

Psychologia

Wybór tekstów
dla profesjonalistów

Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji
Uzależnienia behawioralne
Usługi psychologiczne na odległość

SPECYFIKA ZABURZEŃ OKRESU DZIECIŃSTWA I ADOLESCENCJI

Iwona Grzegorzewska, Lidia Cierpiałkowska, Aneta R. Borkowska
(fragment książki: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*)

2

DEFINICJA I KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

Iwona Grzegorzewska, Lidia Cierpiałkowska
(fragment książki: *Uzależnienia behawioralne*)

13

USŁUGI PSYCHOLOGICZNE NA ODLEGŁOŚĆ

Dorota Bednarek
(fragment książki: *Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa*)

19

Specyfika zaburzeń okresu dzieciństwa i adolescencji

Iwona Grzegorzewska, Ewa Pisula, Aneta R. Borkowska

Współczesna psychologia kliniczna dzieci i młodzieży zajmuje się zrozumieniem złożonych uwarunkowań zdrowia psychicznego, zachowań problemowych lub konkretnych zaburzeń o charakterze klinicznym w okresie dzieciństwa i adolescencji. Wyodrębnienie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży z psychologii klinicznej dorosłych ma głębokie, zarówno teoretyczne, jak i praktyczne uzasadnienie. Z jednej strony wskazuje się na konieczność uwzględnienia w analizach dotyczących etiologii i mechanizmów zaburzeń psychicznych, problemów związanych ze zmianami dokonującymi się w cyklu życia jednostki (zarówno pod kątem ich intensywności, jak i przewidywalności), z drugiej zaś podkreśla się wzajemne, dynamiczne interakcje między różnymi kontekstami rozwoju młodego człowieka wpływające na poziom i jakość jego funkcjonowania. Dzieci różnią się bowiem od dorosłych nie tylko poziomem dojrzałości (biologicznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej), lecz także problemami, z powodu których poddawane są terapii, przebiegiem i etiologią zaburzeń oraz reagowaniem na różne formy pomocy. Z powyższego wynika, że psychologia kliniczna dzieci i młodzieży ma wyraźną specyfikę. Po pierwsze, dziecko jest w nieustannym procesie rozwoju zakładającym sekwencyjność zmian i wzajemną interakcję różnych kontekstów jego życia, co wpływa na proces diagnozy i terapii. Po drugie, w powstawaniu i utrzymaniu niepokojących symptomów u dzieci istotną rolę odgrywają ich rodzice (np. znaczenie wczesnych więzi, jakość sprawowania funkcji rodzicielskich). Po trzecie, zaburzenia dziecięce diagnozowane są w odniesieniu do normy dla danego etapu rozwoju dziecka. I ostatecznie, u dzieci i młodzieży inny jest przebieg terapii, stosuje się też odmienne jakościowo formy pomocy i interwencji.

Podstawowe pojęcia opisujące zdrowie psychiczne oraz zaburzenia u dzieci i młodzieży

W psychologii klinicznej dzieci i młodzieży pojawiają się podobne problemy związane z definiowaniem zdrowia i zaburzeń, jak w psychologii klinicznej człowieka dorosłego. Proste przeciwstawienie normy i nienormalności oraz zdrowia i zaburzeń nadmiernie upraszcza sposób rozumienia funkcjonowania dziecka. Nie istnieje prosta i satysfakcjonująca definicja normy, podobnie jak nie ma jasno ustalonych kryteriów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Niemniej określenie zachowania dziecka w kategoriach normy lub zaburzenia jest niezwykle ważne, pozwala bowiem podjąć właściwą decyzję: interweniować czy nie.

W teorii **zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży** rozumiane jest jako stan dobrego emocjonalnego samopoczucia (*well-being*), umożliwiający sprawne funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej (Flisher i Robertson, 2001). W tradycyjnym, klinicznym ujęciu dobre zdrowie oznacza brak patologii. To oparte na deficytach podejście traktuje zdrowie psychiczne dzieci jako brak zaburzeń lub negatywnych efektów rozwojowych, takich jak słabe wyniki w nauce czy problemy z zachowaniem (Diener, 2000). Bardziej salutogenetyczne podejście traktuje zdrowie psychiczne jako szeroko rozumiane kompetencje i zasoby dziecka, które umożliwiają mu radzenie sobie z wymaganiami życia i chronią przed załamaniem psychicznym w obliczu trudności życiowych. W tym kontekście zdrowie psychiczne uważane jest za pewien potencjał osobisty dziecka (zasoby, umiejętności, postawy osobiste, kompetencje społeczne), który pozwala m.in. na zaspokajanie potrzeb, czerpanie radości i satysfakcji z życia czy zwiększanie zdolności do rozwoju. Zdrowie psychiczne dzieci jest często określane jako istotnie różniące się od zdrowia psychicznego dorosłych i bardziej złożone w swoim obrazie, głównie z powodu zmian i tzw. kamieni milowych obserwowanych w trakcie rozwoju. Uwzględnienie

w definiowaniu zdrowia psychicznego młodych ludzi aspektu rozwojowego staje się zatem koniecznością, szczególnie w kontekście realizacji zadań rozwojowych (Grzegorzewska, 2013a).

Oprócz pojęcia „zdrowie psychiczne” do określenia prawidłowych efektów rozwojowych u dzieci używa się też terminu „**pozytywna adaptacja**”. Oznacza on wielowymiarowy proces, w którym jednostka – wykorzystując swoje możliwości psychiczne i zasoby – przystosowuje się do wymagań kolejnych faz rozwojowych (Yates, Edeland i Sroufe, 2003). Pozytywna adaptacja dotyczy dzieci określanych potocznie jako dzieci radzące sobie lub dobrze przystosowane, czyli takie, które potrafią sprostać wyzwaniom pojawiającym się w toku rozwoju psychicznego i w miarę harmonijnie przechodzą kolejne jego etapy.

Osobną kategorię w psychologii klinicznej dzieci i młodzieży stanowią próby dookreślenia i nazwania nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu. Oprócz klasycznych, używanych także w psychologii klinicznej dorosłych określeń, takich jak „syndrom”, „objawy” i „zaburzenia”, stosuje się też inne pojęcia, które mniej lub bardziej precyzyjnie próbują oddać zachowania znajdujące się na granicy normy i patologii w kontekście rozwojowym. Do opisu tych trudności używa się wielu różnych terminów. **Dysharmonia** oznacza nierównowagę między poszczególnymi sferami rozwoju dziecka, która jest na tyle znacząca, że zaburza jego sposób funkcjonowania. **Niedojrzałość** to parcjalne opóźnienie dojrzewania emocjonalnego i/lub społecznego przejawiające się zazwyczaj niską tolerancją frustracji, preferowaniem wybuchowych, gwałtownych form reakcji, nieodpowiednich dla danego bodźca i sytuacji, oraz słabą „siłą Ja”. Termin „**rozwój atypowy**” jest natomiast używany do opisu rozwoju dzieci, u których występują znaczące różnice w przebiegu rozwoju, zarówno w postaci opóźnień, jak i przyspieszenia zmian w porównaniu z prawidłowo rozwijającymi się dziećmi. Stosuje się go również często do określenia rozwoju tych dzieci, w przypadku których występuje tak duża różnorodność objawów, że nie jest możliwe wyraźne przypisanie ich do danej kategorii zaburzeń. Może to oznaczać, że dziecko spełnia kryteria więcej niż jednego zaburzenia (tzw. nakładanie się zaburzeń) albo występujące objawy nie spełniają

wszystkich kryteriów niezbędnych do postawienia diagnozy konkretnego zaburzenia. I ostatecznie, **problemy przystosowawcze** są definiowane jako obserwowalne trudności przejawiane przez dziecko w sferze emocjonalnej, społecznej lub szkolnej, które dezorganizują jego rozwój i często mają wpływ na przebieg kolejnych faz. Do trudności tych należą m.in. zachowania agresywne, wycofanie społeczne, poważne problemy w nauce czy przygnębienie.

Klasyfikacja i diagnoza zaburzeń

Praca kliniczna ze sprawiającymi problemy dziećmi i ich rodzinami wymaga przede wszystkim opisu trudności oraz oceny, jakie czynniki stojące po stronie dziecka i jego środowiska przyczyniają się do powstawania i utrzymania istniejących zaburzeń. W formalnych systemach klasyfikacyjnych dobrze przedstawione są objawy poszczególnych zaburzeń, natomiast czynniki ryzyka są zawarte w sposób pośredni i niesystematyzowany. Niemniej większość klinicystów używa ich do kategoryzacji dziecięcych problemów, ponieważ ułatwiają komunikację między profesjonalistami oraz zazwyczaj są wymagane w instytucjach związanych ze służbą zdrowia. Warto wszakże pamiętać, że chociaż systemy te są powszechne, ich zastosowanie do oceny funkcjonowania psychicznego dzieci budzi sporo wątpliwości. Zwłaszcza że w bezpośredniej pracy z dziećmi pojawia się wiele charakterystyk, które wymykają się klasycznej klasyfikacji, takich jak „agresywność” lub „nieśmiałość”.

W psychologii klinicznej dzieci i młodzieży istnieją dwa główne sposoby klasyfikacji zaburzeń. Pierwszy, klasyczny, dotyczy kryterialnej kategoryzacji zaburzeń opartej na systemie medycznym w rodzaju ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) czy DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych), w którym każde zaburzenie opisane jest w kategoriach symptomów niezbędnych do postawienia diagnozy. Zaburzenia należące do poszczególnych

kategorii diagnozowane są na podstawie wielu kryteriów włączania lub wykluczania, związanych z koniecznymi objawami, ich nasileniem i czasem trwania, a także typowym początkiem. W obowiązującej w Polsce Międzynarodowej

Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zaburzenia psychiczne dotyczące dzieci można podzielić na dwie główne kategorie: zaburzenia rozwojowe oraz zaburzenia emocji i zachowania (tab. 22.1).

TABELA 22.1. Kategorie zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży według ICD-10

Zaburzenia rozwojowe	Zaburzenia emocjonalne i behawioralne
• Upośledzenie umysłowe (F70–79) • Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka/ zaburzenia artykulacji, zaburzenia rozumienia mowy, zaburzenia ekspresji mowy (F80) • Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (F81) – Dysleksja (zaburzenia czytania) – Dysortografia (zaburzenia ortograficzne) – Akalkulia (zaburzenia umiejętności matematycznych) – Dysgrafia (rozwojowe zaburzenia ekspresji pisanie) • Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych/zespół niezgrabnego dziecka, zaburzenia koordynacji, dyspraksja (F82) • Całościowe zaburzenia rozwoju (F84) • Tiki, moczenie nocne, zanieczyszczanie się kałem, jąkanie, zaburzenia odżywiania u niemowląt i dzieci (F95–98) • Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie/ uporczywe, głębokie niezadowolenie z własnej płci oraz chęć posiadania płci przeciwnej (F64) – Autyzm dziecięcy – Zespół Aspergera – Zespół Retta – Zaburzenia dezintegracyjne/psychoza, otępienie dziecięce * Zaburzenia te zostaną szczegółowo omówione w następnych podrozdziałach.	• Zaburzenia nastroju* (F30) • Zaburzenia lękowe, stres pourazowy* (F40) • Zaburzenia odżywiania* (F50) • Zaburzenia hiperkinetyczne/zaburzenia aktywności i uwagi, ADHD (F90) • Zaburzenia zachowania/zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego, zaburzenia zachowania z prawidłowym i nieprawidłowym procesem socjalizacji, zaburzenia opozycyjno-buntownicze (F91) • Mieszane zaburzenia zachowania i emocji/dzieci dysforyczne i depresyjne (F92) • Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zazwyczaj w dzieciństwie/lęk separacyjny, lęk społeczny, rywalizacja w rodzeństwie, fobie (F93) • Zaburzenia funkcjonowania społecznego/zaburzenia selektywności przywiązania, mutyzm wybiórczy (F94) * Zaburzenia te nie są wyodrębnione jako specyficzne dla wieku dzieciństwa i adolescencji.

Źródło: opracowanie własne.

W DSM-5 wśród zaburzeń dziecięcych wyróżnia się przede wszystkim zaburzenia neurorozwojowe (niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia komunikacji, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia uwagi i nadaktywności, specyficzne trudności w uczeniu się, zaburzenia motoryczne), zaburzenia stresu pourazowego, zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia destrukcyjne, kontroli impulsów i zachowania. Wskazuje się także na specyficzne warunki, które należy brać pod uwagę w ocenie klinicznej dziecka, takie jak problemy związane z wychowaniem czy przemoc i zaniedbanie. Należy zaznaczyć, że wiele zaburzeń i problemów ujawniających się u dzieci

jest charakterystycznych głównie dla wczesnych wybranych okresów rozwojowych (np. upośledzenie umysłowe, autyzm, ADHD), natomiast inne mogą ujawniać się przez całe życie i dlatego nie są specyficzne dla okresu dzieciństwa i adolescencji (np. depresja, zaburzenia stresu pourazowego, schizofrenia, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia psychosomatyczne). Kryteria diagnostyczne dla tych ostatnich są podobne lub takie same w każdym wieku (por. Kring i in., 2009).

Przedstawienie głównych kategorii diagnostycznych zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży nie oddaje ich złożoności. Po pierwsze,

wiele dzieci spełnia kryteria więcej niż jednego zaburzenia psychicznego, co określane jest jako współwystępowanie. Wśród młodzieży wskaźniki współwystępowania zaburzeń są wysokie (w grupie klinicznej wynoszą ponad 70% – por. Kazdin i Weisz, 2006a). Dodatkowo oprócz zaburzeń psychicznych u dzieci występują inne trudności zwane zachowaniami problemowymi lub adaptacyjnymi. Większość objawów składających się na te właśnie problemy jest stosunkowo mocno rozpowszechniona (występuje powszechnie w mniejszym lub większym nasileniu) i stanowi do pewnego stopnia element właściwego rozwoju (szerzej zob. podrozdz. 22.1.4). Trudności te mogą jednak dezorganizować życie zdrowemu dziecku i jego rodzinie. Powstaje zatem pytanie, kiedy problem jest zaburzeniem i kiedy powstaje konieczność podjęcia interwencji. Warto zaznaczyć, że identyfikacja wzorca zachowania jako problemu wymagającego leczenia i terapii jest trudnym zadaniem, zarówno dla rodziców, jak i psychologów.

Z powodu tych i innych problemów, jak już wcześniej wspomniano, klasyfikacje zaburzeń psychicznych okresu dzieciństwa i adolescencji według kryteriów medycznych budzą spory niedosyt. Po części jest to także związane z trudnościami teoretycznymi i metodologicznymi, takimi jak etykietujący charakter tych klasyfikacji, brak dopasowania kryteriów do płci i wieku dziecka czy brak wrażliwości na czynniki kontekstowe oraz na czynniki relacyjne charakteryzujące dziecko i jego rodzinę (por. Mash i Hunsley, 2007).

Alternatywą dla psychiatrycznych systemów klasyfikacyjnych są systemy mniej opisowe, a bardziej wyjaśniające mechanizm problemów. Taką propozycję stanowi model zaburzeń Thomasa M. Achenbacha (1990). W tym modelu większość problemów psychicznych obserwowanych u dzieci i młodzieży można zakwalifikować do dwóch szerokich kategorii: (1) zaburzenia oparte na mechanizmie eksternalizacji problemów (behawioralne) i (2) zaburzenia oparte na mechanizmach internalizacji problemów (emocjonalne). Zaburzenia behawioralne to zaburzenia z objawami skierowanymi na otoczenie i innych, natomiast zaburzenia emocjonalne to zaburzenia z objawami skierowanymi na przeżycia

wewnętrzne. Achenbach (1982) eksternalizację zaburzeń wiąże z niedoborami w zakresie samokontroli emocjonalnej i doświadczeniami nasilonych afektów negatywnych, a ich internalizację – z nadmiarem kontroli powiązanej ze specyficznymi strategiami obronnymi dziecka (głównie mechanizm tłumienia i zaprzeczania). Wyniki analiz empirycznych wskazują, że zjawisko eksternalizacji problemów łączy się z trudnościami w kontroli impulsów, nasileniem zachowań agresywnych, wczesnym pojawieniem się uzależnień (już w okresie adolescencji), zachowaniami buntowniczo-opozycyjnymi i zaburzeniami socjalizacji, natomiast internalizacja problemów współwystępuje z depresją, zaburzeniami lękowymi, poczuciem alienacji i uzależnieniem pojawiającym się w późniejszym okresie życia (por. Cierpiąłkowska i Sęk, 2005).

Z klasyfikacją pomiarów klinicznych dzieci i młodzieży wiąże się zagadnienie dotyczące diagnozy. Współcześnie coraz częściej, zamiast opisowej diagnozy nozologicznej (polegającej na identyfikacji określonej jednostki zaburzeń), preferowana jest wyjaśniająca **diagnoza funkcjonalna**, która uwzględnia nie tylko opis objawów, lecz także ich etiologię, patomechanizmy powstawania, funkcje (np. dążenie do pozyskania uwagi dorosłych, unikanie sytuacji trudnych, zdobycie rzeczy/aktywności) czy zasoby kompensujące istniejące deficyty. Dzięki temu możliwe jest dymensjonalne potraktowanie objawów, uwzględniające nie tyle obecność zaburzenia lub jego brak, ile ich nasilenie, stopień wpływu na ogólne funkcjonowanie jednostki i specyfikę danej osoby. Takie podejście jest uzasadnione, pozwala bowiem uniknąć pułapek myślenia kryterialnego związanych z heterogenicznością zaburzeń, ich współwystępowaniem czy różnicowaniem wzorców zaburzeń lub patomechanizmów ich powstawania. Pozwala też uniknąć stygmatyzacji dziecka.

Rutynową praktyką przy ocenie problemów klinicznych występujących u dzieci i młodzieży jest wykorzystanie wielu źródeł informacji (np. od dziecka, rodzica, nauczyciela) oraz różnych metod oceny (wywiad, relacja własna dziecka, bezpośrednia obserwacja). Metody diagnostyczne służą określeniu natury problemów (opis objawów, początek, czas trwania,

nasilenie poszczególnych symptomów), wyjaśnianiu mechanizmów utrzymujących nieadaptacyjne wzorce zachowania oraz ustaleniu czynników etiologicznych w różnych kontekstach ich występowania. W przypadku metod opartych na relacji własnej dziecka (takich jak rozmowa psychologiczna czy metody kwestionariuszowe) za wiarygodne źródła diagnostyczne uważane są informacje uzyskiwane od dzieci powyżej 5. roku życia (por. Kazdin i Weisz, 2006a). Zebrane dowody empiryczne wskazują, że dostosowanie sposobu zbierania danych uzyskiwanych z relacji własnej dziecka do jego wieku i poziomu rozwoju (np. poprzez stworzenie przyjaznej atmosfery czy wykorzystanie zabawy lub spontanicznej rozmowy) pozwala na uzyskanie informacji, które byłyby niedostępne w tradycyjnym podejściu diagnostycznym (Measelle i in., 1998).

W diagnozie klinicznej dziecka podstawowe źródło informacji na temat jego problemów stanowią rodzice. Dane zbierane są za pomocą mniej lub bardziej ustandaryzowanego wywiadu oraz kwestionariuszowych skal objawowych (np. Arkusza obserwacyjny T.M. Achenbacha). Taki sposób zbierania danych, aczkolwiek bardzo użyteczny, rodzi wiele problemów interpretacyjnych. Na przykład rodzicielskie postrzeganie zachowań dziecka jest uwarunkowane oczekiwaniami wobec niego, tolerancją na odmiennosc, przekonaniami osobistymi i preferowanymi wartościami, które składają się na kontekst ich wypowiedzi. Dodatkowo rodzicielskie relacje są związane z przeżywanymi przez rodziców aktualnymi lub przeszłymi problemami (np. choroba psychiczna, konflikty małżeńskie, traumatyczne doświadczenia z przeszłości), co zwiększa prawdopodobieństwo umniejszania wagi problemów lub oceny zachowań dzieci jako bardziej odbiegających od normy, mimo zdobytych z niezależnych źródeł informacji o większej lub mniejszej liczbie objawów (lub ich braku) obserwowanych u swojego dziecka.

Psychologiczne wyjaśnianie zaburzeń dziecięcych

Próby wyjaśnienia mechanizmów rozwoju i utrzymania się zdrowia psychicznego lub zaburzeń psychicznych i nieprzystosowawczych

wzorów zachowań u dzieci i młodzieży dokonywane są zarówno w obrębie różnych szkół psychologicznych, jak i szczegółowych teorii dotyczących funkcjonowania psychicznego człowieka (np. koncepcja przywiązania). Modele te nie wyjaśniają w pełni wszelkiej psychopatologii u dzieci, ale często proponują zadowalający schemat rozumienia mechanizmów powstania i etiologii danego zaburzenia (por. Kendall, 2004). Na przykład w **modelu biologicznym** podkreśla się znaczącą rolę czynników genetycznych, paragenetycznych i somatogennych związanych z dziedzicznością, przebiegiem ciąży i zaburzeniami funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego na tle urazów fizycznych, chorób czy zaburzeń hormonalnych. Biologiczne koncepcje wyjaśniania zaburzeń są w dużej mierze użyteczne w odniesieniu do problemów rozwojowych dzieci o wczesnym początku. W **modelu poznawczo-behawioralnym** przyjmuje się, że na ukształtowanie się wzorów zachowań mają wpływ zarówno czynniki środowiskowe, jak i funkcjonowanie poznawcze dziecka. W modelu tym dużą rolę przywiązuje się do postępowania rodziców, którzy mogą kształtować dziecięce zachowanie na kilka sposobów: poprzez dawanie przykładu dziecku (modelowanie i naśladownictwo), wybiórczo wzmacniając określone jego zachowanie przez system kar i nagród (warunkowanie instrumentalne) oraz tworząc klimat rodzinny, sprzyjający zdrowiu lub patologii. Przyjmuje się jednocześnie założenie, że zachowanie człowieka (w tym dziecka) jest inicjowane, podtrzymywane lub przerywane przez mechanizmy poznania (sposób powstawania, interpretacji i wyciągania wniosków na temat dziejących się wydarzeń). Społeczny kontekst funkcjonowania jednostki wpływa na działanie tych wewnętrznych procesów poznawczych dziecka. Ukształtowane w trakcie rozwoju i wychowania dysfunkcjonalne schematy poznawcze przyczyniają się do dyskomfortu emocjonalnego i behawioralnego dziecka, stając się często podstawą poważniejszych zaburzeń psychicznych (np. depresji). **Model psychodynamiczny** koncentruje się przede wszystkim na wpływie wczesnych doświadczeń z matką (np. teoria relacji z obiektem) i roli wewnętrznych konfliktów w kształtowaniu się późniejszych problemów psychicznych. Pomimo wkładu i znaczenia podstawowych założeń psychoanalitycznych do wyjaśniania

psychopatologii, w odniesieniu do dzieci koncepcja ta jest mniej powszechna, zwłaszcza w zakresie terapii. Modele systemowe kładą mniejszy nacisk na indywidualność jednostki, a większy na funkcjonowanie systemu jako całości. Z tej perspektywy objaw ujawniany przez dziecko jest sygnałem, że problem kryje się w relacjach między członkami rodziny, w strukturze rodziny lub sposobach wzajemnej komunikacji. Powodem dysfunkcji są zatem różne nieprawidłowości w rodzinie (np. wzorce interakcji rodzinnych) i to one przede wszystkim są celem zmiany terapeutycznej. W ostatnich latach w psychologii klinicznej obserwuje się wzrastającą tendencję do integrowania różnych podejść psychologicznych w rozumieniu zaburzeń wieku dzieciństwa i adolescencji. Przykładem takiego modelu integracyjnego jest model podatność–stres (*diathesis-stress model*), który zakłada interakcję między wrodzonymi cechami dziecka i wydarzeniami stresowymi występującymi w jego otoczeniu, czego rezultatem może być pojawienie się określonego rodzaju zaburzenia. Oddziaływania te mają charakter dynamiczny, co oznacza, że wzajemne powiązania czynników podmiotowych i środowiskowych zmieniają się w czasie i stopniowo przybierają postać regularnych, cyklicznych wzorców zachowania i zaburzeń. Podstawa teoretyczna tego modelu opiera się na tezie, że nie każdy człowiek (tj. nie każdy genotyp) jest jednakowo podatny na wpływy środowiskowe kształtujące dane zachowanie. Ta różnica podatności odzwierciedla interakcje genotyp–środowisko i pozwala określić względny udział czynników genetycznych oraz środowiskowych w kształtowaniu się zaburzeń u dzieci i młodzieży.

Aspekty rozwojowe w wyjaśnianiu mechanizmów i przyczyn zaburzeń wieku dziecięcego i okresu dorastania

Współcześnie naukowcy są coraz bardziej zgodni, że rozpatrywanie problemów psychicznych u dzieci i młodzieży nie może odbywać się bez uwzględnienia procesów normatywnego

rozwoju. Należy bowiem wziąć pod uwagę fakt, że młodzi ludzie znajdują się w dynamicznym procesie nieustannie zachodzących zmian, co oznacza, że u dwojga dzieci w tym samym wieku mogą wystąpić znaczące różnice w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Aspekty rozwojowe są uwzględniane zarówno na poziomie opisującym, jak i wyjaśniającym. Rozwojowa i wiekowa zmienność w zakresie charakteru i częstości objawów występujących u dzieci powoduje, że rozwojowo typowe dla danego wieku zachowania stają się problematyczne w innych okresach (np. moczenie nocne u 4-latka jest normą, natomiast u 12-latka jest traktowane jako zaburzenie). Powstaje zatem pytanie, co oznacza stwierdzenie, że psychologia kliniczna dzieci i młodzieży jest zorientowana na rozwój. Jak zostanie to omówione bardziej szczegółowo w dalszej części rozdziału, procesy diagnostyczny i terapeutyczny powinny uwzględniać zarówno krytyczne zadania rozwojowe i „kamienie milowe” istotne dla problemów ujawniających się u danego dziecka czy adolescenta, jak i inter- i intraindywidualną zmienność obserwowalną w cyklu życia jednostki.

Analizując wpływ czynników rozwojowych na kształtowanie się zdrowia i zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, eksperci ustalili, że problemowe zachowania i trudności przystosowawcze należy rozpatrywać nie tylko w kategoriach zaburzeń klinicznych, lecz także jako trudności rozwojowe (dzieci przeżywające trudności vs. dzieci radzące sobie). Podstawowa różnica między dziećmi radzącymi sobie a dziećmi przeżywającymi trudności dotyczy zdolności do efektywnego przechodzenia między kolejnymi stadiami rozwoju psychicznego w okresie dzieciństwa i adolescencji. Dziecko radzące sobie potrafi sprostać wyzwaniom pojawiającym się w toku rozwoju, realizując w miarę punktualnie kolejne zadania rozwojowe. Ich sprawne opanowanie jest warunkiem przejścia do następnego etapu. Natomiast dziecko przeżywające trudności ma problemy ze spełnianiem normatywnych oczekiwań społecznych i nie potrafi poradzić sobie z wyzwaniami pojawiającymi się w toku rozwoju (tab. 22.2).

TABELA 22.2. Charakterystyka dzieci radzących sobie i przeżywających trudności w perspektywie rozwojowej

Wiek	Dziecko radzące sobie	Dziecko przeżywające trudności
Okres niemowlęcy i poniemowlęcy	• Spokojny temperament, wrażliwość na oddziaływania rodzica • Bezpieczne, ufne przywiązanie • Pogodny nastrój • Ciekawość świata i eksploracja otoczenia	• Drażliwość, kapryśność, słaba wrażliwość na oddziaływania rodzica • Pozabezpieczone przywiązanie oparte na lęku, ambiwalencji lub dezorganizacji • Dominacja negatywnego afektu • Strach przed otoczeniem, unikanie nowych sytuacji
Okres przedszkolny	• Przestrzeganie reguł i zaleceń opiekuna • Zazwyczaj pozytywne relacje z rodzicami • Umiejętność współpracy z rówieśnikami w zabawie • Umiejętność wyrażania prostych uczuć • Przeżywanie lęków (np. boi się ciemności) • Zainteresowania poznawcze (np. książeczki, życie zwierząt)	• Nieprzestrzeganie reguł i zaleceń opiekuna • Zazwyczaj negatywne relacje z rodzicami • Odrzucenie lub lekceważenie przez rówieśników • Słabe wyrażanie swoich emocji (często jedyne dostępne uczucie to złość) • Przeżywanie lęków • Nadmierne zainteresowanie telewizją i grami komputerowymi
Okres wczesnoszkolny	• Wzrastająca zdolność do refleksji i samokontroli • Zdolność do uspokojenia się po wzburzeniu • Dobre umiejętności społeczne, potrafi współpracować w grupie • Skutecznie rozwiązuje większość problemów interpersonalnych • Przewycięża większość lęków • Wyraża złożone emocje (np. duma, poczucie winy) • Pozytywna samoocena i adekwatne poczucie własnej wartości • Pozytywny stosunek i motywacja do nauki • Wytrwałość w pokonywaniu trudności i realizacji celów • Wdrożenie do systematycznego wysiłku intelektualnego	• Wzmoczona impulsywność • Przesadna reakcja na stres • Słabe umiejętności społeczne (często gniewa się, nie umie współpracować) • Trudności w rozwiązywaniu problemów interpersonalnych • Częste kontakty z dziećmi wywierającymi zły wpływ • Utrzymywanie się lęków • Brak zrozumienia i wyrażania złożonych emocji • Negatywne i niekonstruktywne myśli na temat siebie i innych • Słabe przystosowanie do warunków szkolnych • Obniżona wytrwałość, wzmoczona męczliwość, trudności z koncentracją uwagi • Brak systematycznego odrabiania lekcji
Okres dorastania	• Świadomość własnych zachowań i stanów emocjonalnych • Dobre radzenie sobie z silnymi i intensywnymi emocjami • Zwracanie uwagi na stany emocjonalne innych • Angażowanie się w pozytywną aktywność z rówieśnikami • Równowaga między niezależnością a więzią z rodziną • Zdrowe relacje intymne • Przewaga pozytywnego obrazu siebie, dominacja pozytywnego afektu • Rozwijanie zainteresowań i szczególnych umiejętności • Zaangażowanie w planowanie kariery i przygotowanie do zawodu	• Częste wybuchy gniewu lub napady lęku • Osłabiona refleksja na temat własnych zachowań • Nieliczenie się z uczuciami i myślami innych • Częste angażowanie się w ryzykowne zachowania i negatywną aktywność • Słabe relacje i więzi z rodziną • Problemy w kontaktach z płcią przeciwną • Negatywny obraz siebie, niska samoocena, brak poczucia własnej wartości • Dominacja negatywnego afektu • Brak istotnych planów zawodowych • Brak szczególnych zainteresowań

Źródło: opracowano na podstawie Bloomquist, 2006.

Uwzględnienie aspektów rozwojowych w opisie trudności klinicznych dzieci i młodzieży to również podkreślenie, że problemowe wzorce zachowań ujawniane przez dziecko mogą mieć różne nasilenie w różnym czasie. Wiele dzieci w pewnych okresach rozwojowych może ujawniać symptomy niepokojące ich rodziców (np. nasilenie buntu u 3-latka lub budząca się seksualność u nastolatków), jednak z punktu widzenia rozwoju są to zachowania typowe, niewymagające interwencji. Znajomość norm rozwojowych służy jako podstawa do formułowania adekwatnych ocen diagnostycznych (ani zbyt wąskich, ani zbyt szerokich), podjęcia decyzji o konieczności terapii i wyborze właściwej metody. Na przykład programy behawioralne angażujące rodziców w interwencję mogą być bardziej skuteczne w przypadku dzieci młodszych niż adolescentów, natomiast strategie terapeutyczne oparte na introspekcji lub samokontroli mogą być bardziej przydatne w przypadku starszych nastolatków.

Zachowania problemowe i trudności przystosowawcze dzieci i młodzieży mieszczą się zatem na kontinuum: od normalnych uzasadnionych rozwojowo zachowań do poważnych zaburzeń psychicznych. Część z tych normatywnych wzorców zachowania w niesprzyjających okolicznościach może się rozwinąć w pełnoobjawowe zaburzenie. Pozostaje pytanie, jak je odróżnić. Kryterium różnicujące zachowania typowe od problemowych to częstość i nasilenie ujawnianych trudności oraz ich negatywny wpływ na funkcjonowanie jednostki. Na przykład jako normę rozwojową traktujemy zmienność nastroju u nastolatków, ale jeśli przyjmuje ona formę skrajnie obniżonego nastroju lub wzmożonej drażliwości, może działać na dziecko destrukcyjnie.

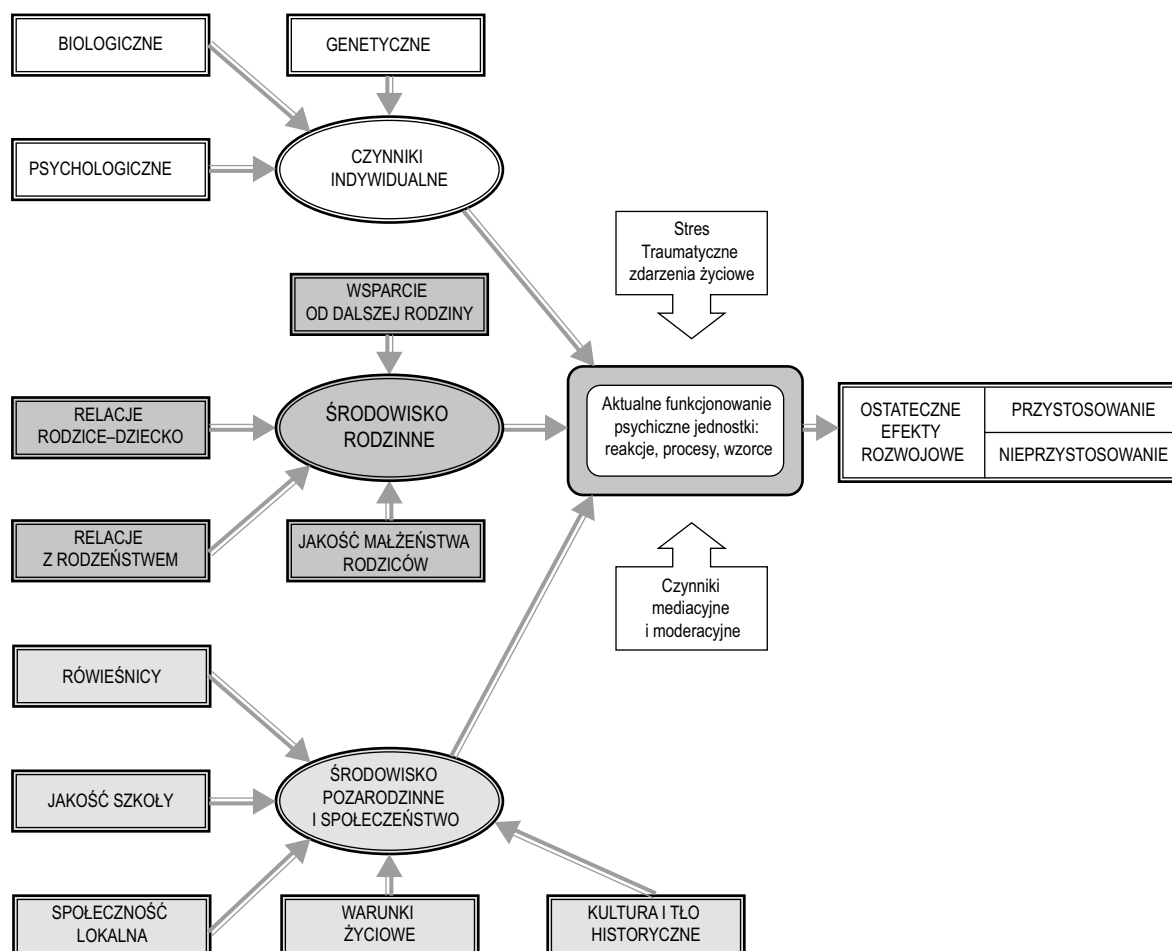
Z rozwojowego punktu widzenia ważne jest także ustalenie, kiedy rozpoczęły się problemy dziecka. Eksperci w dziedzinie psychologii klinicznej odróżniają trudności o wczesnym i późnym początku. Dzieci z trudnościami o wczesnym początku przejawiają problemy od wczesnych lat swojego życia, które utrzymują się i często nasilają w okresach późniejszych. Przykładami takich trudności są wzmożona drażliwość u niemowląt przechodząca w impulsywność i nadruchliwość w okresie przedszkolnym. Jeśli problemy

ulegą nasileniu i nabiorą charakteru przewlekłego w okresie dorastania, mogą przyjąć formę zaburzeń opozycyjno-buntowniczych lub poważnych zaburzeń zachowania. Dzieci z trudnościami o późnym początku funkcjonują prawidłowo we wczesnych latach swojego życia, a ich problemy ujawniają się dopiero w okresie późnego dzieciństwa lub adolescencji (przy czym dorastanie traktuje się jako okres krytyczny pojawienia się wielu zaburzeń). Przykładem może być dziecko, które dobrze radziło sobie w szkole podstawowej, ale po przejściu do gimnazjum zaczęło konsekwentnie wykazywać nieposłuszeństwo rodzicom i opuszczać się nauce. U dzieci z trudnościami przystosowawczymi o późnym początku często obserwuje się problemy rodzinne i negatywny wpływ rówieśników. Jednocześnie podkreśla się, że zaburzenia o wczesnym początku (np. wczesne zaburzenia zachowania) na ogół gorzej rokują na przyszłość. Bardzo często też symptomatologia wielu zaburzeń jest manifestacją problemów wynikających z poszczególnych etapów rozwojowych (np. samookaleczenia i zaburzenia odżywiania u nastolatków jako efekt zaniepokojenia i trudności z akceptacją zmian we własnej cielesności wynikających z procesu pokwitania). Aspekty rozwojowe w psychologii klinicznej dzieci i młodzieży nie ograniczają się tylko do poziomu opisowego, ale wzbogacają wiedzę klinicystów także w obszarze mechanizmów kształtujących i utrwalających zaburzenia oraz czynników etiopatogenetycznych.

Koncepcją uwzględniającą przywołane problemy jest **psychopatologia rozwojowa**. To dyscyplina psychologii, która skupia się przede wszystkim na wyjaśnieniu wzajemnych związków między biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi aspektami prawidłowego i zaburzonego rozwoju w cyklu życia (Cicchetti, 2006). Jak podają Lidia Cierpiałkowska i Marina Zalewska (2008), psychopatologia rozwojowa to dziedzina, w ramach której nie tylko tworzy się opisy zaburzeń, ale także podejmuje się próbę wyjaśnienia specyfiki ich przebiegu oraz konsekwencji dla rozwoju dzieci. Dzięki koncepcjom teoretycznym i badaniom empirycznym realizowanym z tej perspektywy coraz więcej wiemy na temat tego, jaka jest rola czynników ryzyka oraz potencjałów osobistych i środowiskowych jednostki w kształtowaniu ostatecznych efektów

rozwojowych. Psychopatologia rozwojowa jest perspektywą bardziej integrującą niż tradycyjne

dyscypliny psychologii koncentrujące się na dziecięcej psychopatologii (ryc. 22.1).



RYCINA 22.1. Perspektywa psychopatologii rozwojowej

Źródło: opracowanie I. Grzegorzewska.

Stanowi bowiem kombinację elementów psychologii zaburzonego rozwoju, psychologii klinicznej dziecka, psychiatrii, psychologii rozwojowej, a nawet biologii molekularnej czy genetyki behawioralnej. Taka integracja jest niezbędna, zrozumienie procesów leżących u podłoża kształtowania się prawidłowego i zaburzonego rozwoju wymaga bowiem uwzględnienia złożonych perspektyw naukowych (Cicchetti, 2006).

Podstawowe założenia psychopatologii rozwojowej są następujące:

1. Prawidłowy przebieg rozwoju wymaga systematycznych, zakończonych sukcesem

w postaci pozytywnej adaptacji, zmian.

2. Normatywne zadania rozwojowe są istotnym predyktorem zdrowia lub zaburzeń.
3. Zarówno prawidłowy, jak i zaburzony rozwój podlega tym samym regułom i zasadom, jednak dzieci różnią się właściwościami osobowościowymi i kontekstami rozwoju oraz doświadczają zróżnicowanych okoliczności życiowych, co wpływa na ostateczne efekty przystosowawcze. Zaburzenia i psychopatologia nie są więc jakimś szczególnym wypadkiem, lecz wynikiem aktualnego i przeszłego przystosowania. I zdrowie, i zaburzenia są następstwem tych samych reguł rozwojowych

zarządzających wzajemną dynamiczną interakcją między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i środowiskowymi.

4. W przebiegu rozwoju dzieci i młodzieży można wyodrębnić określone ścieżki rozwojowe, czyli najważniejsze i najbardziej znaczące zasady wyznaczające kierunki ich przebiegu. Trajektorie rozwojowe dzieci i młodzieży nie są linearne, lecz mogą zmieniać się w czasie.
5. Przyjmuje się jednocześnie hipotezę, że po pierwsze: te same zaburzenia mogą być spowodowane inną konfiguracją biologicznych, społecznych i psychicznych czynników (zasada ekwifinalności), a po drugie: podobny układ wzajemnych związków między zasobami a czynnikami ryzyka może stanowić źródło zdrowia lub zagrożenia dla rozwoju jednostki (zasada ekwipotencjalności).
6. W kształtowaniu się ostatecznych ścieżek rozwojowych podkreśla się także rolę czynników mediacyjnych i moderacyjnych. **Mediatory** przynajmniej częściowo odpowiadają na pytanie, w jaki sposób zmienna niezależna (np. alkoholizm rodzica) wpływa na rozwój dziecka, czyli jak i dlaczego dochodzi do wystąpienia objawów psychopatologicznych. **Moderatory** natomiast wyjaśniają, jakie są siła i kierunek interakcji między ryzykiem a przystosowaniem, czyli odpowiadają na pytanie, kto jest narażony i kiedy pojawia się ryzyko.

Perspektywa psychopatologii rozwojowej rzuca nowe światło na powstawanie różnorodnych dziecięcych zaburzeń psychicznych w kontekście typowych zmian zachodzących w cyklu życia. Główne problemy badań podejmowanych z tej perspektywy to z jednej strony kwestie punktualności w realizacji zadań rozwojowych (Grzegorzewska i Cierpiałkowska, 2011, 2012), z drugiej zaś specyfika dynamiki działania różnorodnych czynników biopsychospołecznych na różnych etapach życia jednostki (Cierpiałkowska i Ziarko, 2009).

Przekonanie o złożoności przyczyn normalnego lub patologicznego rozwoju wśród dzieci i młodzieży stanowi centralną oś badań podejmowanych z perspektywy psychopatologii rozwojowej. Przy analizowaniu przebiegu rozwoju dzieci i młodzieży pod kątem ich podatności na

wystąpienie zaburzeń koncentracja na **czynnikach ryzyka** jako znaczących źródłach psychopatologii jest w pełni uzasadniona. Dany czynnik może zostać uznany za źródło ryzyka, jeśli wystąpi przed negatywnymi efektami rozwojowymi. Jego pojawienie się oznacza zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia objawów, zwłaszcza gdy młodzi ludzie są przez dłuższy czas narażeni na jego działanie przy względnym braku czynników ochronnych. Prawdopodobieństwo psychopatologii wzrasta również wtedy, gdy czynniki ryzyka działają w sposób skumulowany. Przyjęcie w badaniach naukowych perspektywy psychopatologii rozwojowej oznacza, że rozważania na temat czynników ryzyka nie mogą przebiegać w oderwaniu od czynników ochronnych. Ich obecność jest znakiem tego, że prawdopodobieństwo zaburzeń może zostać zmniejszone na skutek działania mechanizmów buforowania, równoważenia lub redukcji ryzyka (Fergus i Zimmerman, 2005). Współcześnie wskazuje się na trzy poziomy czynniki ryzyka i czynników chroniących: intrapersonalny (biologiczny i psychologiczny), środowiskowy rodzinny i środowiskowy pozarodzinny. Oddzielną dodatkową grupę tworzą działające na dziecko w trakcie rozwoju normatywne i nienormatywne zdarzenia stresowe.

Psychopatologia rozwojowa stanowi rozszerzenie psychologii klinicznej dzieci o kluczowe problemy rozwojowe potrzebne do opisywania i wyjaśnienia zjawisk, które są ważne dla praktyków i które badacze próbują wyjaśnić empirycznie (np. heterogeniczność populacji dzieci z grup ryzyka, resilience jako proces utrzymania zdrowia psychicznego mimo niekorzystnych sytuacji życiowych czy rozróżnienie czynników wywołujących objawy i czynników służących podtrzymaniu lub pogorszeniu istniejących symptomów (Cicchetti i Rogosch, 2002; Grzegorzewska, 2013a). Z perspektywy psychopatologii rozwojowej podejmuje się zatem próby wskazania granicy między zachowaniami prawidłowymi oraz zaburzonymi, podkreślając jednocześnie, jak często rozróżnienie to ulega rozmyciu na określonych etapach rozwoju dla konkretnych symptomów (np. seksualizacja zachowań dziecka molestowanego seksualnie a mieszczące się w granicach normy zainteresowania sferą seksualną w okresie przedszkolnym). Jak wskazują Alan Kazdin

i John Weisz (2006a, s. 35), „w istocie niektóre objawy mogą być nawet odbiciem dziecięcych prób poradzenia sobie z prawidłowymi zadaniami rozwojowymi”.

Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży



Fragment pochodzi z książki: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*

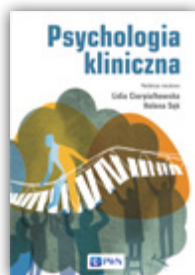
Autorzy: Aneta R. Borkowska, Lidia Cierpiałkowska, Iwona Grzegorzewska

Wydawnictwo Naukowe PWN, 2020

SPRAWDŹ

Polecamy również:

Psychologia kliniczna



Lidia Cierpiałkowska, Helena Sęk

Wydawnictwo Naukowe PWN, 2016

SPRAWDŹ

Psychologia zdrowia



Wydanie nowe

Irena Heszen-Celińska, Helena Sęk

Wydawnictwo Naukowe PWN, 2020

SPRAWDŹ

Zobacz także:

Jak osiągać sukcesy w nauce. Uwaga, równowaga, koordynacja



Wydanie nowe

Sally Goddard-Blythe, Peter Blythe, Lawrence J. Beuret, Valerie Scaramella-Nowinski

Wydawnictwo Naukowe PWN, 2020

SPRAWDŹ

Odruchy, uczenie się i zachowanie



Sally Goddard-Blythe

Wydawnictwo Naukowe PWN, 2018

SPRAWDŹ

Definicja i kryteria diagnostyczne uzależnień behawioralnych

Lidia Cierpiałkowska, Iwona Grzegorzewska

W powszechnym użyciu termin „uzależnienia behawioralne” oznacza różne zachowania podejmowane nie tylko dla przyjemności czy rozwoju własnych zainteresowań, lecz także (lub przede wszystkim) w celu zredukowania wewnętrznego napięcia i regulowania nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Wobec takich zachowań często używa się określeń alternatywnych, np. „nałogi” lub „zachowania patologiczne, autodestrukcyjne”.

Kiedy skłonność do pewnych zachowań, których intensywność ma charakter autodestrukcyjny, można uznać za uzależnienie? Wszak wiele z nich (np. zakupy, korzystanie z internetu czy praca) to czynności powszechnie akceptowane, traktowane jako część współczesnej kultury (np. używanie portali społecznościowych czy telefonu komórkowego), a osoby intensywnie w nie zaangażowane często otoczone są dużym szacunkiem społecznym (np. pracoholicy). Co decyduje zatem o zakwalifikowaniu niektórych z nich do zachowań patologicznych, zależnościowych?

Centralnym punktem odniesienia w poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie jest koncepcja **uzależnienia psychicznego**, a zwłaszcza istota współwystępujących w nim zjawisk psychicznych, takich jak przekształcenie struktury hierarchii potrzeb, nasilenie niekonstruktywnych mechanizmów obronnych (np. zaprzeczanie, racjonalizacja), ujawnianie się silnych zaburzeń w zakresie kontroli emocjonalnej czy zmiana w strategiach radzenia sobie (por. Cierpiałkowska, 2010). W literaturze przedmiotu uzależnienie psychiczne traktowane jest jako całokształt zjawisk behawioralnych i poznawczych polegających na nabytej silnej potrzebie stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, której niespełnienie może, ale nie

musi prowadzić do poważnych fizjologicznych następstw. Uzależnienie psychiczne klasyfikowane jest według następujących symptomów:

- silne niepoohamowane pragnienie wykonywania danej czynności lub zażywania określonej substancji;
- sprzyjanie zmianie nastroju i redukowanie wewnętrznego napięcia;
- ograniczenie zdolności kontroli nad zachowaniem związanym z uzależnieniem;
- zmiana tolerancji na działanie danego zachowania (zmniejszenie pozytywnych doznań psychicznych przy stałym nasileniu danego zachowania lub konieczność zwiększenia intensywności danego zachowania w celu utrzymania poziomu pozytywnych doznań);
- pojawienie się objawów abstynencyjnych, głównie w postaci rozdrażnienia, niepokoju i innych niespecyficznych dolegliwości; zaniebdywanie i utrata ważnych aspektów swojego życia związanych z życiem rodzinnym, towarzyskim i osobistym (np. zainteresowania);
- wydłużanie czasu na wykonywanie danej czynności; uporczywe i nałogowe wykonywanie danej czynności mimo szkód, jakie takie zachowanie przynosi.

Inne symptomy uzależnienia psychicznego to powtarzający się wewnętrzny schemat zachowań utrzymywany mimo destrukcji i oporny na modyfikację, a także utrwalanie się sztywnego systemu przekonań, który sprzyja powtarzaniu nałogowych zachowań (Dodziuk, Keppler, 1999; Ogińska-Bulik, 2010). Co istotne, większość prób samodzielnego ograniczenia lub wyeliminowania danej czynności zazwyczaj kończy się niepowodzeniem, co nasila stosowanie mechanizmów obronnych racjonalizujących lub wypierających decyzje o kontynuowaniu szkodliwego nałogu.

W tym kontekście uzależnienia behawioralne definiuje się jako zaburzenie psychiczne charakteryzujące się stałą lub okresową indywidualną niezdolnością do ograniczenia wykonywania pewnej czynności mimo wielu negatywnych konsekwencji z tego wynikających. Zachowania te służą uzyskiwaniu przyjemności oraz ucieczce od emocjonalnego i fizycznego dyskomfortu. Charakteryzują się bezsilnością (np. niezdolność do kontroli zachowania) i niemożnością ich

opanowania (np. znaczące negatywne skutki danego zachowania).

Z formalnego punktu widzenia uzależnieniem behawioralnym jest tylko uzależnienie od hazardu (w poprzednich klasyfikacjach nazywane patologicznym hazardem), które w DSM-5 klasyfikowane jest jako zaburzenie uprawiania hazardu w kategorii „zaburzeń używania substancji i nałogów” i podkategorii „zaburzeń niezwiązanych z substancjami”. Oznacza to, że w przypadku tego uzależnienia znaleziono wystarczające dowody empiryczne pozwalające uznać je za rodzaj uzależnienia. Pozostałe problemowe zachowania uznano albo za potencjalnie możliwe do włączenia do kategorii uzależnień behawioralnych (np. uzależnienie od internetu), albo wymagające dalszych badań (np. uzależnienie od gier internetowych) lub za rozważane, ale wyłączone z klasyfikacji uzależnień behawioralnych ze względu na brak satysfakcjonujących dowodów empirycznych (np. uzależnienie od zakupów, ćwiczeń fizycznych, aktywności seksualnej).

W odniesieniu do uzależnień behawioralnych kryteria ich pojawienia się odnoszą się do symptomów o znaczącej wadze klinicznej, wskazujących na poważne zaburzenia. Niemniej wiele zachowań o charakterze nałogowym, takich jak granie w gry komputerowe, nie spełnia ściśle kryteriów uzależnienia, jakkolwiek swoją intensywnością i długotrwałością przyczynia się do pojawienia się i utrwalenia patologicznych wzorców funkcjonowania jednostki. Można zatem przyjąć, że wykonywanie pewnych czynności w celu regulowania uczuć mieści się na pewnym kontinuum: od zachowań prawidłowych poprzez szkodliwe, patologiczne zachowania aż do uzależnień behawioralnych. Nie wszystkie bowiem czynności, które podejmujemy w celu zmiany nastroju lub poprawy samopoczucia, noszą znamiona zaburzeń. Czy na przykład podjęcie aktywności w ogródku po burzliwym dniu w pracy można uznać za szkodliwe? Co zatem stanowi kryterium odróżniające zachowania przystosowawcze (np. odreagowanie napięcia poprzez pieczenie grzadek) od zachowań patologicznych (np. nałogowe spędzanie czasu w internecie)? W literaturze nie ma zgodności w tym temacie, a pojęcie patologicznej czynności nie doczekało się jednolitej i spójnej definicji. W wielu badaniach

w obszarze uzależnień behawioralnych przyjmuje się roboczą definicję na użytek badań prowadzonych nad konkretną czynnością, np. patologicznym korzystaniem z gier komputerowych. I chociaż patologiczne korzystanie ze „świata wirtualnego” nie jest oficjalnie uznane za kliniczne zaburzenie, badania jednoznacznie wskazują, że pewna część graczy spędza nadmierną ilość czasu na grach komputerowych, wykazując wiele symptomów patologicznych zachowań, takich jak nadmierne zaangażowanie, wycofanie, utrata kontroli oraz konflikty inter i intrapersonalne (Charlton, Danforth, 2007; Gentile, 2009; Grüsser, Thalemann, Griffiths, 2007). Główna różnica między nadmiernym a patologicznym graniem dotyczy przeznaczonego na nie czasu, który jest nieodpowiedni, lecz niekoniecznie problematyczny. Patologiczne granie definiowane jest jako stała niezdolność do kontroli nawyków związanych z tą aktywnością mimo wynikających z niej konfliktów emocjonalnych i społecznych. Takie myślenie jest spójne z koncepcją Stanton'a Peele'a i współautorów (Peele, Brodsky, Arnold, 1992), aby uzależnienie traktować jako proces: każdy z nas w życiu czasami jest mniej, a czasami bardziej uzależniony od pewnych zachowań.

Pomysł, że uzależnienia niekoniecznie muszą być powiązane z substancjami chemicznymi, został spopularyzowany przez Peele'a i Archiego Brodsky'ego (1979). Według tych autorów osoby uzależnione stają się zależne od pewnego układu doświadczeń, którego jednym z przykładów jest specyficzna reakcja na substancje chemiczne. Opierając się na tym założeniu, niektórzy zaczęli rozwijać ideę, że uzależnienie niekoniecznie musi się wiązać z intoksykacją chemiczną. Coraz częściej osoby pracujące z uzależnionymi od alkoholu zauważały, że w okresie abstynencji pojawiały się u nich kompulsywne nałogowe zachowania związane z wykonywaniem pewnych czynności (np. robieniem zakupów, bieganiem czy uprawianiem hazardu).

Przed pojawieniem się DSM-5 w literaturze odwoływano się zazwyczaj do dwóch kategorii klasyfikacyjnych uzależnień behawioralnych (tab. 1.2). Pierwsza, zaproponowana przez Goodmana (1990), wskazuje, że osoba wykazuje zachowanie nałogowe dla przyjemności lub zniesienia przykrości (ulga) oraz kontynuuje to zachowanie

w taki sposób, że dochodzi do rozwoju kluczowych symptomów, do których należą: (1) powtarzające się niepowodzenie w kontrolowaniu tego zachowania (tzw. utrata kontroli) oraz (2) kontynuowanie zachowania mimo negatywnych jego konsekwencji. Kryteria Goodmana bezpośrednio nawiązują do koncepcji uzależnień jako takich, przy czym autor podkreśla zarówno aspekt psychiczny, jak i behawioralny problemu. Niemniej, mimo że są one bardzo popularne w praktyce klinicznej, jak dotychczas nie uzyskały statusu oficjalnego narzędzia diagnostycznego.

Model Marka Griffithsa (2005a) to model sześcioczynnikowy, w którym na uzależnienie wskazują:

- zaabsorbowanie czynnością;
- modyfikacja nastroju;
- tolerancja;
- symptomy odstawienia;
- konflikt;
- nawroty.

Zaabsorbowanie występuje wtedy, gdy czynność staje się centralnym punktem życia człowieka, dominując nad jego myśleniem, uczuciami i zachowaniem. Przejawia się to nieustannym zaabsorbowaniem daną czynnością, zniekształceniami poznawczymi, silnym pragnieniem podejmowania tej czynności oraz pogorszeniem funkcjonowania społecznego. Zaabsorbowanie oznacza zatem, że nawet jeśli dana osoba aktualnie nie wykonuje danej czynności, to całą sobą jest zaangażowana w myślenie o tym, kiedy i jak będzie to robić. Griffiths podkreśla przy tym, że niektóre zachowania uzależniające, takie jak palenie papierosów czy picie alkoholu, mogą występować równolegle z innymi działaniami (np. można palić papierosa, kosząc trawę w ogródku) i wtedy symptom „zaabsorbowanie” nie będzie widoczny. Wystarczy jednak, że taka osoba zostanie pozbawiona możliwości zapalenia papierosa np. podczas długo trwającego lotu samolotem, by wszystkie jej myśli i uczucia patologicznie koncentrowały się na tej niezaspokojonej potrzebie.

Modyfikacja nastroju odnosi się do emocjonalnego wpływu danego zachowania na jednostkę, który często oznacza specyficzną strategię radzenia sobie ze stresem zazwyczaj opartą na uaktywnieniu pobudzenia (reakcja „walcz”) lub

odwrotnie – uspokojeniu wzbudzenia (reakcja „uciekaj”). Co interesujące, to samo zachowanie może pełnić różną funkcję w ciągu dnia lub tygodnia, np. rano zaglądamy do internetu w celu pobudzenia i dobrego rozpoczęcia dnia, a wieczorem w celu wyciszenia emocji i odprężenia. Można zatem uznać, że jest to przykład zastępowania efektu fizjologicznego, obecnego w uzależnieniach substancjalnych, efektem psychologicznym (oczekiwanie związane z wykonaniem danej czynności). Przyjmuje się, że uzależnienie behawioralne jest prostym sposobem radzenia sobie z negatywnym nastrojem jako proces „samoleczenia” w celu poprawy samopoczucia. Takie doświadczenia modyfikacji nastroju są wspólne zarówno dla uzależnień substancjalnych, jak i niesubstancjalnych. W odniesieniu do uzależnień behawioralnych, jak w przypadku hazardu, efekt zmiany nastroju uzyskano zarówno w wywiadach i badaniach kwestionariuszowych (Dickerson, Adcock, 1987; Griffiths, 1990), jak i w badaniach eksperymentalnych przez pomiar tętna jako wskaźnika pobudzenia (Griffiths, 1993; Leary, Dickerson, 1985).

Tolerancja jest to proces polegający na konieczności zwiększania danego działania w celu uzyskania określonego efektu. Klasycznym przykładem tego efektu są uzależnienia substancjalne, w których tolerancja przejawia się na dwa sposoby: albo poprzez potrzebę zwiększenia ilości zażywanego środka, np. alkoholu, w celu uzyskania pożądanego efektu, albo poprzez zmniejszenie efektu działania danej substancji chemicznej przy tych samych dawkach. To zaś oznacza, że dla uzyskania podobnego efektu intoksykacji np. alkoholem jednostka musi wypić większą dawkę (por. Cierpiałkowska 2010). W uzależnieniach behawioralnych może to oznaczać, że np. hazardzista, aby uzyskać odpowiedni poziom pobudzenia lub nastroju, stopniowo zwiększa wielkość zakładów, które ostatecznie są znacznie wyższe niż na początku. Albo osoba uzależniona od gier komputerowych gra coraz więcej i więcej. Tym samym zmiana tolerancji w uzależnieniach behawioralnych wiąże się z poświęcaniem coraz większej ilości czasu na wykonywanie danej czynności i/lub eskalacją pożądaniowej, lekkomyślnej, destrukcyjnej i egodystonicznej natury uzależniającego zachowania (Griffiths, 2009). Zmiana

tolerancji jest dobrze udokumentowana empirycznie w uzależnieniach substancjalnych, ale mamy też coraz więcej dowodów na jej istnienie również w przypadku uzależnień niesubstancjalnych (Griffiths, 1993; Rosenberg, Feder, 2014).

Objawy odstawienia to nieprzyjemne stany emocjonalne i/lub fizjologiczne objawy pojawiające się jako efekt przerwania, ograniczenia lub nagłych utrudnień w realizowaniu uzależniającego zachowania. Symptomy odstawienia mogą mieć charakter psychologiczny (rozdrażnienie, irytacja, wrogość czy ekstremalna zmienność nastroju) lub bardziej fizjologiczny (nudności, pocenie się, bóle głowy, bezsenność i inne objawy związane z reakcją na silny stres). Skutki odstawienia są bardzo dobrze udokumentowane w przypadku uzależnień substancjalnych (por. Kay, Tasman, 2006), ale coraz więcej badań wskazuje, że są one obecne również w uzależnieniach behawioralnych. Na przykład pojawienie się objawów odstawienia udokumentowano w przypadku hazardu (Rosenthal, Lesieur, 1992) czy uzależnienia od internetu (Romano, Osborne, Truzoli, Reed, 2013; Alavi i in., 2010).

Konflikt jako objaw uzależnienia behawioralnego ma szerokie znaczenie. Może dotyczyć niezgody między jednostką a znaczącymi osobami w jej życiu (np. konflikt interpersonalny) czy między poszczególnymi aktywnościami i sferami życia jednostki (np. życie rodzinne, społeczne i zawodowe). Konflikt może też mieć charakter intrapersonalny i oznaczać wewnętrzny stan sprzeczności pragnień, przekonań i wartości jednostki (np. rodzina jako wartość i uwikłanie w zdrady osoby uzależnionej od aktywności seksualnej). Podłożem tych konfliktów jest zawsze nadmierne zaangażowanie i spędzanie zbyt dużej ilości czasu na aktywności związanej z uzależnieniem. Pozorna przyjemność i doświadczanie ulgi wynikające z podjęcia danej czynności powodują nasilenie częstotliwości uzależnieniowego zachowania mimo wielu negatywnych konsekwencji doświadczanych przez jednostkę. A to z kolei nasila zachowanie uzależnieniowe przez wzbudzanie go jako strategii radzenia sobie z pojawiającym się poczuciem winy i wstydem. Powstaje wówczas konflikt między osobą uzależnioną a jej bliskimi (partnerem, dziećmi, rodzicami) oraz w jej środowisku szkolnym lub

zawodowym (zależy od wieku osoby uzależnionej). Może on dotyczyć także innych aktywności jednostki, takich jak życie towarzyskie, hobby, zainteresowania. Dodatkowo silne subiektywne poczucie utraty kontroli związane z coraz większym angażowaniem się w dane zachowanie i próbami jego ograniczenia lub zatrzymania wywołuje napięcie skutkujące konfliktem wewnętrznym.

Nawroty, objaw charakterystyczny dla uzależnień substancjalnych, pojawiają się także w uzależnieniach behawioralnych. Oznaczają tendencję do powtarzania wcześniejszych schematów danego zachowania po okresach częściowej lub całkowitej abstynencji. Klasycznym przykładem nawrotów w uzależnieniach behawioralnych jest hazard, kiedy osoba uzależniona na pewien czas zawiesza grę na pieniądze, a po nawrocie natychmiast gra w sposób szkodliwy i pełnowymiarowy (Griffiths, 2002).

Według Griffithsa (2009) kliniczna diagnoza uzależnienia behawioralnego jest możliwa po spełnieniu wszystkich wymienionych wcześniej sześciu kryteriów. Specyfika uzależnień behawioralnych opartych na zwyczajnych codziennych czynnościach (takich jak jedzenie, kupowanie, korzystanie z internetu) wymaga bowiem ścisłego dookreślenia symptomów odróżniających zdrowy entuzjazm i zaangażowanie od uzależnienia. Granica między pełnym pasją zaangażowaniem a uzależnieniem niesubstancjalnym jest cienka i czasami bardzo trudna do określenia. Czy bowiem można mówić o uzależnieniu, jeśli ktoś lubi robić zakupy i w żaden sposób nie powoduje to konfliktów jego życia? Albo czy jest uzależniony ktoś, kto intensywnie i z pełnym zaangażowaniem uprawia sporty i ćwiczenia fizyczne i nie doświadcza negatywnych stanów, jeśli z jakiegoś powodu musi przerwać lub ograniczyć dotychczasową swoją aktywność? Podstawowym mechanizmem decydującym o uzależnieniu jest proces wyalienowania osoby uzależnionej z życia. Na tym polega główna różnica między uzależnieniem behawioralnym a pasją i zaangażowaniem. Osoba uzależniona doświadcza cierpienia, gdy nie może wykonywać swojej aktywności, jest rozdarta między wymaganiami najbliższych a ogromnym pragnieniem kontynuowania danej czynności.

Zachowanie, które jest pasją, wzbogaca człowieka, ułatwia mu funkcjonowanie w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym, nadaje życiu koloryt i smak. Zachowanie, które uzależnia,

powoduje wycofanie jednostki z ról społecznych, ogranicza jej aktywność w wielu obszarach, zubaża życie, staje się źródłem konfliktów, cierpienia oraz problemów osobistych i zawodowych.

TABELA 1.2

Kryteria diagnostyczne uzależnień behawioralnych

Goodman (1990)	Griffiths (1996b)
• Powtarzające się niepowodzenia powstrzymania impulsów do angażowania się w specyficzne zachowania • Narastające poczucie napięcia bezpośrednio przed podjęciem danego zachowania • Przyjemność lub ulga w czasie wykonywania danej czynności • Poczucie braku kontroli nad angażowaniem się w daną czynność • Wystąpienie pięciu z następujących objawów: • częste zaabsorbowanie zachowaniem lub czynnościami przygotowującymi do danego zachowania • angażowanie się w dane zachowanie (pod względem częstotliwości i czasu trwania) znacznie przekraczające zamierzony poziom • powtarzające się próby zmniejszenia częstotliwości kontroli lub zaprzestania danego zachowania • poświęcanie coraz większej ilości czasu na aktywności związane z danym zachowaniem (przygotowanie do niego, wykonanie oraz ponowne działanie) • coraz większe angażowanie się w dane zachowanie kosztem zaniedbywania obowiązków domowych, zawodowych, szkolnych czy społecznych • rezygnacja lub ograniczenie ważnych działań społecznych, zawodowych i rekreacyjnych z powodu zaangażowania w dane zachowanie • kontynuowanie danego zachowania mimo doświadczania trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym wynikających z danego zachowania lub zaostrzających się z jego powodu • tolerancja: potrzeba zwiększania częstotliwości lub intensywności danego zachowania w celu uzyskania takiej samej przyjemności lub ulgi jak wcześniej • niepokój lub zdenerwowanie, gdy nie można podjąć danego zachowania • utrzymywanie się symptomów dłużej niż przez miesiąc lub ich powtarzanie się w dłuższym okresie	• Zaabsorbowanie • dana czynność uzyskała w życiu jednostki priorytetowe znaczenie i zdominowała jej myślenie (zaabsorbowanie i zniekształcenia poznawcze), uczucia (pożądanie, pragnienie) oraz zachowanie (pogorszenie funkcjonowania społecznego) • Modyfikacja nastroju • konsekwencją wykonywania danej czynności jest zmiana nastroju (podekscytowanie lub ucieczka, ulga), która stanowi wskaźnik nieprzystosowawczych strategii radzenia sobie • Tolerancja • uzyskanie podobnego efektu gratyfikującego (np. zmiany nastroju) wymaga większego zaangażowania w daną czynność (albo przez wydłużenie czasu, albo zintensyfikowanie częstotliwości zachowań) • Symptomy odstawienia • nieprzyjemne stany emocjonalne (np. smutek lub rozdrażnienie) i/lub objawy fizyczne, takie jak dreszcze, drżenie • Konflikty • konflikty interpersonalne z osobami z otoczenia jednostki lub konflikty wewnętrzpsychiczne • Nawroty • tendencja do powrotu do danej czynności po okresie całkowitej abstynencji lub próbach kontroli bądź powstrzymania tej aktywności

Źródło: oprac. własne.

Obie koncepcje w mniejszym lub większym stopniu opierają się na ogólnej definicji uzależnień, przyjętej dla zależności chemicznych od alkoholu, leków czy narkotyków. Analizując opisane w literaturze kryteria diagnostyczne, można zatem przyjąć następujące operacyjne kryteria uzależnień behawioralnych:

- podejmowanie danej aktywności w celu zmiany samopoczucia: uzyskania przyjemności, zmniejszenia bólu, wzrostu energii, uspokojenia lub w fazie końcowej – zachowania zdolności do funkcjonowania (efekt tolerancji);
- wraz z upływem czasu konieczność zintensyfikowania danej czynności w celu osiągnięcia pożądanego/akceptowalnego stanu;
- utrata kontroli nad ilością, częstością i czasem wykonywania pewnych czynności;
- pojawienie się symptomów odstawiennych, jeśli wykonanie danej czynności jest gwałtownie skrócone, ograniczone lub niemożliwe do zrealizowania;
- nasilenie negatywnych konsekwencji wynikających z przekroczenia czasu poświęcanego na wykonywanie danej aktywności, co jest bezpośrednim lub pośrednim wskaźnikiem utraty kontroli.

Wielu autorów sugeruje, że aby zdiagnozować uzależnienie behawioralne, niezbędne jest wystąpienie wszystkich pięciu objawów. Brak chociaż jednego wyklucza możliwość postawienia diagnozy uzależnienia behawioralnego (Merriam, 2013).

Analiza problemów definicyjnych wynikających z potrzeby dookreślenia zjawiska uzależnień behawioralnych wiąże się też z problemem klasyfikacji tych ostatnich. W literaturze nie ma jeszcze jednoznacznie wypracowanego stanowiska w tej sprawie, jednak gdy wziąć pod uwagę różnorodność czynności, które mogą stać się nałogiem, pewne próby klasyfikacji wydają się koniecznością. Jak wspomniano wcześniej, w opracowaniach naukowych i klinicznych nie ma jednoznacznej klasyfikacji uzależnień behawioralnych.

Kryteria przyjętych kategoryzacji są niejednorodne, zazwyczaj jednak opierają się na roli jednostki w zaangażowaniu w daną czynność albo na przedmiocie danej czynności. Na przykład Griffiths (2005a) wyróżnia bierne i czynne uzależnienia behawioralne, a kryterium podziału jest forma angażowania się w daną czynność. Forma bierna to m.in. oglądanie telewizji, a forma czynna to zakupoholizm. Niemniej kryteria podziału są nieostre i trudne do jednoznacznego zastosowania. W tej pracy dokonano podziału ze względu na treść zachowania będącego przedmiotem uzależnienia i wyróżniono uzależnienia od:

- gier losowych i zakładów pieniężnych, czyli patologiczny hazard;
- korzystania z nowych technologii i aktywności w świecie wirtualnym, w tym problemowe korzystanie z internetu, gier komputerowych, mediów społecznościowych i telefonu komórkowego;
- kształtowania własnego ciała, czyli od ćwiczeń fizycznych, operacji plastycznych, tatuaży i korzystania z solariów;
- robienia zakupów;
- jedzenia;
- aktywności seksualnej;
- pracy.

Przyjęty podział jest subiektywny, a kryterium wyróżniające stanowi treść aktywności powodującej uzależnienie. Bardziej wynika on z analizy teoretycznej niż empirycznej, stanowi próbę uporządkowania istniejących i opisanych w literaturze nałogowych zachowań.

Uzależnienia behawioralne



Fragment pochodzi z książki:
Uzależnienia behawioralne

Autorzy: Iwona Grzegorzewska,
Lidia Cierpiałkowska

Wydawnictwo Naukowe PWN,
2018

SPRAWDŹ

Usługi psychologiczne na odległość

Dorota Bednarek

Czy możliwa jest etyczna usługa psychologiczna na odległość?

Tradycyjnie usługi psychologiczne realizowane są w bezpośrednim kontakcie psychologa z klientem. Coraz częściej jednak psychologowie korzystają z kontaktu pośredniego: przede wszystkim telefonu i internetu. Współcześnie internet jest przestrzenią, w której odtwarza się ofertę dostępną w kontakcie bezpośrednim, natomiast usługi przez telefon mają przede wszystkim charakter telefonów zaufania oferowanych często bezpłatnie przez organizacje działające na rzecz pomocy w jasno zdefiniowanych obszarach, takich jak: przemoc, alkoholizm, depresja, interwencja kryzysowa czy działalność rozjemcza. **Przyjmuje się, że doradcza usługa psychologiczna przez telefon powinna mieć charakter jednorazowy, to znaczy nie sugeruje się klientowi nawiązania relacji terapeutycznej ani diagnostycznej.** Wraz z rozrostem usług psychologicznych na odległość pojawia się coraz więcej badań porównujących je pod kątem skuteczności z usługami tradycyjnymi. Okazuje się, że w wielu zbadanych dotychczas obszarach praktyki, zarówno w interwencji, jak i w diagnozie psychologicznej, efektywność w kontakcie bezpośrednim i pośrednim jest podobna, co mimo początkowego oporu części środowiska profesjonalnego rozstrzyga o dalszych możliwościach rozwijania tej formy pracy.

Usługi psychologiczne na odległość nie mogą objąć wszystkich obszarów tradycyjnej praktyki psychologicznej.

Ograniczony zakres usług na odległość

Należy uprzedzić potencjalnych klientów, że nie zawsze usługa na odległość jest adekwatna i właściwa. Podstawowe ograniczenia związane są z ewidentnymi ograniczeniami w możliwości diagnozy, bieżącej obserwacji klienta, świadczeniem pomocy w wypadku poważnych zaburzeń klinicznych. Jeśli psycholog oceni, że pomoc zdalna dla danego klienta jest niewskazana lub niesie zbyt wysokie ryzyko, powinien zaproponować tej osobie skorzystanie z pomocy psychologicznej bez pośrednictwa technologii.

Opracowania dotyczące zasad etycznych w usługach na odległość

W Kodeksie etyki Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, podobnie jak w Kodeksie Etyczno-Zawodowym Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego brak jest bezpośrednich odniesień do kwestii usług psychologicznych na odległość. Natomiast zespoły ekspertów niektórych stowarzyszeń psychologicznych opracowały zestaw wytycznych dotyczących usług psychologicznych realizowanych za pośrednictwem telefonu oraz internetu.

W jednym z pierwszych oświadczeń w tym zakresie Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA, 1997) zaleca, aby w odniesieniu do nowych kanałów komunikacji z klientem stosować zasady dotyczące **granic kompetencji w nowo powstających obszarach psychologii.**

W nowych obszarach, w których brak jeszcze uznanych zasad uzyskiwania kwalifikacji zawodowych oraz nie wypracowano szczegółowych procedur postępowania, psychologowie podejmują rozsądne kroki, aby zapewnić wysoki poziom profesjonalny swojej pracy oraz chronić klientów i inne osoby (których dotyczy działalność profesjonalna) przed szkodą. **Psycholog podejmuje stosowne działania, aby zapewnić profesjonalizm swojej pracy i nie szkodzić osobom, z którymi pracuje** (standard 2.01e – Granice kompetencji; APA, 2017).

Współcześnie dysponujemy obszernymi opracowaniami ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego: Guidelines for the practice of telepsychology (APA, 2013) oraz opracowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Doradców Ethical standards for Internet on-line counseling (ACA, 1999). Poniżej przedstawione są w skrócie najważniejsze obszary troski o etyczną praktykę na odległość opracowane na podstawie tych dokumentów.

Zalety kontaktu psychologicznego na odległość

Ogólnie rzecz ujmując, świadczenie usług psychologicznych na odległość charakteryzuje się następującymi zaletami:

- szybki dostęp do usługi;
- łatwa dostępność (szczególnie dla osób z trudnościami w przemieszczaniu się);
- niskie koszty ponoszone przez usługodawcę;
- w dziedzinie diagnozy – nowe, poprawione wersje narzędzi psychologicznych mogą być udostępniane przez producenta bez opóźnień.

Rozważenie możliwości świadczenia usług na odległość ma szczególne znaczenie w odniesieniu do osób z utrudnionym dostępem do bezpośrednich usług psychologicznych w związku z:

- trudnościami w przemieszczaniu się (np. osoby niepełnosprawne, sprawujące opiekę nad niepełnosprawnymi, małymi dziećmi itp.);
- zamieszkaniem terenów wiejskich;
- przebywaniem za granicą (wobec trudności językowych i różnic kulturowych).

W takich sytuacjach zastosowanie ma **zasada, aby nie pozostawiać potrzebującej osoby bez pomocy psychologicznej** (standard 2.01d – Granice kompetencji; APA, 2017).

Zagrożenia dla praw klienta w usługach na odległość

Poufność w usługach na odległość

Bezpieczeństwo informacji o kliencie może być zagrożone zniszczeniem lub udostępnieniem

osobom niepowołanym z powodu: wirusów, działań hakerów, uszkodzenia nośników lub ich narażenia na dostęp osób trzecich, wad systemów i programów ochronnych oraz przez politykę podmiotów udostępniających transmisję danych.

Podstawowe zalecenia etyczne dotyczą konieczności poinformowania klienta o **zwiększonym ryzyku** dla bezpieczeństwa i poufności związanym z korzystaniem z usług psychologicznych za pośrednictwem przesyłania informacji (telefon, internet).

Paradoksalnie w szczególności usługi udostępniane przez internet ogłaszane są powszechnie jako „bezpieczne” i „anonimowe”, co stoi w jawnej sprzeczności z realiami. Dodatkowo warto mieć świadomość, że telefon stacjonarny zapewnia bezpieczniejsze połączenie niż telefon komórkowy czy internetowy.

Psycholog oferujący usługi za pośrednictwem telefonu lub internetu powinien podnosić swoje kwalifikacje w zakresie rozumienia technologii i zabezpieczeń stosowanych dla ochrony danych i tożsamości klientów.

Dokumentacja

Jeśli chodzi o przechowywanie dokumentacji w psychologicznej praktyce na odległość, to obowiązują te same zasady, co w kontakcie bezpośrednim. Dla dobra klienta jego dokumentacja powinna być przechowywana, i to w sposób bezpieczny. W usługach na odległość poufność danych jest narażona w momencie ich przesyłania. Niemniej ich przechowywanie powinno być bezpieczne (np. na nośnikach bez dostępu do internetu). Jeśli chodzi o rejestrację głosu lub wizerunku, to nie powinna ona być dokonywana bez określonej potrzeby, a wtedy tylko i wyłącznie za zgodą klienta¹.

Sytuacja kryzysowa w usługach na odległość

Psycholog świadczący usługi na odległość powinien przewidywać i zaplanować działania na

wypadek sytuacji kryzysowej, takiej jak: nagłe pogorszenie się stanu klienta, możliwość samobójstwa, przemoc, zagrożenie dla osób trzecich bądź gdyby się okazało, że klient potrzebuje intensywnej terapii w bezpośrednim kontakcie lub hospitalizacji. Z takimi trudnymi zjawiskami częściej należy się liczyć w kontakcie rozciągniętym w czasie, związanym zazwyczaj z interwencją, jednak mogą się one zdarzyć również w kontekście jednorazowego kontaktu diagnostycznego. **Należy te kwestie omówić z klientem na początku kontaktu.**

Aby chronić klienta przed szkodą w sytuacjach awaryjnych (trudności komunikacyjne, pogorszenie stanu klienta, tendencje samobójcze), w usługach rozciągniętych w czasie (interwencja) **psycholog poznaje tożsamość klienta i zapewnia sobie z nim alternatywny kontakt.**

Jeśli realny dystans między gabinetem a miejscem przebywania klienta jest znaczny, należy przewidzieć możliwość kontaktu z innym psychoterapeutą, który w razie awaryjnej sytuacji będzie mógł świadczyć pomoc w bezpośrednim kontakcie w lokalizacji dogodnej dla klienta.

W jednorazowym kontakcie diagnostycznym newralgicznym punktem jest moment przekazywania wyników. Po pierwsze, może z nich wynikać, że stan klienta wymaga pilnej pomocy profesjonalnej. W informacji zwrotnej powinny zostać zawarte jasne wskazówki co do sposobu poszukiwania takiej pomocy. Po drugie, jeśli wynik diagnozy jest dla klienta niekorzystny, a jego stan psychiczny nie jest znany, to może dojść do wyrządzenia szkody. Zapewnienie emocjonalnego wsparcia w wypadku zautomatyzowanego przekazywania wyników diagnozy jest ograniczone lub całkowicie niemożliwe².

Jeśli psycholog nie tylko udostępnia narzędzia do autodiagnozy, lecz także oferuje profesjonalną diagnozę psychologiczną przez internet, powinien jedynie rzadko decydować się na przekazywanie informacji zwrotnych w formie zautomatyzowanej, a raczej dążyć do kontaktu w realnym czasie (np. komunikator typu Skype), tak aby monitorować stan klienta i ewentualnie podjąć działania mające na celu ochronę jego bezpieczeństwa.

Świadoma zgoda w usługach na odległość

W związku z powszechnym zatajaniem zagrożeń i niebezpieczeństw dla poufności związanych z usługami psychologicznymi na odległość pod znakiem zapytania stoi procedura świadomej zgody.

Przekazywanie fałszywych informacji na temat bezpieczeństwa wyklucza rozeznanie klienta, zgoda nie jest zatem w pełni świadoma. Psycholog powinien zadbać o to, aby wszystkie ważne informacje zostały przekazane i zrozumiane. Jeśli skuteczność oferowanej metody pracy przez internet dla celów danej interwencji **nie jest jeszcze potwierdzona**, o tym również trzeba poinformować klienta.

Zawsze **należy informować nie tylko o zaletach, lecz także o ograniczeniach i wadach** zastosowania danej metody na odległość oraz związanym z tym ryzyku. Przede wszystkim trzeba poinformować o omówionych wyżej zagrożeniach dla poufności. Obowiązkiem psychologa jest upewnienie się, że klient rozumie te ograniczenia. W wypadku klientów niepełnoletnich należy zadbać o uzyskanie pisemnej zgody od przedstawicieli prawnych (rodziców).

Wyznaczenie granic

Wbrew pozorom wyznaczenie granic między relacją profesjonalną a prywatnością psychologa w kontakcie na odległość może być poważniejszym wyzwaniem niż w kontakcie bezpośrednim. Ze względu na powszechną dostępność danych personalnych, adresów e-mailowych oraz profili w mediach społecznościowych i na różnego typu forach internetowych istnieje ryzyko, że klient może przekraczać granice ustalonej relacji lub podejmować próby kontaktu z psychologiem po zakończeniu usługi.

Wyznaczenie reguł i granic kontaktu na początku usługi jest niezwykle ważne. Psycholog nie może ich przekraczać, a klient musi zostać wyraźnie poinformowany o ich naturze.

Dodatkowe informacje w książce **Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa**:

- 1 Zgodnie z zasadami przetwarzania danych osobowych, zob. rozdz. 5.
- 2 Zob. podrozdz. 8.7.2.

Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa



Fragment pochodzi z książki:
Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa
Autorzy: Dorota Bednarek
Wydawnictwo Naukowe PWN, 2020

SPRAWDŹ



Narracyjna terapia więzi

ZOBACZ



Kiedy trauma innych staje się własną

ZOBACZ



Nienawiść w przestrzeni publicznej

ZOBACZ



Biologiczne podstawy psychologii

ZOBACZ



Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu

ZOBACZ



Kliniczna psychologia sądowa

ZOBACZ

Zainteresowały Cię nasze książki?

Znajdziesz je w:



IBUK Libra to czytelnia on-line czynna całą dobę. Dostępne w niej są tysiące e-booków oraz e-czasopism z niemal każdej dziedziny. Do IBUKA Libry możesz załogować się z dowolnego miejsca, o każdej porze. Korzystanie z IBUKA Libry jest bezpłatne – poproś o dostęp w swojej bibliotece.

[PRZEJDŹ DO IBUK LIBRA](#)



IBUK.pl jest platformą pozwalającą kupować i wypożyczać e-booki. Można je wypożyczać zarówno pojedynczo – już od 4,92 PLN za dobę oraz w abonamentach – ceny zaczynają się od 19,90 PLN miesięcznie. W ofercie dostępne są także audiobooki.

[PRZEJDŹ DO IBUK.PL](#)



Księgarnia Internetowa PWN oferuje szeroki zakres publikacji: podręczniki akademickie, książki naukowe i popularnonaukowe, słowniki języka polskiego i słowniki języków obcych. Znajdziesz w niej zarówno publikacje papierowe, jak i książki w wersji elektronicznej – e-booki i audiobooki.

[PRZEJDŹ DO KSIĘGARNI INTERNETOWEJ PWN](#)



[ŚLEDŹ NAS NA
FACEBOOKU](#)



[DOŁĄCZ DO STREFY
PSYCHOLOGA](#)