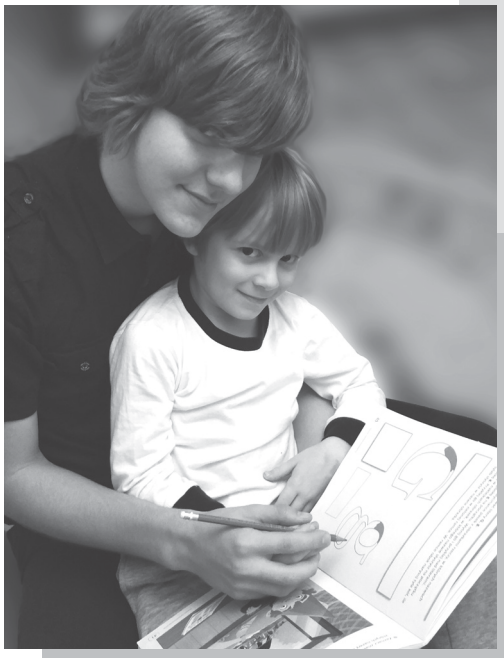
Agnieszka Pasztak-Opiłka

SPOTKANIE 1

Psycholog i dziecko z objawami somatycznymi



Diagnoza i terapia dziecka
z objawami somatycznymi
to często praca z całą jego rodziną

Wstęp

Psychologiczna diagnoza dziecka rzadko kiedy ściśle dopasowuje się do schematów postępowania, jakie opisywane są w literaturze psychologicznej. Samo spotkanie z dzieckiem, a zwłaszcza z dzieckiem chorym, bywa nieprzewidywalne i niepowtarzalne, trudno więc zbudować przejrzyste algorytmy wyznaczające jego przebieg. O ile w przypadku diagnozy osoby dorosłej zakładamy, że na ogół nasz klient swobodnie komunikuje się werbalnie, kontroluje potrzeby fizjologiczne

oraz inne zachowania (takie jak chęć picia, jedzenia, włożenia do ust narzędzi badawczych czy korzystania z toalety co kilka minut), o tyle spotkanie z dzieckiem nie daje w tym zakresie żadnej pewności. Sam wiek biologiczny bywa pewną wytyczną w postępowaniu, ale przecież pomiędzy wiekiem biologicznym dziecka a jego dojrzałością społeczno-emocjonalną niejednokrotnie jest rozpadlina.

Na uwagę zasługuje fakt, że w literaturze powszechnie podkreśla się asymetrię relacji psychologa z klientem, w której to psycholog posiada szeroko rozumianą wiedzę psychologiczną, zna przebieg badania, budowę i znaczenie stosowanych narzędzi, a priorytetem są dla niego potrzeby i problemy klienta (Paluchowski, 2007). W przypadku badania dzieci mówi się o tzw. podwójnej asymetrii – psycholog przyjmuje rolę specjalisty, ale i osoby dorosłej, stając się dla dziecka autorytetem, niejednokrotnie porównywanym z nauczycielem. Dziecko dysponuje nie tylko znacznie mniejszą wiedzą dotyczącą samego przebiegu i treści badania psychologicznego, ale i znacznie uboższym doświadczeniem życiowym, niższym wykształceniem, mniejszymi umiejętnościami społecznymi, poznawczymi oraz jednocześnie znacznie większą podatnością na stres i ogromną wrażliwością na czynniki kształtujące przebieg spotkania z psychologiem (Toeplitz, 2007). Tym samym, jak podkreśla się w Kodeksie etyczno-zawodowym psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dzieci stanowią grupę szczególnych klientów, mających prawa nie mniejsze od praw osób dorosłych. W związku z tym powinny poznać przed badaniem psychologicznym jego cel oraz przewidywany przebieg, powinny też zaakceptować działania podejmowane przez psychologa nawet w sytuacji, gdy na badanie psychologiczne trafiają nie z własnej inicjatywy (punkt 18 i 19 Kodeksu). Udzielenie dziecku informacji, uzyskanie od niego zgody na badanie psychologiczne oraz zbudowanie atmosfery budzącej poczucie bezpieczeństwa należy do obowiązków psychologa.

Wpływ choroby dziecka na funkcjonowanie rodziny

Chorobę dziecka oraz jej następstwa należy rozpatrywać w ujęciu systemowym (Hobfoll, Spielberger, 1992). Staje się ona bezpośrednią przyczyną powstawania tzw. stresu rodzinnego, zagrażającego zasobom całej rodziny. Obserwowane i odczuwane przez dziecko symptomy chorobowe budzą poczucie zagrożenia, zaś ich rozumienie zależy w istotny sposób od jego rozwoju społeczno-emocjonalnego. Dzieci w wieku przedszkolnym (faza przedlogiczna) jeszcze nie różnicują przyczyny od skutku i pojawienie się objawów chorobowych czy związaną z nim konieczność podjęcia leczenia mogą traktować jako karę za wcześniejsze, niewłaściwe zachowania. Dzieci w wieku wczesnoszkolnym (7–11) potrafią już wyjaśnić chorobę prostymi zależnościami przyczynowo-skutkowymi, nastolatki zaś opisują procesy chorobowe zachodzące w organizmie, niewidoczne z zewnątrz

(por. Obuchowska, 1988; Vasta, Haith, Miller, 1995). Na spostrzeganie i interpretację objawów somatycznych wpływają również czynniki rodzinne. Stwierdzono istotne powiązania pomiędzy sposobami manifestowania objawów oraz szukaniem pomocy medycznej przez dzieci i ich rodziców – wyjaśniane czynnikami dziedzicznymi i mechanizmem uczenia się (Schanberg i in., 2001). Nie sposób również pominąć olbrzymią rolę, jaką w odczuwaniu objawów i nadawaniu im znaczenia odgrywają rówieśnicy. Wielokrotnie obserwowałam, jak dzieci hospitalizowane w jednej sali „wymieniają" się nawzajem objawami czy też uczą się ich interpretacji. Tymczasem niewłaściwe rozumienie choroby i fałszywe informacje, dodatkowo potęgowane przez wyobraźnię dziecka kształtują zaburzony obraz własnej choroby, co z kolei może potęgować odczuwanie objawów somatycznych.

Objawy chorobowe ujawniane przez dziecko silnie wpływają na jego rodzinę, zmieniając jej codzienne funkcjonowanie, a niejednokrotnie wymagając podjęcia wielu zmian i wyrzeczeń. Zmiany te mogą mieć charakter przejściowy (np. konieczność opiekowania się dzieckiem przez kilka dni w szpitalu, kosztem zaniechania pozostałych obowiązków rodzinnych i zawodowych). Zdarza się jednak, że choroba zaburza funkcjonowanie systemu rodzinnego na stałe (co wynika z jej charakteru i zdolności adaptacyjnych rodziny). Wyraźnie zmienia się wówczas hierarchia rodzinnych wartości (na czele stają cele zdrowotne), choroba kształtuje rodzinną atmosferę i modyfikuje relacje. Osobą, która najczęściej towarzyszy dziecku podczas leczenia jest matka, i może się zdarzyć, że pomiędzy nią a chorym dzieckiem buduje się trwała koalicja lub symbiotyczny związek, zaburzający relację z pozostałymi członkami rodziny (Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 1993). Choroba oddziałuje również na przeżywane przez rodziców emocje, nad którymi niejednokrotnie nie panują w kontaktach z personelem medycznym, co z kolei staje się źródłem konfliktów czy nieporozumień. Może wzbudzać poczucie winy za zaniedbania lub – podobnie jak u małych dzieci – może być przez nich traktowana jako kara za wcześniej popełnione grzechy. Niejednokrotnie towarzyszy jej lęk, przerażenie, poczucie bezsilności, ale i gniew czy zazdrość ukierunkowane na osoby, których dzieci pozostają zdrowe. Poprawa stanu zdrowia dziecka bądź pozytywne rokowania stają się źródłem silnych pozytywnych emocji. Wielokrotnie byłam świadkiem wzruszających sytuacji polepszenia stanu zdrowia czy też wykluczenia zagrażającej życiu dziecka diagnozy, na które rodzice reagowali ogromną radością połączoną z płaczem, przynoszącym ulgę.

Zanim dojdzie do spotkania

Podstawowym celem diagnozy dziecka jest uzyskanie rzetelnych informacji dotyczących jego funkcjonowania w obszarach, które są istotne z punktu widzenia

problemu, z jakim trafia ono na badanie psychologiczne oraz podjęcie decyzji o charakterze ewentualnej interwencji. Niejednokrotnie diagnoza służy wykluczeniu bądź potwierdzeniu wpływu problemów psychologicznych na stan zdrowia oraz określeniu wpływu choroby somatycznej na psychikę. W klasyfikacji diagnostycznej DSM-IV szeroko opisuje się tzw. zaburzenia somatoformiczne, określane jako „stany charakteryzujące się skargami na dolegliwości fizyczne lub ułomności występujące bez jakichkolwiek dowodów fizycznej patologii, które mogłyby ją potwierdzić" (Carson, Butcher, Mineka, 2003, s. 404)[3], budzące silny lęk pacjentów zwłaszcza w sytuacji, gdy badania medyczne nie wyjaśniają przyczyn ich problemów, a personel medyczny czasem bywa skłonny, by posądzać ich o symulację[4]. W powszechnie stosowanej klasyfikacji ICD-10 opisuje się niewyjaśnione dolegliwości somatyczne[5], którym – jak warto podkreślić – często towarzyszą objawy depresji czy zaburzenia lękowe[6] (tłum. Wciórka, 1999). Z drugiej strony niezwykle istotny jest fakt, że zaburzenia natury psychicznej są następstwem toczących się procesów chorobowych, stąd niejednokrotnie poważna trudność diagnostyczna: co jest przyczyną, a co skutkiem. We współczesnych podręcznikach psychiatrii powszechnie opisuje się tzw. zaburzenia psychiczne spowodowane chorobą somatyczną (np. Bilikiewicz, 2006), podkreślając, że każdej, nawet najbardziej błahej infekcji towarzyszy obniżenie nastroju bądź uczucie lęku. Zdarza się, że część objawów, zwłaszcza typu neurastenicznego, poprzedza wystąpienie choroby[7], a i sama choroba, powodując spustoszenia w różnych obszarach ludzkiego organizmu oraz ograniczając codzienną aktywność chorego, może znacząco odbić się na funkcjonowaniu psychicznym i społecznym.

Zanim przejdziemy do właściwej treści rozdziału, warto w tym miejscu zasygnalizować jeszcze jeden fakt, mianowicie: diagnoza dziecka nie może służyć wyłącznie celom klasyfikacyjnym, zaś zastosowanie określonych testów musi być uzasadnione (nie wynikać z przyzwyczajenia, łatwej dostępności czy z innych powodów). Co ważne, wyniki uzyskane przez dziecko są słabym predyktorem jego osiągnięć w przyszłości, a wyniki uzyskane w skalach rozwojowych w ogóle nie pozwalają na takie przewidywania (Anastasi, Urbina, 1999;

---

[3] Do których zalicza się: zaburzenia somatyzacyjne, hipochondrię, zaburzenia bólowe oraz zaburzenia konwersyjne.

[4] Pacjenci z zaburzeniami somatoformicznymi nie symulują objawów.

[5] Wśród których wymienia się m.in. zaburzenia hipochondryczne, zaburzenia autonomiczne występujące pod postacią somatyczną, uporczywe bóle psychogenne i inne.

[6] Dodatkowo w klasyfikacji tej związek pomiędzy czynnikami natury psychologicznej a objawami somatycznymi można również odnaleźć np. w rozdziałach obejmujących fobie, zaburzenia lękowe, zaburzenia adaptacyjne, dysocjacyjne, neurastenię, zaburzenia odżywiania się, trudności ze snem, zaburzenia natury seksualnej.

[7] Tzw. stadium neurasteniczne w przebiegu licznych chorób.

Hornowska, 2007), co stoi w sprzeczności z oczekiwaniami rodziców, często szukających odpowiedzi na pytanie o dalszy rozwój dziecka.

Kierowanie na konsultację i oczekiwania z nią związane

Na konsultację psychologiczną w obszarze służby zdrowia dzieci trafiają albo z oddziałów szpitalnych w trakcie hospitalizacji, albo z poradni specjalistycznych, lecząc się ambulatoryjnie. Najczęściej są kierowane na prośbę rodzica lub też na wniosek lekarza, obejmującego dziecko swą opieką. Wśród lekarzy specjalistów, dla których diagnoza psychologiczna stanowi jedno z wielu badań diagnostycznych, są głównie pediatrzy, neurolodzy, gastroenterolodzy, kardiolodzy czy też lekarze rehabilitacji. W niektórych placówkach medycznych konsultacja psychologiczna wpisana jest w wewnętrzne standardy diagnostyczne, zwłaszcza gdy u dziecka obserwuje się bądź podejrzewa zaburzenia, których przyczyną albo konsekwencją są problemy psychologiczne. Tak bywa w przypadku przewlekłych dolegliwości bólowych głowy, brzucha, mięśni, omdleń czy innych objawów, słabo wyjaśnianych medycznie bądź też nieustępujących, pomimo podjętego leczenia.

Lekarze kierujący dzieci na konsultacje psychologiczne najczęściej oczekują informacji dotyczących oceny ich rozwoju, oceny stanu psychicznego, wpływu stanu psychicznego na funkcjonowanie somatyczne i wpływu choroby na stan psychiczny, oceny intelektu i funkcji poznawczych, jak i oceny wpływu sytuacji szkolnej czy rodzinnej na stan psychiczno-somatyczny dziecka. Niejednokrotnie też badanie psychologiczne jest regularnym monitoringiem wpływu stosowanych substancji farmakologicznych (np. przy epilepsji) na funkcjonowanie poznawcze, co pozwala zmodyfikować leczenie (zwiększenie/zmniejszenie dawek, zmiana stosowanych leków, wprowadzenie dodatkowych substancji, np. poprawiających koncentrację uwagi itd.) lub też monitoringiem rozwoju (progres/regres) u dzieci z grup klinicznych, pozwalającym dopasować charakter interwencji. Zdarza się, że bezpośrednią przyczyną skierowania na konsultację jest konieczność udzielenia wsparcia w sytuacjach kryzysowych przy chorobach przewlekłych, śmiertelnych lub znacznie obniżających dotychczasową jakość życia dziecka i jego rodziny. Często lekarz prosi o konsultację w celu uzyskania pomocy w diagnozie medycznej u dzieci i rodziców słabo współpracujących z personelem medycznym. Inną przyczyną skierowania dziecka na konsultację przez lekarza jest niespodziewany przestój w leczeniu, spowodowany wpływem czynników natury psychologicznej. W placówkach służby zdrowia psycholog uczestniczy również w przesłuchaniach policyjnych bądź prokuratorskich dzieci, które trafiają do leczenia po urazach, wypadkach, dzieci maltretowanych i molestowanych. Zdarza się, że w takich sytuacjach badanie psychologiczne wiąże się z interwencją kryzysową. Podobna sytuacja ma miejsce, gdy dziecko hospitalizowane jest

po wypadkach zbiorowych, gwałtach, powodziach, pożarach i innych traumatycznych zdarzeniach. Od psychologa oczekuje się wówczas przekazania dziecku informacji o śmierci najbliższych czy też o aktualnym stanie jego zdrowia (np. informacji o przeprowadzonych amputacjach).

Psycholog w szpitalu poświęca pacjentom na ogół więcej czasu niż pozostali specjaliści i często w trakcie spotkania z nim ujawniane są informacje podstawowe z perspektywy choroby dziecka. Odpowiedź na pytanie, dlaczego rodzic bądź dziecko nie przekazali tych informacji bezpośrednio lekarzowi prowadzącemu, bywa prosta: „bo nie pytał". Niektórzy pracownicy służby zdrowia nadal mają zbyt małą wiedzę psychologiczną, konieczną do pracy z dzieckiem. Przejawiają trudności w komunikowaniu się, zbieraniu wywiadu, dostosowaniu języka do wieku pacjenta i jego stanu emocjonalnego. Konieczność dopasowania języka do możliwości odbiorcy jest istotna nie tylko w przypadku dzieci, lecz także ich rodziców, stąd też silnie podkreśla się znaczenie tak kompetencji językowych[8], jak i komunikacyjnych[9] (Stemplewska-Żakowicz, 2009). Wspominam, gdy jedna z matek na pytanie lekarza dotyczące częstości oddawania stolca przez dziecko odpowiedziała, że takowego nie oddaje, nie rozumiejąc pojęcia stolec.

Jak wspomniałam, na badanie najczęściej kieruje lekarz. Rodzic zgadza się z takim działaniem, dostrzegając konieczność konsultacji, bądź też nie dostrzegając jej, trafia ze skierowaniem motywowany zewnętrznie. Zdarza się też, że sam rodzic, wyedukowany niejednokrotnie w internecie, dostrzega u dziecka niepokojące zachowania lub, porównując je z innymi dziećmi – nieprawidłowości rozwojowe. Obserwuję ostatnio dwie niepokojące tendencje u rodziców – część „oddanych dzieciom rodziców doskonałych" doszukuje się u nich regularnie kolejnych zaburzeń, o których powszechnie pisze się na forach internetowych. Bywa, że w środowisku panuje też moda na ich rozpoznawanie (jak to było kilka lat temu z ADHD, później z dysleksją, niedosłuchem centralnym a ostatnio z nadużywanym w diagnostyce zespołem Aspergera), gdy przypisuje się wybiórcze zachowania znanym, sztywnym etykietom. W następstwie dziecko zostaje objęte opieką wielu specjalistów, którzy nie potwierdzają tej diagnozy. Drugą grupę stanowią „rodzice nadmiernie zapracowani" – którzy w wirze obowiązków zawodowych co jakiś czas, za to z przesadną siłą i z poczuciem winy, koncentrują się na problemach własnych dzieci, niejednokrotnie je wyolbrzymiając. Tak jedna, jak i druga grupa sprawia wrażenie chęci posiadania dziecka doskonałego, traktując zachowania odstające od (wyimaginowanych) standardów nie

---

[8] Kompetencja językowa – zdolność posługiwania się językiem, wymagająca wiedzy językowej.

[9] Kompetencja komunikacyjna – zdolność używania języka odpowiednio do sytuacji i do rozmówcy, wymagająca wiedzy społeczno-kulturowej.

jako normę rozwojową czy przejściowy problem, ale jako zaburzenie czy wręcz chorobę somatyczną, wymagające pilnej pomocy medycznej i psychologicznej, oczekując niejednokrotnie pigułki szybko i skutecznie eliminującej problemy.

Istnieje grupa rodziców zgłaszających chęć badania medycznego i psychologicznego dziecka w celu uzyskania różnego rodzaju korzyści, takich jak chociażby zasiłek opiekuńczy, traktujących każde z tych badań w sposób czysto instrumentalny. Pamiętam dziecko, które badałam regularnie od najwcześniejszych miesięcy życia po urazie okołoporodowym. Dziecko było objęte wszechstronną, regularną terapią (rehabilitacja ruchowa, psycholog, logopeda, neurolog). Na jednej z wizyt z radością oznajmiłam matce, że mamy sukces: dziecko osiągnęło poziom rówieśników. A ona się rozpłakała z powodu zagrożenia utratą zasiłku i zapytała, czy da się coś zrobić, by znów rozwijało się gorzej. Czasem jedynym celem wizyty jest uzyskanie zaświadczenia czy opinii do sądu, pomoc w uzyskaniu krótszego terminu badań diagnostycznych, w poprawie jakości opieki medycznej czy wreszcie w zapewnieniu dziecku opieki w sytuacji (sic!), gdy rodzice z różnych powodów nie mogą tego robić samodzielnie (pracując kilkanaście lat w oddziałach pediatrycznych obserwowałam sytuacje, gdy rodzice pozostawiali w szpitalach dzieci i wyjeżdżali na wczasy bądź też przez długi czas ich nie odwiedzali, tłumacząc ten stan chęcią odpoczynku od własnego dziecka). Zdarza się, że o konsultację proszą skonfliktowani z rodzicami dziadkowie, jednakże w tej sytuacji brak zgody opiekuna prawnego uniemożliwia przeprowadzenie badania (kwestię udzielania zgody na badanie poruszę w dalszej części rozdziału). Czasem bywa odwrotnie – to rodzice, korzystając z możliwości kontaktu z psychologiem proszą, by porozmawiał on również z pozostałymi opiekunami dziecka i przekazał im swoje wskazówki, zakładając, że przekaz taki będzie skuteczniejszy i zaowocuje stosowaniem się do zaleceń bardziej niż w sytuacji, gdy te same uwagi czy prośby przekażą sami. Bywają też rodzice, którzy wykorzystując pobyt dziecka w szpitalu bądź możliwość konsultacji ambulatoryjnej u psychologa, proszą o wydanie opinii przeciwko drugiemu rodzicowi, z którym żyją w konflikcie (czasem licząc, że będzie ją można przedstawić podczas sprawy rozwodowej).

Różne są oczekiwania prezentowane przez rodziców chorych dzieci wobec działań psychologa. Wielu oczekuje pomocy w wyjaśnieniu sytuacji chorobowej dziecka, udzielenia wsparcia oraz pomocy w zmianie niekorzystnych zachowań (jak na przykład nieefektywnych strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach, związanych z nadmiernym ich przeżywaniem i somatyzacją emocji). Bywa też, że upraszczając problem, formułują swe oczekiwania wobec psychologa słowami: „proszę wytłumaczyć dziecku, by było grzeczne/miłe/nie denerwowało się/jadło/prawidłowo spało/nie biło siostry/chciało się uczyć/nie okaleczało się" itd., nie dociekając przyczyn rzeczywistych trudności dziecka. Bardzo często problemy

tkwią w relacjach rodzinnych i objaw dziecka, jako najbardziej kruchego elementu systemu, jest znakiem, że cała rodzina wymaga pomocy. Jednakże rodzice czasem prezentują skłonność do bagatelizowania sytuacji i delegowania do leczenia samego dziecka (Stierlin, Rucker-Embden, Wetzel, Wirsching, 1999).

Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych i zgoda na udział w badaniu medycznym i psychologicznym

Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (regularnie aktualizowane) ściśle regulują liczbę etatów psychologów bądź psychologów klinicznych w wybranych oddziałach pediatrycznych, przypadających na liczbę pacjentów, czym uwarunkowane jest uzyskanie przez daną placówkę kontraktu z NFZ oraz jego wysokość. Propozycja standardów psychologicznych świadczeń zdrowotnych udostępniona na stronie Polskiego Towarzystwa Psychologicznego zakłada, że świadczenia psychologicznego w placówce medycznej może udzielić psycholog po ukończeniu pięcioletnich studiów magisterskich bądź też magister psychologii z dodatkowymi uprawnieniami (tj. certyfikaty, licencje, szkolenia, specjalizacja z zakresu psychologii klinicznej). Na szczególną uwagę zasługuje założenie, że świadczenie psychologiczne powinno być wykonane w oddzielnym pomieszczeniu, tak w lecznictwie otwartym, jak i zamkniętym, co, jak pokażę w dalszej części rozdziału, nie zawsze bywa możliwe do zrealizowania. Wśród świadczeń, jakich psycholog udziela w obszarze służby zdrowia, wymienia się m.in.: poradę psychologiczną (która trwa około godziny i jest spotkaniem jednorazowym), konsultację psychologiczną, na którą kieruje inny specjalista, terapię psychologiczną (odbywającą się długoterminowo w systematycznych, godzinnych sesjach), rehabilitację psychologiczną (spotkania 30-minutowe), psychologiczną interwencję kryzysową oraz różne rodzaje psychoterapii indywidualnej, rodzinnej lub grupowej (Standardy Psychologicznych Świadczeń Zdrowotnych).

Skierowanie na badanie psychologiczne wymaga zgody, ale i odpowiedniej motywacji osób w nim uczestniczących. Motywacja tak rodziców, jak i dziecka do udziału w badaniu psychologicznym może być trojakiego rodzaju: wewnętrzna (kiedy sami dostrzegają problem i widzą konieczność pomocy psychologicznej), zewnętrzna (gdy otrzymują skierowanie na badanie psychologiczne i akceptują potrzebę diagnostyki) oraz przymusowa (gdy dziecko bądź rodzina trafia na badanie psychologiczne wbrew swojej woli, jak to bywa czasem przy badaniach wyznaczonych przez sąd). Ta ostatnia może wiązać się z najgorszą współpracą (Brzeziński, Kowalik, 1993; Stierlin i in., 1999). Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty na udział w badaniu diagnostycznym pacjent lub jego przedstawiciel prawny (rodzic bądź opiekun) powinien wyrazić zgodę. Przy przyjęciu do szpitala rodzic podpisuje zgodę na podejmowanie niezbędnych

do diagnostyki procedur (w tym badania psychologicznego) na ogólnym formularzu, w niektórych placówkach zgoda na badanie psychologiczne jest wyodrębniona na osobnym druku. Warto podkreślić, że nastolatek, który ukończył 16. rok życia, zgodę na badanie lub na inne procedury zdrowotne może już wyrazić samodzielnie. W sytuacjach gdy jej odmawia, procedury medyczne można podjąć za zgodą sądu opiekuńczego. Zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym decyzje dotyczące dziecka każdy z rodziców/opiekunów prawnych, posiadających prawa opiekuńcze może podejmować oddzielnie, jednakże w sytuacji, gdy decyzja ta dotyczy np. ryzykownych zabiegów przepisy nakładają na rodziców obowiązek wspólnego podejmowania decyzji (Pietrzykowski, 2003), gdy zaś brakuje jednomyślnej zgody bądź też nie ma możliwości uzyskania jej od obojga rodziców – lekarz może zwrócić się o nią do sądu. Istnieją trzy sytuacje, gdy zaleca się wystąpienie o zgodę sądu opiekuńczego przez lekarza (art. 32 ust. 6 u.z.l.): gdy pacjent, który ukończył 16. rok życia, sprzeciwia się podjęciu diagnostyki i leczenia, jego przedstawiciel ustawowy zaś zgadza się na nie, pacjent wyraża zgodę, ale przedstawiciel jej się sprzeciwia czy wreszcie sytuacja, gdy działaniom medycznym sprzeciwia się zarówno sam nastolatek, jak i jego opiekun. W sytuacji badania osoby małoletniej, gdy nie ma możliwości skontaktowania się z opiekunem prawnym, zgodę na badanie może wyrazić opiekun faktyczny dziecka, jakim niejednokrotnie są dziadkowie czy starsze rodzeństwo (art. 32 ust. 3 u.z.l.). Granicę 16. roku życia często krytykuje się w literaturze podkreślając, że nastolatek przed ukończeniem 16. roku życia również może być zdolny do świadomego uczestniczenia w procesach diagnostyczno-leczniczych i odwołując się do kodeksu cywilnego (art. 13 Kodeksu cywilnego) 13. rok życia traktuje się jako tzw. moment nabycia ograniczonej zdolności do czynności prawnych. Przykład stanowi Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, która daje już dzieciom po 13. roku życia możliwość udzielenia zgody równoległej[10] na pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej (art. 12 ust. 3).

Choć w literaturze psychologicznej podkreśla się walory pisemnego zawierania kontraktu na badanie psychologiczne i na późniejszą interwencję, na ogół w Polsce wybiera się formę ustną (Stemplewska-Żakowicz, 2009). W placówkach służby zdrowia w ogóle rzadko używa się pojęcia kontrakt, traktując diagnozę psychologiczną jako jednorazowe spotkanie, zlecone odgórnie przez lekarza na karcie zleceń (różne placówki preferują różne rodzaje takich skierowań).

---

[10] Zgoda równoległa – tzw. zgoda podwójna; wyrażona równocześnie przez rodzica/opiekuna (przedstawiciela ustawowego) oraz przez pacjenta po 16. roku życia (albo w przypadku dorosłych: osobę upośledzoną umysłowo, ubezwłasnowolnioną lub chorą psychicznie, która jest świadoma co do przedmiotu świadczenia medycznego).

Psycholog ustnie informuje o podstawowym celu badania, jego przebiegu czy czynnościach, jakie będą podejmowane w trakcie badania, przekazuje również informacje dotyczące formy raportu oraz jego odbiorców.

Problemy, z jakimi dzieci trafiają do psychologa

W literaturze psychologicznej przytacza się koncepcję stresu współczesnych dzieci A. Harta, zgodnie z którą zmagania z codziennymi obciążeniami, którym dzieci niejednokrotnie nie są w stanie sprostać, mogą skutkować problemami w obszarze ich zdrowia oraz rozwoju (Pilecka, Fryt, 2011). A. Hart opisał stres współczesnych dzieci przy zastosowaniu pięciu określeń, zaprezentowanych w poniższej tabeli (tabela 1).

Tabela 1. Stres współczesnych dzieci w koncepcji A. Harta

„zbyt wiele, zbyt wcześnie”	• coraz więcej sytuacji trudnych, z jakimi muszą się uporać	• sięganie po narkotyki w szkole podstawowej • obniżenie wieku inicjacji seksualnej • depresja i podejmowanie prób samobójczych już przez dzieci w wieku przedszkolnym
„zbyt wiele dobrego”	• zbyt duża stymulacja • zbyt wiele wyzwań • zbyt wiele możliwości wyboru • presja rodziców, by stale być najlepszym	• obciążenie koniecznością dokonywania wyborów konsumpcyjnych, by dorównywać rówieśnikom • funkcjonowanie w stałej rywalizacji z nimi • przeciążanie dzieci nadmierną ilością zajęć dodatkowych
„zbyt mało dobrego”	• deficyt miłości ze strony zapracowanych rodziców • przejęcie opieki nad dziećmi przez instytucje • ubóstwo – słaba stymulacja rozwoju	• brak poczucia miłości i bezpieczeństwa • trudności wychowawcze • ucieczka w świat wirtualny lub w grupy, dające wsparcie poza domem rodzinnym
„za dużo stresu – za mało rodziny”	• rozwody, separacje	• brak wsparcia ze strony najbliższych • brak właściwej opieki • funkcjonowanie „obok siebie”, brak wiedzy rodziców o trudnościach, przeżyciach, doświadczeniach własnego dziecka
„zbyt dużo stresu nadmiernego”	• sytuacje stresowe przerastające możliwości dziecka	• zaburzenia fizjologiczne, biochemiczne • pojawianie się u dzieci objawów i chorób, które kiedyś występowały u dorosłych

Źródło: opracowanie własne w oparciu o: Pilecka, Fryt, 2011.

Zgłaszane przez rodziców trudności, będące podstawową przyczyną szukania pomocy medycznej i psychologicznej, zależą w znacznej mierze od wieku dziecka oraz stanu jego zdrowia i dotyczą na ogół kilku podstawowych obszarów: funkcjonowania dziecka w rodzinie, w szkole lub przedszkolu, globalnych lub parcjalnych zaburzeń rozwojowych, oceny własnej choroby, stosowania się do zaleceń medycznych oraz wpływu objawów i choroby somatycznej na codzienne życie dziecka i rodziny. Co więcej, w każdej z grup wiekowych można je podzielić na dwie kategorie – problemy dotyczące samego dziecka i problemy, z jakimi nie radzą sobie jego rodzice.

Dzieci najmłodsze – do 3. roku życia

W przypadku dzieci najmłodszych (do 3. roku życia) rodzice sygnalizują przede wszystkim niepokojące ich bądź lekarza zaburzenia w rozwoju poszczególnych funkcji, zwłaszcza motoryki i mowy (Pasztak-Opiłka, 2013). Często jest to obniżone bądź wzmożone napięcie mięśniowe utrudniające rozwój ruchowy, czasem trudności będące konsekwencją nieprawidłowego przebiegu ciąży czy zakażeń w okresie prenatalnym albo urazów okołoporodowych. Rodzice martwią się, że dziecko jeszcze nie siedzi albo nie chodzi (porównując je z dziećmi znajomych lub z informacjami, których wiele w poradnikach dla rodziców i w internecie). Zwracają również uwagę na rozwój mowy czynnej, który nie zawsze przebiega zgodnie z normami bądź z ich oczekiwaniami (choć nadal powszechne są przesądy o „ciężkiej" mowie u chłopców albo myślenie, że dziecko „kiedyś zacznie mówić"). Prawdą jest, że im wcześniej zostanie podjęta interwencja, tym mniej pojawi się nawarstwionych, wtórnych problemów w rozwoju społecznym dziecka w kolejnych latach. Rodzice małych dzieci często też zgłaszają trudności towarzyszące rozwojowi czynności samoobsługowych, problemy ze snem, jedzeniem czy sygnalizowaniem potrzeb fizjologicznych. Niejednokrotnie jednak sami utrudniają dzieciom rozwój w tych obszarach, kierując się na co dzień wygodą i pośpiechem. W czasach, kiedy nie były dostępne w Polsce pieluchy jednorazowe, dzieci znacznie wcześniej uczono zgłaszania potrzeb fizjologicznych. Obecnie rodzice z jednej strony narzekają, że dziecko jeszcze potrzeb nie sygnalizuje, z drugiej zaś nie mają czasu, cierpliwości albo wręcz zasłaniają się posiadaniem nowych mebli i dywanów, które podczas treningu czystości mogłyby zostać zniszczone. Podobnie bywa z nauką samodzielnego jedzenia czy ubierania się. Zgodnie ze wszechobecną we współczesnym świecie medykalizacją (Górnik-Durose, 2013) często pytają o pigułkę na grzeczność, na samodzielność, na rozwój mowy, która zadziałałaby szybko, skutecznie i bez ich udziału. Punktem zwrotnym nie jest dla nich moment, gdy dziecko zrywa pieluchę, krzyczy przy jej zakładaniu, ale czynniki zewnętrzne,

zwykle objęcie opieką przedszkolną, gdy umiejętność podstawowej samoobsługi jest już wymagana.

Wielu rodziców zgłasza też problem z odstawieniem dziecka od piersi. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca, by dzieci były karmione wyłącznie piersią do 6. miesiąca życia, zaś piersią wraz z pokarmami uzupełniającymi dietę do 2. roku życia (Nehring-Gogulska, Oslislo, 2006). Trudno znaleźć w literaturze jednoznaczne medyczne wytyczne określające górną granicę wieku karmienia piersią. Jednak rozwijające się dziecko w pewnym momencie swego życia zaczyna swobodnie gryźć, rozszerzając w ciągu dnia swą dietę, a jednocześnie w nocy zasypia przy piersi. Rodzice zgłaszają, że dzieci takie wybudzają się wielokrotnie w nocy (gdy pierś wypada z budzi), w dzień są zmęczone, bardziej markotne, drażliwe. Pierś mamy przestaje służyć wyłącznie karmieniu, ale przejmuje funkcję „uspokajacza" w sytuacji pojawienia się trudnych emocji. W niektórych rodzinach zdarza się, że dziecko z racji nocnego karmienia śpi z mamą, tata zostaje przerzucony na kanapę w salonie, z czasem zmienia się układ systemu rodzinnego – miejsce męża zaczyna zajmować dziecko – i problemy mogą narastać. Wielokrotnie zdarzyło mi się usłyszeć od zniechęconych ojców „nasze życie małżeńskie skończyło się z dniem urodzenia się dziecka". Matki karmiące dzieci po 3. roku życia (a zdarzały się w mojej praktyce i matki dzieci starszych, nawet w wieku szkolnym) bywają czasem bezradne, gdyż kontrolę nad nimi zaczyna przejmować dziecko. Pamiętam sytuację, gdy na badanie psychologiczne zgłosiła się matka w potarganej bluzce z pięciolatkiem, który w tramwaju zażądał karmienia, a gdy zażenowana odmówiła – potargał jej bluzkę, próbując uzyskać dostęp do piersi. Matki niejednokrotnie sygnalizują, że chciałyby już zaprzestać karmienia, jednak nie wiedzą, jak to zrobić, a każda próba odstawienia dziecka od piersi kończy się wielogodzinnym krzykiem i płaczem, z czym nie potrafią sobie poradzić. Zdarzają się wśród nich i matki świadomie przedłużające okres symbiozy z dzieckiem, co może mieć kilka przyczyn (czasem jest to chęć przedłużenia okresu zależności i nieumiejętność przeprowadzenia właściwej separacji; por. Namysłowska, 2005; Paszkiewicz, 2005; Schaffer, 1994). Innym, powszechnym problemem zgłaszanym przez rodziców są zachowania świadczące o buncie i próbach burzenia granic stawianych przez dorosłych, czasem przekładających się na reakcje krzyku, płaczu, ale i objawy budzące znacznie silniejszy niepokój rodzica, takie jak napady afektywnego bezdechu bądź też odmowa spożywania posiłków czy ich nieregularność. Dochodzi do sytuacji, gdy jedzenie zaczyna służyć regulacji relacji rodzinnych i przestaje być związane z uczuciem głodu (por. Namysłowska, 2005).

Rodzice zgłaszają też problemy, z którymi sami sobie nie radzą, takie jak: słaba tolerancja krzyku czy płaczu dziecka, nieradzenie sobie z własnymi emocjami, zbyt słabe wsparcie ze strony współmałżonka w procesie opieki nad dzieckiem,

problem z pogodzeniem różnych życiowych ról (zwłaszcza roli matki, żony i roli zawodowej) czy też problemy w relacjach z dziadkami dziecka (którzy niejednokrotnie próbują w dobrej wierze przekazywać wskazówki wychowawcze lub też ingerować w proces wychowywania, negując działania rodziców, albo kierować się popularnym poglądem, że „rodzice są od wychowywania, a dziadkowie od rozpieszczania").

Dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

W przypadku badania dzieci w wieku przedszkolnym obok trudności globalnych czy parcjalnych w rozwoju dominują problemy z rozładowywaniem emocji. Często też niepokój rodziców budzą pojawiające się lęki, potęgowane przez silnie rozwijającą się wyobraźnię. Bywa, że znaczącą rolę w generowaniu lęków oraz w ich treści odgrywają bajki oraz gry komputerowe. Nadmierna ekspozycja monitorów sprzyja problemom ze snem, nasila reakcje lękowe, ale i może działać uwsteczniająco na rozwój samodzielności dziecka (Pasztak-Opiłka, w druku). W tym wieku dziecko rozszerza już znacznie swoje relacje społeczne, uczestnicząc w życiu przedszkolnym, co może generować kolejne problemy. Dzieci nieradzące sobie w grupie, przeżywające zbyt silnie problemy przedszkolne mogą somatyzować emocje, co dość często manifestuje się w porannych dolegliwościach bólowych czy też w nawrocie moczenia nocnego, stając się przyczyną podjęcia diagnostyki medycznej.

Życie dziecka w szkole podstawowej dzieli się na dwa okresy: klasy 1–3 oraz 4–6. Przejście do klasy czwartej, gdy zmienia się sposób oceniania (z opisowego na cyfrowy), zwiększa się liczba nauczycieli (i różnorodność wymagań) oraz przedmiotów szkolnych, bywa dla wielu dzieci problemem, z którym sobie nie radzą i niejednokrotnie manifestują swoje przeżycia poprzez objawy somatyczne. Trudności w opanowaniu pisania i czytania, konieczność dopasowania się do nowych wymagań szkolnych stanowią często bezpośrednie źródło dolegliwości somatycznych. Mogą ujawnić się bóle głowy, brzucha, omdlenia towarzyszące wyjściu do szkoły czy też poprzedzające trudne sytuacje, takie jak klasówki lub odpowiedzi ustne.

Dzieci w okresie adolescencji

W grupie nastolatków, gdy grupą odniesienia staje się środowisko rówieśnicze, obok wyżej wymienionych trudności warto zasygnalizować nasilone problemy związane z relacjami i z niepowodzeniami miłosnymi, kończące się czasem dolegliwościami somatycznymi, ale i samookaleczeniami, próbami samobójczymi o charakterze manifestacyjnym czy też zaplanowanymi, nieudanymi próbami

samobójczymi. Nie sposób w tym miejscu pominąć fakt, że wielu młodych ludzi przenosi swoje życie społeczne do internetu, zakładając liczne konta na portalach społecznościowych. Próby zaimponowania rówieśnikom, chociażby poprzez zamieszczanie w internecie zdjęć własnego ciała, kończą się czasem tragicznie, gdy fotografie zaczynają być wykorzystywane przeciwko ich właścicielowi i dochodzi do poniżania czy wyśmiewania. Okres szkolny to również okres najczęściej pojawiających się zaburzeń odżywiania, takich jak anoreksja, bulimia czy coraz powszechniej rozpoznawana ortoreksja[11]. W grupie nastolatków zdarzają się dzieci trafiające do szpitala po zażyciu narkotyków, dopalaczy czy alkoholu, bywa, że po zażyciu pigułek gwałtu i tragicznych tego konsekwencjach (jak choćby 14-latka po gwałcie zbiorowym, dokonanym przez ośmiu starszych kolegów w mieszkaniu jednego z nich).

Zjawiska MUS i CFS u dzieci

Zdarzają się w szpitalach i przyszpitalnych poradniach dzieci z niewyjaśnionymi symptomami medycznymi czy z objawami przewlekłego zmęczenia. Dziecko sygnalizuje wyraźne objawy somatyczne, w istotny sposób zaburzające jego codzienne funkcjonowanie, a badania medyczne nie identyfikują ich przyczyn. Pacjenci oraz ich rodziny niechętnie przyjmują lekarskie przypuszczenia, że przyczyny zaburzeń mogą tkwić w psychice dziecka czy w problemach rodzinnych, co bywa zdecydowanie gorzej kulturowo oceniane niż zaburzenia typowo somatyczne (Baarnhielm, 2004; Koola, Kuttichira, 2012). Rodzice dążą do wyjaśniania dolegliwości, za wszelką cenę domagając się coraz bardziej zaawansowanych procedur diagnostycznych, zmieniając ośrodki, specjalistów, odwołując się do medycyny alternatywnej i wykonując wiele badań – często bez efektu. Rośnie ich lęk i frustracja, pogarszają się również relacje z personelem medycznym (Summathipala i in., 2008; Zonneveld i in., 2012). W literaturze anglojęzycznej niewyjaśnione objawy medyczne określa się pojęciem MUS (*medical unexplained symptoms*). W ostatnich latach zaproponowano kilka koncepcji psychologiczno-medycznych wyjaśniających dość przejrzyście przyczyny tego zjawiska[12] (Pasztak-Opiłka, Gałuszka, Górnik-Durose, 2013; Ravenzwaaij, Hartman, Ravesteijn, Eveleight, Lucassen, 2010), jednak szczegółowy ich opis wykracza poza treść tego rozdziału. Coraz częściej we współczesnej literaturze anglojęzycznej w odniesieniu do dzieci opisuje się też zjawisko przewlekłego zmęczenia (CFS – *chronic fatigue syndrome*). Wielu polskich lekarzy

---

[11] Przesadne koncentrowanie się na spożywaniu zdrowej żywności.

[12] Jak np. teoria wzmocnienia somatosensorycznego, teoria wrażliwości, teoria sensytyzacji, teoria filtra sygnału i inne.

bagatelizuje ten problem, inni podciągają go pod objawy innych chorób, jeszcze inni negują jego istnienie. Jednak CFS posiada ściśle określone kryteria, pozwalające na jego identyfikację, do których w przypadku dzieci należy 6 symptomów: patologiczne uczucie zmęczenia, towarzyszące codziennej aktywności, dodatkowo zaburzenia snu, dolegliwości bólowe, problemy natury neurologicznej, pogorszone samopoczucie po wysiłku oraz problemy z układem odpornościowym (do rozpoznania syndromu u dzieci wystarczy kilka z nich, utrzymujących się minimum 3 miesiące). Objawy te w istotny sposób zaburzają funkcjonowanie fizyczne, ale i szkolno-społeczne u dzieci (Cavanaugh, 2003; Jason i in., 2009). Warto nadmienić, że występują one niemal dwukrotnie częściej u dziewcząt niż u chłopców, w grupie nastolatek mogą zaś towarzyszyć im silne reakcje lękowe (Crawley, Hunt, Stallard, 2009).

Spotkanie z psychologiem

Diagnostyka psychologiczna dziecka w obszarze służby zdrowia to najczęściej sytuacja, gdy badanie psychologiczne jest jednym z wielu – psycholog nie jest samodzielnym ekspertem, lecz podejmuje decyzję o dalszych losach dziecka wraz z innymi specjalistami, a jego opinia nie ma charakteru rozstrzygającego (por. Stemplewska-Żakowicz, 2009). Jak wspomniano, lekarz kierujący dziecko na badanie najczęściej oczekuje odpowiedzi, czy zaburzenia manifestowane przez nie mogą mieć podłoże psychologiczne lub też czy mogą być potęgowane przez czynniki psychologiczne. Oczekuje oceny aktualnego stanu psychicznego lub funkcjonowania poznawczego w związku ze stosowaną farmakoterapią. Czasem też oczekuje, że psycholog wpłynie na zmianę negatywnych postaw dziecka (lub całej rodziny) wobec procesu leczniczego i personelu medycznego.

Jak obserwuję, większość dzieci wyraża pozytywny stosunek do badania psychologicznego. Kilkanaście lat temu, gdy rozpoczynałam praktykę zawodową, dzieci niejednokrotnie przy wejściu do gabinetu zadawały pytanie: „czy ja jestem nienormalny, że trafiam do psychologa?", nie wiedząc, na czym badanie psychologiczne może polegać. Obecnie dostrzegam, że coraz częściej skierowanie na badanie psychologiczne nie budzi już zdziwienia, dzieci są przyzwyczajone do obecności psychologów w przedszkolu, szkole, w poradni, na zajęciach integracyjnych czy podczas szkolnych wycieczek. Traktują te spotkania w sposób naturalny i na ogół dość szybko podejmują współpracę. To u rodziców częściej pojawia się obawa przed spotkaniem z psychologiem, wynikająca z nieznajomości rzeczywistego celu takiego spotkania oraz z zakorzenionych stereotypów społecznych, dotyczących chociażby niezwykłych umiejętności wnikania psychologa w ludzkie umysły czy stosowania magicznych testów (Paluchowski,

2007). Pytają, co się będzie działo w trakcie spotkania, pytają, w jaki sposób mają do niego przygotować dziecko czy siebie nawzajem, a raz nawet mama zapytała mnie, w jaki sposób ma do badania przygotować teściową. Największe zdziwienie budzi badanie niemowląt i pytania, o czym psycholog zamierza z nimi rozmawiać albo co zamierza im wytłumaczyć. U dzieci lękowych, dzieci rodziców nadmiernie lękowych czy stymulujących wtórnie lęki dziecka badanie psychologiczne sprowadza się w pierwszej fazie do zbudowania bezpiecznej atmosfery, gdyż przeprowadzanie badania metodami testowymi w sytuacji silnego pobudzenia emocjonalnego wyklucza uzyskanie wiarygodnych wyników.

Obecność rodzica podczas badania psychologicznego

W trakcie badania psychologicznego rodzic zwykle towarzyszy dziecku, zwłaszcza dziecku małemu. Mogą jednak zdarzyć się sytuacje, gdy konsultacja odbywa się pod nieobecność rodziców, jak to bywa w przypadku badania dziecka hospitalizowanego. Psycholog wyjaśnia rodzicom oraz starszym dzieciom cel, czas trwania i ogólny przebieg badania psychologicznego. Uważam, że takie tłumaczenie, o ile świetnie sprawdza się w przypadku dzieci starszych, o tyle niekoniecznie przydatne jest u dzieci młodszych. Dzieciom w wieku przedszkolnym lepiej empirycznie pokazać, że spotkanie z psychologiem to forma zabawy. Nadmierne omawianie sytuacji może wtórnie wzbudzić lęk, dając podświadomy komunikat, że sytuacja jest jednak zagrażająca, skoro wymaga omawiania (a czasem wręcz przybiera formę pocieszania przez rodzica).

W przypadku małych dzieci (do 3. roku życia) obecność rodzica jest szczególnie wskazana, choćby ze względu na fakt, że takie są standardy stosowania procedur – powszechnie wykorzystywana w Polsce skala DSR, o której wspomnę za chwilę, zakłada konieczność przeprowadzenia wywiadu ustandaryzowanego z rodzicem lub opiekunem (Matczak i in., 2007). Rodzic stanowi też w tej grupie podstawowe źródło informacji o dziecku. Uważam, że dzieci przedszkolne również lepiej jest badać w obecności rodzica. Dziecko nie przeżywa lęku przed niewiadomym, nie jest odizolowane od rodzica, a i sam rodzic ma poczucie kontroli nad sytuacją (por. Resler-Maj, 2007). Dzięki obecności w gabinecie rodzic ma też możliwość obserwowania, jakie trudności i w których obszarach ujawnia jego dziecko, co można na bieżąco omawiać, przekazując zalecenia czy ćwiczenia stymulujące dalszy rozwój. Można też monitorować relacje dziecko – rodzic, co stanowi bardzo cenne źródło danych o rodzinie. Rozdzielanie na siłę dziecka, zwłaszcza dziecka małego, od rodziców przynosi więcej strat niż korzyści dla każdej ze stron (Pasztak-Opiłka, 2013; Resler-Maj, 2007).

W literaturze z zakresu pediatrii często pojawia się pojęcie „pacjent zbiorowy". Wielu autorów, jak chociażby S. Hobfoll, pisze o „jednostce – osadzonej

w rodzinie – osadzonej w społeczeństwie" (Hobfoll, Spielbierger, 1992). Diagnoza dziecka wiąże się na ogół z diagnozą całej rodziny. Czasem dzieci są konsultowane w obecności rodziców. Zdarzają się jednak sytuacje, gdy dziecko z różnych powodów bywa badane bez rodzica. Rodzice również spotykają się z psychologiem bez dziecka, szczególnie w sytuacjach, gdy przy omawianiu różnych treści jego obecność nie jest wskazana. Kontrowersje budzi pytanie, kto pierwszy powinien być konsultowany – dziecko czy rodzic. A. Kozłowska (za: Resler-Maj, 2007) sugeruje, by na pierwszą wizytę zaprosić samych rodziców i omówić problemy dziecka i rodziny bez obecności dziecka. Niestety, w przypadku badania w placówce służby zdrowia, zwłaszcza w trakcie hospitalizacji, założenie to bywa nieraz niemożliwe do zrealizowania, gdyż jak wspomniano, kontakt psychologa z dzieckiem często jest świadczeniem jednorazowym). Na ogół istotny czynnik stanowi wiek dziecka – w przypadku małych dzieci lepiej najpierw porozmawiać z rodzicami, w przypadku dzieci starszych zaś, zwłaszcza nastolatków – z nimi, aby uniknąć sytuacji zarzutu ze strony nastolatka, że między psychologiem a rodzicem nawiązuje się koalicja przeciwko niemu (por. Resler-Maj, 2007).

Warto nadmienić, że obecność osoby trzeciej (jaką jest rodzic) przy badaniu może ułatwić, ale i utrudnić jego przebieg. U rodzica pojawia się często lęk przed oceną, opisywany przez M.J. Rosenberga jako dążenie do uzyskania pozytywnej oceny, albo też unikanie wszelkich sytuacji, które mogłyby wpłynąć na ocenę negatywną ze strony psychologa (Rosenberg, 1991). Rodzic uczestnicząc w badaniu i udzielając informacji o dziecku i o systemie rodzinnym, w pewien sposób również staje się osobą badaną. Bywa, że tak silnie angażuje się w proces diagnostyczny, że zaczyna odpowiadać za dziecko bądź wykonywać za nie próby testowe, by osiągnęło jak najlepsze wyniki. Stara się też jak najlepiej wypaść w roli rodzica, myśląc, że jego metody wychowawcze będą ocenione albo że może zostać obarczony winą za pojawiające się u dziecka trudności. Czasem strofuje dziecko za niewłaściwe zachowania, czasem też przed wizytą buduje jej scenariusz („odpowiadaj grzecznie, nie wierć się, nie machaj nogami, mów, o co pani cię pyta, nie wstydź się, odpowiadaj jak się umawialiśmy" itd.) i stale dziecku o nim przypomina. Obecność rodzica przy badaniu ma jednak korzyści, o których już wspomniałam, i samo jego zachowanie, choć niejednokrotnie utrudniające przebieg badania, bywa istotne diagnostycznie.

Metody badania dziecka

Dobór narzędzi badawczych zależy od celu badania, rodzaju zgłaszanych problemów, wieku dziecka oraz jego stanu psychofizycznego (co jest szczególnie ważne u dzieci hospitalizowanych, podłączonych do kroplówek, unieruchomionych

w szpitalnym łóżku czy pozostających pod wpływem środków farmakologicznych). Ocenia się rozwój dziecka, jego funkcjonowanie emocjonalne, rodzinne, intelekt, postawy rodzicielskie, wymiary systemu rodzinnego i wiele innych obszarów.

Wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji

W trakcie badania diagnostycznego psycholog wykorzystuje najczęściej wywiad z dzieckiem (o różnym stopniu ustrukturalizowania), wywiad z jego rodzicami, obserwację oraz metody testowe. Źródłem danych diagnostycznych jest również rozmowa poprzedzająca badanie, przeprowadzona przez psychologa z lekarzem kierującym dziecko na konsultację psychologiczną, aktualna lub wcześniejsza dokumentacja medyczna, wyniki badań medycznych i wcześniejszych badań psychologicznych wykonanych w placówkach służby zdrowia, poradniach psychologiczno-pedagogicznych bądź innych (ujęte w dokumentacji medycznej lub też dostarczone bezpośrednio przez rodziców). Zdarza się, że psycholog nawiązuje kontakt z placówkami, które na co dzień obejmują stałą opieką chore dziecko (np. poradniami psychologiczno-pedagogicznymi) i od nich uzyskuje drogą formalną informacje o wynikach wcześniejszych badań (co jest szczególnie przydatne u dzieci z chorobami przewlekłymi i daje możliwość porównania aktualnych wyników z poprzednimi). Bywa też, że rodzice przynoszą opinie o dziecku napisane przez szkolnego wychowawcę, jego zeszyty szkolne, rysunki, opinie od pedagoga czy psychologa szkolnego i z innych placówek. Źródłem danych są również sami rodzice – niejednokrotnie ich wygląd, budowa ciała, rekwizyty, jakie przynoszą na badanie, stanowią odpowiedź na wiele pytań diagnostycznych. Warto nadmienić, że kontakt z obojgiem rodziców, całą rodziną lub też ocenę ich zdjęć wykorzystują często lekarze genetycy. Zanim rozpoczną szczegółową diagnostykę medyczną, najpierw zbierają zdjęcia rodziny dziecka (rodziców, dziadków, pradziadków, weryfikując w ten sposób pierwotne hipotezy dotyczące ewentualnych chorób czy dysfunkcji dziecka, przejawiających się w jego wzroście, rysach twarzy, wielkości i budowie czaszki i innych, różnicując anomalie od cech urody). Źródłem danych o chorym dziecku jest też personel medyczny – lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci obserwujący jego zachowanie w oddziale: relacje z rówieśnikami, reakcje w sytuacji pojawiania się dolegliwości somatycznych, zachowanie podczas procedur medycznych, współpracę z personelem itd. Jednym z bardziej współczesnych źródeł są informacje o dziecku dostępne w internecie (umieszczone na profilach społecznościowych czy na blogach). Analiza blogów stanowi niezwykle cenne źródło danych o przeżyciach dziecka, jego zainteresowaniach, pasjach, ale i trudnych dla niego sytuacjach na przestrzeni jakiegoś czasu. Pamiętam sytuację, gdy informacje umieszczone

na internetowym blogu wyjaśniły przyczyny podjętej przez dziecko próby samobójczej, zakończonej ciężkim uszczerbkiem zdrowia, o których najbliżsi nie mieli pojęcia.

Drugą metodą o olbrzymim znaczeniu jest obserwacja psychologiczna. Jest ona jedną z najstarszych metod badania (z niemal stuletnią tradycją), obecnie zaś w piśmiennictwie psychologicznym coraz częściej podkreśla się konieczność jej ustrukturalizowania, by stała się narzędziem silnie spełniającym kryteria testu psychologicznego (por. Stemplewska-Żakowicz, 2009; Suchańska, 2007). Obserwacja dziecka, ale i jego relacji z rodzicem w trakcie badania psychologicznego dostarcza cennych informacji, m.in. na temat jego spontanicznej aktywności, sprawności fizycznej, umiejętności manualnych, form komunikacji oraz preferowanych form zabaw. Sam wygląd dziecka, jego ubiór oraz zabawki przyniesione do gabinetu niejednokrotnie stanowią odpowiedź na większość pytań badawczych. Sytuacja, gdy dziecko leczone z powodu otyłości w poradni chorób metabolicznych (które zdaniem rodziców „nic nie je i tyje") przynosi na wizytę psychologiczną kilka drożdżówek oraz litrowy słodki sok i w trakcie badania nieustannie podjada za zgodą rodziców – mówi sama za siebie. Podobnie sytuacja, gdy dziecko w momentach pobudzenia emocjonalnego znienacka atakuje fizycznie matkę, kopiąc ją i gryząc, a ona w nagrodę je całuje, wzmacniając tym samym negatywne zachowania.

Skale rozwojowe i metody służące do oceny intelektu

W przypadku dzieci najmłodszych, do 3. roku życia, do badania psychologicznego obok wywiadu i obserwacji wykorzystuje się zwykle skalę DSR (Dziecięca Skala Rozwojowa, Matczak i in., 2007), dzięki której ocenia się rozwój dziecka w różnych jego obszarach, składającą się z dwóch części: skali wykonaniowej i skali obserwacyjnej. Pozwala ona ocenić rozwój manipulacji, percepcji, rysowania, układania klocków, porównywania, pamięci, mowy, słownika, zachowań społecznych i motoryki oraz temperament, będący istotnym czynnikiem rozwoju (wigor, adaptacyjność, rytmiczność i wrażliwość). Narzędzie pozwala na przekrojową ocenę rozwoju dziecka, ale i daje możliwość monitorowania tempa rozwoju w różnych obszarach oraz dopasowania rodzaju interwencji. Skala ta jest narzędziem stosunkowo nowym, spełniającym wszelkie kryteria testu psychologicznego, jednakże dość drogim – część placówek nie znajduje funduszy na jej zakup. Stąd też w niektórych ośrodkach do badania małych dzieci wykorzystuje się nadal starą skalę Brunet-Lezine, powstałą w latach 30. ubiegłego wieku, z przestarzałymi normami, która absolutnie nie nadaje się dziś do użytku. Co więcej, na podstawie wyników uzyskanych za pomocą tego narzędzia podejmuje się decyzje, niejednokrotnie warunkujące dalsze losy dziecka

(czy to w zastosowaniu klinicznym, czy też społecznym, np. przy procesach adopcyjnych). Należałoby zadać sobie pytanie nad etycznym aspektem takich działań – czy w przypadku braku wiarygodnego narzędzia lepiej badać narzędziem przestarzałym, ale dającym jakąkolwiek orientację w rozwoju dziecka, czy też w ogóle lepiej jest zrezygnować z badania (co w służbie zdrowia może w konsekwencji wiązać się z niewykonywaniem obowiązków).

W przypadku dzieci przedszkolnych sprawa nie wygląda lepiej. Choć na polskim rynku dostępne są narzędzia spełniające kryteria dobroci testów psychologicznych – trafne, rzetelne, wystandaryzowane, znormalizowane, obiektywne i zaadaptowane do polskich warunków (Paluchowski, 2007; Stemplewska-Żakowicz, 2009) – to jednak nadal wykorzystuje się testy przestarzałe czy wręcz zdyskredytowane w świetle standardów (Anastasi, Urbina, 1999; Stemplewska-Żakowicz, 2009). Przykład stanowi dostępna w Polsce od kilku lat Skala Inteligencji i Rozwoju IDS, przeznaczona do badania dzieci w wieku 5–10 lat, autorstwa A. Grob, C.S. Meyer, P. Hagmann-von Arx, w polskiej adaptacji A. Jaworowskiej i A. Matczak, której zakup często uniemożliwia wysoka cena. Zamiast niej nadal wykorzystuje się do oceny intelektu dziecka przestarzały test Terman-Merill, z nieaktualnymi normami. Innym, często wykorzystywanym w badaniu dzieci narzędziem jest test Bender, służący dawniej do oceny stanu psychicznego oraz wykrywania zaburzeń organicznych. Obecnie uważa się, że jego trafność w zakresie oceny stanu psychicznego czy też stwierdzania zmian organicznych jest bardzo słaba (Stemplewska-Żakowicz, 2009) i zaleca się go jedynie do oceny koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Powszechnie stosowanym w placówkach służby zdrowia testem, służącym do oceny dziecka, jest Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia, autorstwa B.B. Burgemeister, L. Hollander Blum oraz I. Lorge, w polskiej adaptacji A. Ciechanowicz, szczególnie przydatna do oceny funkcjonowania intelektualnego dzieci z zaburzoną komunikacją werbalną (niesłyszących czy z rozpoznanym porażeniem mózgowym), która w ostatnim okresie jest stopniowo wycofywana nie tylko z dystrybucji, ale i z użytku. Od lat przy badaniu dzieci wykorzystuje się również testy matryc Ravena w wersji kolorowej, służącej do oceny inteligencji płynnej u dzieci w wieku przedszkolnym oraz w wersjach klasycznej czy zaawansowanej (dla młodzieży po 13. roku życia), w polskich adaptacjach A. Jaworowskiej i T. Szustrowej.

W obszarze służby zdrowia często wykorzystuje się skalę Wechslera dla dzieci od 6.–16. roku życia (WISC-R), w polskiej adaptacji A. Matczak, A. Piotrowskiej oraz W. Ciarkowskiej, składającą się z 10 skal, pozwalających na ocenę wielu wymiarów funkcjonowania intelektualnego dziecka, co jest szczególnie przydatne przy monitorowaniu rozwoju dzieci z grup klinicznych oraz określaniu słabszych i silniejszych stron dziecka. Niestety w Polsce nie istnieje ani jedna

wersja kliniczna tego testu, stąd też psychologowie zajmujący się pacjentami z grup klinicznych (m.in. pacjentami z zaburzeniami neurologicznymi) zmuszeni są m.in. do wydłużania czasu odpowiedzi, modyfikacji instrukcji do możliwości badanego, wprowadzania dodatkowych instrukcji, dzielenia badania na kilka części i podejmowania innych działań, pozwalających przeprowadzić badanie w grupie klinicznej przy zastosowaniu tzw. podwójnej punktacji[13] (za: Wiejak, Krasowicz-Kupis, 2011).

Metody kwestionariuszowe wykorzystywane do badania dziecka i systemu rodzinnego

W przypadku dzieci starszych dysponujemy bogatszym wachlarzem narzędzi badawczych. W obszarze służby zdrowia szczególnie przydatne są metody służące do oceny cech psychologicznych, które mogą wpływać na pojawienie się objawów somatycznych bądź też je potęgować. Wśród nich warto wymienić Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAIC, których autorami są C.D. Spielberger, C.D. Edwards, R.E. Lushene, J. Montuori oraz D. Platzek, w polskiej adaptacji C.D. Spielbergera, T. Sosnowskiego oraz D. Iwaniuszczuk. W zbiorze narzędzi autorstwa Z. Juczyńskiego („Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia") również można odnaleźć kilka testów przydatnych w badaniu dzieci po 11. roku życia, pozwalających ocenić m.in. ekspresję gniewu czy kryteria zdrowia. Na szczególną uwagę zasługuje również zbiór narzędzi opracowany przez Z. Juczyńskiego i N. Ogińską-Bulik („Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem"), w którym można odnaleźć kilka metod przeznaczonych do badania dzieci. Lubię wykorzystywać Skalę Oceny Rodziny (SOR, autorstwa D.H. Olsona, w polskiej adaptacji A. Margasińskiego), pozwalającą ocenić system rodzinny w kilku wymiarach (zrównoważona spójność, niezwiązanie, splątanie, zrównoważona elastyczność, sztywność, chaotyczność oraz komunikacja) z punktu widzenia rodziców, jak i samych dzieci oraz Skalę Postaw Rodzicielskich, autorstwa M. Plopy, ujawniającą, które spośród 5 wyodrębnionych przez autora postaw rodzice wykorzystują w relacji z dzieckiem, co nie tylko rozszerza samą diagnozę psychologiczną, ale staje się punktem wyjścia do przyszłej interwencji.

Zdarza się, że psychologowie badają metodami starymi, niedopasowanymi do polskich warunków, pozbawionymi polskiej adaptacji, a jedynie przetłumaczonymi na język polski, czy wreszcie testami projekcyjnymi, o stosowaniu których coraz głośniej i coraz bardziej krytycznie mówi się w środowisku psychologicznym, zwłaszcza w aspekcie wyciągania na ich podstawie twardych

[13] Zgodnej z podręcznikiem oraz dodatkowej, wynikającej z modyfikacji badania.

wniosków diagnostycznych, niejednokrotnie krzywdzących dla dziecka i jego najbliższych. Z jednej strony informacje takie są coraz głośniej sygnalizowane w środowisku psychologów (i nie psychologów), z drugiej jednak testy zdyskredytowane w świetle standardów nadal można oficjalnie zakupić, nie odnajdując przy ich zakupie informacji krytycznych na ich temat. Na rynku pojawia się coraz więcej metod nowych – polskich czy adaptowanych do polskich warunków z polską normalizacją, jednak ich dostępność bywa ograniczana przez bariery finansowe (cena pojedynczego testu sięga nawet kilku tysięcy złotych), przez nawyki i bezkrytyczne przyzwyczajenia psychologów praktyków do kurczowego trzymania się metod, którymi badają od lat czy wreszcie zwyczajny brak aktualnej wiedzy w tym zakresie.

Miejsce i czas badania dziecka

W placówce medycznej badanie psychologiczne najczęściej odbywa się w pokoju psychologa, przystosowanym do badania dzieci. Pokój taki oprócz standardowego wyposażenia (biurko, krzesła, regał czy szafka z testami i z dokumentacją) powinien zawierać również zabawki oraz kącik do zabawy. W przypadku dzieci szczególnie istotne jest właściwe zaaranżowanie przestrzeni, pozwalające wygospodarować miejsce na zabawę. Zbyt mało bodźców w otoczeniu, takich jak zabawki czy kolorowe obrazki, będzie rodziło poczucie zimnego, sterylnego pomieszczenia. Ich nadmiar może z kolei rozpraszać dziecko i utrudniać koncentrowanie się na zadaniach. Właściwe zorganizowanie przestrzeni należy do zadań psychologa. Powinien on zadbać o odpowiednie oświetlenie, przestronność, możliwość wywietrzenia, a zwłaszcza o pomieszczenie samodzielne. Zdarza się jednak, że w polskich placówkach świadczących usługi medyczne psycholog dzieli gabinet z innymi psychologami czy innymi specjalistami (z logopedą, terapeutą zajęciowym, dietetykiem, nauczycielem lub z lekarzami). Zdarza się też, że w ogóle nie ma swojego pokoju, a jego biurko znajduje się w sali ćwiczeń rehabilitacyjnych, w dyżurce lekarskiej albo na korytarzu. Bywa też, że z różnych powodów badanie psychologiczne odbywa się bezpośrednio przy łóżku chorego, który niejednokrotnie dzieli salę szpitalną z innymi pacjentami. Trudno w takiej sytuacji zadbać o intymność czy o możliwość zastosowania metod testowych, więc często spotkanie z psychologiem sprowadza się do rozmowy pozbawionej głębokiego kontaktu. Czasami wywiad z rodzicem jest przeprowadzany na szpitalnym korytarzu, w świetlicy czy w innych pomieszczeniach.

Czas trwania konsultacji psychologicznej wyznaczony jest z jednej strony celem badania, z drugiej zaś przepisami NFZ. Zależy on również od samej sytuacji badania. Badanie niemowlęcia trwa znacznie krócej niż badanie dziecka starszego. Inny czas jest niezbędny do przeprowadzenia pełnej oceny rozwoju

intelektualnego (jak chociażby wykonania testu Wechslera), inny do oceny cech systemu rodzinnego, inny zaś do przeprowadzenia wywiadu. Czas badania zależy również od stanu somatycznego dziecka, jego męczliwości, odczuwanych dolegliwości somatycznych czy możliwości skoncentrowania się na proponowanych zadaniach.

Komunikowanie wyników badania i dokumentacja medyczna

Informacje zwrotne dotyczące wyników badania psychologicznego dziecka przekazywane są w różnej postaci. Po badaniu psycholog w prosty sposób omawia jego wyniki z rodzicem oraz z samym dzieckiem, ustalając dalszy plan interwencji. Lekarze kierujący pacjenta na konsultację psychologiczną otrzymują najczęściej krótki pisemny raport z badania (wg podziału M. Ackermana, obejmujący 1–3 stron). Struktura raportu dopasowana jest do specyfiki odbiorcy (Stemplewska-Żakowicz, 2009). Jeżeli odbiorcą raportu jest wyłącznie lekarz, raport taki przyjmuje postać tzw. raportu pisanego do profesjonalistów z innych dziedzin. Używa się przejrzystego języka, pozbawionego specyficznych wyrażeń psychologicznych, nazw testów oraz liczbowych wyników. Zdarzają się jednak sytuacje, gdy psycholog umieszcza w raporcie skierowanym bezpośrednio do lekarza wyniki liczbowe. Tak może dziać się w przypadku pisania raportu do lekarzy neurologów czy specjalistów rehabilitacji ruchowej, dotyczącego oceny rozwoju czy intelektu. Umieszczenie takich wyników znacznie wzbogaca wartość raportu w porównaniu z samą ich interpretacją. Przytoczę przykład dziewczynki badanej po zatruciu tlenkiem węgla, gdy poziom intelektualny oceniony na 109 punktów mieścił się w wynikach przeciętnych – i sama taka informacja nie wskazywałaby na wystąpienie niepokojących zjawisk. Jednakże wynik uzyskany w badaniu inteligencji, przeprowadzonym kilka miesięcy wcześniej, wynosił w skali pełnej 139 punktów, tym samym spadek wyników o 30 punktów okazał się istotny diagnostycznie. Wyniki liczbowe w przypadku monitorowania rozwoju na przestrzeni miesięcy czy lat, wpływu leków na określone funkcje czy wpływu samej choroby pozwalają modyfikować leczenie farmakologiczne bądź też stają się jednym z powodów rozszerzenia diagnostyki medycznej. Tak jest np. u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, chorobami neurologicznymi czy degeneracyjnymi.

W diagnozie powszechnie wykorzystuje się trzy systemy klasyfikacyjne: DSM-IV, ICD-10 (najbardziej przejrzysty w komunikowaniu się z lekarzami) oraz stosowany w przypadku dzieci najmłodszych system DC: 0–3 R. Opinia psychologiczna może być bezpośrednio przepisana w całości na kartę wypisową dziecka. W takim przypadku powinna przybierać formę raportu skierowanego do osób niebędących profesjonalistami, czyli z zastosowaniem języka

zrozumiałego dla każdego odbiorcy. Uważam, że w takich opiniach absolutnie nie powinno się zamieszczać informacji poufnych oraz takich, których ujawnienie mogłoby wiązać się z negatywnymi konsekwencjami dla dziecka i dla jego rodziny. W wielu placówkach praktykuje się umieszczanie na wypisie jedynie informacji o odbytej konsultacji psychologicznej, zaś jej wyniki są przekazane na osobnych drukach (lekarzowi prowadzącemu oraz rodzicowi). Biorąc pod uwagę, w jak wiele miejsc trafiają w przyszłości wypisy ze szpitala, uważam tę drugą formę za bardziej wskazaną. Pisząc raport z badania psychologicznego, trzeba być świadomym, do jakiej grupy odbiorców może trafić i jakie mogą być jego społeczne konsekwencje. Ku przestrodze przytoczę historię, gdy po umieszczeniu na wypisie ze szpitala informacji o ukrywanym przez rodzinę alkoholizmie doszło do dramatycznej sytuacji pobicia dziecka przez ojca.

W niektórych placówkach praktykuje się wpisywanie raportów psychologicznych w medyczne systemy komputerowe czy też na specjalnie przygotowane druki, dołączane do historii choroby. Wyniki badania psychologicznego dodatkowo omawia się z lekarzem kierującym na konsultację, z rodzicem oraz z samym pacjentem. Warto nadmienić, że zdarzają się sytuacje, gdy odbiorcą raportu z badania staje się również sąd, prokuratura, komitet ochrony praw dziecka lub inna instytucja.

Przechowywanie dokumentacji medycznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania. Dokumentacja prowadzona jest w formie papierowej oraz elektronicznej i obejmuje dokumentację indywidualną oraz zbiorczą. Indywidualna dzieli się na wewnętrzną, na potrzeby udzielających świadczeń (m.in. historia zdrowia i choroby) oraz zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta (m.in. opinie, orzeczenia i zaświadczenia). Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dołącza się zgody pacjenta, jego opiekunów bądź sądu na przeprowadzanie działań diagnostyczno-leczniczych. Zgodnie z rozporządzeniem (rozdział 6 § 72.1.) dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez ten podmiot, który ją sporządził, i to on określa miejsce jej przechowywania. Wyniki badań psychologicznych są przechowywane w różny sposób, co z kolei mogą określać przepisy wewnętrzne placówki. W gabinecie psychologa pozostają wyniki badań surowych, tj. arkusze testowe czy rysunki dziecka. Na ogół przechowuje się dokumentację przez 5 lat, po czym przekazuje się ją do szpitalnego archiwum. Jednakże wielu psychologów przechowuje dokumentację pacjenta do ukończenia przez niego 18. lub 21. roku życia, aby w przypadku kolejnych wizyt mieć dostęp do wcześniejszych danych. Dokumentacja powinna być przechowywana w zamkniętych na klucz szafkach, niedostępnych dla osób nieupoważnionych, jednak w sytuacji, gdy część psychologów nie posiada nawet własnego biurka, stosowanie się do takich zaleceń bywa trudne.

Interwencja psychologiczna

Interwencja w szpitalach dziecięcych lub w przyszpitalnych poradniach bywa prowadzona albo przez samego diagnostę, o ile jest taka możliwość, albo przez innych specjalistów. W sytuacji, gdy dziecko objęte jest opieką ambulatoryjną i kierowane jest na badanie z poradni specjalistycznej, istnieje możliwość kontynuowania spotkań indywidualnych lub grupowych z psychologiem, w przypadku konsultacji z oddziału szpitalnego, jak już wspomniano, konsultacja psychologiczna bywa niejednokrotnie spotkaniem jednorazowym. Często jednak dziecko wymagające dalszej interwencji (terapia rodzinna, indywidualna, zajęcia stymulujące rozwój, ułatwiające skuteczne radzenie sobie w sytuacjach trudnych, rozwijające asertywność czy kontrolę emocji itd.) kierowane jest do specjalistycznych placówek: najczęściej do poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków wczesnej interwencji lub też innych ośrodków bądź gabinetów terapeutycznych. Opieką psychologiczną obejmuje się albo samo dziecko, albo całą jego rodzinę, w zależności od charakteru problemów. Zdarzają się sytuacje, gdy psycholog kieruje dziecko również do innych specjalistów, np. do lekarzy, w celu pogłębienia diagnostyki medycznej, czasem też do foniatry, logopedy czy pedagoga szkolnego.

Okiem praktyka – specyfika pracy psychologa dziecięcego w obszarze służby zdrowia

Niewątpliwie sama diagnoza psychologiczna dziecka w obszarze medycznym odbywa się przy obciążeniu emocjonalnym, wynikającym z jego choroby, ale też z ogólnej sytuacji, w jakiej funkcjonuje polska służba zdrowia. Praca z dzieckiem wymaga od psychologa przede wszystkim doskonałej znajomości prawidłowości rozwojowych i różnicowania ich od zaburzeń czy jednostek chorobowych. Wśród wymienianych ośmiu kompetencji diagnostycznych (Radhika, Krishnamurthy i in., za: Stemplewska-Żakowicz, 2009) na szczególną uwagę zasługują: wiedza na temat metod diagnostycznych i ich sprawne stosowanie oraz umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu (zarówno z dzieckiem od pierwszych miesięcy życia, jak i z jego rodzicem). Niewątpliwie przydatny staje się również pewien poziom wiedzy medycznej (o zaburzeniach, procesach chorobowych czy wpływie leków na stan psychiczny i somatyczny dziecka), pozwalający lepiej zrozumieć sytuację dziecka oraz ułatwiający porozumiewanie się z pacjentami, rodzicami i z lekarzem prowadzącym. Przydatne stają się kursy z zakresu stosowania narządzi diagnostycznych, z podstaw terapii dzieci

z zaburzeniami psychosomatycznymi, znajomość technik rozluźniających, relaksacyjnych, szkolenia z zakresu interwencji kryzysowej i wiele innych. Psycholog powinien też na bieżąco śledzić najnowsze doniesienia dotyczące narzędzi oraz badań w obszarze psychologii klinicznej dziecka. Konieczna jest umiejętność sprawnego prowadzenia procesu diagnostycznego na wszystkich jego etapach, dopasowywania narzędzi do sytuacji, równoczesnego stosowania wywiadu i obserwacji, minimalizowania wpływu badacza na przebieg procesu diagnostycznego, wreszcie sprawnego budowania opinii psychologicznych oraz znajomość możliwości podejmowania działań interwencyjnych w środowisku, w którym diagnoza jest dokonywana. Praca z dzieckiem wymaga dodatkowo biegłości w stosowaniu metod. Nie ma czasu na uczenie się metody przy dziecku, nie ma czasu na zastanawianie się, która próba następuje po której. Dziecko jest bardzo wymagającym klientem, psycholog musi przeprowadzać badanie sprawnie, ale i elastycznie, dopasowując się do sytuacji badania, a jednocześnie przestrzegając założeń standaryzacyjnych testu.

Diagnoza dziecka chorego ma jeszcze kilka specyficznych cech. Zdarza się, że dziecko trafia na badanie z założonym wenflonem, co utrudnia czy wręcz uniemożliwia wykonywanie określonych procedur (wymagających sprawności manualnych czy grafomotorycznych). Bywa, że przychodzi do psychologa po badaniu okulistycznym, widząc niewyraźnie, zdarza się też, że trafia po nieprzyjemnych badaniach inwazyjnych, tj. gastroskopii czy kolonoskopii, gorączkując, wymiotując bądź też odczuwając dolegliwości bólowe. Niejednokrotnie sytuacje te są bagatelizowane przez pozostały personel medyczny, traktujący badanie psychologiczne jako jedno z wielu badań i nierozumiejący jego specyfiki. Zdarzają się też sytuacje, gdy psycholog rozpoczyna badanie i nagle zostaje ono przerwane przez pozostały personel (gdyż w tym samym czasie zaplanowano inne badanie, zwolnił się termin badania medycznego, na które długo się czeka, inny specjalista wyraził gotowość natychmiastowej konsultacji dziecka itd.). Procedury psychologiczne są dość nisko wyceniane przez NFZ i niejednokrotnie bywają traktowane jako mniej wartościowe. Jak już wspomniano, część pracowników służby zdrowia nie posiada też rzetelnej wiedzy dotyczącej zakresu pracy psychologa i czynności przez niego wykonywanych (Pasztak, Roszkowska, 2011), sprowadzając konsultacje psychologiczne do zwykłej rozmowy, którą można w dowolnym momencie przerwać, co niejednokrotnie niszczy misternie budowany kontakt z dzieckiem i z jego rodziną.

Innym poważnym problemem, jakiego doświadczają polscy psychologowie pracujący w placówkach medycznych, jest dostępność oryginalnych metod testowych. Wiele placówek medycznych boryka się z trudnościami finansowymi, szukając oszczędności w każdym obszarze. Jak wspomniałam, procedury psychologiczne są dość słabo wyceniane, stąd też minimalizuje się koszty ich