuje problemów wyłącznie z perspektywy gabinetu lekarskiego. W książce wyraźnie wybrzmiewa doświadczenie człowieka, który przez lata towarzyszył rodzinom wychowującym dzieci z FASD.

Choć część danych czy terminologii może dziś wymagać uzupełnienia o nowsze źródła, książka zachowuje aktualność dzięki swojej uniwersalnej refleksji nad funkcjonowaniem dziecka z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego.

Dla kogo?

- nauczyciele,
- pedagodzy szkolni,
- rodzice adopcyjni i zastępczy,
- osoby rozpoczynające poznawanie problematyki FASD.

„Wielowymiarowość diagnozy i terapii FASD” – Anna Piekacz

Jeżeli książka Liszcza pokazuje codzienność dziecka z FASD, publikacja Anny Piekacz pomaga zrozumieć mechanizmy stojące za tym funkcjonowaniem.

Autorka od wielu lat zajmuje się problematyką diagnozy i terapii osób ze spektrum poalkoholowych zaburzeń rozwojowych. Jej książka prezentuje współczesne spojrzenie na FASD jako złożone zaburzenie neurorozwojowe, którego nie da się sprowadzić do pojedynczych objawów ani uniwersalnych metod terapii.

To ważne rozróżnienie. W praktyce oznacza odejście od poszukiwania jednego rozwiązania dla wszystkich osób z FASD. Spektrum poalkoholowe obejmuje bowiem bardzo zróżnicowane profile funkcjonowania. Niektóre osoby zmagają się głównie z trudnościami poznawczymi, inne z regulacją emocji, funkcjonowaniem społecznym lub planowaniem działań.

Jedną z największych zalet książki jest właśnie ukazanie tej różnorodności. Autorka przekonuje, że skuteczna pomoc wymaga indywidualnego spojrzenia na potrzeby konkretnego dziecka.

Publikacja zwraca również uwagę na znaczenie prawidłowej diagnozy. W polskiej rzeczywistości dzieci z FASD bywają błędnie postrzegane jako niegrzeczne,

niezdyscyplinowane lub nadpobudliwe. Bez właściwego rozpoznania trudno jednak planować skuteczne działania terapeutyczne i edukacyjne.

Na uwagę zasługuje także podkreślanie znaczenia środowiska. Piekacz pokazuje, że rozwój osób z FASD zależy nie tylko od stopnia uszkodzeń neurorozwojowych, ale również od jakości relacji, stabilności otoczenia i obecności zaangażowanych opiekunów.

Publikacja ma bardziej specjalistyczny charakter niż książka Krzysztofa Liszcza, pozostaje jednak dostępna dla szerokiego grona odbiorców zainteresowanych pogłębionym spojrzeniem na problematykę FASD.

Dla kogo?

- psycholodzy,
- terapeuci,
- pedagodzy specjaliści,
- studenci kierunków społecznych i medycznych,
- osoby poszukujące pogłębionej wiedzy o diagnozie i terapii.

„FASD – podręcznik dla pracowników oświaty” – red. Katarzyna Dyląg, Małgorzata Klecka, Iwona Palicka

W ostatnich latach coraz częściej podkreśla się, że szkoła jest jednym z najważniejszych środowisk funkcjonowania dziecka z FASD. To właśnie tam ujawnia się wiele trudności związanych z koncentracją uwagi, pamięcią roboczą, planowaniem działań, organizacją pracy, regulacją emocji czy funkcjonowaniem społecznym.

Uczeń z FASD często trafia do klasy jako dziecko komunikatywne i chętne do współpracy. Z czasem jednak zaczyna doświadczać niepowodzeń edukacyjnych, problemów organizacyjnych i trudności w relacjach z rówieśnikami. Bez odpowiedniej wiedzy nauczyciele mogą interpretować takie zachowania jako przejaw lenistwa, braku motywacji lub nieprzestrzegania zasad.

Podręcznik pod redakcją Katarzyny Dyląg, Małgorzaty Kleckiej i Iwony Palickiej powstał właśnie po to, by pomóc pracownikom oświaty lepiej zrozumieć specyfikę funkcjonowania uczniów z FASD.

Publikacja łączy aktualną wiedzę naukową z praktycznymi wskazówkami dotyczącymi codziennej pracy nauczyciela. Autorzy wyjaśniają, w jaki sposób uszkodzenia neurorozwojowe wpływają na zachowanie dziecka, jego zdolność uczenia się oraz funkcjonowanie w grupie.

Szczególną wartością podręcznika jest odejście od oceniania ucznia przez pryzmat problemowego zachowania. Autorzy zachęcają do spojrzenia na dziecko z perspektywy jego rzeczywistych możliwości poznawczych i emocjonalnych.

Dużo miejsca poświęcono praktycznym rozwiązaniom możliwym do zastosowania w klasie szkolnej. Czytelnik znajdzie wskazówki dotyczące organizacji przestrzeni edukacyjnej, sposobu formułowania poleceń,



planowania procesu nauczania oraz wspierania ucznia w sytuacjach trudnych emocjonalnie.

Istotnym elementem publikacji jest także podkreślanie znaczenia współpracy między szkołą, rodziną i specjalistami. W przypadku ucznia z FASD skuteczna pomoc wymaga bowiem spójnych działań podejmowanych przez wszystkich dorosłych zaangażowanych w jego rozwój.

W kontekście edukacji włączającej jest to jedna z najbardziej potrzebnych publikacji dostępnych obecnie na polskim rynku.

Dla kogo?

- nauczyciele wszystkich etapów edukacyjnych,
- pedagodzy i psycholodzy szkolni,
- dyrektorzy szkół i placówek oświatowych,
- pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych,
- studenci pedagogiki i pedagogiki specjalnej,
- osoby zainteresowane edukacją włączającą.

„FASD. Wsparcie środowiskowe dla dzieci i nastolatków” – Małgorzata Tomanik

Najnowsza spośród omawianych publikacji została wydana przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL w 2025 roku. Już sam tytuł wskazuje na kierunek współczesnych zmian w myśleniu o FASD.

Małgorzata Tomanik koncentruje się nie tyle na samym zaburzeniu, ile na funkcjonowaniu dziecka i nastolatka w jego codziennym środowisku. W centrum uwagi znajdują się relacje rodzinne, edukacja, rozwój społeczny oraz organizacja systemu wsparcia.

Publikacja obejmuje bardzo szeroki zakres rozwojowy – od narodzin do 19. roku życia. Dzięki temu czytelnik może przesledzić, jak zmieniają się potrzeby dziecka z FASD na kolejnych etapach życia i jakie działania wspierające są najbardziej adekwatne w danym okresie rozwojowym.

Jednym z najciekawszych elementów książki jest koncepcja akomodacji środowiskowych. Autorka pokazuje, że skuteczna pomoc nie polega wyłącznie na terapii dziecka. Równie ważne jest odpowiednie dostosowanie otoczenia – sposobu komunikacji, organizacji dnia, wymagań edukacyjnych czy zasad funkcjonowania.

Podejście to odzwierciedla współczesne tendencje w pracy z osobami z FASD, akcentujące znaczenie środowiska i adekwatnych dostosowań. Coraz częściej podkreśla się bowiem, że celem nie jest „naprawianie” dziecka, lecz tworzenie warunków umożliwiających mu wykorzystanie własnego potencjału.

Autorka zwraca również uwagę na rolę opiekunów. Pokazuje, że skuteczne wsparcie nie ogranicza się do kilku godzin terapii tygodniowo. Kluczowe znaczenie mają codzienne relacje, przewidywalność otoczenia oraz wiedza osób odpowiedzialnych za wychowanie dziecka.

Publikacja stanowi interesujące uzupełnienie wcześniejszych polskich opracowań, kierując uwagę na środo-

wisko życia dziecka i budowanie wokół niego spójnego systemu wsparcia.

Dla kogo?

- rodzice i opiekunowie,
- nauczyciele,
- pedagodzy,
- terapeuci,
- osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą.

Od której książki zacząć?

Osoby rozpoczynające poznawanie problematyki FASD najczęściej skorzystają z książki Krzysztofa Liszcza, która w przystępny sposób wprowadza w codzienne doświadczenia dzieci i ich opiekunów. Nauczycielom szczególnie przydatny będzie *FASD – podręcznik dla pracowników oświaty*, natomiast psychologowie i terapeuci znajdą wiele wartościowych treści w publikacji Anny Piekacz. Z kolei książka Małgorzaty Tomanik pokazuje najnowsze kierunki myślenia o wsparciu środowiskowym i może stanowić cenne uzupełnienie wiedzy dla wszystkich grup odbiorców.

Od wiedzy do zrozumienia

Każda z omawianych książek pokazuje FASD z nieco innej perspektywy. Krzysztof Liszcz koncentruje się na codziennym funkcjonowaniu dziecka w domu i szkole. Anna Piekacz pomaga zrozumieć złożoność diagnozy oraz terapii. Autorzy podręcznika dla pracowników oświaty przekładają wiedzę na język praktyki szkolnej. Małgorzata Tomanik pokazuje znaczenie środowiska wspierającego rozwój dziecka i nastolatka.

Razem tworzą one spójną opowieść o tym, czym naprawdę jest FASD. Współczesne publikacje coraz wyraźniej pokazują, że spektrum poalkoholowych zaburzeń rozwojowych nie jest wyłącznie problemem medycznym. To złożone zaburzenie neurorozwojowe wpływające na funkcjonowanie dziecka w rodzinie, szkole i środowisku społecznym.

Wszystkie omawiane książki łączy jedno przesłanie: FASD nie kończy się na diagnozie. To rzeczywistość, z którą dziecko, jego rodzina, nauczyciele i specjaliści mierzą się każdego dnia. Im większa wiedza i zrozumienie, tym większa szansa na stworzenie warunków pozwalających osobom z FASD rozwijać swoje możliwości.

W tym sensie książki poświęcone spektrum poalkoholowych zaburzeń rozwojowych są czymś więcej niż źródłem informacji. Stają się narzędziem budowania świadomego, wspierającego i odpowiedzialnego otoczenia. A właśnie od takiej zmiany myślenia zaczyna się prawdziwa pomoc.

Autorka jest badaczem społecznym, menedżerką projektów sektora publicznego i NGO z zakresu zdrowia, działań społecznych i kultury, praktyczka dobrostanu



Techniki pracy z dzieckiem

EWELINA PRĘDKA-PAWLUN

FASD u dzieci to trwałe zaburzenia rozwojowe wynikające z ekspozycji płodu na alkohol; obejmują szerokie spektrum trudności fizycznych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych, które wpływają na funkcjonowanie dziecka przez całe życie. FASD nie jest jedną diagnozą, lecz zbiorem różnych zaburzeń, które mogą różnić się nasileniem i obrazem klinicznym.

Dlatego każde dziecko z FASD może prezentować inny zestaw trudności — od problemów z koncentracją po poważne zaburzenia rozwoju. Najważniejsza w pracy z dzieckiem z FASD jest architektura wsparcia — czyli stworzenie takiego środowiska, które kompensuje deficyty, wzmacnia mocne strony i daje dziecku przewidywalność. W niniejszym artykule zostaną zaprezentowane najważniejsze techniki pracy z dzieckiem oraz przykładowy scenariusz zajęć terapeutycznych.

Fundamenty pracy z dzieckiem z FASD

Architektura wsparcia dla dzieci z FASD powinna polegać na systemowym, międzyresortowym modelu pomocy, który łączyłby działania zdrowia, edukacji, rodziny i polityki społecznej, tak aby dziecko i jego opiekunowie otrzymywali spójne, długofalowe wsparcie.

Czym jest „architektura wsparcia” w FASD?

To zorganizowany, wielowarstwowy system, który obejmuje diagnozę, terapię, edukację, wsparcie rodziny oraz działania instytucjonalne. Jego celem jest zapewnienie dziecku z FASD środowiska, które kompensuje deficyty wynikające z uszkodzeń OUN i wspiera możliwie najlepszy rozwój (Borkowska, 2019).

Publikacje ORE (2024) podkreślają, że pomoc musi być systemowa, bo trudności dzieci z FASD dotyczą wielu obszarów jednocześnie.

Główne filary architektury wsparcia:

1. System ochrony zdrowia.

Obejmuje:

- wczesną diagnostykę FASD (konsultacje z zakresu pediatrii, psychiatrii dziecięcej, neurologii),
- dostęp do terapii: neuropsychologicznej, logopedycznej, integracji sensorycznej,
- monitorowanie zdrowia psychicznego i somatycznego.

Resort zdrowia odpowiada za szkolenie personelu i tworzenie standardów diagnostycznych.

2. System edukacji.

Szkoły i przedszkola powinny zapewniać:

- dostosowania edukacyjne wynikające z opinii/orzeczeń,
- wsparcie psychologiczno-pedagogiczne,
- indywidualizację nauczania,
- szkolenia dla nauczycieli dotyczące specyfiki FASD.

Dzieci z FASD często mają trudności z funkcjami wykonawczymi (planowaniem i organizacją zadań), pamięcią roboczą i regulacją emocji, dlatego edukacja musi być strukturalna i przewidywalna.

3. System rodziny i polityki społecznej.

Obejmuje:

- wsparcie rodzin biologicznych, zastępczych i adopcyjnych,
- szkolenia dla opiekunów,
- pomoc asystenta rodziny,
- wsparcie finansowe i środowiskowe.

System rodziny podkreśla znaczenie stabilnego środowiska i edukacji rodziców w zakresie regulacji emocji i zachowania dziecka.

4. System sprawiedliwości.

Ważny szczególnie w przypadku nastolatków z FASD, którzy mogą mieć trudności z oceną konsekwencji i impulsywnością. Resort sprawiedliwości wskazuje na konieczność specjalistycznych programów wsparcia i edukacji. System sprawiedliwości może wspierać poprzez:

- monitoring sytuacji rodzinnej,
- wsparcie kuratora,
- szybkie reagowanie na sygnały przemocy,
- edukację rodziców i opiekunów.

Techniki pracy z dzieckiem

Najskuteczniejsze techniki pracy z dzieckiem z FASD opierają się na strukturze, przewidywalności, prostocie komunikatów oraz dostosowaniu środowiska do ograniczeń wynikających z uszkodzeń OUN (Klecka, 2015).

1. Struktura i przewidywalność.

Dzieci z FASD mają trudności z funkcjami wykonawczymi, planowaniem i przewidywaniem konsekwencji. Dlatego kluczowe są:

- stałe rutyny dnia,
- jasne zasady,
- powtarzalne schematy,
- uprzedzanie o zmianach (np. „za 5 minut kończymy zabawę”).

Badania i praktyka kliniczna podkreślają, że przewidywalne środowisko znacząco obniża stres i zachowania trudne.





Fot. Freepik



2. Proste, jednoznaczne komunikaty.
Dzieci z FASD często dosłownie interpretują język i mają trudności z pamięcią roboczą.

Skuteczne techniki:

- krótkie polecenia (1 krok),
- unikanie metafor,
- powtarzanie i sprawdzanie zrozumienia,
- wspieranie komunikatów obrazem (piktogramy, zdjęcia).

ORE (Ośrodek Rozwoju Edukacji) podkreśla, że wsparcie językowe jest jednym z kluczowych obszarów pracy.

3. Dostosowanie środowiska zamiast „naprawiania zachowania”.

Zachowania trudne wynikają z deficytów neurologicznych, a nie ze złej woli.

Dlatego skuteczne są:

- ograniczenie bodźców (hałas, chaos),
- jasne strefy aktywności (nauka, odpoczynek),
- wizualne plany dnia,
- organizery i podpowiedzi krok po kroku.

To podejście jest fundamentem współczesnych modeli wsparcia FASD.

4. Techniki behawioralne dostosowane do FASD.

Klasyczne metody behawioralne często zawodzą, jeśli nie są odpowiednio zmodyfikowane.

Wśród najskuteczniejszych działań wyróżnia się:

- natychmiastową informację zwrotną,
- nagrody za małe kroki,
- konsekwencje krótkoterminowe,
- modelowanie zachowań.

Dzieci z FASD mają trudność z odroczonej gratyfikacją, dlatego wydawane polecenia powinny być bardzo krótkie i konkretne.

5. Regulacja emocji i redukcja stresu.

Dzieci z FASD łatwo się przeciążają. Pomagają:

- techniki oddechowe,
 - przerwy sensoryczne,
 - „kącik wyciszenia”,
 - nauka rozpoznawania sygnałów z ciała.
6. Wsparcie edukacyjne oparte na neuropsychologicznym profilu dziecka.
ORE i KCPU wskazują konkretne strategie:
- uczenie przez działanie,
 - dzielenie zadań na mikro-kroki,
 - wielozmysłowe metody nauki,
 - częste powtórki,
 - praca na konkretach zamiast abstrakcji.
- Są to kluczowe strategie, bo dzieci z FASD mają trudności z myśleniem abstrakcyjnym i generalizacją.
7. Współpraca z rodziną i spójność oddziaływań. Skuteczność technik rośnie, gdy:
- szkoła i dom stosują te same zasady,
 - opiekunowie są szkoleni,
 - istnieje stały kontakt ze specjalistami.
- Publikacje ORE (2024) podkreślają, że wsparcie rodzin jest jednym z filarów systemowej pomocy.

Przykładowy scenariusz zajęć terapeutycznych

Cel główny – wzmocnienie regulacji emocji, koncentracji, funkcji wykonawczych oraz poczucia sprawczości poprzez krótkie, przewidywalne aktywności (Borkowska, 2019).

Cele szczegółowe:

- dziecko ćwiczy rozpoznawanie i nazywanie emocji,
- rozwija umiejętność pracy krok po kroku,
- uczy się korzystać z narzędzi wspierających samoregulację,
- doświadcza sukcesu w krótkich zadaniach.

Potrzebne materiały: karty obrazkowe, sylwetka człowieka, słoik spokoju, klocki lub proste materiały konstrukcyjne, piktogramy planu zajęć.



1. Rytuał powitania (5 min)

Cel: obniżenie napięcia, wprowadzenie przewidywalności.

Przebieg:

- Stała formuła: „Dziś zrobimy trzy rzeczy: najpierw..., potem..., na końcu...”.
- Wspólne ustalenie sygnału stop (np. kartka STOP).
- Krótka aktywacja: „Jaką masz dziś energię?” — dziecko wybiera obrazek (np. bateria pełna/pół/niempełna).

2. Ćwiczenie regulacyjne – „Oddech pudełkowy” (5 min).

Cel: obniżenie pobudzenia, przygotowanie do pracy.

Przebieg:

- Rysujesz kwadrat.
- Wspólnie oddychacie: 4 sekundy wdech – 4 zatrzymanie – 4 wydech – 4 zatrzymanie.
- Dziecko rysuje własny „oddechowy kwadrat”.

3. Rozgrzewka poznawcza – „Znajdź i dopasuj” (10 min).

Cel: ćwiczenie koncentracji, pamięci roboczej i pracy na konkretach.

Materiały: obrazki, karty, przedmioty.

Przebieg:

- Dziecko dopasowuje pary (np. zwierzę–młode, emocja–wyraz twarzy, czynność–przedmiot).
 - Zawsze jedno polecenie na raz.
 - Po każdej parze krótka pochwała opisowa: „Znalazłeś dwie rzeczy, które pasują — świetna koncentracja”.
- ### 4. Zadanie główne – „Kroki do celu” (15–20 min).

Cel: rozwijanie funkcji wykonawczych (planowanie, sekwencje, organizacja).

Przykładowe aktywności:

- zbudowanie prostego modelu z klocków według wzoru,
- wykonanie mini-przepisu (np. kanapka, koktajl),
- ułożenie historyjki obrazkowej,
- stworzenie „emocjonalnego termometru”.

Przebieg:

- A. Pokazujesz 3 obrazki przedstawiające kolejne kroki.
 - B. Dziecko wykonuje krok 1 → pochwała → krok 2 → pochwała → krok 3.
 - C. Na koniec wspólne podsumowanie: „Co było najłatwiejsze? Co pomogło ci dokończyć?”.
- ### 5. Ćwiczenie emocjonalne – „Mapa mojego ciała” (10 min).

Cel: rozwijanie świadomości sygnałów z ciała i wczesnej regulacji.

Przebieg:

- Dziecko dostaje sylwetkę człowieka.
- Zaznacza kolorem, gdzie czuje: złość, radość, napięcie, zmęczenie.
- Krótka rozmowa: „Co pomaga, gdy tu jest napięcie?”.

6. Wyciszenie – „Słoik spokoju” (5 min).

Cel: nauka samoregulacji i domykania aktywności.

Przebieg:

- Dziecko potrząsa słoikiem z brokatem i obserwuje, jak opada.
- W tym czasie wykonuje powolne oddechy.
- Terapeuta nazywa: „Twój oddech robi się spokojniejszy, tak jak brokat”.

7. Podsumowanie i rytuał zakończenia (5 min).

Cel: wzmocnienie poczucia sukcesu i przewidywalności.

Przebieg:

- Dziecko wybiera jedną rzecz, która mu się udała.
- Terapeuta dodaje pochwałę opisową.
- Stała formuła: „Dziś zrobiłeś... Następny razem zaczniemy od...”.

Podsumowanie

Architektura wsparcia dla dzieci z FASD to spójny, wielosektorowy model, który łączy zdrowie, edukację, rodzinę i system społeczny. Jego celem jest stworzenie stabilnego środowiska, które kompensuje deficyty i wspiera rozwój dziecka na każdym etapie. Architektura wsparcia musi być systemowa, bo FASD to zaburzenie, które wpływa jednocześnie na: rozwój mózgu, zachowanie, uczenie się, zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne. Techniki pracy z dzieckiem z FASD muszą być proste, przewidywalne, wizualne i oparte na dostosowaniu środowiska, a nie na wymaganiu od dziecka umiejętności, których neurologicznie nie posiada. To podejście jest zgodne z aktualną wiedzą naukową i praktyką terapeutyczną.

Bibliografia

- Borkowska M., FASD – diagnoza, terapia, wsparcie, Warszawa: PZWL, 2019.
- Fundacja Fastryga, Dziecko z FASD – poradnik dla rodziców i nauczycieli. Warszawa, 2018.
- Klecka M., Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych. Diagnoza i postępowanie terapeutyczne, Warszawa: PARPA, 2015.
- Mattson S., FASD and the Brain: A Neuropsychological Approach, New York: Academic Press, 2019.
- PARPA, FASD. Jak pracować z dzieckiem z FASD w domu i szkole, Warszawa, 2020.
- Riley, E., Clarren, S., Weinberg, J. (Eds.), Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Interdisciplinary Perspectives, New York: Springer, 2011.

Autorka: Ewelina Prędka-Pawlun – psycholog – terapeuta skoncentrowany na rozwiązaniach, trener technik pamięciowych dla dzieci i młodzieży, terapeuta metodą EEG Biofeedback, diagnosta ADHD oraz certyfikowany diagnosta ADOS-2



Sposoby na wzmocnienie aktywności poznawczej ucznia

ALEKSANDRA STOLARCZYK

Postawy dają szansę obserwacji, przeżywania, interioryzowania i wdrażania określonych zachowań. Stanowią one o wychowaniu młodego odbiorcy, gdyż: „musi dotyczyć człowieka – pewnej całości będącej podmiotem swych doznań, myśli, chcień [sic!] i działań” (*Edukacja wobec dyplematów...*, 1999, s. 19).

Wyróżnione w cytacie cechy podmiotowości: zdolność doznawania, formułowania myśli, wzbudzenia w sobie chcenia i woli działania, aktywnego udziału w procesie twórczym – porządkują proces przyswajania wiedzy i doskonalenia kompetencji miękkich rozwijanych w działaniach w przestrzeni szkolnej.

Dynamika edukacji

Organizacja zajęć opartych na co najmniej trzech płaszczyznach nauczania – uczenia się pozwala wdrożyć uczniów do umiejętności myślenia krytycznego jako „pełnej ewaluacji sytuacji, zdarzenia, informacji” (*Praktyczny przewodnik po myśleniu krytycznym...*, 2022, s. 13). Pierwsza z nich: „wiedzieć, co...” – określa przygotowanie specjalisty: znajomość podstawy-fundamentu, na którym wznosi się omawiany problem, zdolność wychodzenia poza to, co w nim wyrażone, umiejętność takiego uporządkowania lekcji, które umożliwi uczniom ocenę. Druga perspektywa nauczania obejmuje zakres: „wiedzieć, że...” i określam ją jako (samo)świadomość nauczyciela tyjącą się powagi edukacji w wychowaniu dojrzałego uczestnika procesu edukacji, trudności w przewyżczeniu niechęci udziału w komunikacji, konieczności bycia „obok”. Trzecia perspektywa to: „wiedzieć, jak...”. Jest ona pochodną refleksji nad dwiema pozostałymi i obejmuje: przygotowanie do podjęcia dialogu, dążenie do pobudzenia dojrzałości ucznia i jego emocjonalnego zaangażowania w (samo)rozwój.

W niniejszym materiale prezentuję trzy autorskie propozycje czynnego udziału uczniów w poznanie – definiowane tu jako wysiłek intelektualny, kompilacja wiedzy i umiejętności oraz identyfikacja postaw stanowiących o zdolności do wyrażenia opinii. Pragnę zaznaczyć, że omówione tu pomysły – choć są mocno osadzone w przestrzeni edukacji polonistycznej etapu ponadpodstawowego – przy zastosowaniu zasady analogii i przeniesienia – mogą zostać wykorzystane w pracy na innym przedmiocie szkolnym.

Światy (nie)odległe

W ramach ćwiczenia podsumowującego pracę z utworem literackim proszę swoich podopiecznych o zredago-

wanie wywiadu złożonego z dziesięciu pytań (i odpowiedzi) zaadresowanych do wybranego bohatera powieści. Uczniowie pracują samodzielnie lub w parach i wchodzą w podwójną rolę, tj. dziennikarza i interlokutora (postaci literackiej). Co ważne – przyjmują perspektywę współczesną, a to z kolei oznacza, że bohater musi wraz z całym swoim bagażem biograficznym odnaleźć się w czasach sobie zupełnie nieznanym. Łączenie perspektyw (doświadczenie postaci ukonstytuowane w rzeczywistym czasie i miejscu akcji oraz „tu i teraz” ucznia) poszerza perspektywę młodzieńczej recepcji.

Ocenie podlega poprawność merytoryczna, kreatywność (pytań, umiejętność wejścia w rolę), poprawność językowa (ortograficzna), estetyka pracy (kryteria zostają określone przed przystąpieniem do wykonania zadania i dotyczą m.in. edycji tekstu).

Uczeń w roli reportera ma prawo dociekać (motywów postępowania), wątpić (w słuszność podjętych decyzji), wygłaszać opinię utrwaloną wśród odbiorców (których reprezentuje). Poniżej wywiad autorstwa Marcina, ucznia klasy trzeciej liceum ogólnokształcącego, zredagowany w styczniu 2026 r.:

„Spowiedź ciemnej ulicy Petersburga” (to tytuł audycji – dop. A.S.)

Dzień dobry Państwu. Dzisiejszym gościem jest Rodion Raskolnikow — były student prawa z Petersburga, postać znana z kart *Zbrodni i kary* Fiodora Dostojewskiego. Człowiek rozdarty między własną teorią a sumieniem, między pychą a poczuciem winy. To właśnie z nim porozmawiamy o granicach moralności, odpowiedzialności za własne czyny oraz cenie, jaką przychodzi zapłacić za przekroczenie tych granic.

Dziennikarz: Rodionie Romanowiczu, żyjemy dziś w świecie smartfonów, mediów społecznościowych i nieustannego pośpiechu. Jak odnajdujesz się w tej rzeczywistości?

Raskolnikow: Odnajduję się... pozornie. Technologia nie zmienia istoty ludzkiej. Samotność w tłumie jest dziś nawet głębsza niż w moich czasach. Wtedy zamykałem się w pokoiku; dziś ludzie zamykają się w ekranach.



Fot. Freepik

Dziennikarz: Studiowałeś prawo. Czy we współczesnym świecie nadal wierzylibyś w teorię „ludzi niezwykłych”, którzy mogą przekraczać normy moralne?

Raskolnikow: Ta teoria przybrała nowe formy. Dziś nazywa się ją „sukcesem za wszelką cenę”, „byciem ponad systemem”. Wielu uważa, że jeśli mają władzę, pieniądze lub wpływy, wolno im więcej. Ja już wiem, dokąd to prowadzi – do wewnętrznej pustki.

Dziennikarz: Sonia wciąż odgrywałaby ważną rolę w twoim życiu?

Raskolnikow: Tak. Ona jest ponadczasowa. W świecie pełnym ironii i cynizmu reprezentuje empatię i odpowiedzialność za drugiego człowieka. Dziś powiedzielibyście, że jest „emocjonalnie dojrzała”. Ja powiedziałbym – ludzka.

Dziennikarz: Czego najbardziej żałujesz, patrząc na swoje życie z perspektywy XXI wieku?

Raskolnikow: Pychy. Tego, że uwierzyłem w ideę zamiast w człowieka. Współczesność daje milion uzasadnień, by zagłuszyć sumienie. Ja wiem, że sumienia nie da się wyłączyć – można je tylko zignorować na własną zglubę.

Dziennikarz: Rodionie Romanowiczu, dziś wiele mówi się o kryzysie sensu, presji sukcesu i samotności młodych ludzi. Czy, patrząc z perspektywy współczesnej, widzisz w sobie bohatera swoich czasów?

Raskolnikow: Widzę raczej człowieka, który uległ złudzeniu. W moich czasach to złudzenie miało formę teorii, dziś przybiera postać narracji o wyjątkowości, produktywności, byciu „kims”. Mechanizm jest ten sam – człowiek zaczyna wierzyć, że wartość usprawiedliwia wszystko.

Dziennikarz: Gdybyś żył dziś, być może mówiłoby się o twoim stanie psychicznym: depresji, zaburzeniach lękowych, alienacji. Czy to zmienia ocenę twojej winy?

Raskolnikow: Wyjaśnia – ale nie usprawiedliwia. Nazwanie cierpienia nie unieważnia odpowiedzialności. Zbrodnia nie była wynikiem choroby, lecz pychy: chciałem sprawdzić, czy mogę przekroczyć granicę i pozostać „czysty”.

Dziennikarz: W XXI wieku ogromną rolę odgrywa prawo, etyka i debata publiczna. Czy dziś łatwiej byłoby ci przyznać się do winy?

Raskolnikow: Paradoksalnie – trudniej. Dziś można się schować za językiem: narracją, statystyką, ideologią. Sumienie bywa zagłuszane argumentami. W moich czasach cisza była bardziej bezlitosna.

Dziennikarz: Sonia Marmieladowa pozostaje symbolem empatii i moralnej siły. Jak postrzegałbyś ją dziś?

Raskolnikow: Jako kogoś, kto w świecie autopromocji wybiera odpowiedzialność za drugiego człowieka. Sonia nie tłumaczy zła – ona je unosi razem z winowajcą. To postawa, której bardzo brakuje w epoce ocen i potępień w mediach.

Dziennikarz: Czy kara, którą poniosłeś, miała sens?

Raskolnikow: Sens miało uznanie winy. Kara była tylko jej konsekwencją. Dziś często chce się oddzielić jedno od drugiego: ukarać bez zrozumienia albo zrozumieć bez odpowiedzialności. Obie drogi są jałowe.

Dziennikarz: Gdybyś mógł sformułować jedno zdanie dla młodych ludzi żyjących dziś, jak by ono brzmiało?

Raskolnikow: Nie pytajcie, czy wam wolno – pytajcie, czy potraficie potem z tym żyć.

Dziennikarz: Dziękuję za rozmowę.

Raskolnikow: To ja dziękuję. Być może wasza epoka, mimo wszystkich zagrożeń, ma jedną przewagę: więcej narzędzi, by wybrać dobro, zanim będzie za późno.

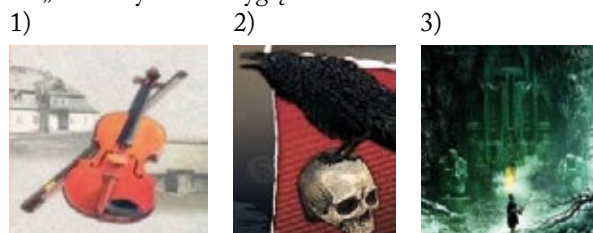
Na tropie

Kolejna propozycja doskonalenia procesu poznawczego nawiązuje do korespondencji sztuk oraz promocji czytelnictwa wśród młodzieży. W „Rozpoznaj tytuł”, bo tak brzmi tytuł konkursu edukacyjnego, do którego zaprosiłam uczniów w bieżącym roku szkolnym, uczestnicy zapoznają się z trzema okładkami utworów literackich (polskich i/ lub zagranicznych w przekładzie na język polski), z których usunęłam tytuł oraz imię i nazwisko autora. Zadanie pole-





ga na rozpoznaniu tytułu po elemencie graficznym okładki. W odpowiedzi należy podać tytuł, imię i nazwisko autora oraz wskazać związek wybranego elementu (postać pierwszego/drugiego planu, przedmiot, tło, wykorzystane symbole, barwy) z treścią utworu. Zestaw konkursowy obejmuje zawsze trzy okładki, a do zabawy można przystąpić w dowolnym miesiącu jego trwania (wrzesień – maj). Przykładowe „trio beztytułowe” wygląda tak:



odpowiedzi:

- 1) Henryk Sienkiewicz, *Janko Muzykant*, przykładowe uzasadnienie: skrzypce to symbol talentu i dążeń muzycznych tytułowego Janka;
- 2) Stefan Żeromski, *Rozdziobią nas kruki, wrony...*, poprawnie także: *Rozdziobią nas kruki, wrony...*, przykładowe uzasadnienie: ptak na okładce nawiązuje do tytułowego rozdziobania ciała głównego bohatera, Szymona Winrycha, czaszka – symbol jego śmierci;
- 3) John Ronald Reule Tolkien (= J.R.R. Tolkien), *Hobbit*, przykładowe uzasadnienie: widoczna na okładce brama to brama Ereboru, wejście do krainy krasnoludów; jeśli ktoś odwołał się poprawnie do postaci u dołu strony, to też otrzymał punkty.

Wśród propozycji znajdują się utwory znane uczniom ze szkoły (w tym: z wcześniejszego etapu edukacji, utworu o statusie lektury obowiązkowej) oraz – z ich perspektywy – nowe lub bliskie, znane wyłącznie z adaptacji filmowej. Ikonografika pełni tu rolę bodźca inspirującego do poszukiwań i zachęcającego do zaznajomienia się z utworem. Stanowi ważny element samokształcenia kulturowego. Nierzadko – pozwala konkursowiczom zweryfikować ich osobiste przypuszczenie na temat zbieżności treści znaku-symbolu z fabułą utworu. Należy też zaznaczyć, że taka forma ćwiczenia doskonalą również umiejętności z maturalnego zakresu egzaminacyjnego.

Biała kartka

Staje się centrum uczniowskiej uwagi podczas bloku zajęciowego poświęconego kategorii czasu. Proszę, aby uczniowie białą (gładką) kartkę formatu A4 złożyli na pół w linii wertykalnej. Każda z jej czterech stron zostaje przeznaczona do innego zadania i służy przedstawieniu-wyobrażeniu wybranego problemu temporalnego:

- na pierwszej uczniowie szkicują symbol wizualizujący ich pokoleniową teraźniejszość – to, co jest znakiem „teraz”; przedstawienie symbolu i omówienie znaczenia odbywa się ustnie na forum klasy;

- drugą młodzież wykorzystuje do rozstrzygnięcia słuszności tezy: „Historia to nauczycielka życia”, argumentuje swoje zdanie; zapis służy wzmocnieniu świadomości pracy – refleksji nad wartością przeszłości w życiu człowieka (jednostki i społeczeństwa);
- na trzeciej moi podopieczni zapisują w formie wyliczenia te wartości, które – ich zdaniem – powinny stanowić o przyszłości (zastanawiają się, na deficyt jakich postaw cierpi współczesny świat, czego brakuje „teraz”, a jest potrzebne, by „jutro” stało się lepsze);
- czwarta strona pozostaje pusta – uczniowie przypominają założenia filozofii Johna Locke’a i termin *tabula rasa*, by zrozumieć utrwalony na białej kartce ciąg przyczynowo-skutkowy: to od nas zależy, czy i jak doświadczenie czasu wpłynie na ukształtowanie osobistej historii jego (prze)życia.

Uwaga: ćwiczenie wykonuję z klasami starszymi, już zaznajomionymi ze światopoglądem angielskiego myśliciela.

Myśl na zakończenie

Działania mające na celu wzmocnienie aktywności poznawczej ucznia służą zintensyfikowaniu jego aktywnego udziału w procesie edukacji szkolnej i samokształcenia. Dostarczenie narzędzi umożliwiających podjęcie wysiłku na rzecz budowania świadomości udziału w tym procesie sprawia, że jego uczestnicy lepiej rozumieją swój realny wpływ na jego efekty. Słuszna jest więc konstatacja Zofii Agnieszki Kłakówny:

Rezygnować z podawania gotowej wiedzy do reprodukcji, porządkować natomiast materiał tak, by możliwe było samodzielne tworzenie wiedzy i obrazu świata przez uczniów, przez nauczyciela, [...], zgadzać się na niepewność rezultatów zakładanego procesu [...]. (Kłakówna, 2003, s. 107-108).

Bibliografia

- Kłakówna Z. A. (2003), *Przymus i wolność. Projektowanie procesu kształcenia kulturowej kompetencji. Język polski w klasach IV-VI szkoły podstawowej, w gimnazjum i liceum*, Kraków.
- Ruciński S. (1999), *Wychowanie pozbawione aksjologicznego odniesienia*, [w:] *Edukacja wobec dylematów moralnych współczesności*, pod red. F. Adamskiego i A.M. de Tchorzewskiego, Kraków.
- Winiarek M. (2022), *Przygoda z myśleniem krytycznym*, [w:] *Praktyczny przewodnik po myśleniu krytycznym w edukacji*, pod red. tegoż, Kielce.

Aleksandra Stolarczyk – doktor nauk humanistycznych, nauczyciel języka polskiego w Toruńskim Technikum Informatycznym i Toruńskim Liceum Ogólnokształcącym, wychowawca, dyplomowany lektor języka polskiego jako obcego, egzaminator maturalny, certyfikowany koordynator ds. wsparcia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; stosuje w praktyce szkolnej i promuje w swoich artykułach aktywizujące formy nauczania jako skuteczne narzędzie rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego uczniów.



Zdrowie to nie opcja dodatkowa. Dlaczego edukacja zdrowotna powinna być obowiązkowa

AGNIESZKA WALENDZIK-OSTROWSKA

Profilaktyka zdrowotna w Polsce wciąż napotyka liczne bariery systemowe i społeczne. Choć powszechnie uznaje się, że stanowi ona jedno z najskuteczniejszych narzędzi w zapobieganiu chorobom oraz budowaniu dobrostanu jednostek i całych społeczności, jej rola w systemie edukacji przez wiele lat była marginalizowana.

Instytucje formalnie odpowiedzialne za promocję zdrowia nie zawsze realizowały swoje zadania w sposób spójny i długofalowy, a działania miały często charakter incydentalny, a nie systemowy. Przełomem miało być wprowadzenie do szkół od września 2025 roku przedmiotu „edukacja zdrowotna”. Jego celem jest wyposażenie dzieci i młodzieży w wiedzę, umiejętności oraz postawy umożliwiające świadome i odpowiedzialne dbanie o zdrowie własne oraz innych osób. Program, rozpisany na 11 obszarów tematycznych, obejmuje zagadnienia związane z profilaktyką chorób cywilizacyjnych, zdrowiem psychicznym, aktywnością fizyczną, prawidłowym żywieniem, bezpieczeństwem, zdrowiem seksualnym oraz kształtowaniem kompetencji społecznych i emocjonalnych. To podejście zgodne z nowoczesnym, holistycznym rozumieniem zdrowia – jako dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Niestety, przedmiot ten ma charakter nieobowiązkowy, co oznacza, że rodzice mogą zrezygnować z udziału dziecka w zajęciach. Dodatkowo część środowisk konserwatywnych, w tym przedstawiciele Kościoła katolickiego, podjęły działania zniechęcające do uczestnictwa w lekcjach. Z danych udostępnianych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej wynika, że większość rodziców wykorzystała fakt fakultatywności zajęć i w efekcie w lekcjach edukacji zdrowotnej brało udział zaledwie około 30% dzieci. W szkołach podstawowych frekwencja była nieco wyższa i wyniosła 40,3%, a w ponadpodstawowych 12,8%. Najwięcej kontrowersji wzbudzają jak zwykle treści dotyczące zdrowia seksualnego. Warto jednak podkreślić, że rzetelna edukacja seksualna nie polega na promowaniu określonych postaw, lecz na przekazywaniu wiedzy o rozwoju psychoseksualnym, granicach, bezpieczeństwie, odpowiedzialności i relacjach. Badania jednoznacznie pokazują, że profesjonalna edukacja seksualna sprzyja dojrzewaniu emocjonalnemu, ogranicza zachowania ryzykowne i zwiększa poczucie bezpieczeństwa młodych ludzi, a jej brak zwiększa z kolei ryzyko niechcianych ciąż, chorób

przenoszonych drogą płciową, przemocy seksualnej i problemów emocjonalnych.

Nie ma wątpliwości co do tego, że brak systemowej edukacji zdrowotnej niesie poważne konsekwencje. Wśród nich można wymienić pogarszający się stan zdrowia fizycznego i psychicznego społeczeństwa, niski poziom alfabetyzmu i kompetencji zdrowotnych, wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne oraz rosnące koszty ochrony zdrowia. Skala problemów zdrowotnych Polak i Polaków pokazuje, jak pilna jest potrzeba działań profilaktycznych. Na nadciśnienie tętnicze – chorobę w dużej mierze zależną od stylu życia – cierpi około 10 milionów dorosłych, a choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów w Polsce. Rośnie niepokojąco liczba osób z nadwagą i otyłością – według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2019 roku 56,6% osób powyżej 15. roku życia miało nadwagę lub otyłość. Według szacunków NCD Risk Factor Collaboration w Polsce w 2025 roku otyłość będzie dotyczyć 25,9% kobiet i 30,3% mężczyzn w wieku 20 lat lub więcej. Lobstein i in. prognozują z kolei, że w roku 2035 ponad 35% dorosłych mężczyzn (w wieku 20 lat lub więcej) i ponad 25% dorosłych kobiet w Polsce będzie otyłych. Prognozy te są bardzo pesymistyczne, co oznacza poważne konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne.

Problemem zdrowotnym o dużym natężeniu i wymagającym pilnych działań jest kwestia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Badanie PISA, przeprowadzone w 2024 roku wśród 15-latków z 25 krajów Unii Europejskiej, wskazuje, że 71% dzieci jest zadowolonych z życia (samoocena powyżej 5 na 10) – ale w Polsce ten wskaźnik jest jednak jednym z najniższych w Europie i plasuje nasz kraj na przedostatnim miejscu – odsetek polskich 15-latków zadowolonych z życia wynosi 64%. Znaczących danych dotyczących skali występowania zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży dostarcza także badanie EZOP II, zrealizowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Wyniki opublikowane w 2021 roku nie tylko ukazują rozmiar i nasilenie problemu, lecz





także zwracają uwagę na nierówności w zakresie dostępu do ochrony zdrowia psychicznego oraz ich uwarunkowania społeczno-demograficzne. W grupie najmłodszych dzieci, poniżej 6. roku życia, najczęściej diagnozowanymi trudnościami są zaburzenia emocjonalno-afektywne, adaptacyjne oraz problemy w obszarze komunikacji społecznej i interakcji z otoczeniem. Szacuje się, że różnego rodzaju zaburzenia rozwojowe dotyczą ok. 16% dzieci w tej grupie wiekowej, co odpowiada blisko 420 tysiącom chłopców i dziewczynek. Wśród starszych dzieci (7–11 lat) obecność bieżących zaburzeń psychicznych stwierdzono u 11% badanych, natomiast w grupie młodzieży w wieku 12–17 lat – u 15,4%, co odpowiada ok. 568 tysiącom osób. Największe nasilenie problemów obserwuje się wśród nastolatków w wieku 16–17 lat.

W dbaniu o zdrowie i postawach prozdrowotnych bardzo istotne jest osobiste zaangażowanie i poczucie odpowiedzialności. Tymczasem, jak wynika z badań CBOS, większość z nas (56%) ma przekonanie, że obowiązek ochrony zdrowia spoczywa głównie na instytucjach państwa. W porównaniu z latami 2012 i 2016 zanotowano znaczny wzrost liczby badanych twierdzących, że to przede wszystkim państwo i jego odpowiednie władze powinny troszczyć się o zdrowie obywateli (odpowiednio 20 i 41%). Co prawda w międzyczasie doświadczyliśmy pandemii Covid-19, w zwalczaniu której rola instytucji państwowych była ogromna i to ich działania w znacznej mierze określały kierunki i zasady walki z pandemią. Niemniej wyniki te pokazują, że coraz liczniejsza grupa Polaków i Polek oczekuje, że to państwo weźmie odpowiedzialność za ich zdrowie i zaproponuje oraz zorganizuje odpowiednie działania. Mając na uwadze fakt, że pierwszym środowiskiem socjalizacji, w tym wzorów zachowań zdrowotnych, jest rodzina, tego typu przekonania rodziców nie sprzyjają budowaniu u dzieci poczucia, że ich zdrowie zależy od nich samych. W tym kontekście szkoła staje się jedynym środowiskiem wychowawczym, które może systemowo i powszechnie wpływać na rozwój kompetencji zdrowotnych młodego pokolenia. To właśnie w jej przestrzeni można uczyć rozróżniania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, analizowania konsekwencji wyborów oraz budowania realistycznych przekonań zdrowotnych.

Przedmiot „edukacja zdrowotna” daje możliwość pracy nie tylko nad wiedzą, lecz także nad postawami, przekonaniami i kompetencjami psychospołecznymi. W oparciu o modele teoretyczne, takie jak np. Model Przekonań Zdrowotnych (Health Belief Model), można uczyć młodzież analizy ryzyka, rozpoznawania barier oraz wzmacniania poczucia własnej skuteczności. Kluczowe jest również rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, empatii, asertywności i krytycznego myślenia – ponieważ to one stanowią fundament odpowiedzialnych decyzji zdrowotnych. Edukacja zdrowotna powinna być w związku z tym przedmiotem obowiązkowym, ponieważ dotyczy obszaru

fundamentalnego – zdrowia i życia człowieka. W przeciwieństwie do wielu innych treści szkolnych nie jest ona wyłącznie elementem wiedzy ogólnej, lecz bezpośrednio przekłada się na codzienne decyzje, bezpieczeństwo oraz jakość życia jednostki i całego społeczeństwa. Poniżej kilka dodatkowych argumentów za tą tezę.

Po pierwsze, współczesne problemy zdrowotne w Polsce mają w dużej mierze charakter cywilizacyjny i są związane ze stylem życia. Choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca typu 2 czy zaburzenia psychiczne nie pojawiają się nagle – są efektem utrwalonych nawyków, sposobu odżywiania, braku ruchu, przewlekłego stresu czy sięgania po używki. Skoro zachowania zdrowotne kształtują się już w młodym wieku, szkoła powinna systemowo uczyć, jak podejmować świadome i odpowiedzialne decyzje. Dobrowolność w tym obszarze oznacza, że część dzieci i młodzieży zostanie pozbawiona możliwości kształtowania podstawowych kompetencji zdrowotnych.

Po drugie, edukacja zdrowotna wyrównuje szanse. Nie wszystkie dzieci dorastają w środowiskach, w których rozmawia się o zdrowiu psychicznym, seksualnym czy profilaktyce chorób. Nie wszyscy rodzice posiadają rzetelną wiedzę i umiejętności, aby ją przekazać. Szkoła – jako instytucja powszechna – może zapewnić każdemu uczniowi dostęp do sprawdzonych, opartych na nauce informacji. Obowiązkowy charakter przedmiotu gwarantuje równość dostępu do wiedzy, która chroni zdrowie i życie. Trzeba też podkreślić, że w dyskusjach o prawach rodziców do wychowania dzieci zgodnie z własnym światopoglądem umyka często fakt, że dzieci także mają swoje prawa – w tym prawo do wiedzy i rzetelnej, opartej na nauce edukacji oraz prawo do bezpiecznego rozwoju.

Po trzecie, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży wymaga dziś szczególnej troski. Wzrost liczby zaburzeń lękowych, depresyjnych czy problemów adaptacyjnych pokazuje, że młodzi ludzie potrzebują narzędzi do radzenia sobie ze stresem, budowania relacji i rozumienia własnych emocji. Edukacja zdrowotna może uczyć rozpoznawania sygnałów kryzysu, szukania pomocy oraz wspierania innych. W sytuacji, gdy problemy psychiczne pojawiają się coraz wcześniej, brak obowiązkowej edukacji w tym zakresie jest poważnym zaniedbaniem.

Po czwarte, przedmiot ten nie ogranicza się do przekazywania informacji. Jego istotą jest kształtowanie postaw, poczucia sprawstwa i odpowiedzialności za własne zdrowie. W społeczeństwie, w którym rośnie przekonanie, że za zdrowie odpowiada głównie państwo, szczególnie ważne jest wzmacnianie świadomości indywidualnej roli w profilaktyce. Obowiązkowa edukacja zdrowotna buduje kulturę troski o siebie i innych, a także uczy, że codzienne wybory mają długofalowe konsekwencje.

Nie bez znaczenia jest również aspekt ekonomiczny. Inwestowanie w profilaktykę i kompetencje zdrowotne dzieci i młodzieży przynosi w przyszłości wymierne ko-

rzyści – zmniejsza koszty leczenia chorób przewlekłych, ogranicza absencję w pracy, poprawia produktywność społeczeństwa. Edukacja zdrowotna to zatem nie wydatek, lecz długoterminowa inwestycja w kapitał ludzki.

Wreszcie, obowiązkowy charakter przedmiotu chroni go przed ideologicznymi sporami i uznaniowością. Zdrowie nie jest kwestią światopoglądu, lecz dobrem wspólnym. Rzetelna, oparta na wiedzy naukowej edukacja – także w zakresie zdrowia seksualnego – zwiększa bezpieczeństwo młodych ludzi, zmniejsza skalę zachowań ryzykownych i sprzyja odpowiedzialności.

Edukacja zdrowotna powinna więc stać się trwałym, obowiązkowym elementem systemu oświaty. Jeśli szkoła ma przygotowywać do dorosłego życia, nie może pomijać tego, co stanowi jego fundament – umiejętności dbania o własne zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne. ■

Bibliografia na stronie internetowej oraz dostępna w redakcji.

dr Agnieszka Walendzik-Ostrowska – pedagożka, seksuolożka, psychoterapeutka, pracuje na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego oraz w Akademii Humanitas w Sosnowcu; jest związana z Towarzystwem Rozwoju Rodziny oraz krakowskim Stowarzyszeniem Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat”.

„Mam dość!”. Wypalenie rodzicielskie

AGATA SIEROTA

W ostatnich latach rośnie zainteresowanie zjawiskami przeciążenia psychicznego w kontekście rodzicielstwa. Wyczerpanie i wypalenie to poważne problemy, które osłabiają więź z dzieckiem i mogą prowadzić do negatywnych konsekwencji. Badania wykazały, że 5-8% osób posiadających dzieci doświadcza wypalenia w roli rodzica, a 10-15% znajduje się w grupie ryzyka. Polska należy do krajów o najwyższym poziomie wypalenia rodzicielskiego na świecie.

Wypalenie czy tylko zmęczenie?

Wypalenie rodzicielskie (ang. *parental burnout*) stanowi stosunkowo nowe, lecz intensywnie badane zjawisko w obszarze psychologii rodziny. Zainteresowanie tematem ma swoje początki w koncepcji Maslach, dotyczącej wypalenia w obszarze zawodowym (Maslach, Leiter, 2016). **Wypalenie rodzicielskie** definiowane jest jako syndrom przewlekłego stresu, wynikający z nadmiernego obciążenia, „związanego z pełnieniem roli rodzica, który nie został skutecznie zredukowany (Mandecka, 2019). W odróżnieniu od przejściowego zmęczenia, wypalenie ma charakter stopniowy, długotrwały i prowadzi do istotnych konsekwencji zarówno dla rodzica, jak i dziecka. Polska należy do krajów o najwyższym poziomie wypalenia rodzicielskiego na świecie (Roskam i in., 2021, Piotrowski i in., 2023, Włosiak, 2023).

Pojęcia wypalenia i wyczerpania bywają stosowane zamiennie w języku potocznym, w literaturze psychologicznej mają jednak odrębne znaczenia i implikacje kliniczne. Wyczerpanie w kontekście rodzicielstwa, może być efektem intensywniej opieki nad dzieckiem, szczególnie w okresach zwiększonych wymagań (np. niemowlęstwo, choroba dziecka, ale też początek nauki szkolnej czy okres dorastania dziecka itp.). Ma charakter sytuacyjny i zwykle ustępuje po odpoczynku czy zmianie podejścia do problemów, skorzystaniu z pomo-

cy innych. Wyczerpanie nie musi wpływać na jakość relacji z dzieckiem, podczas gdy wypalenie wiąże się z istotnym pogorszeniem funkcjonowania emocjonalnego rodzica i relacji rodzinnych. Zauważenie pierwszych objawów wyczerpania może zapobiec pogłębianiu się procesu i wystąpieniu poważniejszego zjawiska, jakim jest wypalenie rodzicielskie.

Jak przejawia się wypalenie rodzicielskie?

Wypalenie rodzicielskie obejmuje przede wszystkim:

- chroniczne wyczerpanie emocjonalne,
- dystansowanie się emocjonalne od dziecka oraz
- obniżone poczucie skuteczności rodzicielskiej, utratę satysfakcji z roli rodzica (Mandecka, tamże).

Mogą pojawiać się:

- spadek motywacji i zaangażowania w obowiązki rodzicielskie,
- poczucie bezradności, beznadziejności lub frustracji związanej z pełnieniem roli,
- zwiększenie negatywnych uczuć w kontakcie z dziećmi, irytacja, gniew,
- poczucie kryzysu, trudności pogodzenia życia rodzinnego z indywidualnymi potrzebami,
- osłabienie lub zanik wcześniejszych zainteresowań czy pasji,
- problemy ze zdrowiem fizycznym i emocjonalnym, zaburzenia snu.





Przyczyny wypalenia rodzicielskiego i czynniki ryzyka

Trzeba pamiętać, że wypalenie nie jest winą rodzica. To zjawisko naturalne, które może dotknąć każdego i – podobnie jak wypalenie zawodowe – często może pojawiać się u osób zaangażowanych w wychowanie, które dokładały wielu starań, by podolać wymaganiom.

W literaturze wskazuje się na **model równowagi między zasobami a wymaganiami** (ang. *balance between risks and resources*) jako wytłumaczenie zjawiska wypalenia. Wypalenie rozwija się, gdy wymagania związane z rodzicielstwem znacząco przewyższają dostępne zasoby rodzica: psychiczne, społeczne, materialne (Piotrowski i in., 2023). Zjawisko to nie jest więc prostym efektem dużego stresu czy wysokich wymagań, lecz poczucia braku możliwości, by dobrze wypełniać rolę. Czynniki ryzyka wypalenia rodzicielskiego obejmują: cechy indywidualne rodzica, właściwości dziecka, relacje rodzinne oraz szerszy kontekst społeczno-kulturowy (Piotrowski i in., 2025, Dzielińska i in., 2024).

Czynniki indywidualne

- **perfekcjonizm rodzicielski** – nadmierne standardy wobec siebie i dziecka, niska tolerancja błędów mogą prowadzić do chronicznego napięcia i poczucia niespełnienia,
- **neurotyczność (niestabilność emocjonalna)** – skłonność do przeżywania negatywnych emocji i reagowania stresem zwiększa podatność na wyczerpanie,
- **niskie kompetencje radzenia sobie ze stresem** – brak skutecznych strategii redukcji stresu powoduje kumulację obciążenia psychicznego,
- **wysoka wrażliwość na ocenę społeczną** – lęk przed oceną (np. „czy jestem dobrym rodzicem”) zwiększa presję i sprzyja wypaleniu (Włosiak, Sikorska, 2024).

Czynniki związane z dzieckiem

- **wielodzietność** – większe wymagania organizacyjne i emocjonalne,
- **niski wiek dzieci** (szczególnie niemowlęta) – konieczna stała dostępność rodzica, w efekcie: brak snu, odpoczynku itp.,
- **przewlekła choroba lub niepełnosprawność dziecka** – zwiększone obciążenie emocjonalne oraz więcej wyzwań i obowiązków.

Czynniki rodzinne i relacyjne

- **brak wsparcia społecznego** (ze strony partnera, rodziny) – izolacja zwiększa ryzyko chronicznego stresu,
- **konflikty w relacji partnerskiej** – obniżają zasoby emocjonalne i zwiększają przeciążenie rolą,
- **nierówny podział obowiązków opiekuńczych** – prowadzi do przeciążenia jednego z rodziców (częściej matek).

Czynniki sytuacyjne i środowiskowe

- **chroniczny stres związany z rolą rodzicielską** – niezależnie od wieku dziecka, rodzicem jest się 24/7, co sprzyja kumulacji zmęczenia,
- **presja społeczna i normy kulturowe** („idealne rodzicielstwo”) – wysokie oczekiwania wobec rodziców zwiększają ryzyko frustracji i poczucia niewystarczalności,
- **warunki socjoekonomiczne** (np. stres finansowy) – ograniczone zasoby materialne zwiększają obciążenie psychiczne.

Podsumowując, szczególne znaczenie w rozwoju wypalenia rodzicielskiego przypisuje się perfekcjonizmowi oraz wysokim, często nierealistycznym standardom wychowawczym.

Badania międzykulturowe – refleksje

Badania międzykulturowe wskazują na istotne różnice w rozpowszechnieniu wypalenia rodzicielskiego. W największym dotychczas badaniu obejmującym 42 kraje (N = 17 409) wykazano, że wskaźniki wypalenia wahają się od poniżej 1% do niemal 10%, przy czym w Polsce wynoszą, w zależności od próby badawczej, nawet około 8% (Roskam i in., 2021). Polska znajduje się **wśród krajów o najwyższym poziomie wypalenia rodzicielskiego na świecie**, obok takich jak Belgia: **9,8%**, USA: **8,9%**. Kraje te łączy wysoki indywidualizm kulturowy, duża presja na „idealne rodzicielstwo”, mniejsze wsparcie systemowe, społeczne, co utrudnia funkcjonowanie częstych w tych systemach – rodzin nuklearnych (rodzice + dzieci). Dla porównania: w krajach o najniższych wskaźnikach wypalenia rodzicielskiego, np. we Włoszech (**0,6%**) są silne więzi rodzinne wielopokoleniowe, współdzielenie opieki nad dzieckiem, a przez to – mniejsza indywidualna odpowiedzialność rodzica i skłonność do wypalenia. Czynniki kulturowe okazują się mieć większe znaczenie niż poziom przeciążenia, sytuacja materialna czy liczba dzieci. W Polsce rodzicielstwo traktowane jest jako źródło sukcesu lub porażki. Istnieją silne, nierealistyczne wymagania, zwłaszcza wobec matek (i rosnące wobec ojców), nacisk na pełne zaangażowanie emocjonalne i edukacyjne, pogodzenie intensywnej pracy z dobrym wychowaniem dzieci. Mniejsza dostępność opieki instytucjonalnej niż np. w krajach skandynawskich, większe obciążenie rodziny nuklearnej, mniejsza sieć wsparcia – zwiększają ryzyko wypalenia.

Skutki dla rodzica i dziecka

Silne zmęczenie, wyczerpanie rodzica może prowadzić do obniżonej koncentracji, drażliwości i spadku efektywności w roli opiekuńczo-wychowawczej wobec dziecka, lecz jego skutki są odwracalne. Wypalenie rodzicielskie ma zwykle poważniejsze konsekwencje. Badania potwierdzają, że mają one charakter wielowymia-

rowy i obejmują zarówno funkcjonowanie jednostki, jak i relacje rodzinne (Mandecka, tamże, Piotrowski i in., 2023a):

- Obserwuje się pogorszenie zdrowia psychicznego. Wypalenie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem depresji, zaburzeń lękowych oraz chronicznego stresu.
- Rodzice mogą doświadczać poczucia winy, wstydu, a także bezradności wobec własnej sytuacji.
- Rodzice mogą ograniczać zaangażowanie w interakcje, reagować bardziej impulsywnie lub wykazywać mniejszą cierpliwość w stosunku do dziecka.
- Zwiększa się ryzyko zachowań zaniedbujących oraz agresji i przemocy (Brianda, 2020, Lewicka 2024), choć nie są one nieuniknioną konsekwencją.
- W skrajnych przypadkach mogą pojawiać się u rodzica myśli ucieczkowe lub rezygnacyjne.
- Długofalowo wypalenie rodzicielskie może negatywnie wpływać na rozwój dziecka, zwłaszcza w obszarze emocjonalnym i społecznym. Ograniczona dostępność emocjonalna rodzica utrudnia kształtowanie bezpiecznej więzi, co może przekładać się na trudności adaptacyjne dziecka.
- Wypalenie rodzicielskie oddziałuje także na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Może prowadzić do eskalacji konfliktów partnerskich, pogorszenia komunikacji oraz obniżenia ogólnej jakości życia rodzinnego.

Jak przeciwdziałać i radzić sobie z wypaleniem rodzicielskim?

Codzienne, powtarzające się czynności i rutyna związane z opieką nad dziećmi i obowiązkami domowymi oraz brak czasu na odpoczynek mogą prowadzić do wyczerpania rodziców, a następnie – wypalenia.

Jeśli czujesz się wyczerpana/y, możesz wiele zrobić, aby sobie pomóc.

- Zwróć uwagę na swoje samopoczucie, obserwuj emocje i odczucia. Uznaj i zaakceptuj to, co czujesz. Uświadomienie sobie, że jesteś w trudnej sytuacji, może być pierwszym krokiem ku zmianie.
- Porozmawiaj z partnerem, rodziną, przyjaciółmi o tym, jak się czujesz. Proś innych o pomoc w opiece nad dziećmi i wsparcie.
- Naucz się mówić „nie” i określać swoje granice, delegować zadania rodzicielskie i skupiać na tym, co naprawdę jest konieczne.
- Spróbuj znaleźć chwilę dla siebie, z dala od obowiązków rodzicielskich, np. spacer, czytanie książki czy oglądanie ulubionego filmu.

Radzenie sobie z wyczerpaniem opiera się głównie na regeneracji zasobów: odpoczynku, poprawie jakości snu, delegowaniu obowiązków i wsparciu społecznym. W przypadku wypalenia konieczne są bardziej złożone interwencje.

- Bardzo istotne jest wczesne rozpoznanie objawów i odróżnienie przejściowego wyczerpania od rozwijającego się wypalenia.
- Znaczenie ma praca nad przekonaniami, dotyczącymi rodzicielstwa. Redukcja perfekcjonizmu i przyjęcie bardziej realistycznych oczekiwań wobec siebie pozwalają ograniczyć presję i poczucie porażki. Konieczna jest modyfikacja dysfunkcyjnych schematów myślenia: od np. „muszę być idealną matką” do: „mam prawo być zmęczona, popełniać błędy, prosić o pomoc”.
- Techniki uważności (mindfulness), relaksacja oraz treningi radzenia sobie ze stresem mogą poprawiać zdolność adaptacyjną rodzica i zmniejszać intensywność negatywnych emocji.
- Planowanie czasu oraz zapewnienie przestrzeni na odpoczynek i regenerację są niezbędne dla odbudowy zasobów psychicznych.
- W przypadku bardziej zaawansowanego wypalenia wskazana jest profesjonalna pomoc psychologiczna lub psychoterapeutyczna. Interwencje ukierunkowane na poprawę relacji rodzinnych oraz wsparcie indywidualne rodzica mogą prowadzić do istotnej redukcji objawów.

Ważne jest, aby rodzic nie pozostawał w izolacji i podejmował kroki w celu poprawy swojego samopoczucia.

Podsumowanie

W kontekście rosnących wymagań społecznych wobec rodziców, problem wypalenia stanowi istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego i wymaga dalszych badań oraz rozwoju strategii pomocy i interwencji. Świadomy rodzic powinien obserwować własne emocje i zachowania, by naturalne okresy wyczerpania nie przekształciły się w wypalenie. Korzystanie ze wsparcia, rozwój własnych kompetencji emocjonalnych, walka z przekonaniami o konieczności bycia idealnym może sprawić, że rodzicielstwo zamiast – obciążeniem, stanie się źródłem radości i satysfakcji z więzi, bliskości z własnym dzieckiem.

Bibliografia

<https://mlodeglowy.pl/kompendium/jestem-rodzicem/wypalenie-rodzicielskie/> (dostęp dn. 20.04.2026).

Brianda, M.E. i in. (2020). Treating parental burnout: Impact of two treatment modalities on burnout symptoms, emotions, and parental neglect and violence. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 3300–3312. <https://karger.com/pps/article-abstract/89/5/330/283201/Treating-Parental-Burnout-Impact-of-Two-Treatment?redirectedFrom=fulltext> Dostęp dn. 16.04.2026).

Dzielińska, M., Lasota, M., Piotrowski, K. (2024). Wypalenie rodzicielskie wśród rodziców dzieci z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi. *Psychologia Rozwojowa*, 28(2), 115–133.

Pełna bibliografia dostępna jest w redakcji.

Niewidoczne trudności czy manieryzmy i dziwactwa? Dziecko w świecie zmysłów

BEATA DĄZBŁAŻ

Dziecko lub nastolatek, którzy doświadczają zaburzeń neurorozwojowych, mogą zachowywać się bardzo różnie, w sposób niezrozumiały dla społeczeństwa. Tymczasem każda niewrażliwość czy nadwrażliwość, niewidoczna trudność ma swój własny kod, własny obraz. Dlatego warto pamiętać, żeby nie oceniać wszystkich w ten sam sposób. Czasami po zwyczajnym wyglądzie nastolatka czy dziecka nie widać, z jakimi trudnościami w funkcjonowaniu społecznym muszą się na co dzień mierzyć. Nie widać tego, że są w pułapce własnych zmysłów.

Dzieci i młodzież z widoczną niepełnosprawnością wywołują w nas empatię. Sprawne i zdrowe, ale zachowujące się nietypowo – agresywnie, nadpobudliwe lub nieprzestrzegające norm społecznych – wzbudzają gniew i oburzenie. Postrzegamy je jako niewychowane i niekulturalne, a ich rodzice są w naszych oczach złymi matkami i ojcami. Krzywdzące oceny, brak zrozumienia i pomocy oraz próby wtłoczenia na siłę w wyznaczone przez nas ramy „normalności” to codzienność moich bohaterów i bohaterek – pisze we wstępie do swojej książki „NIEGRZECZNE. Historie dzieci z ADHD, autyzmem i zespołem Aspergera” Jacek Hołub.

Przyczyn ukrytych nadwrażliwości czy niepełnosprawności jest dużo więcej, nie są to tylko zaburzenia neurorozwojowe, neuroróżnorodność. To może być każda choroba, której nie widać np. choroby jelit, cukrzyca, zaburzenia psychiczne, choroby neurologiczne, ubytek bądź utrata słuchu, a także choroby powodujące przewlekły ból i wiele innych, chociażby migrena. – W społeczeństwie zakorzenione jest przekonanie, że poważne choroby są wyłącznie domeną osób starszych. Wielu ludziom nie mieści się w głowie, że można być przewlekłe chorym od niemowlęctwa, wczesnego dzieciństwa etc. – pisze jedna z internautek pod postem Fundacji Kulawa Warszawa o niewidocznych niepełnosprawnościach.

Zaburzenia sensoryczne

– Zaburzenia sensoryczne to grupa zaburzeń neurorozwojowych, które wpływają na sposób, w jaki mózg człowieka odbiera, przetwarza i reaguje w sposób nadmierny i nadaktywny np. na określone dźwięki, światło, dotyk, zapach, smak. Ale również w przypadku osób wymagających znacznie silniejszych bodźców czy wrażeń, może pojawić się potrzeba np. podejmowania zachowań ryzykownych – wyjaśnia Aleksandra Płocica, pedagog, oligofrenopedagog z Polską Licencją Terapeuty Behawioralnego (PLTB). Pracuje w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym (OREW) im. Krystyny Rajtar Polskiego Sto-

warzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną (PSONI) w Jarosławiu.

Trudności związane z przetwarzaniem i regulowaniem bodźców sensorycznych można obserwować już u bardzo małych dzieci. – Niektóre niemowlęta od pierwszych miesięcy życia mogą wykazywać nietypowe reakcje na bodźce z otoczenia, które wywołują dystres lub zakłócają codzienne funkcjonowanie dziecka i jego rodziny. W klasyfikacji diagnostycznej DC:0–5 stosowanej w ocenie zdrowia psychicznego i rozwoju dzieci od urodzenia do 5. roku życia uwzględniono trudności związane z regulacją i przetwarzaniem bodźców sensorycznych. Szczególną uwagę zwraca się na dzieci należące do grup podwyższonego ryzyka, m.in. wcześniaki, dzieci z niską masą urodzeniową czy dzieci narażone w okresie prenatalnym na działanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Indywidualne różnice w reagowaniu na bodźce mogą być również związane z rodzinnymi predyspozycjami – mówi psycholog i psychoterapeuta Ewa Ziemka z Ośrodka Wczesnej Interwencji PSONI w Warszawie. Przykładami zachowań, które mogą niepokoić i skłaniać do obserwacji rozwoju dziecka, są m.in. nadmierna płaczliwość, trudności z uspokojeniem się, problemy ze snem czy wyraźna niechęć do kontaktu fizycznego. Jak podkreśla Ewa Ziemka, trudności rozwojowe należy rozpatrywać w modelu biopsychospołecznym. Z jednej strony są uwarunkowania biologiczne, z drugiej strony doświadczenia osobnicze, a z trzeciej strony szeroko rozumiane środowisko, w którym dziecko żyje i rozwija się. Znaczenie ma więc np. atmosfera w domu, relacja między rodzicami, jaka jest responsywność w opiece nad dzieckiem (reagowanie na jego potrzeby). Na funkcjonowanie małego dziecka mogą wpływać również warunki sensoryczne otoczenia, w którym przebywa. Długotrwała ekspozycja na dużą liczbę bodźców – np. cały dzień włączony telewizor czy częste przebywanie w bardzo stymulujących miejscach, jak galerie handlowe – mogą utrudniać regulację pobudzenia, nasilać trudności, szczególnie u dzieci

bardziej wrażliwych sensorycznie. – Dla otoczenia te nadwrażliwości mogą być niewidoczne. Dorosli – rodzice czy opiekunowie – częściej odbierają te zachowania u dzieci czy nastolatków jako brak podporządkowania, niegrzeczność, niedostosowanie. Natomiast często mogą wynikać one z przebodźcowania lub trudności w przetwarzaniu tych bodźców. Szczególnie ważne jest zwracanie uwagi nie tylko na pojedynczy bodziec, ale na ich łączny wpływ. U niektórych dzieci nagromadzenie wielu doświadczeń sensorycznych w ciągu dnia może wynikać na przykład z przebywania w przedszkolach, gdzie dzieci mają bardzo dużo różnych, intensywnych zajęć, a mniej czasu na wyciszenie czy odpoczynek. Dziecko nie ma szansy, żeby uporządkować tak wiele bodźców, które wciąż dostaje. To może prowadzić do dezorganizacji, trudności z koncentracją, wygórowanych emocji i nadpobudliwości – mówi Ewa Ziemka. W okresie dorastania dodatkowego znaczenia nabierają relacje rówieśnicze. Nastolatki doświadczające trudności sensorycznych lub emocjonalnych często starają się dostosować do oczekiwań grupy i mogą ukrywać swoje rzeczywiste odczucia. Mogą maskować swoje prawdziwe emocje, pozornie dostosowując się do grupy, ale wewnętrznie ponosząc ogromny koszt emocjonalny.

Osoby neuroatypowe bardzo często mają nadwrażliwości sensoryczne i trudności w przetwarzaniu bodźców. Dotyczy to m.in. dźwięków, światła, zapachów, dotyku, faktur, smaku czy odbioru bodźców społecznych. – Oznacza to, że układ nerwowy może reagować na bodźce zbyt intensywnie albo przeciwnie – potrzebować ich znacznie więcej. Niektóre dzieci bardzo silnie odczuwają hałas, światło, zapachy czy dotyk, podczas gdy inne mogą poszukiwać mocnych doznań sensorycznych: intensywnego ruchu, docisku, bujania, skakania czy głośnych dźwięków. Może się zdarzyć, że mechanizmy te występują jednocześnie, na przykład dziecko może być nadwrażliwe na dźwięki, a jednocześnie podwrażliwe na bodźce proprioceptywne (tzw. czucie głębokie – red.) i stale potrzebować ruchu lub silniejszej stymulacji ciała – wyjaśnia Anna Majdak, trenerka i konsultantka z wieloletnim doświadczeniem w projektach edukacyjnych z obszaru DE&I (ang. Diversity, Equity & Inclusion – Różnorodność, Równość i Włączenie). Sama dzieli się swoim doświadczeniem jako osoba neuroróżnorodna.

Zwraca uwagę, że dla dziecka szkolny korytarz może być jak permanentny atak bodźców: hałas, chaos, bardzo jasne światło, tłok czy nagle dźwięki mogą wywoływać silny stres fizjologiczny. Jego zmagania bardzo często pozostają „niewidzialne”. Dziecko może rozwijać się intelektualnie prawidłowo, dobrze się uczyć, a jednocześnie doświadczać ogromnego przeciążenia układu nerwowego. Reakcje dziecka mogą być wtedy błędnie interpretowane jako „przesada”, „niegrzeczność”, „dziwność” albo „brak odporności”.



Fot. Freepik

– Dodatkowym wyzwaniem jest to, że część osób neuroatypowych może mieć trudność w rozpoznaniu sygnałów płynących z własnego ciała i emocji, np. w związku z aleksytymią (tzw. analfabetyzm emocjonalny) czy zaburzoną interocepcją (zdolność układu nerwowego do odbierania i przetwarzania sygnałów płynących z wnętrza ciała – red.). Oznacza to, że dziecko lub nastolatek często nie zauważają momentu narastającego przeciążenia sensorycznego i emocjonalnego. Napięcie kumuluje się stopniowo, aż organizm reaguje bardzo intensywnie – wybuchem emocji, wycofaniem, agresją, płaczem czy nagłym „odcięciem”. Z perspektywy otoczenia reakcja może wydawać się nieadekwatna do sytuacji, podczas gdy w rzeczywistości jest efektem długotrwałego przeciążenia układu nerwowego – mówi Anna Majdak.

Niewidoczność tych trudności bywa szczególnie obciążająca psychicznie, ponieważ otoczenie często nie rozumie źródła zachowań. Dziecko może być oceniane jako konfliktowe, wycofane, impulsywne lub „przewrażliwione”, zamiast otrzymać wsparcie i zrozumienie. W środowisku rówieśniczym zwiększa to ryzyko wykluczenia, niezrozumienia i wtórnych trudności emocjonalnych, takich jak lęk, obniżone poczucie własnej wartości czy wypalenie już na bardzo wczesnym etapie życia. – Warto podkreślić, że nadwrażliwość to sposób funkcjonowania układu nerwowego. Odpowiednie wsparcie, psychoedukacja dorosłych odpowiedzialnych za opiekę i bardziej przyjazne sensorycznie środowisko mogą znacząco poprawić dobrostan i funkcjonowanie dziecka czy nastolatka – zaznacza Anna Majdak.

Integracja sensoryczna

W zaburzeniach neurorozwojowych pomocna może być terapia integracji sensorycznej (SI) i terapia beha-





wioralna. Ta ostanía wzmacnia pozytywne zachowania oraz eliminuje te, które mogą utrudniać dziecku codzienne funkcjonowanie. – Terapia ABA (Stosowana Analiza Zachowania) uczy dzieci konkretnych umiejętności poprzez systematyczne powtarzanie i wzmacnianie. Stymulacja zmysłów dziecka w ramach terapii SI jest oczywiście potrzebna, gdyż może pomóc w kompensacji pewnych deficytów. Często jednak dyskomfort wynikający z nadwrażliwości czy niedowrażliwości powoduje, że osoba wchodzi w trudne zachowanie i tu regulacja zmysłów poprzez terapię SI to już za mało – mówi Aleksandra Płocica. Dodaje, że kluczowe jest dostosowanie środowiska np. szkolnego w taki sposób, aby było ono przyjazne (w szerokim tego słowa znaczeniu) oraz wdrożenie skutecznych metod z zakresu Stosowanej Analizy Zachowania. Kształtują one zachowanie i prowadzą do tego, że dziecko uczy się samodzielnie pracować nad deficytami lub nadmiarami behawioralnymi, które wynikają z nieprawidłowego odbioru bodźców i zmysłów.

Często zachowania o funkcji autostymulacyjnej wynikają z poszukiwania wrażeń sensorycznych i trudno je wyeliminować. – Wyobraźmy sobie sytuację w szkole na lekcji. Jeden z uczniów np. pogwizduje, kiwa się, stuka nogą o podłogę czy bardzo często pstryka długopisem. W ten sposób dostarcza sobie jakiejś autostymulacji np. słuchowej lub dźwiękowej. Jak to zachowanie wpływa na niego samego, na siedzących obok kolegów i samego nauczyciela? Niewątpliwie dla otoczenia jest to irytujące, dekoncentrujące, a jemu samemu może zaburzać naukę. Ale może również pomagać mu w lepszej koncentracji. Nie znajdziemy odpowiedzi, co zrobić, jak możemy takiemu uczniowi pomóc, jeżeli nie rozpoczniemy od konkretnych pytań: jaką uczeń tym zachowaniem zaspokaja potrzebę, co sobie kompensuje? Może się nudzi? Może nie chce czegoś zrobić? Może czegoś potrzebuje? A może po prostu sprawia mu to przyjemność – mówi Aleksandra Płocica. Na pewno nie są pomocne słowa, które poniżają i ośmieszają zachowanie dziecka. A takie usłyszał pewien nastolatek z ADHD od nauczyciela na lekcji, gdy właśnie pstrykał długopisem: „skończysz pod mostem”. – Takie słowa, które nie powinny paść, mogą się bardzo mocno zapisać w dziecku. Szczególnie, że często dziecko odbiera je dosłownie – podkreśla Ewa Ziemka.

Z drugiej strony zaburzenia sensoryczne w formie podwrażliwości można wykorzystać jako super wzmocnienie, potrzebne do wypracowania pożądanego zachowania. To wzmocnienie musi być adekwatne do indywidualnych preferencji, potrzeb poszukiwanych przez osobę, doznań (np. określona struktura, smak, dotyk czy silne bodźce takie jak: skakanie, huśtanie, dociskanie lub ulubione dźwięki i tony). Aleksandra Płocica podaje przykład. Uczeń OREW-u w spektrum autyzmu z podwrażliwością w zakresie wzroku (wpatruje się w kurz, pył i drobne elementy) i zaburzeniami smakowymi (preferuje suche kon-

stencje, intensywne smaki) wzmacniany jest nagrodą w formie papryki w proszku. Może jej spróbować, wziąć na palec. – Jest to może zaskakujące, ale w przypadku osób w spektrum autyzmu, gdzie zaburzenia sensoryczne są niewidoczne, ale zawsze nieodłączne, wzmocnienia, wynikające z autostymulacji, są najefektywniejsze. Mogą zdziałać bardzo dużo i nauczyć wiele akceptowanych i preferowanych zachowań – podkreśla Aleksandra Płocica. Zaznacza, że nie ma jednej odpowiedzi na pytanie, jak pomóc osobom z neuroróżnorodnością. Niewidoczne niepełnosprawności, niewidoczne podwrażliwości czy niedowrażliwości sensoryczne z pewnością zaburzają osobom odbieranie i przetwarzanie świata. Jednak profesjonalnie prowadzone terapie przez specjalistów i wykwalifikowaną w danym temacie kadrę są w stanie zdecydowanie poprawić codzienne funkcjonowanie tych osób.

Małe dzieci często, nawet gdy odczuwają dyskomfort lub preferencje związane z odbiorem bodźców z otoczenia, zwykle nie potrafią jeszcze ich nazwać ani wyjaśnić. U starszych dzieci wiele zależy od środowiska, w którym żyją. Jeśli rodzice i opiekunowie są uważni na sygnały dziecka oraz pomagają mu zrozumieć i nazywać własne doświadczenia i emocje, łatwiej jest mu komunikować swoje potrzeby, granice czy sytuacje, które są dla niego trudne, powiedzieć, że czegoś nie chce, że nie chce np. gdzieś być. Z kolei regularne bagatelizowanie tych doświadczeń lub reagowanie na nie wyłącznie poprzez krytykę – np. „ogarnij się”, „nie rób tak” – może wpływać na ich obniżenie samooceny.

– Doświadczenia sensoryczne i ruchowe odgrywają bardzo ważną rolę we wczesnym rozwoju dziecka. Dzięki nim uczy się ono poznawać własne ciało, otoczenie oraz skuteczniej regulować swoje zachowanie i emocje. U dzieci, które doświadczają trudności związanych z przetwarzaniem bodźców sensorycznych, pomocna może być terapia integracji sensorycznej (SI). Jednak kluczowe jest to, by terapia była dobrana indywidualnie do potrzeb dziecka. Jeśli będzie jej za dużo, bo np. dziecko w przedszkolu ma różnorakie zajęcia terapeutyczne, w tym SI, a po południu znowu jedzie na integrację sensoryczną, to może być dla niego przeciążające. Dzieci potrzebują nie tylko zajęć wspierających rozwój, lecz także czasu na swobodną zabawę, odpoczynek i regenerację. Zarówno nadmiar bodźców, jak i ich niedobór mogą utrudniać rozwój i codzienne funkcjonowanie. Dlatego tak ważna jest uważność otoczenia – podkreśla Ewa Ziemka.

Jak podaje GUS, w roku szkolnym 2024/25 w szkołach uczyło się blisko 280 tys. dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Stanowi to 5,3 proc. ogólnej liczby uczniów. Jednak ten odsetek może być dużo wyższy, gdyż wiele dzieci może nie posiadać orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych, a ma takie potrzeby.

Od wyśmiewania wyglądu po uderzenia i kradzieże – przemoc rówieśnicza wśród polskich nastolatków – raport z badań Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę

AGATA JABŁONOWSKA-TURKIEWICZ

Przemoc rówieśnicza nie jest zjawiskiem nowym, ale przybiera nowe formy i wykorzystuje nowe technologie. Zawsze wymaga interwencji, nigdy usprawiedliwiania.

Doświadczenie przemocy nigdy nie hartuje i nie wzmacnia, choć z takim przekonaniem możemy się spotykać. Przemoc ze strony rówieśników jest dla dziecka szczególnie dotkliwa, u nich przecież szuka uznania, zrozumienia i akceptacji. Jeśli jest obmawiane, wyśmiewane, wykluczane z grupy lub w skrajnych przypadkach doznaje przemocy fizycznej – cierpi. Nigdy w tej sytuacji nie powinno być pozostawione bez pomocy.

Przemoc rówieśnicza – powszechne doświadczenie w Polsce

W czerwcu bieżącego roku Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę opublikowała raport z badania dotyczącego przemocy rówieśniczej RÓWIEŚNICY, z którego wynika, że doświadczenie takie wśród polskich nastolatków jest zjawiskiem powszechnym (87% badanych uczniów doświadczyło w ciągu ostatniego roku przynajmniej jednej ze wskazanych form). Najczęściej wskazywane było wyśmiewanie i krytykowanie wyglądu (58%), a następnie otrzymywanie nieprzyjemnych informacji w internecie (56%). Ponad połowa badanych (53%) przyznała, że była celowo uderzona lub wykluczona z grupy lub aktywności w internecie. Co trzeci uczeń był zmuszony do zrobienia czegoś niechcianego (34%), co czwarty doświadczył kradzieży pieniędzy lub przedmiotu (28%). Największą częstotliwość dzieci wskazywały w przypadku wyśmiewania lub krytykowania wyglądu. Tego rodzaju przemocy doświadczały wielokrotnie w ciągu roku. **Tylko 13% z badanych dzieci stwierdziło, że nie miało w minionym roku doświadczenia przemocy w ogóle.**

Szczególnie dotkliwą formą przemocy jest tzw. *bullying*, czyli dręczenie rówieśnicze, polegające na celowym i powtarzalnym działaniu w układzie nierównowagi sił. W ten rodzaj przemocy zaangażowana jest na ogół grupa uczniów, występująca nie tylko w roli bezpośrednich agresorów, ale także świadków, którzy nie reagując – wspierają agresorów. W profilaktyce zachowań prze-

mocowych wydaje się konieczne podkreślanie, że brak reakcji na przemoc jest współudziałem. W przypadkach występowania przemocy, pomocą objęte musi być przede wszystkim dziecko krzywdzone, ale też agresor oraz całe otoczenie, które akty przemocy widziało bądź słyszało o nich, ale nie zareagowało.

Dlaczego młodzież nie reaguje

Z czego ta bierność może wynikać? W badaniu przeprowadzonym przez FDDS 50% ankietowanych uczniów stwierdziło, że nie zgłaszało przemocy, bo nigdy z nią się nie spotkało. Występuje zatem spora dysproporcja między deklaracją większości młodzieży (87%), że doznała przemocy, a odpowiedzią na kolejne pytanie o reakcje tj. „nie spotkałem się nigdy z taką sytuacją”. Prawdopodobnie uczniowie nie dysponują odpowiednią wiedzą, że dane zachowanie ma charakter przemocowy albo mają wątpliwości w tym zakresie. 35% młodzieży zgłosiło dorosłą sytuację, w której sami doświadczyli przemocy rówieśniczej lub byli jej świadkami, a 15% ankietowanych uczniów nie zgłosiło nikomu sytuacji, w której kolega/koleżanka zachował/ła się źle lub skrzywdził/ła kogoś innego, mimo że o tym wiedzieli. Najczęściej podawanym powodem niezgłaszania w tej grupie było stwierdzenie „nie uważałem tego za coś poważnego” (44%), „bałem/bałam się” (20%), „nie wiedziałem/am komu zgłosić” (11%) oraz „nie przyszło mi to do głowy” (25%).

Podjęcie reakcji w sytuacji przemocy rówieśniczej, np. powiadomienie nauczycieli o zaistniałej sytuacji, często mylone jest z donosicielstwem. Wiele młodych ludzi nie chce się wtrącać w „nie swoje” sprawy, mogą obawiać się o posądzenie „bycia konfidentem”. Obawa może wynikać też z groźby zemsty ze strony agresora. Badanie tych kwestii wnikliwie nie sprawdzało, ale możemy takie hipotezy postawić. Tym bardziej w programach wychowawczych warto podkreślać znaczenie prawidłowego reagowania na przemoc, z podkreśleniem, że brak reakcji doprowadza





Fot. Freepik



do jej eskalacji, nie zaś odstąpienia agresora od niewłaściwych zachowań. Ponadto uczniowie w każdej szkole powinni wiedzieć, komu mogą zgłosić sytuację, w której doświadczają lub są świadkami przemocy rówieśniczej.

Jak reagują dorośli?

W badaniu respondenci zostali też zapytani o reakcję, z jaką spotkało się zgłoszenie przez nich przemocy. Niestety 16% tych zgłoszeń zostało zignorowanych, a 23% uczniów, którzy zwrócili się o pomoc do nauczyciela, otrzymało od nich obietnicę podjęcia interwencji, ale ostatecznie nic nie zrobiono, czyli w sumie 39% uczniów, którzy liczyli na wsparcie w trudnej sytuacji, nie otrzymało go. Wobec powyższego nie dziwią kolejne wyniki, które pokazują, że zaufanie do kadry pedagogicznej w obszarze pomocy jest niskie – tylko 5% ankietowanych deklaruje chęć zgłoszenia trudnej sytuacji wychowawcy, a 2% szkolnemu pedagogowi lub psychologowi. Dzieci deklarowały najczęściej, że po pomoc zwróciłyby się do rodziców (41%) i przyjaciół (37%).

Biorąc pod uwagę powyższe, warto wzmacniać kompetencje nauczycieli, wychowawców i specjalistów pracujących w szkole w zakresie reagowania na przemoc rówieśniczą i udzielania skutecznego wsparcia.

Dobra atmosfera w szkole – podstawa profilaktyki przemocy rówieśniczej

Klimat szkoły jest negatywnie skorelowany z występowaniem przemocy rówieśniczej. Im uczniowie ocenili go lepiej, tym rzadziej spotykali się tam z przemocą rówieśniczą. W placówkach o niskiej lub bardzo niskiej ocenie ich klimatu więcej uczniów doświadczało bullingu oraz cyberbullyingu niż w tych, w których klimat był oceniany przez uczniów wysoko lub bardzo wysoko. Po-

twierdziło to wcześniejsze ustalenia z projektu RESQL, realizowanego w polskich szkołach w 2025 roku.

To ważne **w kontekście profilaktyki przemocy rówieśniczej**. Poza rozwiązaniami legislacyjnymi i wprowadzaniem szeregu zasad wewnątrzszkolnych, bardzo **ważne jest budowanie środowiska szkolnego w oparciu o wzajemny szacunek, kulturę, zaufanie**, nie zaś wzajemną rywalizację i zasadę „kto silniejszy, ten lepszy”.

Jest dużo do zrobienia

Polscy trzynastolatkowie zajmują szóste miejsce pod względem częstotliwości doświadczania przemocy wśród 44 krajów badanych przez WHO – Health Behaviour In School-aged Children (HBSC). W każdej grupie wiekowej polska młodzież znajduje się w pierwszej piątce krajów i regionów o najwyższym odsetku osób doświadczających cyberprzemocy. Na wysoką skalę problemu zwracały też uwagę międzynarodowe badania EU Kids Online (2020). Te dane wskazują na konieczność podjęcia wielkoobszarowej pracy nad rzecz poprawy bezpieczeństwa dzieci w środowisku szkolnym. Przeprowadzając badanie Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę rekomenduje:

- wdrażanie kompleksowych programów profilaktycznych, np. program RÓWIEŚNICY, który rozwija empatię, kompetencje społeczne oraz umiejętność regulacji emocji,
- wzmacnianie pozytywnego klimatu szkoły,
- działania edukacyjne, pomagające uczniom rozpoznawać różne rodzaje przemocy,
- tworzenie jasnych i dostępnych procedur zgłaszania przemocy w szkołach,
- wzmacnianie kompetencji nauczycieli i pracowników szkoły w zakresie reagowania na przemoc rówieśniczą,
- rozwijanie działań skierowanych do świadków przemocy, promujące odpowiedzialność za bezpieczeństwo rówieśników,
- rozwijanie działań profilaktycznych dotyczących bezpieczeństwa online oraz odpowiedzialnego korzystania z mediów społecznościowych.

*** Badanie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę zostało zrealizowane na masowej próbie 141 911 uczniów w wieku od 10 do 17 lat ze szkół podstawowych i średnich, które uczestniczyły w programie profilaktycznym RÓWIEŚNICY. Narzędziem do zebrania danych była ankieta, którą dzieci i młodzież wypełniała podczas zajęć lekcyjnych na komputerach szkolnych bądź przy użyciu urządzeń mobilnych z dostępem do Internetu w okresie listopad 2025 – luty 2026 r.

Raport do pobrania na:

https://fdps.pl/wp-content/uploads/2026/06/Raport_Rowiesnicy_12_-6_2026.pdf

Wychować dziecko z FASD. Droga od diagnozy do akceptacji

MARIA ENGLER

Wychowanie dziecka z FASD bywa dużym wyzwaniem. Obecnie istnieje jednak możliwość otrzymania rzetelnej diagnozy, jak również znane są takie metody oddziaływania na rodzinę, dziecko oraz ich otoczenie, które będą wspierać rozwój dziecka oraz obniżać ryzyko powstawania zaburzeń wtórnych.

Nie wszystkie dzieci z FASD zostały urodzone przez matki z uzależnieniem od alkoholu. Niektóre z tych kobiet nie zmagają się z tego rodzaju problemami, jednak kilkakrotnie wypili większą dawkę alkoholu, nie wiedząc o ciąży bądź uległy szkodliwemu stereotypowi mówiącemu o tym, że małe dawki alkoholu w ciąży są bezpieczne. Dlatego też niektóre dzieci z FASD wychowują się w dobrze funkcjonujących rodzinach naturalnych, w których mają duże szanse na uzyskanie odpowiedniego wsparcia.

Zdarza się jednak również, że dzieci z FASD wychowują się w rodzinach biologicznych, w których występuje problem nadużywania alkoholu przez rodziców. W takich rodzinach kompetencje wychowawcze, emocjonalne i społeczne rodziców oraz jakość ich opieki nad dzieckiem bywają niższe, niż wymaga tego dobro dziecka. W takiej sytuacji istnieje duże ryzyko, że u dziecka z FASD rozwiną się wtórne zaburzenia związane z FASD, zaburzenia więzi oraz trauma wczesnodziecięca.

Wiele dzieci z FASD wychowuje się w pieczy zastępczej bądź trafia do rodzin adopcyjnych. Prawidłowo funkcjonująca rodzina zastępcza lub adopcyjna daje dziecku szansę na otrzymanie kompleksowej diagnozy oraz wszechstronnej pomocy. Sytuacja dzieci z FASD, które trafiają do pieczy instytucjonalnej, jest trudna, ponieważ są one pozbawione istotnego czynnika chroniącego przed powstawaniem zaburzeń wtórnych związanych z FASD – wychowywania się w środowisku rodzinnym.

Choć adopcja daje duże szanse na dobry rozwój, zwykle oznacza również, że dziecko doświadczyło traumy porzucenia i zerwania więzi z rodziną biologiczną oraz przeżyło duży stres wiążący się z adaptacją do nowej rodziny. Nie zmienia to faktu, że nadal pozostaje ona najlepszym rozwiązaniem dla wielu dzieci. Konieczne jest jednak zrozumienie specyfiki przeżyć, jakich doświadcza dziecko adopcyjne.

Podczas procesu adopcyjnego rodzice adopcyjni powinni zostać zapoznani z diagnozą dziecka – jeśli ją posiada. Decyzja o adopcji dziecka z FASD powinna być w pełni świadoma. Z drugiej jednak strony pracownicy ośrodków adopcyjnych już na etapie szkoleń oraz pro-

cesu kwalifikacyjnego informują swoich kandydatów, że różnego rodzaju zaburzenia i trudności dziecka często ujawniają się na późniejszym etapie jego rozwoju. Rodziny biologiczne, z których pochodzą dzieci trafiające do adopcji, często zmagają się z problemem uzależnienia, dlatego wiedzę o FASD powinni posiadać wszyscy kandydaci na rodziców adopcyjnych, również ci, którzy deklarują, że nie chcą przysposobić dziecka z taką diagnozą.

Funkcjonowanie dziecka z FASD w systemie rodzinnym

FASD często wiąże się z trudnościami w obszarze budowania relacji i przywiązania, uczenia się na bazie zdobywanych doświadczeń oraz w zakresie interpretowania sytuacji społecznych. Nierzadko zdarza się, że objawy tych trudności są odczytywane przez innych jako celowa złośliwość, ignorancja bądź lekceważenie. Rozwój społeczny i emocjonalny dziecka z FASD może być





Fot. Freepik



opóźniony oraz przebiegać nietypowo, co będzie miało wpływ na jego relacje z rodziną, rówieśnikami oraz szerszym otoczeniem społecznym.

Rozwój i kondycja emocjonalna dziecka mają bardzo duże znaczenie dla jego funkcjonowania rodzinnego. Choć badania dowodzą, że prenatalna ekspozycja na alkohol może przyczyniać się do powstawania zaburzeń psychicznych, to specjaliści zajmujący się tematyką FASD zauważają, że zdecydowanie częstszą przyczyną problemów w zakresie zdrowia emocjonalnego u dzieci z tym zaburzeniem są traumy, zaniedbania, zerwanie więzi itd.

Historia dziecka z FASD jest bowiem często bardzo trudna. Już samo pojawienie się alkoholu jest dla mózgu płodu tożsame z walką o przeżycie. Do tego nierzadko dochodzą niełatwe doświadczenia po przyjściu na świat. Warto wspomnieć, że brak responsywnego i wrażliwego na potrzeby dziecka opiekuna, bycie zaniedbywanym oraz utrata matki również są interpretowane przez układ nerwowy małego dziecka jako stan zagrożenia życia.

Trudności w zakresie przywiązania i regulacji emocjonalnej pojawiają się na skutek braku prawidłowej opieki po narodzinach. Trudno zaś o dobry rozwój emocjonalny bez skutecznej regulacji emocjonalnej. Na początku niektóre problemy w tym obszarze bywają jednak trudne do zauważenia. Zdarza się więc, że rodzice biologiczni bądź adopcyjni uważają, że dziecko funkcjonuje prawidłowo.

Stałe, bezpieczne środowisko rodzinne to bardzo ważny czynnik niwelujący deficyty emocjonalne dziecka.

W przypadku dziecka z traumą bądź z FASD (lub z oboma rozpoznaniem) również jest to warunek niezbędny, jednak może nie być wystarczający. Nierzadko konieczne jest również zgłębianie specjalistycznej wiedzy na temat pomocy takim dzieciom oraz współpracowanie z profesjonalistami.

Bardzo istotne jest też zadbanie o zdrowie emocjonalne samych rodziców. Kluczowym czynnikiem chroniącym dziecko przed traumatycznymi doświadczeniami, ale i skutkami takich doświadczeń, są obecni rodzice. Mowa tu o autentycznej obecności, jaką mogą zaoferować jedynie tacy dorośli, którzy pozostają w kontakcie ze swoimi zasobami. Kiedy dziecko doświadcza rodziców jako obecnych i dostępnych emocjonalnie, może skupić się na własnym zdrowiu emocjonalnym. Gdy zaś czuje, że musi walczyć o ich uwagę, pozostaje w napięciu i czujności, co utrudnia mu rozwój. Oczywiście u dziecka dzieje się to na poziomie nieświadomym.

Poza autentyczną obecnością i dostępnością emocjonalną bardzo ważny jest stan psychiczny rodziców. Najlepiej oddziałują na dziecko rodzice, którzy czują się sprawczy, a więc mają przekonanie, że poradzą sobie z nietypowymi trudnościami dziecka. Kontakt z takimi rodzicami daje dziecku nadzieję na to, że jego najbliżsi znajdą sposoby na to, by poradziło sobie ono ze swoimi problemami.

Do trudności w obszarze regulacji emocjonalnej u dzieci z FASD – poza traumatycznymi doświadczeniami i nieprawidłową opieką – przyczyniają się również uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. FASD często przekłada się na niską umiejętność hamowania pobudzenia emocjonalnego. Działanie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (oś HPA), stanowiącej najważniejszy układ hormonalny związany z reakcjami człowieka na stres, zostaje zaburzone przez prenatalną ekspozycję na alkohol.

Bardzo często od razu po narodzinach widoczna jest nieadekwatna odpowiedź dziecka na pojawianie się czynników stresogennych. Po przyjściu na świat dziecko może być bardzo pobudzone i niespokojne. Na skutek zaburzenia działania osi HPA może też doświadczać wadliwej regulacji snu i czuwania oraz głodu i nasyceń. Często ma również duże trudności w radzeniu sobie z bodźcami, np. z dźwiękami, światłem czy dotykiem. Noworodki bez tego rodzaju trudności zwykle bez problemu zapadają w sen, nawet w niesprzyjających warunkach. U noworodków z FASD może być to znacznie utrudnione.

Jak pomóc dziecku z FASD osiągnąć lepszą regulację emocjonalną?

Jak wspomniałam wcześniej, trudno jest skutecznie pomagać dziecku bez zadbania o stan emocjonalny jego rodziców. Do kolejnych form pomocy dziecku z FASD

można zaliczyć wsparcie rodziców w rozwijaniu umiejętności adekwatnego reagowania na sygnały wysyłane przez dziecko. Nawiązanie z nim więzi i wsparcie go w zbudowaniu bezpiecznego stylu przywiązania bywa bardzo trudne, ponieważ z uwagi na zaburzenia OUN może ono nie wysyłać czytelnych sygnałów o swoich potrzebach oraz nie reagować adekwatnie do podejmowanych przez rodziców działań.

W związku z tym mogą się oni czuć zdezorientowani, zniecierpliwieni i sfrustrowani. Rodzicom niedoświadczającym satysfakcji rodzicielskiej, która pojawia się, gdy dziecko w odpowiedzi na ich działania okazuje widoczną ulgę i radość, trudno postępować tak, by mogło ono wykształcić bezpieczną więź. Dlatego bardzo ważne jest, by jak najszybciej dokonać oceny neurobehawioralnego wyposażenia dziecka, niezbędnego do tworzenia przywiązania. Mowa tu m.in. o odruchu przywierania, ssania, koncentrowania wzroku na twarzy człowieka czy odruchu chwytnym. Bardzo ważne jest również to, by rodzice zwiększali swoją wiedzę o traumie wczesnodziecięcej oraz o zaburzeniach zachowania. Daje to szansę na rozróżnienie zachowań wynikających z uszkodzenia OUN od tych, które są konsekwencją trudnych doświadczeń.

Aby skutecznie pomóc dziecku w dobrej regulacji emocjonalnej, należy również dokonać szczegółowej oceny całego rozwoju dziecka – dokonanie oceny neurobehawioralnego wyposażenia nie wystarczy. Prawidłowa ocena daje możliwość pracy nad obszarami rozwoju, w których występują deficyty. U każdego dziecka z FASD mogą to być nieco inne obszary.

Bardzo ważne jest również to, by rodzice potrafili dostosować swoje oczekiwania wobec dziecka do jego rzeczywistych możliwości. Dzieci z FASD mogą mieć problem z przewidywaniem konsekwencji swoich działań, kontrolą impulsów oraz rozpoznawaniem i wyrażaniem emocji. Warto wspierać dziecko w rozwijaniu umiejętności związanych z tymi obszarami oraz podchodzić z wyrozumiałością do pojawiających się trudności.

Istotne jest stworzenie dla dziecka z FASD przewidywalnego środowiska domowego, które będzie oparte na stałych zasadach i rutynach. Poczucie bezpieczeństwa może bowiem pozytywnie wpłynąć na stan emocjonalny dziecka. Warto położyć również szczególny nacisk na naukę rozpoznawania emocji poprzez nazywanie uczuć oraz pokazywanie sposobów radzenia sobie z tymi, które są nieprzyjemne. Dziecko uczy się regulacji emocjonalnej przede wszystkim w relacji z opiekunem.

Regulacja emocjonalna każdego człowieka zależy od poziomu jego stresu w pięciu wzajemnie powiązanych ze sobą obszarach. Aby człowiek mógł prawidłowo regulować emocje, należy przyjrzeć się każdemu z nich. Mowa tu o obszarze:

- biologicznym – dotyczy funkcjonowania organizmu i układu nerwowego,

- emocjonalnym – wiąże się z doświadczaniem emocji,
- poznawczym – jest związany z myśleniem i przetwarzaniem informacji,
- społecznym – wiąże się z relacjami interpersonalnymi,
- prospołecznym – dotyczy empatii, poczucia sensu, moralności i relacji opartych na wzajemności.

W każdym z tych obszarów pojawiają się liczne stresory, np. głód, niewyspanie, niewygodna pozycja ciała, silne i nieprzyjemne emocje, zbyt duża ilość ambiwalentnych uczuć, nadmiar lub wysoki stopień trudności zadań szkolnych, przeciążenie nauką, konflikty, bycie odrzuconym, doświadczanie poczucia niesprawiedliwości, braku przynależności itd.

Zgodnie z koncepcją Self-Reg bardzo ważna jest ocena potencjalnych źródeł stresu we wszystkich pięciu obszarach. Dostrzeżenie ich oraz wyeliminowanie może pomóc dziecku w lepszej samoregulacji emocjonalnej. Istotne jest również wsparcie dziecka w rozwijaniu umiejętności samodzielnego przewidywania i zauważania stresorów, minimalizowania ich oraz radzenia sobie z tymi, których nie da się całkowicie wykluczyć.

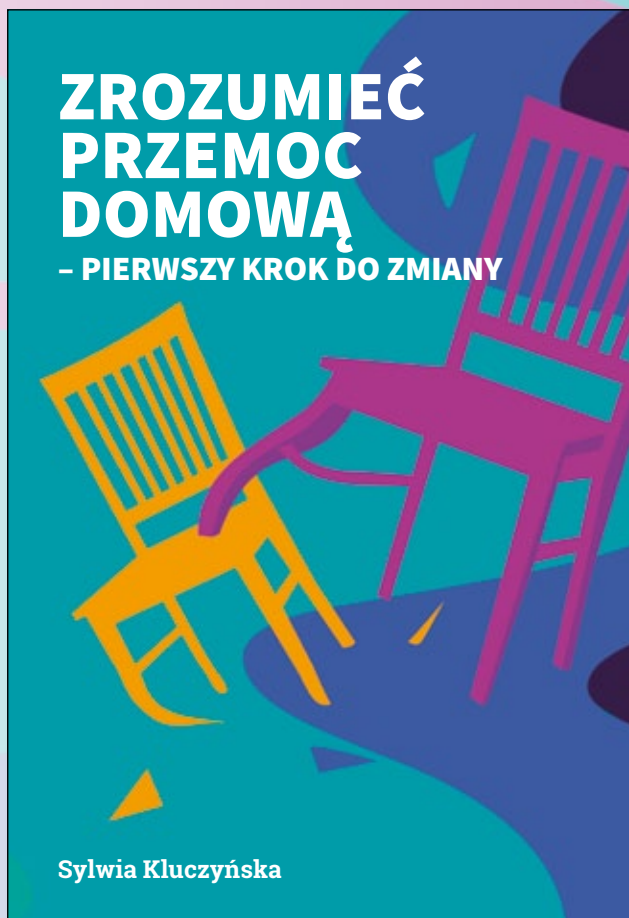
Wychowanie dziecka z FASD bywa bardzo wymagającym zadaniem. Nierzadko wiąże się z koniecznością zmiany dotychczasowego sposobu myślenia o rozwoju, zachowaniu i wychowywaniu dziecka. Diagnoza nie jest jednak wyrokiem – daje ona szansę na lepsze zrozumienie potrzeb i trudności dziecka oraz skuteczniejsze oddziaływanie wychowawcze. Wiedza rodziców oraz ich otwartość na współpracę ze specjalistami dają dużą szansę na stworzenie dziecku środowiska, w którym będzie ono mogło rozwijać swój potencjał pomimo istniejących ograniczeń. Bardzo istotna jest również akceptacja sposobu funkcjonowania dziecka przy jednoczesnym dostosowaniu oczekiwań i metod pracy z nim do jego rzeczywistych możliwości.

Bibliografia

- Jadczak-Szumilo T., *Wsparcie dzieci i młodzieży z FASD oraz ich rodzin*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2024.
- Jadczak-Szumilo T., *Wyzwania dla rodziców adopcyjnych dzieci z FASD*, Fundacja Instytut Nowej Kultury, Warszawa 2020.
- Shanker S., Barker T., *Self-Reg. Jak pomóc dziecku (i sobie) nie dać się stresowi i żyć pełnią możliwości*, Warszawa 2016.
- Stańczyk M., *Projekt spektrum. Przewodnik po neuroroznorodności*, Warszawa 2025.

Zrozumieć przemoc domową – pierwszy krok do zmiany

Przemoc domowa może dotyczyć każdego, niezależnie od wieku, płci, wykształcenia, sytuacji finansowej, czy orientacji seksualnej. Występuje zarówno w małżeństwach, jak i w związkach nieformalnych. Może mieć miejsce między partnerami/byłymi partnerami, rodzicami a dziećmi, dorosłymi dziećmi a rodzicami/dziadkami, a także między rodzeństwem. Najczęściej jednak przemocy domowej doznają kobiety, które mogą być krzywdzone przez swojego partnera przez długie lata. Choć zarówno kobiety, jak i mężczyźni mogą doznawać przemocy, to skutki przemocy wobec kobiet są zazwyczaj poważniejsze. Częściej wymagają one pomocy lekarskiej z powodu doznanych urazów oraz wsparcia psychologicznego. Szczególnej uwagi i troski wymagają także dzieci wychowujące się w domu, w którym stosowana jest przemoc. Dziecko, które widzi lub słyszy przemoc, również jej doznaje, nawet jeśli samo nie jest bite czy krzywdzone. Dziecko będące świadkiem przemocy domowej w polskim prawie jest uznawane za osobę doznającą przemocy domowej.



Broszurę w otwartym dostępie można pobrać ze strony:

<https://kcphu.gov.pl/profilaktyka-i-edukacja/publikacje-i-edukacja-publiczna/dorosli/>