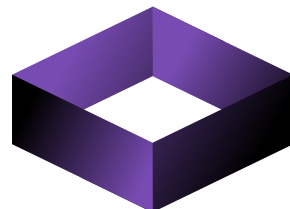


אוגדן אתיקה



מסמכים בתחום האתיקה למנתחי התנהגות



דבר היו"ר – העמותה הישראלית לניתוח התנהגות – היל"ה



קהילה יקרה,

ועד הנהלת העמותה ואנוכי נרגשים ושמחים לרגל הוצאתו לאור של אוגדן האתיקה המקצועית (פברואר, 2023) הכולל בתוכו תרגום הקוד האתי בנוסחו האחרון מיום 01.01.2022, מאמרים מתורגמים, דוגמאות של הסכם התקשרות עם מנתח.ת התנהגות, טופס ויתור סודות וטופס הסכמה מדעת לקבלת שירותי ניתוח התנהגות.

התנהגות אתית תוך שמירה על הוראות הקוד האתי של מנתחי התנהגות בישראל מהווה מהבחינה המקצועית, את האינטרס הראשוני והחשוב ביותר של הקהילה המקצועית של מנתחי התנהגות- להגן על קיומה באמצעות כללים ברורים של התנהגות מקצועית ואיתית, שתבטיח כי כל מנתח התנהגות הוא ראוי, מוכשר, מסוגל ומבצע את פעולותיו בצורה הראויה ביותר. כך, תישמר יוקרתו האישית של מנתח ההתנהגות, תישמר יוקרת הארגון המקצועי ובראש ובראשונה תישמר זכותו של הציבור לקבל את השירות או הטיפול המקצועי והיעיל ביותר (שפיר, 2006).

העמותה הישראלית לניתוח התנהגות (היל"ה) פועלת משנת הקמתה ב-2003 מתוך מטרה לקדם, לפתח ולהפיץ את מדע ומקצוע ניתוח התנהגות בישראל ולהוות בית מקצועי לעוסקים בתחום תוך חתירה בלתי מתפשרת לסטנדרטים מקצועיים ואתיים גבוהים.

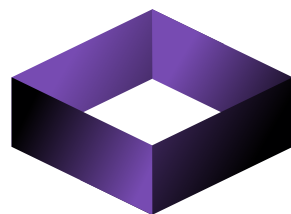
אנו מודים למאות מנתחי התנהגות וסטודנטים לניתוח התנהגות שבחרו להצטרף לעמותה ולאלו שיצטרפו ויקחו חלק בבניית עתיד המקצוע – שלי, שלך, שלנו – של כולנו יחד!

בכבוד רב ובחברות,

מיכל סגור

יו"ר העמותה

קוד אתי למנתחי התנהגות



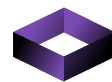
Ethics Code for Behavior Analysts



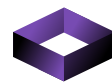
6	מבוא
6	היקף הקוד
7	עקרונות הליבה
8	יישום הקוד
9	אכיפת הקוד
10	מילון מונחים
13	כללי האתיקה
13	סעיף 1 – אחריות כבעל מקצוע
13	1.01 יושר
13	1.02 עמידה בדרישות משפטיות ומקצועיות
13	1.03 אחריותיות
13	1.04 פועלים בטווח הגדרת התפקיד
13	1.05 פועלים במסגרת גבולות כשירותם
13	1.06 שמירת הכשירות
13	1.07 מתן מענה להיבטים תרבותיים ושונות
14	1.08 אי אפליה
14	1.09 הימנעות מהטרדה
14	1.10 מודעות לנטיות ולאתגרים אישיים
14	1.11 ריבוי מערכות יחסים
14	1.12 הענקת וקבלת מתנות
15	1.13 מערכות יחסים של כפיה וניצול
15	1.14 מערכות יחסים רומנטיות ומיניות
15	1.15 מענה לבקשות
15	1.16 דיווח עצמי של מידע קריטי
15	סעיף 2 – אחריות במילוי התפקיד
15	2.01 מתן טיפול יעיל
15	2.02 אספקת שירות במועד
15	2.03 הגנה על מידע סודי
16	2.04 חשיפת מידע סודי
16	2.05 הגנה ושמירה על תיעוד



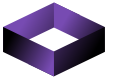
16.....	2.06 דיוק בחיוב ובדיווח על שירותים
16.....	2.07 תשלום
16.....	2.08 דיווח על שירותים
17.....	2.09 מעורבות לקוחות ובעלי עניין
17.....	2.10 שיתוף פעולה עם עמיתים
17.....	2.11 קבלת הסכמה מדעת
17.....	2.12 צרכים רפואיים
17.....	2.13 בחירה, תכנון ויישום הערכות
17.....	2.14 בחירה, תכנון ויישום של התערבויות לשינוי-התנהגות
18.....	2.15 מזעור הסיכון בהתערבות לשינוי-התנהגות
18.....	2.16 תיאור התערבות לשינוי-התנהגות לפני יישום
18.....	2.17 איסוף נתונים והשימוש בהם
18.....	2.18 הערכה מתמשכת של התערבות לשינוי-התנהגות
19.....	2.19 טיפול בתנאים המפריעים למתן שירות
19.....	סעיף 3 – אחריות כלפי הלקוח ובעלי העניין
19.....	3.01 אחריות כלפי לקוחות
19.....	3.02 זיהוי בעלי עניין
19.....	3.03 קבלת לקוחות
19.....	3.04 הסכם שירות
20.....	3.05 הסכמים כספיים
20.....	3.06 התייעצות עם נותני שירות אחרים
20.....	3.07 חוזים או שירותים של צד שלישי
20.....	3.08 אחריות כלפי הלקוח עם חוזה עם צד שלישי למתן שירותים
20.....	3.09 תקשורת עם בעלי עניין אודות חוזה שירות עם צד שלישי
21.....	3.10 מגבלות סודיות
21.....	3.11 תיעוד פעילות מקצועית
21.....	3.12 תמיכה בשירותים מתאימים
21.....	3.13 הפניות
21.....	3.14 סיוע בהמשכיות השירותים
22.....	3.15 הפסקת השירותים באופן הולם
22.....	3.16 העברת שירות באופן הולם
22.....	סעיף 4 – אחריות כלפי מודרכים וסטודנטים



22.....	4.01 עמידה בפיקוח הנדרש
22.....	4.02 יכולת פיקוח
22.....	4.03 נפח פיקוח
23.....	4.04 אחריותיות בפיקוח
23.....	4.05 שמירה על תיעוד פיקוח
23.....	4.06 אספקת פיקוח והכשרה
23.....	4.07 שילוב וטיפול בשונות
23.....	4.08 ניטור ביצועים ומשוב
24.....	4.09 האצלת משימות
24.....	4.10 הערכת השפעות פיקוח והדרכה
24.....	4.11 סיוע להמשכיות הפיקוח
24.....	4.12 סיום ראוי של פיקוח
24.....	סעיף 5 – אחריות בהצהרות פומביות
24.....	5.01 הגנה על זכויות הלקוחות, בעלי העניין, המודרכים והסטודנטים
24.....	5.02 סודיות בהצהרות פומביות
25.....	5.03 הצהרות פומביות שנמסרות על ידי מנתחי התנהגות
25.....	5.04 הצהרות פומביות שנמסרות על ידי אחרים
25.....	5.05 שימוש בקניין רוחני
25.....	5.06 פרסום שירותים לא התנהגותיים
25.....	5.07 שידול לקוחות נוכחיים למתן המלצות לצרכי פרסום
26.....	5.08 המלצות של לקוחות לשעבר לצרכי פרסום
26.....	5.09 שימוש בהמלצות שלא למטרות פרסום
26.....	5.10 ערוצי מדיה חברתית ואתרי אינטרנט
27.....	5.11 שימוש בתוכן דיגיטלי בהצהרות פומביות
27.....	סעיף 6 – אחריות במחקר
27.....	6.01 ציות לחוקים ולתקנות במחקר
27.....	6.02 שיפוט מחקרים
27.....	6.03 מחקר במתן שירות
27.....	6.04 הסכמה מדעת במחקר
28.....	6.05 חיסיון במחקר
28.....	6.06 כשירות בביצוע מחקר
28.....	6.07 ניגוד עניינים במחקר ובפרסום



28.....	6.08 קרדיט הולם של התורמים לעבודת המחקר
28.....	6.09 גניבה ספרותית
28.....	6.10 תיעוד ושימור נתונים במחקר
29.....	6.11 דיוק ושימוש בנתונים



מבוא

קבוצה מגוונת של אנשי מקצוע שעובדים בתחומי טיפול שונים, מנתחי התנהגות מספקים שירותי ניתוח התנהגות יישומי (ABA) על מנת להשפיע באופן חיובי על החיים. הקוד האתי של מנתחי התנהגות (קוד) מנחה את הפעולות המקצועיות של מנתחי התנהגות בישראל. הקוד מספק גם אמצעי הערכה לשימוש מנתחי ההתנהגות, כדי שיוכלו להעריך את התנהגותם שלהם וכדי שאחרים יוכלו לבדוק אם מנתחי ההתנהגות הפרו את המחויבויות האתיות שלהם. המבוא לקוד מתאר את **היקף הקוד** ואת **יישומו**, את **עקרונות הליבה** שלו, ואת **השיקולים לקבלת החלטות** אתיות. עקרונות הליבה הם מושגי יסוד שצריכים להנחות כל אחד מההיבטים בעבודתו של מנתח ההתנהגות. לאחר המבוא מופיע **מילון מונחים** שמכיל הגדרות של מונחים טכניים המצויים בקוד. ליבת המסמך כוללת את כללי האתיקה, אשר נובעים מעקרונות הליבה. הקוד מארגן בשישה חלקים: (1) אחריות כבעל מקצוע, (2) אחריות במילוי התפקיד, (3) אחריות כלפי לקוחות ולבעלי עניין, (4) אחריות כלפי מודרכים וסטודנטים, (5) אחריות בהצהרות ציבוריות, (6) אחריות במחקר.

היקף הקוד

הקוד חל על כל האנשים אשר רשאים לעסוק בניתוח התנהגות בישראל. לשם היעילות, נעשה שימוש במונח 'מנתח התנהגות' לאורך כל מסמך זה והוא מתייחס לאנשים שחייבים לפעול בהתאם לקוד. הקוד חל על מנתחי התנהגות בכל הפעילויות המקצועיות שלהם, בין היתר על אספקת שירות ישיר, ייעוץ, פיקוח, הכשרה, ניהול, עריכת פרסומים, שיפוט מאמרים וביקורת עמיתים, מחקר וכל פעילות אחרת במסגרת מקצועות ABA. הקוד חל על פעילויות מקצועיות של מנתחי התנהגות בכל סוגי ההתנהלות, (לדוגמה, באופן אישי; בכתב; בטלפון; דוא"ל; הודעות טקסט; שיחות בידאו). החלת הקוד אינה מתייחסת להתנהגותו האישית של מנתח ההתנהגות אלא אם נקבע כי התנהגותו מהווה בבירור סיכון אפשרי לבריאות ולבטיחות הלקוחות, בעלי העניין, המודרכים או הסטודנטים.

מונחים ספציפיים מוגדרים במילון המונחים. עם זאת, שתי הגדרות ניתנות כאן מכיוון שנעשה בהן שימוש לעתים קרובות בסעיפי עקרונות הליבה.

לקוח: המקבל הישיר של שירותי מנתח ההתנהגות. בזמנים שונים במהלך מתן השירות, בעל עניין אחד או רבים עשויים לעמוד בו זמנית בהגדרת הלקוח (לדוגמה, הנקודה בה הם מקבלים ייעוץ או הכשרה באופן ישיר). בהקשרים מסוימים, הלקוח עשוי להיות קבוצת אנשים (לדוגמה, שירותי ניהול התנהגות ארגונית).

בעל עניין: אדם, שאינו לקוח, המושפע ממנתח ההתנהגות ומשלם על שירותיו (לדוגמה, הורה, מטפל, קרוב משפחה, נציג מורשה כחוק, משתף פעולה, מעסיק, סוכנות או נציג מוסד, מועצת רישוי, מממן, ספק שירותים מצד שלישי).

ארבעה עקרונות יסוד שעל כל מנתחי ההתנהגות לשאוף לגלם, משמשים כמסגרת לכללי האתיקה. מנתחי התנהגות צריכים להשתמש בעקרונות אלה כדי לפרש ולהחיל את כללי הקוד. ארבעת עקרונות הליבה קובעים שעל מנתחי התנהגות: להועיל לאחרים, להתייחס לאחרים בחמלה ובכבוד, לנהוג ביושרה, ולהקפיד על מידת הכשירות שלהם.

1. להועיל לאחרים- מנתחי התנהגות פועלים כדי למקסם תועלת ולמזער נזק באמצעות:

- הגנה על רווחתם ועל זכויותיהם של הלקוחות, שנמצאים בראש סדר העדיפויות.
- שמירה על רווחתם ועל זכויותיהם של אנשים אחרים עימם הם מנהלים אינטראקציה במסגרת תפקידם.
- התמקדות בהשפעות לטווח הקצר ולטווח הארוך של פעילותם המקצועית.
- זיהוי וטיפול פעיל בהשפעות השליליות האפשריות של בריאותם הגופנית והנפשית על פעילותם המקצועית.
- זיהוי פעיל של ניגודי עניינים פוטנציאליים וממשיים ופעולה לפתרונם באופן שימנע או ימזער נזק.
- זיהוי וטיפול פעיל בגורמים (למשל, אישיים, פיננסים, מוסדיים, פוליטיים, דתיים, תרבותיים) שעשויים להוביל לניגודי עניינים, לשימוש לרעה במעמד, או להשפעות שליליות על הפעילויות המקצועיות שלהם.
- שיתוף פעולה יעיל ומכובד עם אחרים לטובת אלה שעימם הם עובדים, תמיד תוך הצבת האינטרס של הלקוח בראש.

2. להתייחס לאחרים בחמלה ובכבוד- מנתחי התנהגות מתנהגים לאחרים בחמלה ובכבוד:

- התייחסות שוויונית לזולת, ללא קשר לגורמים כגון גיל, מוגבלות, מוצא אתני, ביטוי / זהות מגדרית, מצב הגירה, מצב משפחתי / זוגי, מוצא לאומי, גזע, דת, נטייה מינית, מעמד סוציו-אקונומי או כל גורם אחר המוגדר בחוק.
- כיבוד פרטיותם וסודיותם של אחרים.
- כיבוד וקידום פעיל של הגדרה עצמית של לקוחות כמיטב יכולתם, במיוחד במתן שירותים לאוכלוסיות פגיעות.
- הכרה בחשיבותה של בחירה אישית בקבלת השירות, על ידי מתן המידע הנדרש ללקוחות ולבעלי העניין לצורך ביצוע בחירות מושכלות בנוגע לשירותים.

3. לנהוג ביושרה- מנתחי התנהגות נוהגים באחריות כלפי הקהילות המדעיות והמקצועיות שלהם,

כלפי החברה באופן כללי, וכלפי הקהילות אותן הם משרתים באמצעות:

- התנהגות ישרה ואמינה.
- מנתחי התנהגות לא מציגים את עצמם או את עבודתם או את עבודתם של אחרים בצורה מטעה, ולא עוסקים בהונאה.
- ממלאים התחייבויות.
- נותנים דין וחשבון על עבודתם ועבודת המודרכים והסטודנטים שלהם ומתקנים טעויות במועד.
- שומרים על בקיאות ומקיימים את דרישות הרגולציה בישראל, באופן כללי ובפרט בכל הנוגע למקצוע ניתוח התנהגות.

- עובדים באופן פעיל ליצירת סביבות מקצועיות המקיימות את עקרונות הליבה ואת כללי הקוד.
- מחנכים אחרים בכבוד אודות דרישות האתיקה של מנתחי ההתנהגות והמנגנונים לטיפול בהתנהלות מקצועית פסולה.

4. הקפדה על כשירות- מנתחי התנהגות מבטיחים את כשירותם על ידי כך שהם:

- נשארים במסגרת גבולות העיסוק המקצועי.
- נשארים מעודכנים ומרחיבים את הידע שלהם לגבי שיטות עבודה מומלצות והתקדמויות בניתוח התנהגות יישומי, ומשתתפים בפעילויות פיתוח מקצועי.
- נותרים בקיאים ומעודכנים בנוגע להתערבויות (כולל פסאודו-מדע) העשויות להתקיים בתחומי העיסוק שלהם ומהוות סיכון לפגיעה בלקוחות
- שומרים על מודעות לגבולות הכשירות שלהם, עובדים בהתאם לגבולות אלו ומעריכים אותם באופן קבוע.
- פועלים באופן שוטף למען הרחבת הידע והמיומנויות הקשורים להיבטים תרבותיים ואספקת שירות לקבוצות מגוונות.

יישום הקוד

מצופה ממנתחי התנהגות להיות בקוד ולציית לקוד ולנוהלי אכיפת הקוד. חוסר מודעות או אי הבנה של תקני האתיקה אינם מהווים הגנה מפני הפרה לכאורה של הקוד האתי. במידת הצורך, מנתחי התנהגות צריכים ליידע אחרים אודות הקוד ואודות נוהלי אכיפת הקוד וליצור תנאים המטפחים עמידה בכללי הקוד. בעת טיפול בהפרות קוד אפשריות, שבוצעו על ידם או על ידי אחרים, יתעדו מנתחי התנהגות את הצעדים הננקטים ואת התוצאות הנובעות מצעדים אלה. מנתחי התנהגות צריכים להתייחס לחששות בנוגע להתנהגות מקצועית בלתי הולמת של אחרים ישירות איתם, זאת לאחר שבוצעה הערכת מצב, ונראה שפעולה זו תפתור את הבעיה ולא תציב את מנתח ההתנהגות או אחרים בסיכון שלא לצורך.

מנתחי התנהגות עשויים להיות בעלי תפקידים מקצועיים שונים. ככאלה, מנתחי התנהגות נדרשים לעמוד בכל החוקים החלים, דרישות הרישוי, קודים של התנהגות / אתיקה, דרישות דיווח (למשל, דיווח חובה, דיווח למקורות מימון או לועדת רישוי, דיווח על מקרים של מצג שווא על ידי אחרים), ודרישות פרקטיקה מקצועיות הקשורות לתפקידיהם השונים. במקרים מסוימים, ייתכן שמנתחי התנהגות יצטרכו לדווח על חששות חמורים לרשויות או לסוכנויות רלוונטיות שיוכלו לספק הקלה או הגנה מיידיים, לפני הדיווח לועדת האתיקה הישראלית למשל, על פעילות פלילית או התנהגות שמסכנת לקוחות או אחרים ומעמידה אותם בסיכון ישיר ומיידי יש לדווח מייד לרשויות הרלוונטיות לפני הדיווח לועדת האתיקה הישראלית.

התקנים הכלולים בקוד אינם אמורים להיות ממצים, מכיוון שלא ניתן לחזות כל מצב שעשוי להוות הפרה אתית. לכן, היעדר התנהגות מסוימת או סוג מסוים של התנהלות מכללי הקוד אינו מעיד כי אותה התנהגות או התנהלות היא אתית או לא אתית. בעת פרשנות ויישום כלל אתי, חשוב להתייחס לניסוחו ולתפקודו הספציפיים, כמו גם לעקרונות הליבה. בנוסף, יש להחיל כללי אתיקה על מצב מסוים תוך שימוש בגישה מעשית המתייחסת להקשר ומתחשבת בגורמים רלוונטיים למצב זה, כגון משתנים הקשורים לשונות (למשל, גיל, מוגבלות, מוצא אתני, ביטוי / זהות מגדרית, מצב הגירה, מצב משפחתי / זוגי, מדינת מוצא, גזע, דת, נטייה מינית, מעמד סוציו-אקונומי) וחוסר איזון אפשרי בעמדת כוח. בכל המקרים של פרשנות ויישום הקוד, על מנתחי התנהגות לשים בראש סדר

העדיפויות היענות וציות לחוק וכן את האינטרסים של הלקוח באמצעות נקיטת פעולה לצורך מקסום התוצאות הרצויות ומזעור הסיכון.

קבלת החלטות אתיות. מנתחי התנהגות יתקלו ככל הנראה בדילמות אתיות מורכבות ורבות פנים. בעת התמודדות עם דילמה מעין זו, על מנתחי התנהגות לזהות בעיות ופתרונות בזהירות ותוך הפעלת שיקול דעת. בעת פתרון דילמה אתית, על מנתחי התנהגות למלא אחר רוח עקרונות הליבה של הקוד האתי ואחר כללים ספציפיים. מנתחי התנהגות צריכים לטפל בדילמות אתיות באמצעות תהליך קבלת החלטות מובנה המתחשב בהקשר המלא של המצב ובתפקידם של הכללים האתיים הרלוונטיים. על אף ששום תהליך קבלת החלטות אתי לא יהיה יעיל באותה מידה בכל המצבים, התהליך שלהלן ממחיש גישה שיטתית שמנתחי התנהגות יכולים לאמץ כדי לתעד ולטפל בחששות אתיים פוטנציאליים.

לאורך כל השלבים הבאים, יש לתעד מידע שעשוי להיות חיוני לקבלת החלטות או למסירת הצעדים שננקטו והתוצאות שהניבו. למשל, יש לשקול תיעוד של: תאריכים, שעות, מיקומים ואנשים מסוימים; סיכומים של תצפיות, פגישות, או מידע שדווח על ידי אחרים. הקפידו להגן על חיסיון בהכנה ובאחסון כל התיעוד.

1. יש להגדיר את הנושא בבירור ולשקול אם קיים סיכון אפשרי לפגיעה באנשים רלוונטיים.
2. יש לזהות את כל האנשים הרלוונטיים.
3. יש לאסוף תיעוד רלוונטי תומך ולבצע מעקב אחר מידע מיד שנייה כדי לאשר שיש בעיה אתית ממשית.
4. יש לשקול את היסטוריית הלמידה ואת הנטיות האישיות שלך בהקשר של האנשים הרלוונטיים.
5. יש לזהות את עקרונות הליבה ואת כללי הקוד הרלוונטיים.
6. יש להיוועץ עם מקורות זמינים (כמו למשל, מחקרים, מודלים לקבלת החלטות, עמיתים מהימנים).
7. יש לפתח מספר פעולות אפשריות להפחתת או הסרת הסיכון לפגיעה, תוך מתן עדיפות לטובת הלקוחות בהתאם לקוד ולחוקים החלים.
8. יש להעריך באופן ביקורתי כל פעולה אפשרית על ידי התחשבות בהתאמה שלה להוראות הקוד ולרוחו, את השפעתה האפשרית על בעלי העניין, את הסבירות שהיא תפתור באופן מיד את הבעיה האתית, וכן משתנים כמו העדפות הלקוח, מקובלות חברתית מידת המגבלות שהיא מטילה והסבירות לקיומה.
9. יש לבחור פעולה שתביא בסבירות הגבוהה ביותר לפתרון הבעיה האתית הספציפית ולהפחתת הסבירות שבעיה מעין זו תחזור בעתיד.
10. יש לנקוט בפעולה הנבחרת תוך שיתוף פעולה עם אנשים רלוונטיים המושפעים מהבעיה ולתעד את הפעולה הספציפית שננקטה, את הצעדים הבאים שהוסכם עליהם, את שמות האנשים הרלוונטיים ותאריכי יעד.
11. יש להעריך את התוצאות כדי להבטיח שהפעולה טיפלה בהצלחה בבעיה.

אכיפת הקוד

ועדת האתיקה הישראלית אוכפת את הקוד כדי להגן על לקוחות ועל בעלי עניין, על מנתחי התנהגות, וכן על מקצוע ניתוח התנהגות.

אפוטרופוס ונציג המורשה על פי חוק

כל אדם המוסמך על פי החוק לספק הסכמה מטעם אדם שאינו יכול לספק הסכמה, לקבל שירותים או להשתתף במחקר.

אתר אינטרנט

פלטפורמה דיגיטלית שנמצאת באמצעות דפדפן אינטרנט שבו ישות (יחיד ו / או ארגון) מייצרת ומפיצה תכנים דיגיטליים לצריכת משתמשים ברשת. בהתאם לפונקציונאליות של האתר, משתמשים יכולים לצרוך, ליצור, להעתיק, להוריד, לשתף או להגיב על התוכן הדיגיטלי המסופק בו.

בעל עניין

אדם, שאינו לקוח, המושפע ממנתח ההתנהגות ומשלם על שירותיו (לדוגמה, הורה, מטפל, קרוב משפחה, נציג מורשה כחוק, משתף פעולה, מעסיק, סוכנות או נציג מוסד, מועצת רישוי, מממן, ספק שירותים מצד שלישי).

היקף הכשירות

הפעילויות המקצועיות שמנתח התנהגות יכול לבצע בבקיאות באופן עקבי.

הסכמה מדעת

הרשאה הניתנת על ידי אדם בעל זכות משפטית להסכים לפני השתתפות בשירותים או מחקר, או המאפשרת שימוש או שיתוף של מידע אודותיו.

שירות / מחקר: מתן אפשרות לאדם לתת הסכמה מדעת לשירותים או למחקר כרוך בהסבר ובנקיטת צעדים מתאימים לאישור הבנתו את: (1) מטרת השירותים או המחקר, (2) זמן המחויבות הצפוי והנהלים הכרוכים בכך, (3) הזכות לסרב להשתתף או לסגת מהסכמה בכל עת ללא השלכות שליליות, (4) יתרונות, סיכונים, אי נוחות או השפעות שליליות פוטנציאליים, (5) כל מגבלה על סודיות או פרטיות, (6) כל תמריץ להשתתפות במחקר, (7) למי לפנות לשאלות או חששות בכל עת, (8) ההזדמנות לשאול שאלות ולקבל תשובות.

שימוש / שיתוף מידע: מתן אפשרות לאדם לתת הסכמה מדעת, לשתף או להשתמש במידע, עניין הכרוך בהסבר על: (1) המטרה והשימוש המיועד, (2) הקהל, (3) משך הזמן הצפוי, (4) הזכות לסרב או לסגת מההסכמה בכל עת, (5) סיכונים או יתרונות פוטנציאליים, (6) כל מגבלה על סודיות או פרטיות, (7) למי ניתן לפנות בכל עת עם שאלות או חששות, (8) ההזדמנות לשאול שאלות ולקבל תשובות.

הצהרות פומביות

מסירת מידע (דיגיטלי או אחר) בפורום ציבורי במטרה ליידע טוב יותר את אותו קהל או לספק קריאה לפעולה, בכלל זה פרסום בתשלום או ללא תשלום, חוברות, חומר מודפס, רשימות מדריכים, קורות חיים אישיים, ראיונות, או הערות לשימוש במדיה (למשל, בתקשורת המודפסת, הצהרות בהליכים משפטיים, הרצאות ומצגות פומביות, מדיה חברתית, חומרים שפורסמו).

התערבות לשינוי התנהגות

מכלול ההליכים ההתנהגותיים שנועדו לשפר את רווחת הלקוח.

ועדת בדיקת מחקר

קבוצת אנשי מקצוע שמטרתם המוצהרת היא לבדוק הצעות מחקר כדי להבטיח את הטיפול האתי באנשים משתתפי המחקר. ועדה זו עשויה להיות ישות רשמית של ממשלה (למשל, המדען הראשי) או אוניברסיטה (למשל, ועדת בדיקה מוסדית, ועדת אתיקה למחקר), ועדה עצמאית בארגון שירות או ארגון עצמאי שנוצר למטרה זו.

זכויות הלקוח

זכויות אדם, זכויות משפטיות, זכויות המוסדרות בניתוח התנהגות, וכללים ארגוניים שנועדו להועיל ללקוח.

לקוח

המקבל הישיר של שירותי מנתח ההתנהגות. בזמנים שונים במהלך מתן השירות, בעל עניין אחד או רבים עשויים לעמוד בו זמנית בהגדרה לקוח (לדוגמה, הנקודה בה הם מקבלים ייעוץ או הכשרה באופן ישיר). בהקשרים מסוימים, הלקוח עשוי להיות קבוצת אנשים (לדוגמה, שירותי ניהול התנהגות ארגונית).

מודרך

כל אדם שמתן השירות ההתנהגותי שלו נמצא תחת פיקוחו של מנתח התנהגות במסגרת מערכת יחסים מוגדרת ומוסכמת. המודרכים עשויים לכלול מטפל התנהגותי, מנתח התנהגות, וכן בעלי מקצוע אחרים המעניקים שירותים התנהגותיים תחת פיקוח והדרכה.

מחקר

כל פעילות מבוססת נתונים, כולל ניתוח של נתונים קיימים מראש, שנועדה ליצר ידע הניתן להכללה עבור תחום המחקר. השימוש במערך מחקר לשם בדיקת השפעת ויעילות ההתערבות אינו מהווה מחקר בפני עצמו.

מנתח התנהגות

אדם הרשאי לעסוק במקצוע ניתוח התנהגות בישראל

משתתף במחקר

כל אדם המשתתף במחקר מוגדר שהושגה עבורו הסכמה מדעת.

ניגוד עניינים

חוסר התאמה בין האינטרסים הפרטיים והמקצועיים של מנתחי התנהגות, הגורמים לסיכון או לסיכון פוטנציאלי לשירותים הניתנים ללקוח, לבעל עניין, למודרך, לסטודנט או למשתתף במחקר, או למערכת יחסים מקצועית עימם. ניגודי עניינים עלולים לגרום למצב בו שיקולים אישיים, פיננסיים או מקצועיים עשויים להשפיע או לפגוע בשיקול דעת מקצועי במתן שירותי התנהגות, מחקר, ייעוץ, פיקוח, הכשרה או כל פעילות מקצועית אחרת.

סטודנט

כל אדם שצובר עבודת שטח / ניסיון לקראת תעודת מנתח התנהגות

כל המלצה שהתבקשה או שלא התבקשה, בכל צורה שהיא, מלקוח, בעל עניין, מודרך, או סטודנט המאשרת את היתרונות המתקבלים מהמוצר או מהשירות שמעניק מנתח ההתנהגות. מהנקודה בה מנתח התנהגות מבקש מאדם המלצה, עדות זו נחשבת כהמלצה שהתקבלה תוך שידול.

ערוץ מדיה חברתית

פלטפורמה דיגיטלית, שנמצאת דרך דפדפן אינטרנט או דרך יישומון, המאפשרת למשתמשים (אנשים ו/או עסקים) לצרוך, ליצור, להעתיק, להוריד, לשתף או להגיב על פוסטים או פרסומות. פוסטים ופרסומות ייחשבו לתוכן דיגיטלי.

צד שלישי

כל אדם, קבוצת אנשים או ישויות, פרט למקבל הישיר של השירותים, המטפל העיקרי, הנציג המורשה כחוק או מנתח ההתנהגות, המבקש ומממן שירותים מטעם לקוח או קבוצת לקוחות. הדוגמאות כוללות בין היתר מחוז בית ספר, ישות ממשלתית, סוכנות לבריאות הנפש.

ריבוי קשרים

שילוב של שניים או יותר מתפקידיו של מנתח התנהגות (למשל, התנהגותי ואישי) עם לקוח, בעל עניין, מודרך, סטודנט, משתתף במחקר או מישהו שקשור קשר הדוק עם הלקוח או קרוב משפחה שלו.

שירותי התנהגות

שירותים המבוססים בבירור על העקרונות והנהלים של ניתוח התנהגות ונועדו לשנות התנהגות בדרכים משמעותיות. שירותים אלה כוללים, בין היתר להערכה, התערבויות לשינוי התנהגות, הכשרה, ייעוץ, ניהול ופיקוח על אחרים ומתן הרצאות במסגרת שימור הרישיון והתפתחות מקצועית.

תוכן דיגיטלי

מידע אשר זמין לצריכה מקוונת, להורדה או להפצה באמצעות מדיה אלקטרונית (למשל, טלוויזיה, רדיו, ספר אלקטרוני, אתר, מדיה חברתית, משחק וידאו, יישומון, מחשב, מכשיר חכם). תוכן דיגיטלי נפוץ כולל מסמכים, תמונות, קטעי וידאו וקבצי שמע.

הערה: מונחים המוגדרים במילון המונחים מופיעים נטויים בפעם הראשונה שהם מופיעים בתקן, בכל אחד מסעיפי הקוד.



סעיף 1 – אחריות כבעל מקצוע

1.01 יושר

מנתחי התנהגות הם אנשים אמינים וישרים המארגנים את הסביבה המקצועית על מנת לעודד התנהגויות של יושרה אצל אחרים. הם אינם יוצרים מצבים מקצועיים אשר עלולים לגרום לאחרים להתנהלות של מרמה, התנהלות לא חוקית או שאיננה אתית, או התנהלות המפרה את הקוד. כמו כן הם מספקים מידע אמיתי ומדויק לכל הישויות הנדרשות ולפרטים (לדוגמה, לקוחות, בעלי עניין, מודרכים, סטודנטים), והם מתקנים מקרים של דיווחים שאינם אמיתיים או לא מדויקים ברגע שהם מודעים לכך.

1.02 עמידה בדרישות משפטיות ומקצועיות

מנתחי התנהגות מצייתים לחוק ולדרישות הקהילה המקצועית שלהם.

1.03 אחריותיות

מנתחי התנהגות אחראים למעשיהם ולשירותים המקצועיים שהם מעניקים והם ממלאים את חובותיהם בעבודה. כאשר מתרחשות טעויות או כאשר לא ניתן לעמוד במחויבות, מנתחי התנהגות נוקטים בכל האמצעים הדרושים כדי לטפל בהן ישירות, בראש ובראשונה לטובת הלקוחות, ואחרי כן לטובת הצדדים הרלוונטיים.

1.04 פועלים בטווח הגדרת התפקיד

מנתחי התנהגות מספקים שירותים רק לאחר הגדרת תפקידם המקצועי ותייעודו בכתב עם הגורמים הרלוונטיים.

1.05 פועלים במסגרת גבולות כשירותם

מנתחי התנהגות פועלים אך ורק במסגרת גבולות הכשירות המזוהה שלהם. הם יעסקו בפעילויות מקצועיות בתחומים חדשים (כמו אוכלוסיות, נהלים) רק לאחר שסיימו לימודים מתאימים, עברו הכשרה, צברו ניסיון בהדרכה, ייעוץ ו/או טיפול מאדם שהוכשר בתחומים החדשים. במקרים אחרים הם יפנו או יעבירו את השירותים לבעל מקצוע מתאים.

1.06 שמירת הכשירות

מנתחי התנהגות עוסקים באופן אקטיבי בפעילויות של התפתחות מקצועית על מנת לשמר ולקדם את הכשירות המקצועית שלהם. פעילויות של התפתחות מקצועית כוללות קריאה של ספרות מקצועית רלוונטית, השתתפות בכנסים ובוועידות, השתתפות בסדנאות ובהזדמנויות הכשרה אחרות, השלמת קורסים נוספים, קבלת הדרכה, ייעוץ, פיקוח או הנחיה, והשגת ושימור תעודות מקצועיות מתאימות.

1.07 מתן מענה להיבטים תרבותיים ושונות

מנתחי התנהגות עוסקים באופן אקטיבי בפעילויות התפתחות מקצועית לצורך רכישת ידע ומיומנויות הקשורים להיענות תרבותית ושונות. הם מעריכים את הנטיות האישיות שלהם ואת יכולתם לתת

מענה לצרכיהם של אנשים הבאים מרקע שונה ובעלי צרכים מגוונים (למשל גיל, מוגבלות, מוצא אתני, ביטוי / זהות מגדרית, מצב הגירה, מצב משפחתי / זוגי, מוצא לאומי, גזע, דת, נטייה מינית, מעמד סוציו-אקונומי). מנתחי התנהגות מעריכים גם את הטיות המודרכים והסטודנטים שלהם, וכן את יכולתם של המודרכים והסטודנטים לתת מענה לדרישות של אנשים בעלי צרכים מגוונים ורקע שונה.

1.08 אי אפליה

מנתחי התנהגות אינם מפלים בין אנשים. הם מתנהגים כלפי אחרים באופן שוויוני וכולל ללא קשר לגיל, מוגבלות, מוצא אתני, ביטוי / זהות מגדרית, מצב הגירה, מצב משפחתי / זוגי, מוצא לאומי, גזע, דת, נטייה מינית, מעמד סוציו-אקונומי או כל בסיס אחר שהוגדר בחוק.

1.09 הימנעות מהטרדה

מנתחי התנהגות אינם עוסקים בהתנהגות מטרידה או עוינת כלפי אחרים לרבות לשון הרע.

1.10 מודעות לנטיות ולאתגרים אישיים

מנתחי התנהגות שומרים על מודעות לכך שהנטיות או האתגרים האישיים שלהם (כמו מצב בריאות נפשי או פיזי, אתגרים משפטיים, פיננסים או הקשורים בחיי הנישואין או במערכות יחסים) עשויים להפריע ליעילות עבודתם המקצועית. מנתחי התנהגות ינקטו בצעדים המתאימים כדי לפתור הפרעות אלו, לוודא שעבודתם המקצועית אינה נפגעת, ויתעדו את כל הפעולות שננקטו בנסיבות אלה ואת התוצאות שנגרמו בגין פעולות אלה.

1.11 ריבוי מערכות יחסים

מכיוון שריבוי מערכות יחסים עלול לגרום לניגוד אינטרסים שעשוי לפגוע באחד או יותר מהצדדים, מנתחי התנהגות נמנעים מכניסה למערכות יחסים מרובות או ליצירתן, בכלל זה מערכות יחסים מקצועיות, אישיות או משפחתיות עם לקוחות ועמיתים. מנתחי התנהגות מדווחים על הסכנות של מערכות יחסים מרובות לאנשים הרלוונטיים, וממשיכים לנטר אותן. אם מתפתחת מערכת יחסים מרובות, מנתחי התנהגות נוקטים בצעדים המתאימים לפתור אותן. אם אין אפשרות לפתור מערכות יחסים מרובות באופן מידי, מנתחי התנהגות מפתחים מנגנוני בקרה מתאימים לזיהוי ניגודי אינטרסים ולמניעתם תוך ציות לקוד ומפתחים תוכנית שתפתור את מערכות היחסים המרובות עם הזמן. מנתחי התנהגות מתעדים את כל הפעולות שננקטות בנסיבות אלה ואת התוצאות בגין פעולות אלה.

1.12 הענקת וקבלת מתנות

מכיוון שהחלפת מתנות עלולה להזמין ניגוד אינטרסים וליצור מערכת יחסים מרובה, מנתחי התנהגות משתדלים להימנע מלהעניק או לקבל מתנות מלקוחות, מבעלי עניין, ממודרכים או מסטודנטים. מנתחי התנהגות מיידעים לקוחות ובעלי עניין באשר לדרישה זו בתחילת מערכת היחסים המקצועית. מתנה תהיה קבילה אם היא מתפקדת כהבעת תודה לעתים רחוקות ואינה מהווה תועלת כספית למקבל המתנה. מקרים שבהם הענקת או קבלת מתנות באופן שוטף או מצטבר עלולים לעלות לרמה של הפרת כלל אתי זה, הם מקרים שבהם המתנות הופכת למקור הכנסה או ערך שהמקבל מצפה לקבלו.

1.13 מערכות יחסים של כפיה וניצול

מנתחי התנהגות אינם מנצלים לרעה את כוחם או את סמכותם באמצעות כפייה או ניצול של אנשים הכפופים לסמכותם.

1.14 מערכות יחסים רומנטיות ומיניות

מנתחי התנהגות אינם מנהלים מערכות יחסים רומנטיות או מיניות עם לקוחות, בעלי עניין, סטודנטים או מודרכים נוכחים, מכיוון שמערכות יחסים מעין אלה מהוות סיכון מהותי לניגוד עניינים ולשיקול דעת לקוי. מנתחי התנהגות אינם מנהלים מערכות יחסים רומנטיות או מיניות עם לקוחות או עם בעלי עניין לשעבר למשך תקופה של שנתיים לפחות מתאריך סיום מערכת היחסים המקצועית שהיתה בניהם. מנתחי התנהגות אינם מנהלים מערכות יחסים רומנטיות או מיניות עם מודרכים או סטודנטים לשעבר עד למועד בו הצדדים יכולים להציג תיעוד לכך שמערכת היחסים המקצועית הסתיימה (לדוגמה, השלמת כל המשימות האקדמיות והמקצועיות). מנתחי התנהגות לא מקבלים כמודרכים או כסטודנטים אנשים שעזבו מערכת יחסים רומנטית או מינית בתקופה של שישה חודשים לפחות מסיום מערכת היחסים.

1.15 מענה לבקשות

מנתחי התנהגות עושים את המאמצים המתאימים להשיב על בקשות לקבלת מידע מאנשים רלוונטיים (כמו לקוחות, בעלי עניין, מודרכים וסטודנטים) ומגורמים רשמיים (כמו ועדות רישוי, מממנים) ולעמוד בזמנים. כמו כן הם עומדים בדרישות התפקיד (כמו למשל, עדויות, בדיקות רקע פלילי) שהוטלו על ידי המעסיקים או גורמים ממשלתיים ממשלתיים.

1.16 דיווח עצמי של מידע קריטי

מנתחי התנהגות בקיאים בכל דרישות הדיווח העצמי מטעם גופים רלוונטיים (למשל, ועדות רישוי, מממנים) ועומדים בהן.

סעיף 2 – אחריות במילוי התפקיד

2.01 מתן טיפול יעיל

בעת מתן השירות מעדיפים מנתחי התנהגות את זכויות ואת צרכי הלקוחות. הם מעניקים שירותים התואמים רעיונית לעקרונות התנהגותיים, מבוססים על ראיות מדעיות שנועדו למקסם את התוצאות הרצויות ולהגן על כל הלקוחות, בעלי העניין, המודרכים, הסטודנטים ומשתתפי המחקר מפני נזק. מנתחי התנהגות מיישמים שירותים לא התנהגותיים עם לקוחות רק לאחר שהשיגו את ההשכלה, ההכשרה הפורמאלית והתעודות הנדרשות לאספקת שירותים אלה.

2.02 אספקת שירות במועד

מנתחי התנהגות מספקים שירותים במועד ומקיימים אחריות ניהולית הכרחית הקשורה לשירות.

2.03 הגנה על מידע סודי

מנתחי התנהגות נוקטים צעדים מתאימים כדי להגן על חיסיון הלקוחות, בעלי העניין, המודרכים, הסטודנטים והמשתתפים במחקר, מונעים שיתוף מידע סודי מקרי או רשלני ומצייתים לדרישות

החיסיון החלות עליהם (כמו למשל, חוקים, תקנות, מדיניות ארגונית). היקף החיסיון כולל מתן שירות (כמו פגישות פנים אל פנים, מפגשי וידאו, פגישות מוקלטות), מסמכים ונתונים, ותקשורת מילולית, כתובה ואלקטרונית.

2.04 חשיפת מידע סודי

מנתחי התנהגות חולקים מידע חסוי על לקוחות, בעלי עניין, מודרכים, סטודנטים או משתתפים במחקר רק: (1) כשמתקבלת הסכמה מדעת, (2) בעת ניסיון להגן על הלקוח או על אחרים מפני פגיעה, (3) בעת ניסיון לפתור בעיות חוזיות, (4) בעת ניסיון למנוע פשע שיגרום בסבירות גבוהה לנזק פיזי, נפשי או כספי לאחרים, או (5) כשמנתח ההתנהגות נאלץ לעשות זאת על פי חוק או צו בית משפט. כאשר מנתחי התנהגות מורשים לדון במידע חסוי עם צד שלישי, הם חולקים רק מידע קריטי בהתאם למטרות ההתקשרות.

2.05 הגנה ושמירה על תיעוד

מנתחי התנהגות בקיאים ועומדים בכל הדרישות הרלוונטיות (כמו חוקים, תקנות, חוזים, דרישות המממן והארגון) בכל הנוגע לאחסון, הובלה, שמירה והשמדה של תיעוד פיזי או אלקטרוני הקשור לפעילותם המקצועית. מנתחי התנהגות משמידים תיעוד פיזי לאחר שיצרו עותק אלקטרוני של סיכומי נתונים (למשל דוחות וגרפים) רק כאשר הדבר מתאפשר על פי הדרישות החלות עליהם. כשמנתח ההתנהגות עוזב ארגון, אחריות זו חלה על הארגון.

מנתח התנהגות ישמור רשומות ונתונים למשך שבע שנים לפחות מתום מועד הטיפול האחרון, וכן בכל דרך אחרת הנדרשת על פי דין. רשומות הנוגעות לקטינים יש לשמור עד הגיע הקטין לגיל 25 שנים לפחות. רשומות של מטופל שנפטר יישמרו שבע שנים מיום הפטירה.

2.06 דיוק בחיוב ובדיווח על שירותים

מנתחי התנהגות מזהים במדויק את השירותים שהם מעניקים וכוללים את כל המידע הנדרש בדוחות, חשבונות, חשבוניות, בקשות להחזר וקבלות. מנתחי התנהגות לא מיישמים או מחייבים עבור שירותים שאינם התנהגותיים במסגרת אישור או חוזה למתן שירותים התנהגותיים. במקרה שמתגלים אי דיוקים בדיווח או בחיוב, מנתחי ההתנהגות מודיעים לכל הגורמים הרלוונטיים (למשל, ארגונים, ועדות רישוי, מממנים), מתקנים את אי הדיוק במועד ומתעדים את כל הפעולות שבוצעו בנסיבות אלה ואת התוצאות שהתקבלו עקב פעולות אלה.

2.07 תשלום

מנתחי התנהגות מיישמים נהלי תשלום ומשתפים מידע בהתאם לחוקים ולכללים החלים עליהם. הם אינם מציגים את שכרם בצורה שגויה. במקרים בהם מנתחי התנהגות אינם אחראים ישירות לתשלום, עליהם להעביר דרישות אלה לצד האחראי ולנקוט צעדים לפתור כל סכסוך או אי דיוק. הם מתעדים את כל הפעולות הננקטות בנסיבות אלה ואת התוצאות שהתקבלו עקב פעולות אלה.

2.08 דיווח על שירותים

מנתחי התנהגות משתמשים בשפה מובנת ומבטיחים כי כל תקשורת עם לקוחות, בעלי עניין, מודרכים, סטודנטים ומשתתפים במחקר תהיה מובנת. לפני מתן השירותים הם מתארים בבירור את היקף השירותים ומציינים את התנאים שביבאו לסיום השירותים. הם מסבירים את כל הליכי

ההתערבות, בהערכת התנהגות ובשינוי התנהגות לפני יישום, ומסבירים את תוצאות ההערכה וההתערבות כשאלה זמינים. על פי בקשה, מנתחי התנהגות מספקים מערך מדויק ועדכני של תעודות מקצועיות ותיאור של תחום הכשירות שלהם.

2.09 מעורבות לקוחות ובעלי עניין

מנתחי התנהגות עושים מאמצים מתאימים לערב לקוחות ובעלי עניין רלוונטיים במהלך מערכת היחסים בה ניתן השירות, בכלל זה בבחירת יעדים, בחירת ועיצוב התערבויות להערכה ולשינוי התנהגות, וביצוע מעקב רציף אחר ההתקדמות.

2.10 שיתוף פעולה עם עמיתים

מנתחי התנהגות משתפים פעולה עם עמיתים בעלי מקצוע זהה ובעלי מקצועות אחרים לטובת הלקוחות ובעלי עניין. מנתחי התנהגות מטפלים בקונפליקטים במידת האפשר באמצעות פשרות, אך תמיד נותנים עדיפות לטובת הלקוח. מנתחי התנהגות מתעדים את כל הפעולות הננקטות בנסיבות אלה ואת התוצאות שהתקבלו עקב פעולות אלה.

2.11 קבלת הסכמה מדעת

מנתחי ההתנהגות אחראים להכיר וליישם את כל התנאים שלפיהם נדרש להשיג הסכמה מדעת מלקוחות, בעלי עניין ומשתתפי מחקר (למשל, לפני יישום ראשוני של הערכות או התערבויות לשינוי התנהגות, בעת ביצוע שינויים מהותיים בהתערבויות, בעת העברת או שחרור מידע חסוי או רשומות). הם אחראים להסביר, להשיג, להחדש ולתעד את ההסכמה מדעת הנדרשת. הם אחראים לקבל הסכמה מלקוחות במידת הצורך.

2.12 צרכים רפואיים

מנתחי התנהגות מבטיחים, כמיטב יכולתם, להעריך ולטפל בצרכים רפואיים אם קיימת סבירות לכך שהתנהגות שבגינה נעשתה הפנייה לקבלת שירותי ניתוח התנהגות, מושפעת ממשתנים רפואיים או ביולוגיים. מנתחי התנהגות מתעדים הפניות לבעלי מקצוע רפואי ומנהלים מעקב עם הלקוח לאחר ביצוע ההפניה.

2.13 בחירה, תכנון ויישום הערכות

לפני בחירה או תכנון התערבות לשינוי-התנהגות, מנתחי התנהגות בוחרים ומתכננים הערכות העולות בקנה אחד עם עקרונות התנהגות, מבוססות על ראיות מדעיות, ועונות באופן הטוב ביותר על מגוון הצרכים, הקושי והמשאבים של הלקוח ושל בעלי העניין. הם בוחרים, מתכננים ומיישמים הערכות תוך התמקדות במקסום התועלת ובמזעור הסיכון לפגיעה בלקוח ובבעלי העניין. הם מסכמים את ההליכים ואת התוצאות בכתב.

2.14 בחירה, תכנון ויישום של התערבויות לשינוי-התנהגות

מנתחי התנהגות בוחרים, מתכננים ומיישמים התערבויות לשינוי-התנהגות (1) העולות בקנה אחד עם עקרונות התנהגותיים, (2) המבוססות על ראיות מדעיות, (3) המבוססות על תוצאות הערכות, (4) תוך תעדוף הליכי חיזוק חיובי, (5) העונות באופן הטוב ביותר על צרכים, הקושי והמשאבים של הלקוח ובעלי העניין. מנתחי התנהגות שוקלים גם גורמים רלוונטיים (למשל, סיכונים, יתרונות

ותופעות לוואי, העדפות הלקוח ובעלי העניין, יעילות היישום, שיקולי עלות-תועלת), מתכננים ומיישמים התערבויות לשינוי-התנהגות על מנת להניב תוצאות העשויות להישמר בתנאים טבעיים. הם מסכמים בכתב את נהלי ההתערבות לשינוי התנהגות (למשל, תוכנית התנהגות).

מנתחי התנהגות לא מעתיקים תוכניות לשינוי התנהגות של מנתחי התנהגות אחרים ושל לקוחות אחרים. השימוש בחלקים מתוכניות התערבות קודמות יכול להתבצע לאחר שיושם הליך של הערכה פונקציונאלית ולאחר שמנתחי ההתנהגות אמדו את ההבדלים והפערים בין תוכנית ההתערבות שממנה הם לקחו את המרכיבים בהיבטים של מידת המומחיות והמשאבים הנדרשים כדי ליישם אותם, האוכלוסייה, ההקשרים וההתנהגות לבין האופן והצרכים שהם נדרשים לתת להם מענה במקרה הספציפי.

מנתחי התנהגות אשר מפרסמים תוכניות התערבות בפומבי נדרשים להוסיף באופן בולט הערה בנוסח הבא: "השימוש בתוכניות אלו או בחלקים ממנה, הם באחריות מנתח ההתנהגות בלבד. מנתח התנהגות אשר מעוניין לעשות שימוש בתוכניות אלו צריך לקחת בחשבון את הפערים האפשריים שבין התוכנית הכתובה לבין הסביבה, ההתנהגות, הלקוח ומנתח ההתנהגות עצמו."

2.15 מזעור הסיכון בהתערבות לשינוי-התנהגות

מנתחי התנהגות בוחרים, מתכננים ומיישמים התערבויות לשינוי-התנהגות (כולל בחירה ושימוש בתוצאות) תוך התמקדות במזעור הסיכון לפגיעה בלקוח ובעלי העניין. הם ממליצים ומיישמים נהלים מגבילים או מבוססי ענישה רק לאחר שהוכיחו כי לא הושגו תוצאות רצויות תוך שימוש באמצעים פחות פולשניים, או כאשר צוות התערבות קיים קובע כי הסיכון לפגיעה בלקוח עולה על הסיכון הכרוך בהתערבות לשינוי-התנהגות. בעת המלצה או יישום של נהלים מגבילים או מבוססי ענישה, מנתחי התנהגות עומדים בכל תהליכי הביקורת הנדרשים. על מנתחי התנהגות להעריך ולתעד באופן שוטף את יעילותם של הליכים מגבילים או מבוססי ענישה ולשנות או להפסיק התערבות לשינוי-התנהגות במועד אם זו אינה יעילה.

2.16 תיאור התערבות לשינוי-התנהגות לפני יישום

לפני היישום, מנתחי התנהגות מתארים בכתב את יעדי ונהלי התערבות לשינוי-התנהגות, את לוחות הזמנים הצפויים ואת לוח הזמנים של הבדיקה השוטפת. הם מספקים מידע זה ומסבירים את התנאים הסביבתיים הדרושים ליישום יעיל של התערבות לשינוי-התנהגות לבעלי העניין וללקוח (על פי צורך). עליהם גם לספק הסברים בעת שינוי ההתערבות ההתנהגותית המיושמת או בעת שימוש בהתערבויות חדשות, ולקבל הסכמה מדעת בעת הצורך.

2.17 איסוף נתונים והשימוש בהם

מנתחי התנהגות מבטיחים באופן פעיל בחירה ראויה ויישום נכון של נהלי איסוף נתונים. הם מציגים באופן גרפי, מסכמים ומשתמשים בנתונים כדי לקבל החלטה אם להמשיך, לשנות או להפסיק את מתן השירות.

2.18 הערכה מתמשכת של התערבות לשינוי-התנהגות

מנתחי התנהגות עוסקים בניטור והערכה מתמשכים של התערבויות לשינוי-התנהגות. אם הנתונים מציינים כי התוצאה הרצויה אינה מתממשת, הם מעריכים את המצב באופן אקטיבי ונוקטים בפעולה המתקנת המתאימה. כאשר מנתח התנהגות חושש ששירותים הניתנים במקביל על ידי איש מקצוע

אחר, משפיעים לרעה על התערבות לשינוי-ההתנהגות, מנתח ההתנהגות נוקט בצעדים מתאימים לבדיקת הבעיה ומטפל בה עם איש המקצוע האחר.

2.19 טיפול בתנאים המפריעים למתן שירות

מנתחי התנהגות מזהים ומתייחסים באופן פעיל לתנאים סביבתיים (כמו למשל, התנהגות של אחרים, סכנות ללקוח או לצוות העובדים, הפרעות) שעלולים להפריע או למנוע את מתן השירות. במצבים כאלה, מנתחי התנהגות מסירים את התנאים או ממזערים אותם, מזהים שינויים יעילים בהתערבות, ו/או שוקלים לקבל או להמליץ על סיוע מאנשי מקצוע אחרים. מנתחי התנהגות מתעדים את התנאים, את כל הפעולות שננקטו, ואת התוצאות שנבעו מפעולות אלה.

סעיף 3 – אחריות כלפי הלקוח ובעלי העניין

3.01 אחריות כלפי לקוחות (ראה 1.03, 2.01)

מנתחי התנהגות פועלים לטובת הלקוחות, נוקטים בצעדים המתאימים לתמיכה בזכויות הלקוחות, למיקסום היתרונות ולמניעת נזק. הם גם בקיאים ומצייתים לחוקים ולכללים החלים הקשורים לדרישות חובת הדיווח.

3.02 זיהוי בעלי עניין

מנתחי התנהגות מזהים בעלי עניין בעת מתן שירותים. כאשר מעורבים בעלי עניין מרובים (למשל, הורה או נציג מורשה כחוק, מורה, מנהל) מנתחי ההתנהגות מזהים את מחויבותם היחסית לכל בעל עניין. הם מתעדים ומסבירים מחויבויות אלה לבעלי העניין בתחילת מערכת היחסים המקצועית.

3.03 קבלת לקוחות (ראה 1.05, 1.06)

מנתחי התנהגות מקבלים לקוחות רק כאשר השירות המבוקש נמצא בתחום הכשירות ובמסגרת המשאבים הזמינים להם (למשל, זמן ויכולת לפקח על המקרה, כוח אדם). כאשר מנתחי התנהגות מופנים לקבל לקוחות מחוץ לתחום הכשירות המזוהה ולמשאבים הזמינים להם, הם נוקטים בצעדים המתאימים כדי לדון ולפתור את ההסתייגויות של הגורמים הרלוונטיים. מנתחי התנהגות מתעדים את כל הפעולות הננקטות בנסיבות אלה, ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

3.04 הסכם שירות (ראה 1.04)

לפני מתן השירותים, מנתחי התנהגות מוודאים כי קיים הסכם שירות חתום עם הלקוח ו/או בעלי עניין רלוונטיים, המתאר את אחריות כל אחד מהצדדים, את היקף שירותי ההתנהגות שיש לספק, את חובותיו של מנתח ההתנהגות לפי הקוד, את הנהלים להגשת תלונות על התנהלותו המקצועית של מנתח ההתנהגות לרשויות הרלוונטיות (לדוגמה, ארגון הנותן שירות, ועדת רישוי, מממן). מנתחי התנהגות מעדכנים את הסכמי השירות כנדרש על ידי הצדדים הרלוונטיים (למשל, ארגונים הנותנים שירות, ועדות רישוי, מממנים). הסכמי שירות מעודכנים חייבים להיבדק ולהיות חתומים על ידי הלקוח ו/או בעלי העניין הרלוונטיים.

3.05 הסכמים כספיים (ראה 1.04, 2.07)

לפני תחילת מתן השירותים, מנתחי התנהגות מתעדים את נהלי התמורה והחיוב המוסכמים עם הלקוחות, עם בעלי עניין רלוונטיים, ו/או עם המממנים. כאשר משתנות נסיבות המימון, עליהם לשקול את המצב מחדש עם גורמים אלה. שירותי פרו-בונו או שירותי חליפין מסופקים רק תחת הסכם שירותים מסוים ותוך ציות לקוד.

3.06 התייעצות עם נותני שירות אחרים (ראה 1.05, 2.04, 2.10, 2.11, 2.12)

מנתחי התנהגות מארגנים התייעצויות והפניות מתאימות לנותני שירות אחרים לטובת לקוחותיהם, בצירוף הסכמה מדעת, ובהתאם לדרישות החלות (כמו למשל, חוקים, תקנות, חוזים, מדיניות הארגון או המממן).

3.07 חוזים או שירותים של צד שלישי (ראה 1.04, 1.11, 2.04, 2.07)

כאשר מנתחי התנהגות מתקשרים בחוזה חתום למתן שירותים ללקוח על פי בקשת צד שלישי (למשל, מחוז בית ספר, גוף ממשלתי), הם מבהירים את אופי הקשר עם כל אחד מהצדדים ומעריכים ניהודי עניינים פוטנציאליים לפני תחילת השירותים. הם מבטיחים כי החוזה מתווה (1) את האחריות של כל הצדדים, (2) את היקף השירותים ההתנהגותיים שיינתנו, (3) את השימוש האפשרי במידע שהושג, (4) את חובותיהם של מנתחי ההתנהגות על פי הקוד, ו- (5) כל מגבלה לשמירה על סודיות. מנתחי התנהגות אחראים לתיקון החוזים לפי הצורך ולבדיקתם באותה עת עם הגורמים המתאימים.

3.08 אחריות כלפי הלקוח עם חוזה עם צד שלישי למתן שירותים (ראה 1.05, 1.11, 2.01)

מנתחי התנהגות מציבים את הטיפול בלקוח ואת רוחתו מעל לכל דבר אחר. אם צד שלישי מבקש ממנתח התנהגות שירותים שאינם תואמים את המלצות מנתח ההתנהגות, שחורגים מתחום כשירותו של מנתח ההתנהגות, או שעשויים לגרום לריבוי מערכות יחסים, על מנתח ההתנהגות לפתור ניהוד עניינים זה לטובת הלקוח. אם לא ניתן ליישב את ניהוד העניינים, מנתח ההתנהגות יכול לקבל הכשרה או ייעוץ נוספים, להפסיק את מתן השירותים לאחר נקיטת אמצעי מעבר מתאימים, או להפנות את הלקוח למנתח התנהגות אחר. מנתחי התנהגות מתעדים את כל הפעולות הננקטות בנסיבות אלה ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

3.09 תקשורת עם בעלי עניין אודות חוזי שירות עם צד שלישי (ראה 2.04, 2.08, 2.09, 2.11)

בעת מתן שירותים לבקשת צד שלישי, לקטין או לאדם שאין לו זכות חוקית לקבל החלטות אישיות, מנתחי התנהגות מוודאים כי ההורה או הנציג המורשה כחוק מקבלים מידע על הנימוקים למתן השירותים והיקף השירותים שיינתנו, ועל זכותם לקבל עותקים של תיעוד ושל נתוני השירות. מנתחי התנהגות בקיאים ועומדים בכל הדרישות הקשורות להסכמה מדעת, ללא קשר למבקש השירות.

3.10 מגבלות סודיות (ראה 1.02, 2.03, 2.04)

מנתחי התנהגות מיידעים את הלקוחות ובעלי העניין כבר בתחילת הקשר באשר למגבלות הסודיות המקצועי ומתי נדרשת חשיפת מידע.

3.11 תיעוד פעילות מקצועית (ראה 1.04, 2.03, 2.05, 2.06, 2.10)

לאורך מערכת היחסים המתקיימת במסגרת השירות, מנתחי התנהגות יוצרים ושומרים על תיעוד מפורט ואיכותי של פעילותם המקצועית כדי לסייע במתן שירותים על ידם או על ידי אנשי מקצוע אחרים, כדי להבטיח אחריותיות וכדי לעמוד בדרישות החלות (למשל, חוקים, תקנות, מדיניות המממן או הארגון). יש ליצור ולשמר תיעוד באופן המאפשר תקשורת ומעבר שירותים במועד, במידת הצורך.

3.12 תמיכה בשירותים מתאימים (ראה 1.04, 1.05, 2.01, 2.08)

מנתחי התנהגות תומכים בלקוחות ובעלי עניין ומלמדים אותם בנושאי הערכה מבוססת ראיות והליכי התערבות לשינוי התנהגות. הם גם דוגלים במתן שירות התנהגותי בכמות וברמה המתאימה, ובפיקוח הדרוש לצורך עמידה ביעדי הלקוח.

3.13 הפניות (ראה 1.05, 1.11, 2.01, 2.04, 2.10)

מנתחי התנהגות נותנים הפניות על בסיס צרכי הלקוח ו/או בעלי עניין רלוונטיים וכוללים ספקי שירות מרובים לפי מידת הזמינות שלהם. מנתחי התנהגות מגלים ללקוח ולבעלי עניין רלוונטיים על כל קשר שיש להם עם ספקים פוטנציאליים. הם מתעדים כל הפניה שניתנת, כולל מערכות יחסים רלוונטיות ושכר או תמריצים שהתקבלו, ומשקיעים מאמצים מתאימים להתעדכן במצב הלקוח ו/או בעלי העניין הרלוונטיים.

מנתח התנהגות לא יקבל או ייתן כספים, מתנות או אמצעי שידול אחרים, תמורת כל הפניות אליו או ממנו. על כל הפנייה לכלול כמה חלופות, ולהתבסס על קביעה אובייקטיבית של צרכי הלקוח, ושל ההתאמה הצפויה לפרוטואר של בעל המקצוע נשוא ההפניה. במתן או בקבלת הפניה, מנתח ההתנהגות ימסור ללקוח מידע אודות הקירבה שבקשר בין שני הצדדים.

3.14 סיוע בהמשכיות השירותים (ראה 1.03, 2.02, 2.05, 2.08, 2.10)

מנתחי התנהגות פועלים לטובת הלקוח כדי למנוע הפרעה או שיבוש בשירותים. הם עושים מאמצים מתאימים ובמועד כדי לאפשר את המשך שירותי ניתוח ההתנהגות במקרה של הפרעות מתוכננות (למשל, מעבר דירה, חופשה זמנית) והפרעות לא מתוכננות (למשל, מחלה, הפרעה במימון, בקשת הורים, מקרי חירום). הם מוודאים כי הסכמי השירות או החוזים כוללים תוכנית פעולה כללית למצבים של הפרעה במתן השירות. כאשר מתרחשת הפרעה בשירות, הם מודיעים לכל הצדדים הרלוונטיים מהם הצעדים הננקטים על מנת לאפשר את המשכיות השירותים. מנתחי התנהגות מתעדים את כל הפעולות הננקטות בנסיבות אלה ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

3.15 הפסקת השירותים באופן הולם (ראה 1.03, 2.02, 2.05, 2.10, 2.19)

מנתחי התנהגות כוללים בהסכם השירות את הנסיבות שיגרמו להפסקת השירותים. הם שוקלים הפסקת שירות כאשר: (1) הלקוח עמד בכל יעדי שינוי ההתנהגות, (2) הלקוח אינו מפיק תועלת מהשירות, (3) מנתח ההתנהגות ו/או המודרכים או הסטודנטים שלו חשופים לתנאים שעלולים להזיק ושלא ניתן לפתור אותם באופן סביר, (4) הלקוח ו/או בעלי העניין הרלוונטיים מבקשים את הפסקת השירות, (5) בעלי העניין הרלוונטיים אינם מצייתים להתערבות לשינוי התנהגות למרות המאמצים הננקטים לטיפול במחסומים, או (6) השירותים אינם מקבלים מימון. מנתחי התנהגות מספקים ללקוח ו/או לבעלי העניין הרלוונטיים תוכנית כתובה להפסקת השירותים, מתעדים את אישור התוכנית, בודקים את התוכנית לאורך תהליך השחרור ומתעדים את כל הצעדים שננקטו.

3.16 העברת שירות באופן הולם (ראה 1.03, 2.02, 2.05, 2.10)

מנתחי התנהגות כוללים בהסכם השירות שלהם את הנסיבות שיובילו למעבר הלקוח למנתח התנהגות אחר בתוך הארגון שלהם או מחוצה לו. הם משקיעים את המאמצים הראויים לנהל באופן פעיל את המעבר, מספקים תוכנית כתובה הכוללת תאריכי יעד, פעילויות מעבר וגורמים אחראיים, ובודקים את התוכנית לאורך תקופת המעבר. בעת הצורך, הם נוקטים בצעדים הדרושים למזעור הפרעות לשירותים במהלך המעבר באמצעות שיתוף פעולה עם ספקי השירות הרלוונטיים.

סעיף 4 – אחריות כלפי מודרכים וסטודנטים

4.01 עמידה בפיקוח הנדרש (ראה 1.02)

מנתחי התנהגות בקיאים ומצייתים לכל דרישות הפיקוח החלות (למשל, דרישות מעניק הרישוי, מדיניות המממנים והארגון), כולל אלה הקשורות לשיטות ולמבנה הפיקוח (למשל, באופן אישי, באמצעות ועידת וידאו, יחיד, קבוצה).

4.02 יכולת פיקוח (ראה 1.05, 1.06)

מנתחי התנהגות מפקחים ומאמנים אחרים רק במסגרת היקף הכשירות שלהם. הם מספקים פיקוח רק לאחר שרכשו ידע ומיומנויות בעבודות פיקוח יעילות, הם מעריכים ומשפרים באופן שוטף את רפרטואר הפיקוח שלהם באמצעות פיתוח מקצועי ובמידת הצורך מפנים את המודרכים על ידם לקבל ייעוץ והדרכה נוספים ממנתח התנהגות מומחה בתחום הרלוונטי או מאיש מקצוע אחר.

4.03 נפח פיקוח (ראה 1.02, 1.05, 2.01)

מנתחי התנהגות לוקחים על עצמם רק את מספר המודרכים או הסטודנטים המאפשרים להם לספק פיקוח והדרכה יעילים. הם בקיאים בכל הדרישות הרלוונטיות ועומדים בהן (למשל, כללי BACB, דרישות רישוי, מדיניות המממן והארגון). הם שוקלים את הגורמים הרלוונטיים (למשל, דרישות הלקוח הנוכחי, עומס העבודה של המודרך או הסטודנט הנוכחי, זמן ומשאבים לוגיסטיים) על בסיס מתמשך ובעת ההחלטה להוסיף מודרך או סטודנט. כאשר מנתחי התנהגות קובעים כי עמדו בנפח

הסף שלהם למתן פיקוח יעיל, הם מתעדים הערכה עצמית זו ומעבירים את התוצאות למעסיקם או לגורמים רלוונטיים אחרים.

4.04 אחריותיות בפיקוח (ראה 1.03)

מנתחי התנהגות אחראים לעבודת הפיקוח שלהם. הם גם אחראים לפעילויות המקצועיות (כמו שירותי לקוח, פיקוח, הכשרה, פעילות מחקר, הצהרות פומביות) של המודרכים והסטודנטים שלהם המתרחשות במסגרת יחסי הפיקוח שלהם. לפני תחילת ההנחיה, מנתח ההתנהגות יקיים תיאום ציפיות עם המודרך/סטודנט. תיאום הציפיות יכול לכלול: פירוט של מטרות ודרישות ההנחיה, אמות המידה להערכה, והתנאים להנחיה.

4.05 שמירה על תיעוד פיקוח (ראה 1.01, 1.02, 1.04, 2.03, 2.05, 3.11)

מנתחי התנהגות יוצרים, מעדכנים, מאחסנים ומשמידים תיעוד הקשור למודרכים ולסטודנטים שלהם על ידי ביצוע כל הדרישות החלות (למשל, כללי BACB, דרישות מעניק הרישוי, מדיניות המממן והארגון), כולל אלה הנוגעים לסודיות. הם מוודאים שהתיעוד שלהם, ותיעוד המודרכים או הסטודנטים שלהם, יהיה מדויק ומלא. הם שומרים על תיעוד באופן המאפשר, במידת הצורך, מעבר יעיל של הפיקוח. הם שומרים על תיעוד הפיקוח שלהם במשך שבע שנים לפחות וכפי שנדרש על פי החוק ועל ידי גורמים רלוונטיים אחרים, ומורים גם למודרכים ולסטודנטים שלהם לעשות כך.

4.06 אספקת פיקוח והכשרה (ראה 1.02, 1.13, 2.01)

מנתחי התנהגות מספקים פיקוח והכשרה בהתאם לדרישות החלות (למשל, כללי BACB, דרישות מעניק הרישוי, מדיניות המממן והארגון). הם מתכננים ומיישמים נהלי פיקוח והכשרה המבוססים על ראיות, מתמקדים בחיזוק חיובי ומתאימים אותם באופן אישי לכל מודרך או סטודנט על פי הנסיבות האישיות שלו.

4.07 שילוב וטיפול בשונות (ראה 1.05, 1.06, 1.07, 1.10)

במהלך הדרכה והכשרה, מנתחי התנהגות משלבים באופן פעיל ומטפלים בנושאים הקשורים לגיוון ולשונות (למשל, גיל, מוגבלות, מוצא אתני, ביטוי/זהות מגדרית, סטטוס הגירה, מצב משפחתי/זוגי, מוצא לאומי, גזע, דת, נטייה מינית, מעמד סוציו-אקונומי).

4.08 ניטור ביצועים ומשוב (ראה 2.02, 2.05, 2.17, 2.18)

מנתחי התנהגות עוסקים ומתעדים איסוף נתונים וניטור ביצועים באופן שוטף (למשל, תצפיות, הערכות מובנות) של מודרכים וסטודנטים. הם מספקים במועדים קבועים שבחים ומשוב רשמי ולא רשמי שנועדו לשפר את הביצועים, ומתעדים את המשוב הפורמאלי שניתן. כאשר מתעוררות בעיות בביצועים, מנתחי התנהגות מפתחים, מדווחים, מיישמים ומעריכים תוכנית התערבות לשיפור הביצועים, הכוללת זיהוי ברור של הליכים לטיפול בבעיה.

4.09 האצלת משימות (ראה 1.03)

מנתחי התנהגות מאצילים משימות למודרכים ולסטודנטים שלהם רק לאחר שווידאו כי הם יכולים לבצע את המשימות בכשירות וכי האצלת המשימות עומדת בדרישות החלות (למשל, דרישות מעניק הרישוי, מדיניות המממן והארגון).

4.10 הערכת השפעות פיקוח והדרכה (ראה 1.03, 2.17, 2.18)

מנתחי התנהגות עוסקים באופן פעיל בהערכה שוטפת של עבודת הפיקוח שלהם באמצעות שימוש במשוב מאחרים ובאמצעות תוצאות של הלקוח, המודרך או הסטודנט. מנתחי התנהגות מתעדים את ההערכה העצמית ומעדכנים מעת לעת את שיטות הפיקוח וההכשרה שלהם כמצוין לעיל.

4.11 סיוע להמשכיות הפיקוח (ראה 1.03, 2.02, 3.14)

מנתחי התנהגות ממזערים הפרעות או שיבושים בהליך הפיקוח ונוקטים מאמצים מתאימים ובמועד המתאים כדי לסייע להמשך הפיקוח במקרה של הפרעות מתוכננות (למשל, חופשה זמנית) או הפרעות לא מתוכננות (למשל, מחלה, מקרי חירום). כאשר מתרחשים הפרעה או שיבוש, הם מדווחים לכל הצדדים הרלוונטיים על הצעדים שננקטים כדי לסייע בהמשכיות הפיקוח.

4.12 סיום ראוי של פיקוח (ראה 1.03, 2.02, 3.15)

כאשר מנתחי התנהגות מחליטים, מסיבה כלשהי, להפסיק פיקוח או שירות אחר הכולל פיקוח, הם עובדים עם כל הצדדים הרלוונטיים לפיתוח תוכנית הפסקת הפיקוח, שתמזער את ההשפעות השליליות על המודרך או על הסטודנט ועל הלקוח. הם מתעדים את כל הפעולות הננקטות בנסיבות אלה ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

סעיף 5 – אחריות בהצהרות פומביות

5.01 הגנה על זכויות הלקוחות, בעלי העניין, המודרכים והסטודנטים (ראה 1.03, 3.01)

מנתחי התנהגות נוקטים בצעדים המתאימים על מנת להגן על זכויות הלקוחות, בעלי העניין, המודרכים והסטודנטים בכל ההצהרות הפומביות. מנתחי התנהגות מתעדפים את זכויות הלקוחות שלהם בכל ההצהרות הפומביות.

5.02 סודיות בהצהרות פומביות (ראה 2.03, 2.04, 3.10)

בכל ההצהרות הפומביות, מנתחי התנהגות מגנים על סודיות הלקוחות, המודרכים והסטודנטים שלהם, למעט כאשר הדבר מותר. הם נוקטים באמצעים המתאימים למניעת שיתוף מקרי או רשלני של מידע סודי או מידע מזהה.

5.03 הצהרות פומביות שנמסרות על ידי מנתחי התנהגות (ראה 1.01, 1.02)

בעת מתן הצהרות פומביות על פעילותם המקצועית, או על פעילותם של אחרים הקשורים אליהם, מנתחי התנהגות נוקטים אמצעי זהירות סבירים כדי להבטיח שהצהרות אלה אמיתיות ואינן מטעות או מוגזמות, אם בשל התוכן המוצהר, הנמסר או הנרמז, או בשל מה שמושמט ואינו נמסר, וכי הן מבוססות על מחקר קיים והמשגה התנהגותית. מנתחי התנהגות אינם מספקים ייעוץ ממוקד הקשור לצרכי הלקוח בפורומים ציבוריים.

5.04 הצהרות פומביות שנמסרות על ידי אחרים (ראה 1.03)

מנתחי התנהגות אחראים להצהרות פומביות המקדמות את פעילותם המקצועית או את המוצר שלהם, ללא קשר למי שיוצר או מפרסם את ההצהרות. מנתחי התנהגות נוקטים מאמצים סבירים למנוע מאחרים (למשל, מעסיקים, משווקים, לקוחות, בעלי עניין) להצהיר הצהרות מטעות בנוגע לפעילותם המקצועית או למוצר שלהם. אם נודע למנתחי התנהגות על הצהרות מעין אלה, הם נוקטים מאמצים סבירים לתקן אותן. מנתחי התנהגות מתעדים את כל הפעולות הננקטות בנסיבות אלה ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

5.05 שימוש בקניין רוחני (ראה 1.01, 1.02, 1.03)

מנתחי התנהגות בקיאים בחוקי קניין רוחני ומצייתים להם, בכלל זה קבלת אישור לשימוש בחומרים המסומנים בסימן מסחרי, או המוגנים בזכויות יוצרים, או שניתן לטעון כי הם קניינו הרוחני של אחר על פי הגדרת החוק. שימוש הולם בחומרים מעין אלה כולל ציון מקור של ציטוטים, יחוס, סימנים מסחריים או זכויות יוצרים. מנתחי התנהגות אינם משיגים או חושפים באופן בלתי חוקי מידע קנייני, ללא קשר לאופן בו נודע להם על מידע זה.

5.06 פרסום שירותים לא התנהגותיים (ראה 1.01, 1.02, 2.01)

מנתחי התנהגות אינם מפרסמים שירותים שאינם התנהגותיים כשירותי התנהגות. אם מנתחי התנהגות מספקים שירותים שאינם התנהגותיים, עליהם להבדיל בין מתן שירותים אלה לבין מתן שירותי ההתנהגות שלהם והסמכת ניתוח ההתנהגות שברשותם תוך שימוש בכתב ויתור כגון: "התערבויות אלה אינן התנהגותיות באופיין." כתב ויתור זה ממוקם לצד השמות והתיאורים של התערבויות לא התנהגותיות. אם מנתח התנהגות מועסק על ידי ארגון המפר כלל זה בקוד האתי, מנתח ההתנהגות נוקט מאמצים סבירים לתקן את המצב, מתעד את כל הפעולות הננקטות ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

5.07 שידול לקוחות נוכחיים למתן המלצות לצרכי פרסום (ראה 1.11, 1.13, 2.11, 3.01, 3.10)

בשל האפשרות של השפעה פסולה וכפייה מרומזת, מנתחי התנהגות אינם משדלים לקוחות או בעלי עניין נוכחיים לתת המלצות לצרכי פרסום שמטרתו השגת לקוחות חדשים. הדבר אינו כולל ביקורות שהתפרסמו ללא שידול באתרי אינטרנט שאין למנתח ההתנהגות שליטה על תוכנם, אולם מנתחי

התנהגות לא משתמשים בתוכן זה או משתפים אותו. אם מנתח התנהגות מועסק על ידי ארגון המפר כלל זה בקוד האתי, מנתח ההתנהגות נוקט מאמצים סבירים לתקן את המצב, מתעד את כל הפעולות הננקטות ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

5.08 המלצות של לקוחות לשעבר לצרכי פרסום (ראה 2.03, 2.04, 2.11, 3.01, 3.10)

בעת שידול למתן המלצות מלקוחות או מבעלי עניין לשעבר לצרכי שימוש בפרסום שנועד להשיג לקוחות חדשים, מנתחי התנהגות שוקלים את האפשרות שלקוחות לשעבר עשויים לחזור לקבלה מחודשת של שירותים. יש לזהות המלצות אלה כהמלצות שהתבקשו או שלא התבקשו, לכלול הצהרה מדויקת אודות מערכת היחסים שבין מנתח ההתנהגות לבין כותב ההמלצה, ולציית לכל חוקי הפרטיות והחיסיון החלים. בעת שידול לקוחות ומבעלי עניין לשעבר לקבלת המלצות, מנתחי התנהגות מספקים להם תיאורים ברורים ויסודיים המסבירים היכן ואיך יופיעו ההמלצות, מיידעים אותם על כל הסיכונים הכרוכים בחשיפת המידע הפרטי שלהם, ומסבירים להם שהם יכולים לבטל את ההמלצה בכל רגע. אם מנתח התנהגות מועסק על ידי ארגון המפר כלל זה בקוד האתי, מנתח ההתנהגות נוקט מאמצים סבירים לתקן את המצב, מתעד את כל הפעולות הננקטות ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

5.09 שימוש בהמלצות שלא למטרות פרסום (ראה 1.02, 2.03, 2.04, 2.11, 3.01, 3.10)

מנתחי התנהגות יכולים להשתמש בהמלצות שניתנו על ידי לקוחות או בעלי עניין נוכחיים או מהעבר שלא למטרות פרסום (למשל, גיוס כספים, בקשות למענקים, הפצת מידע על ABA) בהתאם לחוקים החלים. אם מנתח התנהגות מועסק על ידי ארגון המפר כלל זה בקוד האתי, מנתח ההתנהגות נוקט מאמצים סבירים לתקן את המצב, מתעד את כל הפעולות הננקטות ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

5.10 ערוצי מדיה חברתית ואתרי אינטרנט (ראה 1.02, 2.03, 2.04, 2.11, 3.01, 3.10)

מנתחי התנהגות בקיאים בסיכונים לפרטיות ולחיסיון הקשורים בשימוש בערוצי המדיה החברתית ואתרי אינטרנט והם משתמשים בחשבונות המקצועיים והאישיים שלהם בהתאם. הם אינם מפרסמים מידע ו/או תוכן דיגיטלי על לקוחות בחשבונותיהם הפרטיים בערוצי המדיה החברתית ובאתרי האינטרנט. בעת פרסום מידע ו/או תוכן דיגיטלי על לקוחות בחשבונותיהם הפרטיים בערוצי המדיה החברתית ובאתרי האינטרנט, מנתחי התנהגות מוודאים כי עבור כל פרסום (1) הם משיגים הסכמה מדעת לפני הפרסום, (2) יהיה כתב ויתור המציין כי הושגה הסכמה מדעת וכי אין לקחת מידע זה ולעשות בו שימוש חוזר ללא אישור מפורש, (3) הפרסום בערוצי המדיה החברתית יעשה באופן המצמצם את פוטנציאל השיתוף, (4) נעשים המאמצים הראויים למנוע ולתקן שימוש לרעה במידע ששותף. הם מתעדים את כל הפעולות הננקטות, ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה. מנתחי התנהגות מנטרים לעתים קרובות את חשבונותיהם במדיה החברתית ובאינטרנט כדי להבטיח כי המידע ששותף מדויק והולם.

5.11 שימוש בתוכן דיגיטלי בהצהרות פומביות (ראה 1.02, 1.03, 2.03, 2.04, 2.11, 3.01, 3.10)
לפני שיתוף פומבי של מידע אודות לקוחות המשתמשים בתוכן דיגיטלי, מנתחי ההתנהגות מקפידים על סודיות, מקבלים הסכמה מדעת לפני השיתוף ומשתמשים בתוכן רק למטרה ולקהל המיועדים. מנתחי התנהגות מבטיחים כי כל התקשורת ששותפה מלווה בכתב ויתור המציין כי הושגה הסכמה מדעת. אם מנתח התנהגות מועסק על ידי ארגון המפר כלל זה בקוד האתי, מנתח ההתנהגות נוקט מאמצים סבירים לתקן את המצב, מתעד את כל הפעולות הננקטות ואת התוצאות הנובעות מפעולות אלה.

סעיף 6 – אחריות במחקר

6.01 ציות לחוקים ולתקנות במחקר (ראה 1.02)

מנתחי התנהגות מתכננים ומבצעים מחקר באופן העולה בקנה אחד עם כל החוקים והתקנות החלים עליהם, וכן עם דרישות של ארגונים ומוסדות המנהלים את פעילות המחקר.

6.02 שיפוט מחקרים (ראה 1.02, 1.04, 3.01)

מנתחי התנהגות מבצעים מחקר, באופן עצמאי או במסגרת אספקת שירותים, רק לאחר קבלת אישור מועדה רשמית המאשרת קיום מחקרים.

6.03 מחקר במתן שירות (ראה 1.02, 1.04, 2.01, 3.01)

על מנתחי התנהגות המבצעים מחקר הקשור למתן שירות לארגן פעילויות מחקר המתעדפות את השירות ללקוח ואת רווחתו. במצבים אלה, על מנתחי ההתנהגות לעמוד בכל דרישות האתיקה המופיעות בקוד והנוגעות למתן שירות ולמחקר. כאשר מוצעים שירותים מקצועיים כתמריץ להשתתפות במחקר, מנתחי התנהגות מבהירים את אופי השירותים, ואת כל הסיכונים, ההתחייבויות והמגבלות הפוטנציאלים לכל הצדדים.

6.04 הסכמה מדעת במחקר (ראה 1.04, 2.08, 2.11)

מנתחי התנהגות אחראים להשגת הסכמה מדעת ממשתתפי מחקר פוטנציאליים (ויידוע במידת הצורך את אלו המושפעים מהמחקר) בתנאים הנדרשים על ידי ועדת בדיקת המחקר. כאשר נודע למנתחי התנהגות שנתונים המתקבלים מלקוחות, בעלי עניין, מודרכים ו/או סטודנטים עכשוויים או מהעבר, עשויים להיות מופצים לקהילה המדעית, הם משיגים הסכמה מדעת לשימוש בנתונים לפני הפצתם, מציינים שהשירותים לא יושפעו ממתן ההסכמה או ממניעתה, ויעמידו לרשותם את הזכות לבטל את ההסכמה בכל עת ללא קנס או ענישה.

6.05 חיסיון במחקר (ראה 2.03, 2.04, 2.05)

מנתחי התנהגות מתעדפים את חיסיון משתתפי המחקר שלהם למעט במקרים בהם תיעדוף זה אינו אפשרי. הם נוקטים מאמצים מתאימים למנוע שיתוף מקרי או רשלני של מידע סודי או מזהה, במהלך ביצוע המחקר ובכל פעילות הפצה הקשורה למחקר (למשל, הסוואה או הסרת מידע חסוי או מזהה).

6.06 כשירות בביצוע מחקר (ראה 1.04, 1.05, 1.06, 3.01)

מנתחי התנהגות מבצעים מחקר באופן עצמאי רק לאחר שביצעו בהצלחה מחקר תחת פיקוח במסגרת מערכת יחסים מוגדרת (למשל, כתיבת תזה, דיסרטציה, פרויקט מחקר מודרך). מנתחי התנהגות ועוזריהם רשאים לבצע פעילויות מחקר רק לאחר שקיבלו הכנה והכשרה לבצע אותן. לפני העיסוק בפעילויות מחקר שעבורן מנתחי התנהגות לא קיבלו הכשרה, עליהם לקבל את ההכשרה המתאימה שתאפשר את הוכחת כשירותם, או לחלופין לשתף פעולה עם בעלי מקצוע אחרים שכבר קיבלו את ההכשרה המתאימה. מנתחי התנהגות אחראים להתנהלות האתית של כל אנשי הצוות העוסקים בפרויקט המחקר.

6.07 ניגוד עניינים במחקר ובפרסום (ראה 1.01, 1.11, 1.13)

בעת ביצוע מחקר, מנתחי התנהגות מזהים, חושפים ומטפלים בניגודי עניינים (למשל, אישיים, כספיים, הקשורים בארגון או בשירות). הם גם מזהים, חושפים ומטפלים בניגודי עניינים בפעילויות הפרסום והעריכה שלהם.

6.08 קרדיט הולם של התורמים לעבודת המחקר (ראה 1.01, 1.11, 1.13)

מנתחי התנהגות נותנים קרדיט הולם למי שתורמו למחקר בכל פעילויות ההפצה (למשל, ציון המקור, הערות המחבר, תודות). ציון המקור והפרסום המקורי משקפים במדויק את התרומה המדעית והמקצועית היחסית של האדם המעורב, ללא קשר למעמדו המקצועי (למשל, פרופסור, סטודנט).

6.09 גניבה ספרותית (ראה 1.01)

מנתחי התנהגות אינם מציגים חלקים, אלמנטים או נתונים כשלהם מעבודה אחרת. מנתחי התנהגות מפרסמים מחדש רק נתונים או טקסט שפרסמו בעבר כאשר אלה מלווים בגילוי נאות.

6.10 תיעוד ושימור נתונים במחקר (ראה 2.03, 2.05, 3.11, 4.05)

על מנתחי התנהגות להכיר ולציית לכללים החלים עליהם (למשל, חוקים, כללים, דרישות ועדת בדיקת המחקר) הנוגעים במיון, העברה, שימור והשמדה של תיעוד פיזי ואלקטרוני הקשור למחקר. הם משמרים תיעוד ונתונים מזהים לאורך כל התקופה הנדרשת. כאשר ניתן אישור על ידי הגורמים

הרלוונטיים, מנתחי התנהגות משמידים תיעוד פיזי לאחר שיצרו עותקים דיגיטליים שהוסרו מהם נתונים אישיים מזהים או סיכומי נתונים (למשל, דוחות וגרפים).

6.11 דיוק ושימוש בנתונים

(ראה 1.01, 2.17, 5.03)

מנתחי התנהגות אינם ממציאים נתונים או מזייפים תוצאות במחקר, בפרסומים ובמצגות שלהם. הם מתכננים ומבצעים את המחקר ומתארים את ההליכים ואת הממצאים על מנת למזער את האפשרות שהמחקר והתוצאות יהיו מטעים או יפורשו לא נכון. אם הם מגלים שגיאות בנתונים שפורסמו הם נוקטים צעדים לתקן על פי מדיניות הגורם המפרסם (לדוגמא – כתב העת). נתונים מפרויקטים מחקריים מוצגים לציבור ולקהילה המדעית בשלמותם במידת האפשר. כאשר הדבר אינו אפשרי, מנתחי התנהגות נוקטים אמצעי זהירות ומסבירים את החרגת הנתונים (בין אם מדובר בנקודות נתונים בודדות, או במערכי נתונים חלקיים או שלמים) ממצגות או מכתבי יד המוגשים לפרסום באמצעות פרסום רציונל ותיאור של מה שהוחרג.

זכויות יוצרים © 2020 של מועצת ההסמכה של מנתחי ההתנהגות® בע"מ ("BACB®"), כל הזכויות שמורות. שכפול, העתקה, או שידור במדיה כלשהי ללא הרשאה אסורים בהחלט.

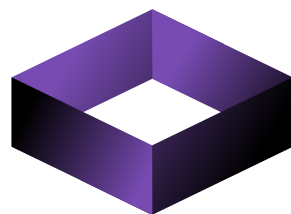
® הסימנים המסחריים:

Behavior Analyst Certification Board®, Inc., "BACB®," "Board Certified Behavior Analyst®," "BCBA®,"

"Board Certified Assistant Behavior Analyst®," "BCaBA®," and "RBT"

הם בבעלות מועצת ההסמכה של מנתחי ההתנהגות®. שימוש בלתי מורשה או מצג שווא אסורים בהחלט.

קובץ מאמרים בנושא אתיקה



**BALANCING THE RIGHT TO HABILITATION WITH THE RIGHT TO
PERSONAL LIBERTIES: THE RIGHTS OF PEOPLE WITH
DEVELOPMENTAL DISABILITIES TO EAT TOO MANY
DOUGHNUTS AND TAKE A NAP**

DIANE J. BANNERMAN, JAN B. SHELDON, JAMES A. SHERMAN,
AND ALAN E. HARCHIK

UNIVERSITY OF KANSAS

In the pursuit of efficient habilitation, many service providers exercise a great deal of control over the lives of clients with developmental disabilities. For example, service providers often choose the client's habilitative goals, determine the daily schedule, and regulate access to preferred activities. This paper examines the advantages and disadvantages of allowing clients to exercise personal liberties, such as the right to choose and refuse daily activities. On one hand, poor choices on the part of the client could hinder habilitation. On the other hand, moral and legal issues arise when the client's right to choice is abridged. Recommendations are offered to protect both the right to habilitation and the freedom to choose.

DESCRIPTORS: developmentally disabled, ethics, client rights, choice behavior, mentally retarded

In the pursuit of efficient habilitation, many service providers exercise a great deal of control over the lives of clients with developmental disabilities (Guess, Benson, & Siegel-Causey, 1985; Kishi, Teelucksingh, Zollers, Park-Lee, & Meyer, 1988; Turnbull & Turnbull, 1985). Service providers often choose the client's habilitative goals, choose their work or day treatment setting, impose inflexible daily activity schedules, and regulate access to preferred activities. The choices made by the service provider may indeed promote habilitation, but these choices may not reflect the client's preferences. The purpose of this paper is to discuss the relation between the right to habilitation and the client's right to personal liberties. The following questions will be addressed: What does the "right to habilitation" mean for people with developmental disabilities? What are personal liberties? What are the advantages and disadvantages of allowing citizens with developmental disabilities to exercise their personal liberties? How might service providers better protect both the right to habilitation and the freedom to choose?

THE RIGHT TO HABILITATION

Habilitation involves teaching the skills needed to live as independently as possible (Favell, Favell, Riddle, & Risley, 1984). A long history of inadequate services for people with developmental disabilities has been the impetus for numerous class action suits and legislative reforms guaranteeing these citizens a general right to habilitation. In the most well known of the class action suits, *Wyatt v. Stickney* (1971, 1972, 1975), an Alabama court (and subsequently the Fifth Circuit Federal Court) determined that citizens with mental retardation have a "right to receive such individual habilitation as will give each of them a realistic opportunity to lead a more useful and meaningful life and to return to society" (*Wyatt v. Stickney*, 1975, p. 397). On the basis of this ruling, the court set minimum standards that included individualized habilitation plans, a humane physical environment, and assurance of enough qualified staff to administer adequate treatment (*Wyatt v. Stickney*, 1975, p. 395). Despite the Wyatt court's determined efforts to upgrade the standards for treatment, a constitutional right to habilitation has not yet been established. In fact, in a recent Supreme Court case, *Youngberg v. Romeo* (1982), the Court guaranteed only as much habilitation as needed to ensure freedom from undue restraint.

Please address all correspondence to Diane J. Bannerman at the Department of Human Development and Family Life, 1034 Haworth, University of Kansas, Lawrence, Kansas 66045.

Since 1976, federal and state legislatures have taken a much stronger position than the courts in securing the right to habilitation. Federal legislation includes the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act (1979), the Rehabilitation Act of 1973, The Education for All Handicapped Children Act of 1975, the Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988 (Strauss, 1988), amendments to the Social Security Act including the new Standards for Payment for Skilled Nursing and Intermediate Care Facility Services (1988), and the proposed Medicaid Home and Community Quality Services Act of 1987 (not yet enacted as of May, 1989).

Not only has legislation mandated habilitation, but most laws make funding contingent on compliance with specific habilitative standards that emphasize the teaching of independent living skills as well as the provision of a safe and attractive living environment (Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act, 1979; The Educational for All Handicapped Children Act of 1975; The Rehabilitation Act of 1973; Standards for Payment for Skilled Nursing and Intermediate Care Facility Services, 1988). Proposed positive effects of contingent funding include higher quality habilitation programs. Possible unexpected effects, however, may be the compromise of clients' personal liberties.

PERSONAL LIBERTIES: THE RIGHT TO CHOOSE AND REFUSE

In a legal context, personal liberties include freedom of speech, freedom of religion, and other rights guaranteed by the Constitution. It may be argued, however, that personal liberties are even more basic than those detailed in the Constitution. Supreme Court Justice William O. Douglas discussed the "right to be let alone," including "the privilege of an individual to plan his own affairs, . . . to shape his own life as he thinks best, do what he pleases, go where he pleases . . . freedom from bodily restraint or compulsion, freedom to walk, stroll, or loaf" (citations omitted) (*Doe v. Bolton*, 1973). This legal conceptualization of personal liberty im-

plies that people should have a variety of available options and be free from coercion when choosing between options.

From a behavior-analytic perspective, options in life are valued, but choice is anything but free (Skinner, 1971). Choice is, presumably, a function of historical and existing reinforcement and punishment contingencies. Many of these contingencies are not readily apparent, making choice difficult to analyze and predict. How people make choices has been investigated in research on concurrent schedules of reinforcement (Catania, 1979) and has been described (with varying degrees of accuracy) with equations such as the matching law (Herrnstein, 1970; McDowell, 1988) and with theories such as maximization and melioration (see Mazur, 1986). Because choice is difficult to analyze, some researchers have defined choice by the more apparent stimulus and contingency conditions. For example, Brigham (1979) defined choice as

the opportunity to make an uncoerced selection from two or more alternative events, consequences, or responses. By uncoerced, we mean that there are no programmed implicit or explicit consequences for selecting one alternative over the others except for the characteristics of the alternatives themselves. (p. 132)

The terms *choice* and *choosing* used in this paper correspond closely to the term *uncoerced selection* as used by Brigham.

Even though behavior analysts may argue that choice is not free, many also recognize that perceived choice is extremely valued by many people. World history and current events are filled with examples of people striving to live "free." Further, the illusion of freedom and choice seems to play an important role in the individual's successful functioning (Lefcourt, 1973; Taylor & Brown, 1988).

Not only do people strive for freedom in a broad sense, they also enjoy making simple choices, such as whether to engage in unproductive, though harmless, activities, like watching sitcoms on television, eating too many doughnuts, taking the

afternoon off from work, or taking a nap before dinner. People typically decide for themselves when to take a shower, what to eat, and with whom to spend their time. These choices are cherished by most people, including those with developmental disabilities. At issue is whether service providers actually allow clients with developmental disabilities these liberties and whether it is in the clients' best interests (i.e., interests that lead to an independent, normal lifestyle most efficiently) to exercise these liberties.

THE PRESENT STATUS: COMPROMISING LIBERTIES TO ACHIEVE HABILITATION

Personal liberties can be compromised in many ways by service providers striving to meet standards for habilitation, be cost effective, and satisfy parents, board members, school administrators, neighbors, and other consumers. Some of the ways in which personal liberties may be compromised are as follows.

1. Clients may have little or no input in decisions regarding their priority treatment goals or on the procedures used to teach them (Guess & Siegel-Causey, 1985). As a consequence, clients may not be motivated to achieve particular goals. They may resist particular teaching procedures. Staff may interpret this resistance as a failure in teaching technology when it could merely be an expression of preference (Guess & Siegel-Causey, 1985; Houghton, Bronicki, & Guess, 1987).

2. Teachers or residential staff may teach behaviors with no regard for the client's preference or past learning in the area. For example, staff members may teach horseshoes and jogging because they prefer those leisure activities as opposed to determining and respecting the leisure preferences of the client. Or, staff may teach wetting the toothbrush before applying toothpaste, even though the client may be accustomed to doing it in the reverse order. Parents, guardians, or advocates who are legally responsible for making decisions for clients deemed incapacitated may make decisions based on their own interests of time, money, protectiveness, and preference, instead of the client's pref-

erences (Turnbull, Turnbull, Bronicki, Summers, & Roeder-Gordon, 1989).

3. Choice making is not often taught. Shevin and Klein (1984) assert that "our profession has focused on choice-making as a permissible activity, rather than as a teaching target" (p. 60). Many people require teaching to help them discover their own preferences and learn to make responsible choices. Unfortunately, we have given little attention to the development of curricula for teaching students to discriminate their preferences and make choices to obtain them (however, see Hazel, Deshler, Turnbull, & Osborne, 1988). Further, perhaps due to lack of choice-making curricula, professional teacher training does not often include methods on how to instruct clients in choice making.

4. Opportunities for choice are not often given (Guess et al., 1985; Kishi et al., 1988; Knowlton, Turnbull, Backus, & Turnbull, 1988). The pressure to meet regulatory standards may cause some service providers to put too much emphasis on quantity and scheduling of habilitative activities. In fact, many service agencies, such as Intermediate Care Facilities for the Mentally Retarded, are required to implement hour-by-hour daily schedules (Standards for Payment for Skilled Nursing and Intermediate Care Facility Services, 1988). Inflexible scheduling often precludes opportunities for choice. For instance, clients may not be allowed to choose the order or timing of activities. They may be discouraged from taking breaks or from choosing activities that are not scheduled. Staff may pick out clients' clothes. A dietitian may plan clients' meals. Leisure materials may be locked in a cabinet until scheduled leisure times.

Additionally, the pressure to please funding agencies, parents, and other consumers may compel direct care staff and teachers to "put on a show" when visitors arrive. This is often done with little sensitivity to the clients' preferences at the time.

It is clear that personal liberties can be easily denied. At issue is whether it is in the client's best interest to be allowed to exercise choice (Griffith & Coval, 1984). Is it in the best interests of a client with significant independent living skill deficits to

be allowed to skip a teaching session, choose a hobby over an academic habilitation goal, refuse to go on a shopping trip, or eat too many doughnuts and take a nap? Arguments supporting each side of the issue are discussed below.

ARGUMENTS OPPOSING THE RIGHT TO CHOICE

The strongest argument against the right to choice is that many people with developmental disabilities may make bad choices (Guess *et al.*, 1985). For instance, some may have no leisure skills in their repertoire and, therefore, may engage in stereotypy, napping, or self-injury during free time. Other clients with limited skill repertoires may choose a skill that they have not mastered. For instance, they may make an incomplete lunch or attempt to take a bus to work without knowing how. Although other members of society enjoy the right to choose an incomplete lunch, or engage in other unproductive, even unsafe, activities, they typically have a vast repertoire of learned skills and behaviors and are presumably aware of most of the consequences of their behavior. Further, they are occasionally compelled to work, cook, or study in order to meet the contingencies required to sustain their lives. The argument follows that people who do not have a repertoire of skills, and who do not understand the consequences of their behavior, require intensive teaching in these areas before being allowed to choose. Until that time, caring, responsible parents, advocates, or teachers should aid the client in deciding what activities can be refused and what types of choices he or she is capable of making (Shuman, 1975). Society has chosen to treat minors in a similar manner because of their presumed inability to make competent decisions due to age.

Another argument against giving clients the right to choose is that allowing this freedom may hinder their acquisition of critical independent living skills (Knowlton *et al.*, 1988). For instance, if a client is allowed to choose to be dressed by staff each morning, then that client is not learning how to dress independently. If a client chooses to learn a hobby rather than a vocational task, this may hinder future opportunities for employment. Federal, state, and local funding agencies have a compelling in-

terest in teaching independent living skills to people with developmental disabilities because they are dependents who require considerable public financial support (Griffith & Coval, 1984). The argument follows that abridging personal liberties in order to teach independent living skills is an appropriate tradeoff (Griffith & Coval, 1984; American Bar Association, 1975). Some argue further that clients have an obligation to try to achieve the goals set in the interdisciplinary planning process (IPP) (Gardner & Chapman, 1985; VanBiervliet & Sheldon-Wildgen, 1981). VanBiervliet and Sheldon-Wildgen contended: "If the client fails to fulfill this responsibility [to attempt to achieve IPP goals] and the program has tried less drastic means of resolving the situation and has failed, the client can be asked to leave the program" (p. 132).

ARGUMENTS IN FAVOR OF THE RIGHT TO CHOICE

A compelling argument in favor of allowing clients the right to choose is that legislation guarantees it. People with developmental disabilities are guaranteed the same basic rights as other citizens of the same country and same age (Declaration of Rights of Mentally Retarded Persons, 1972; Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act, 1979). In fact, the recently enacted Standards for Payment for Skilled Nursing and Intermediate Care Facility Services (1988) not only assert that clients have the right to make choices, but require that staff provide opportunities for choice (p. 20500). Everyone has the right and ability to make choices on some level. Even a person with profound mental retardation can choose what to eat for a snack or which chair is most comfortable. People should be allowed to exercise as much choice as their abilities allow, whether it involves expressing a simple preference or weighing the advantages and disadvantages of several options during complex decision making.

A second argument is that the ability of a client to exercise choice may prepare him or her to live in the community where individuals are expected to make decisions and choices (Knowlton *et al.*, 1988; Perske, 1972; Turnbull *et al.*, 1989; Veach, 1977; Wolfensberger, 1972). Because most clients

are striving towards a more normalized lifestyle, learning to live as other community members do is an important goal.

Findings from experimental research with a number of different subject populations provide additional support for personal liberties. Researchers have found that individuals frequently prefer situations in which they have choice and that choice rarely proves detrimental to the individual and may, in fact, be beneficial. Below, we briefly review some of this research and note a number of pertinent research issues (see also Harchik, Sherman, & Sheldon, 1989).

Effects of Choice on Preference

In studies that examined preference for choice, subjects were concurrently presented with two situations that were equivalent, except that choice was made available in only one of the situations. Individuals most frequently chose the situation in which choice was made available. For example, children chose to participate in tasks in which they had a choice of reinforcers more often than when the experimenter chose the same reinforcers for them (Brigham, 1979; Brigham & Sherman, 1973; Brigham & Stoerzinger, 1976). Adolescents with developmental disabilities who engaged in stereotypic rocking more frequently chose a chair in which they could rock themselves over a chair rocked by the researchers at the same rate (Buyer, Berkson, Winnega, & Morton, 1987). Rats and pigeons also preferred situations in which choice was available (Catania & Sagvolden, 1980; Voss & Homize, 1970), suggesting that the effects of choice are not limited to humans.

Effects of Choice on Participation

Individuals appear to participate more in activities when opportunities for choice are available. Adolescents participated in group decision making more often when they determined consequences for their peers than when their teaching parents determined the consequences (Fixsen, Phillips, & Wolf, 1973); women who chose their own exercises had better attendance at a fitness club than other women who were assigned the same exercises (Thompson

& Wankel, 1980); undergraduates who chose whether to participate and what their reward would be, participated in a puzzle game during free time more often than others who had not been given either choice (Zuckerman, Porac, Lathin, Smith, & Deci, 1978); and when office workers chose lottery tickets, they were less likely to sell or exchange their tickets before the drawing, even for tickets with better odds (Langer, 1975).

Effects of Choice on Task Performance

Opportunities to make choices in a situation may improve performance. For example, children who were given a choice of treatments for recalling or recognizing words or losing weight performed somewhat better than other children who received that same treatment but had not chosen it (Berk, 1976; Mendonca & Brehm, 1983). Similar effects were found with undergraduates who chose treatments for improving reading and study habits or for reducing fear of snakes (Champlin & Karoly, 1975; Devine & Fernald, 1973; Kanfer & Grimm, 1978), with children who were allowed to choose art materials (Amabile & Gitomer, 1984), and with undergraduates and older adults who could control the termination or duration of shocks or noise (Glass, Singer, & Friedman, 1969; Reim, Glass, & Singer, 1971). In a series of laboratory analogue studies, undergraduates who chose the words used in a paired-word learning task responded faster, learned the words faster, and learned more word pairs than others who did not choose (e.g., Perlmutter & Monty, 1973; Perlmutter, Scharff, Karsh, & Monty, 1980). Conversely, however, Dyer, Dunlap, and Winterling (1989) and Newhard (1984) found the academic performance of children with severe disabilities to be the same whether or not they chose the task, materials, or reinforcers.

Finally, students have chosen their own consequences for performance on tasks. In some studies, student performance subsequently improved (Dickerson & Creedon, 1981; Lovitt & Curtiss, 1969). In other studies, choice of consequences did not change the students' performance (Brigham & Sherman, 1973; Brigham & Stoerzinger, 1976; Felixbrod & O'Leary, 1973; Glynn, 1970).

Effects of Choice on Problem Behavior

Problem behaviors appear to be exhibited less frequently when an individual has opportunities for choice. Autistic children exhibited fewer problem behaviors (e.g., aggression, self-injury) when they had a choice of tasks, materials, and reinforcers than when the therapist made these choices (Dyer *et al.*, 1989), and they demonstrated less social avoidance (e.g., looking and moving away) when they were engaged in activities that they preferred (Koegel, Dyer, & Bell, 1987). Students with severe developmental disabilities demonstrated less aberrant behavior and greater compliance when they could control the pace of instructions during vocational tasks (Dobbins, 1988). High school and college students demonstrated less noncompliance in completing tasks when they had opportunities for choice in the situation (Heilman & Toffler, 1976; Wright & Strong, 1982).

Effects of Choice on Responses to Aversive Stimuli

Subjects who could control an aspect of an aversive situation (e.g., choice of the termination, duration, or presentation of shock, noise, or written tests) reported less discomfort and had less extreme autonomic responding than subjects who received the same stimulus but had no control over it (Corah & Boffa, 1970; DeGood, 1975; Geer, Davison, & Gatchel, 1970; Geer & Maisel, 1972; Stotland & Blumenthal, 1964). Further, rats presented with escapable and avoidable shocks developed fewer gastric ulcers than those who received the same amount of shock that was inescapable and unavoidable (Weiss, 1971); infant boys who had opportunities to control the action of a mechanical toy were less likely to cry than other boys who did not have these opportunities (Gunnar-Vongnechten, 1978); and patients given a choice of two medical treatments were less likely to be depressed or anxious than patients assigned a treatment (Morris & Royle, 1988).

Research Issues

A number of issues should be considered in attempting to analyze the generality and applica-

bility of the research findings on choice. First, some methodological issues deserve consideration. Few of the studies used within-subject analyses with repeated measurement of the dependent variables; most employed between-subject group designs (e.g., Amabile & Gitomer, 1984). This makes it difficult to determine the responses of individual subjects and the effects of the variables over time. Also, many studies used statistical procedures to analyze data. Although statistical significance was often obtained, inspection of the mean performance data presented for each group sometimes did not indicate strong clinical effects (e.g., Berk, 1976). Further, some of the studies were conducted in analogue or laboratory situations and, thus, if choice did appear to have an effect, it is not clear whether the same effects would have occurred in more naturally occurring situations (e.g., Zuckerman *et al.*, 1978). Finally, undergraduates were the subjects in a number of studies, and generality to other populations cannot be assured (e.g., Perlmutter *et al.*, 1980). Recently, however, researchers have begun to examine choice with single-subject designs under more naturally occurring conditions (e.g., Dyer *et al.*, 1989; Kosiewicz, Hallahan, and Lloyd, 1981; Parsons, Reid, Bumgarner, & Reynolds, 1988).

Another issue relates to the interaction between making a choice and receiving a preferred outcome; that is, the effects of choosing *per se* may be confounded by obtaining preferred outcomes. A few studies have examined this issue. The benefits in task performance associated with being assigned a preferred outcome were similar to those associated with choosing a preferred outcome (Kosiewicz *et al.*, 1981; Parsons *et al.*, 1988); however, choice of outcome was preferred by subjects over assignment of singular outcomes (Brigham & Sherman, 1973).

Finally, in most of the studies, subject perception of whether or not they made choices was rarely assessed. As Langer (1983) noted, the perception of the individual, not the experimenter, may be most relevant. Many people with developmental disabilities may not perceive choice that is available and, moreover, many may not be skilled in making choices. Therefore, these people may require teach-

ing to learn how to exercise choice to obtain what they desire.

In summary, this research indicates that individuals frequently prefer situations in which they have choice. It also seems that choice may have benefits for the individual, especially in increasing participation and reducing problem behaviors. More research, however, will be needed to determine the conditions under which choice may have the most benefit for people with developmental disabilities.

PROTECTING BOTH THE RIGHT TO HABILITATION AND THE RIGHT TO CHOICE

Habilitation and the right to choose need not be thought of as conflicting goals. Although extra time and teaching are needed to help clients learn to make choices, this liberty may facilitate habilitation by increasing client satisfaction with habilitative goals and procedures, thereby increasing client willingness to participate. Thus, choice making should be integrated into the habilitation process. This does not mean that service providers should sit back and allow clients to "do their own thing," because clients may make a number of bad choices that would hinder habilitation. Rather, service providers should challenge themselves to work harder at teaching and providing opportunities for choice within the context of habilitation. This integration of choice into the habilitation process may be worth the extra time and effort. The following are some possible ways to accomplish this integration:

1. Service providers should emphasize teaching independent living skills and other functional behaviors that are preferred by the client. This will equip clients with a repertoire of appropriate, as well as preferred, behaviors from which to make choices.

2. Clients should have input in decisions about what skills they will learn and how they will be taught (Guess et al., 1985; Guess & Siegel-Causey, 1985; Turnbull et al., 1989; Turnbull & Turnbull, 1985). The preferences of clients with severe and profound disabilities can be assessed through observation and analysis of their responses to various skills, teaching procedures, and other stimuli (see preference assessment procedures in Caldwell, Tay-

lor, & Bloom, 1986; Green et al., 1988; Mithaug & Hanawalt, 1978; Pace, Ivancic, Edwards, Iwata, & Page, 1985; Wacker, Berg, Wiggins, Muldoon, & Cavanaugh, 1985). For example, Pace et al. (1985) and Green et al. (1988) determined stimuli preferred by persons with severe and profound retardation by assessing each client's approach to and avoidance of each target stimulus.

Preference scales or checklists are also available to aid service providers in determining client choices (see Becker & Ferguson, 1969; Goode & Gaddy, 1976; Helmstetter, Murphy-Herd, Roberts, & Guess, 1984; Kishi et al., 1988; Turnbull et al., 1989). These assessments can be conducted by interviewing the client or by interviewing those who know the client well. These reports of client preferences can then be validated through use.

The crux of the issue is that interdisciplinary teams (educational or residential) should not make decisions about the client's future without client input (Bennett, 1981). Rather, client preferences, whether stated by the client or determined from observational data, should be considered highly. Further, once the residential or educational plan is implemented, service providers and teachers should continue to observe, evaluate, and talk to the client, being open to changes that reflect client preferences.

3. Clients should be taught how to choose (Brown et al., 1980; Guess & Siegel-Causey, 1985; Shevin & Klein, 1984; Turnbull & Turnbull, 1985). It should be part of their learning curriculum and "subject to task analysis, planning, implementation, and evaluation" (Shevin & Klein, 1984, p. 160). Unfortunately, only a few tested curricula are available for teaching choice. For example, Hazel et al. (1988) developed and tested a curriculum to teach skills (including decision making, negotiation and communication) to adolescents with mild mental retardation. Their findings showed that the adolescents used these skills to obtain some of their preferences.

A number of other materials may be useful in teaching clients to make choices. First, Wuerch and Voeltz (1982) developed a leisure skills training program for persons with severe disabilities that includes suggestions for teaching choice making.

Henning and Dalrymple (1986) presented a program for teaching a youth with autism to choose leisure materials. Guess and Helmstetter (1986), in their instructional curriculum for persons with severe disabilities, described teaching choice making in natural situations.

Other researchers and educators offer suggestions (as opposed to complete teaching curricula) about what to teach in order to prepare clients for making choices. For example, Shevin and Klein (1984) recommended teaching concepts like "choose, now, later, I want, and I do not want, etc." Guess, Sailor, and Baer (1976) described procedures to teach functional use of "yes" and "no." Reese (1986) showed that some clients learned to make complex decisions by listing options, discussing advantages and disadvantages of each option, and choosing the best option.

To ensure that clients are taught to make choices, teachers and other service providers should be well trained in this area and should be accountable for teaching and providing opportunities for choice. This means that institutions should address the need for teacher and residential staff training so that staff and teachers will be well prepared to encourage and teach choice making. Finally, educating teachers and staff about client's rights may decrease the likelihood of teachers or staff allowing competing interests (e.g., saving time and effort) to preclude the client's right to choice.

4. Clients at every functioning level should be given opportunities to make choices in their residential and work settings, within and between scheduled activities. Some clients might only be able to make simple choices initially (e.g., what dessert to eat, when to go to bed). Other clients might learn to make more complicated decisions (e.g., how to spend a workshop paycheck, how to handle a problem with another client). Staff members must be motivated to provide these opportunities for choice. Supervisors can enhance staff motivation by setting up contingencies for these activities (e.g., a program of observation, feedback, and reward). Also, activity schedules should be set up to allow time for choice.

Client refusals, bad choices, and off-task behavior should signal staff to examine the situation and

to determine whether allowing more choice or teaching more choices would be of benefit (Griffith & Coval, 1984; Guess & Siegel-Causey, 1985; Shevin & Klein, 1984). For instance, instead of immediately correcting a client who does not want to take her bath because she is watching her favorite television show, staff should evaluate whether it is reasonable to change the time of the bath. If a reasonable preference cannot be honored at a particular time, staff should plan when and how it could be honored in the future. If a client repeatedly refuses to engage in habilitation activities after reasonable choices have been given, then an objective interdisciplinary review committee should consider whether that choice should be abridged.

CONCLUSION

All people have the right to eat too many doughnuts and take a nap. But along with rights come responsibilities. Teaching clients how to exercise their freedoms responsibly should be an integral part of the habilitation process. While learning, clients should be encouraged to make as many choices as their abilities allow, as long as these choices are not detrimental to the client or to others.

Although this paper has emphasized the vulnerability of people with developmental disabilities to rights abridgments, it is important to consider other populations that may be similarly vulnerable, such as children, research participants, and patients receiving medical care or therapy. These people may not be aware of their rights or may give up rights unwittingly in order to obtain desired treatment. Thus, clinicians, researchers, and other professionals must be vigilant in protecting the rights of all people to direct their lives as independently as possible.

REFERENCES

- Amabile, T. M., & Gitomer, J. (1984). Children's artistic creativity: Effects of choice in task materials. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 10, 209-215.
- American Bar Association. (1975). *The mental health-retardation legal services project handbook: Legal principles for representing the mentally different*. Seattle: Author.
- Becker, R. L., & Ferguson, R. E. (1969). Assessing ed-

- ucable retardates' vocational interest through a non-reading technique. *Mental Retardation*, **4**, 20-25.
- Bennett, M. (1981). Reviewing an individual habilitation plan: A lawyer's guide. *University of Arkansas Little Rock Law Journal*, **4**, 467-485.
- Berk, R. A. (1976). Effects of choice of instructional methods on verbal learning tasks. *Psychological Reports*, **38**, 867-870.
- Brigham, T. A. (1979). Some effects of choice on academic performance. In L. C. Perlmuter & R. A. Monty (Eds.), *Choice and perceived control* (pp. 131-142). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brigham, T. A., & Sherman, J. A. (1973). Effects of choice and immediacy of reinforcement on single response switching behavior of children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, **19**, 425-435.
- Brigham, T. A., & Stoerzinger, A. (1976). An experimental analysis of children's preference for self-selected rewards. In T. A. Brigham, R. Hawkins, J. Scott, & T. F. McLaughlin (Eds.), *Behavior analysis in education* (pp. 47-55). Dubuque, IA: Kendall Hunt.
- Brown, L., Falvey, M., Vincent, L., Kage, N., Johnson, F., Ferrara-Parrish, P., & Gruenewald, L. (1980). Strategies for generating comprehensive, longitudinal and chronological age appropriate individual educational plans for adolescent and young severely handicapped students. In L. Brown, M. Falvey, D. Baumgart, I. Pumpian, J. Schroeder, & L. Gruenewald (Eds.), *Strategies for teaching chronological age appropriate functional skills to adolescent and young adult severely handicapped students* (pp. 10-34). Madison, WI: University of Wisconsin-Madison and Madison Metropolitan School District.
- Buyer, L. S., Berkson, G., Winnega, M. A., & Morton, L. (1987). Stimulation and control as components of stereotyped body rocking. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 543-547.
- Caldwell, M. L., Taylor, R. L., & Bloom, S. R. (1986). An investigation of the use of high- and low-preference food as a reinforcer for increased activity of individuals with Prader-Willi Syndrome. *Mental Deficiency Research*, **30**, 347-354.
- Catania, A. C. (1979). *Learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Catania, A. C., & Sagvolden, T. (1980). Preference for free choice over forced choice in pigeons. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, **34**, 77-86.
- Champlin, S. M., & Karoly, P. (1975). Role of contract negotiation in self-management of study time: A preliminary investigation. *Psychological Reports*, **37**, 724-726.
- Corah, N. L., & Boffa, J. (1970). Perceived control, self-observation, and response to aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **16**, 1-4.
- Declaration of the Rights of Mentally Retarded Persons. General Assembly Resolution 2856, 26, U.N.G.A. or Supp. 3 at 73, U.N. Doc. A/8588, 1972. In Evans, D. P. (1983). *The lives of mentally retarded people* (p. 180). Boulder, CO: Westview Press.
- DeGood, D. E. (1975). Cognitive control factors in vascular stress responses. *Psychophysiology*, **12**, 399-401.
- Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act, 42 U.S.C. §§ 6001 et seq. (1976 & Supp. III 1979).
- Devine, D. A., & Fernald, P. S. (1973). Outcome effects of receiving a preferred, randomly assigned, or nonpreferred therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **41**, 104-107.
- Dickerson, E. A., & Creedon, C. F. (1981). Self-selection of standards by children: The relative effectiveness of pupil-selected and teacher-selected standards of performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **14**, 425-433.
- Dobbins, M. (1988). *Effects of self-pacing on compliance, aberrant behavior, and work rates of mentally retarded students*. Unpublished master's thesis, University of Kansas, Lawrence.
- Doe v. Bolton, 410 U.S. 179 (1973).
- Dyer, K., Dunlap, G., & Winterling, V. (1989, May). The effects of choicemaking on the problem behaviors of students with severe disabilities. In G. Dunlap (Chair), *Community-referenced research on behavior management*. Symposium conducted at the fifteenth annual convention of the Association for Behavior Analysis, Milwaukee.
- Education for All Handicapped Children Act of 1975, 20 U.S.C. §§ 1401 et seq. (1976 & Supp. III 1979).
- Favell, J. E., Favell, J. E., Riddle, I., & Risley, T. R. (1984). Promoting change in mental retardation facilities: Getting services from the paper to the people. In W. P. Christian, G. T. Hannah, & T. J. Glahn (Eds.), *Programming effective human services* (pp. 15-37). New York: Plenum.
- Felixbrod, J. J., & O'Leary, K. D. (1973). Effects of reinforcement on children's academic behavior as a function of self-determined and externally imposed contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **6**, 241-250.
- Fixsen, D. L., Phillips, E. L., & Wolf, M. M. (1973). Achievement place: Experiments in self-government with pre-delinquents. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **6**, 31-47.
- Gardner, J. F., & Chapman, M. S. (1985). *Staff development in mental retardation services*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Geer, J. H., Davison, G. C., & Gatchel, R. I. (1970). Reduction of stress in humans through nonveridical perceived control of aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **16**, 731-738.
- Geer, J. H., & Maisel, E. (1972). Evaluating the effects of the prediction-control confound. *Journal of Personality and Social Psychology*, **23**, 314-319.
- Glass, D. C., Singer, J. E., & Friedman, L. N. (1969). Psychic cost of adaptation to an environmental stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, **12**, 200-210.
- Glynn, E. L. (1970). Classroom applications of self-determined reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **3**, 123-132.
- Goode, D. A., & Gaddy, M. R. (1976, December). Ascertaining choice with alingual, deaf-blind and retarded clients. *Mental Retardation*, pp. 10-12.

- Green, C. W., Reid, D. H., White, L. K., Halford, R. C., Brittain, D. P., & Gardner, S. M. (1988). Identifying reinforcers for persons with profound handicaps: Staff opinion versus systematic assessment of preferences. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **21**, 31-43.
- Griffith, R. G., & Coval, T. E. (1984). The mentally retarded and the right to refuse habilitation. In S. E. Breuning, J. L. Matson, & R. P. Barrett (Eds.), *Advances in mental retardation and developmental disabilities* (Vol. 2, pp. 237-268). Greenwich, CT: JAI Press Inc.
- Guess, D., Benson, H. A., & Siegel-Causey, E. (1985). Concepts and issues related to choice-making and autonomy among persons with severe disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, **10**, 79-86.
- Guess, D., & Helmstetter, E. (1986). Skill cluster instruction and the individualized curriculum sequencing model. In R. Horner, L. Meyer, & H. D. Fredericks (Eds.), *Education of learners with severe handicaps: Exemplary service strategies* (pp. 221-248). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guess, D., Sailor, W., & Baer, D. M. (1976). *Functional speech and language training for the severely handicapped* (Part II). Lawrence, KS: H & H Enterprises, Inc.
- Guess, D., & Siegel-Causey, E. (1985). Behavioral control and education of severely handicapped students: Who's doing what to whom and why? In D. Bricker & J. Filler (Eds.), *Severe mental retardation: From theory to practice* (pp. 241-255). Reston, VA: Council for Exceptional Children.
- Gunnar-Vongnechten, M. R. (1978). Changing a frightening toy into a pleasant toy by allowing the infant to control its actions. *Developmental Psychology*, **14**, 157-162.
- Harchik, A. E., Sherman, J. A., & Sheldon, J. B. (1989). *Choice and control: Do they make a difference?* Unpublished manuscript, University of Kansas, Lawrence.
- Hazel, J. S., Deshler, D., Turnbull, H. R., III, & Osborne, J. A. (1988). *Research into self advocacy as a technique for transition*. Lawrence, KS: University of Kansas, Institute for Research in Learning Disabilities, Department of Special Education, and University Affiliated Facility.
- Heilman, M. E., & Toffler, B. L. (1976). Reacting to reactance: An interpersonal interpretation of the need for freedom. *Journal of Experimental Social Psychology*, **12**, 519-529.
- Helmstetter, E., Murphy-Herd, M. C., Roberts, S., & Guess, D. (1984). *Individualized curriculum sequence and extended classroom models for learners who are deaf and blind. Curriculum development project for secondary age severely handicapped deaf-blind students*. Lawrence, KS: University of Kansas. Department of Special Education.
- Henning, J., & Dalrymple, N. (1986). A guide for developing social and leisure programs for students with autism. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Social behavior in autism* (pp. 321-350). New York: Plenum.
- Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, **13**, 243-266.
- Houghton, J., Bronicki, G. J., & Guess, D. (1987). Opportunities to express preferences and make choices among students with severe disabilities in classroom settings. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, **12**, 18-27.
- Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1978). Freedom of choice and behavior change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **46**, 873-878.
- Kishi, G., Teelucksingh, B., Zollers, N., Park-Lee, S., & Meyer, L. (1988). Daily decision-making in community residences: A social comparison of adults with and without mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, **92**, 430-435.
- Knowlton, H. E., Turnbull, A. P., Backus, L., & Turnbull, H. R., III. (1988). Letting go: Consent and the "yes, but . . ." problem in transition. In B. L. Ludlow, A. P. Turnbull, & R. Luckasson (Eds.), *Transition to adult life for people with mental retardation* (pp. 45-66). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Koegel, R. L., Dyer, K., & Bell, L. K. (1987). The influence of child-preferred activities on autistic children's social behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **20**, 243-252.
- Kosiewicz, M. M., Hallahan, D. P., & Lloyd, J. (1981). The effects of an LD student's treatment choice on handwriting performance. *Learning Disability Quarterly*, **4**, 281-286.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, **32**, 311-328.
- Langer, E. J. (1983). *The psychology of control*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lefcourt, H. M. (1973). The function of the illusions of control and freedom. *American Psychologist*, **28**, 417-425.
- Lovitt, T. C., & Curtiss, K. A. (1969). Academic response rate as a function of teacher- and self-imposed contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **2**, 49-53.
- Mazur, J. E. (1986). *Learning and behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- McDowell, J. J. (1988). Matching theory in natural human environments. *The Behavior Analyst*, **11**, 95-109.
- Mendonca, P. J., & Brehm, S. S. (1983). Effects of choice on behavioral treatment of overweight children. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **1**, 343-358.
- Mithaug, D. E., & Hanawalt, D. A. (1978). The validation of procedures to assess prevocational task preferences in retarded adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **11**, 153-162.
- Morris, J., & Royle, G. T. (1988). Offering patients a choice of surgery for early breast cancer: A reduction in anxiety and depression in patients and their husbands. *Social Science and Medicine*, **26**, 583-585.
- Newhard, M. K. (1984). *Effects of student choice on skill acquisition with deaf/blind adolescents*. Unpublished master's thesis, University of Kansas, Lawrence.
- Pace, G. M., Ivancic, M. T., Edwards, G. L., Iwata, B. A., & Page, T. J. (1985). Assessment of stimulus prefer-

- ence and reinforcer value with profoundly retarded individuals. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **18**, 249-255.
- Parsons, M. B., Reid, D. H., Bumgarner, M., & Reynolds, J. (1988, May). Improving vocational performance of developmentally disabled clients: Effects of choice and work preference. In A. J. Cuvo (Chair), *Behavior analyses of community referenced skills: Issues in promoting and transferring stimulus control*. Symposium conducted at the convention of the Association for Behavior Analysis, Philadelphia.
- Perlmutter, L. C., & Monty, R. A. (1973). Effect of choice of stimulus on paired-associate learning. *Journal of Experimental Psychology*, **99**, 120-123.
- Perlmutter, L. C., Scharff, K., Karsh, R., & Monty, R. A. (1980). Perceived control: A generalized state of motivation. *Motivation and Emotion*, **4**, 35-45.
- Perske, R. (1972). The dignity of risk. In W. Wolfensberger (Ed.), *The principle of normalization in human services* (pp. 194-200). Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Reese, R. M. (1986). *Teaching individual and group problem solving to adults with mental retardation*. Unpublished doctoral dissertation, University of Kansas, Lawrence.
- The Rehabilitation Act of 1973, 29 U.S.C. §§ 701-794 (1976 & Supp. III 1979).
- Reim, B., Glass, D. C., & Singer, J. E. (1971). Behavioral consequences of exposure to uncontrollable and unpredictable noise. *Journal of Applied Social Psychology*, **1**, 44-56.
- Shevin, M., & Klein, N. (1984). The importance of choice-making skills for students with severe disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, **9**, 159-166.
- Shuman, S. I. (1975). Right to be unhealthy. *Wayne Law Review*, **22**, 61-95.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Alfred A. Knopf.
- Standards for Payment for Skilled Nursing and Intermediate Care Facility Services. 53 *Federal Register* 20495 (June 3, 1988) as amending 42 U.S.C. §§ 442 et seq. (1978).
- Stotland, E., & Blumenthal, A. L. (1964). The reduction of anxiety as a result of the expectation of making a choice. *Canadian Journal of Psychology*, **18**, 139-145.
- Strauss, P. J. (1988). Medicare catastrophic coverage act of 1988. *New York Law Journal*, **200**, 3-4.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychology perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, **103**, 193-210.
- Thompson, C. E., & Wankel, L. M. (1980). The effects of perceived activity choice upon frequency of exercise behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, **10**, 436-443.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R., III. (1985). Developing independence. *Journal of Adolescent Health Care*, **6**, 108-119.
- Turnbull, H. R., III, Turnbull, A. P., Bronicki, G. J., Summers, J. A., & Roeder-Gordon, C. (1989). *Disability and the family: A guide to decisions for adulthood*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- VanBiervliet, A., & Sheldon-Wildgen, J. (1981). *Liability issues in community-based programs*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Veatch, D. M. (1977). Choice with responsibility. *Young Children*, **32**, 22-25.
- Voss, S. C., & Homize, M. J. (1970). Choice as a value. *Psychological Reports*, **26**, 912-914.
- Wacker, D. P., Berg, W. K., Wiggins, B., Muldoon, M., & Cavanaugh, J. (1985). Evaluation of reinforcer preferences for profoundly handicapped students. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **18**, 173-178.
- Weiss, J. M. (1971). Effects of coping behaviors in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, **77**, 1-13.
- Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Wright, R. M., & Strong, S. R. (1982). Stimulating therapeutic change with directives. *Journal of Counseling Psychology*, **29**, 199-202.
- Wuerch, B., & Voeltz, L. (1982). *Longitudinal leisure skills for severely handicapped learners*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Wyatt v. Stickney, 325 F. Supp. 781 (M.D. Ala.) (Wyatt I), modified, 334 F. Supp. 1341 (M.D. Ala.) (Wyatt II), modified, 334 F. Supp. 395 (Wyatt IV).
- Youngberg v. Romeo, 457 U. S. 307 (1982).
- Zuckerman, M., Porac, J., Lathin, D., Smith, R., & Deci, E. L. (1978). On the importance of self-determination for intrinsically-motivated behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **4**, 443-446.

Received November 30, 1988

Initial editorial decision March 4, 1989

Revision received July 13, 1989

Final acceptance October 31, 1989

Action Editor, John M. Parrish

**BALANCING THE RIGHT TO HABILITATION WITH THE RIGHT TO
PERSONAL LIBERTIES: THE RIGHTS OF PEOPLE WITH
DEVELOPMENTAL DISABILITIES TO EAT TOO MANY
DOUGHNUTS AND TAKE A NAP**

DLANE J. BANNERMAN, JAN B. SHELDON, JAMES A. SHU.A.N
AND ALAN E. HARCHIK
UNIVERSITY OF KANSAS

איזון בין הזכות לשיקום יעיל לבין הזכות לחירויות אישיות: זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות התפתחותית לאכול יותר מדי סופגניות ולנמנם.

מתוך מטרה להגיע לשיקום יעיל, נותני שירות רבים מפעילים שליטה גבוהה על חייהם של לקוחות עם מוגבלות התפתחותית. לדוגמא, נותני שירותים בוחרים פעמים רבות את המטרות של הלקוח, קובעים את לוח הזמנים היומי ומווסתים את הגישה לפעילויות מועדפות. המאמר בוחן את היתרונות והחסרונות של מתן אפשרות ללקוחות לממש חירויות אישיות, כגון הזכות לבחור ולסרב לפעילויות יומיומיות. מצד אחד, בחירות לקויות מצד הלקוח עלולות לעכב את ההתקדמות. מנגד, מתעוררות סוגיות מוסריות ומשפטיות כאשר זכות הבחירה של הלקוח מצטמצמת. במאמר מוצעות המלצות להגנה הן על הזכות לשיקום והן על חופש הבחירה.

במרדף אחר שיקום יעיל, נותני שירות רבים מפעילים שליטה רבה בחייהם של לקוחות עם מוגבלות התפתחותית (Guess, Benson, & Siegel-Causey, 1985; Kishi, Teelucksingh, Zollers, Park-Lee, & Meyer, 1988); Turnbull & Turnbull, 1985). נותני השירות בוחרים לעתים קרובות את המטרות השיקומיות של המטופל, בוחרים את מסגרת העבודה או הטיפול היומי שלו, מטילים לוחות זמנים של פעילות יומית בלתי גמישה ומווסתים את הגישה לפעילויות מועדפות. הבחירות שנעשו על ידי נותן השירות עשויות אמנם לקדם את ההובלה, אך בחירות אלו עשויות שלא לשקף את העדפותיו של הלקוח. מטרת מאמר זה היא לדון ביחס בין הזכות לזכות לשיקום יעיל לבין זכותו של הלקוח לחירויות אישיות. נתייחס לשאלות הבאות: מה המשמעות של "הזכות לשיקום" עבור אנשים עם מוגבלות התפתחותית? מהן חירויות אישיות? מהם היתרונות והחסרונות של מתן אפשרות לאנשים עם מוגבלות התפתחותית לממש את חירויותיהם האישיות? כיצד יכולים נותני השירות להגן טוב יותר הן על הזכות לשיקום יעיל והן על חופש הבחירה?

הזכות לשיקום יעיל

הזכות כרוכה בהקניית הכישורים הדרושים כדי לחיות בצורה עצמאית ככל האפשר (Favell, Favell, Riddle, & Risley, 1984). היסטוריה ארוכה של מתן שירותים לקויים לאנשים עם מוגבלות התפתחותית היוותה את הדחף לתביעות ייצוגיות רבות ולרפורמות חקיקה המבטיחות לאזרחים אלה זכות כללית לשיקום. בתביעות הייצוגיות המוכרות ביותר, (Wyatt v. Stickney 1971, 1972, 1975), בית משפט באלבמה (ולאחר מכן בית המשפט הפדרלי) קבע שלאזרחים עם פיגור שכלי יש "זכות לקבל טיפול אינדיבידואלי, כזה שייתן לכל אחד מהם הזדמנות ריאלית לנהל חיים מועילים ומשמעותיים יותר ולחזור לחברה" (Wyatt v. Stickney, 1975, p. 397).

על בסיס פסיקה זו, בית המשפט קבע סטנדרטים מינימליים הכוללים תוכניות טיפול אישיות, סביבה פיזית אנושית והבטחה של צוות מוסמך מספיק למתן טיפול הולם (Wyatt v. Stickney, 1975, p. 395).

מאז 1976, בתי המחוקקים הפדרליים והמדינתיים נקטו עמדה חזקה הרבה יותר מבתי המשפט בהבטחת הזכות לשיקום. חקיקה רחבה וענפה הבטיחה את הזכות לקבל מיומנויות לחיים עצמאיים במסגרת תוכניות שיקום באיכות גבוהה אך ההשפעה הבלתי צפויה של חקיקה זו – הפגיעה האפשרית בחירויות האישיות של הלקוחות.

חירויות אישיות: הזכות לבחור ולסרב בהקשר משפטי, חירויות אישיות כוללות חופש דיבור, חופש דת וזכויות אחרות המובטחות על ידי החוקה. עם זאת, ניתן לטעון שחירויות אישיות הן אפילו יותר בסיסיות מאלה המפורטות בחוקה. שופט בית המשפט העליון, ויליאם דאגלס דן ב"זכות לתת לו לבד", כולל "הפריבילגיה של אדם לתכנן את ענייניו, ... לעצב את חייו שלו כפי שהוא חושב הכי טוב, לעשות מה שהוא רוצה, ללכת לאן שהוא בוחר... חופש מריסון גופני או כפייה, חופש ללכת, לטייל או לפסוע" (הושמטו הציטוטים) (Doe v. Bolton, 1973). המשגה משפטית זו של חירות אישית מרמזת על כך שאנשים צריכים להיות בעלי מגוון אפשרויות זמינות ולהיות חופשיים מכפייה בעת בחירה בין אפשרויות.

מנקודת מבט התנהגותית-אנליטית, אפשרויות בחיים מוערכות, אבל הבחירה היא הכל מלבד חופשית (סקינר, 1971). בחירה היא, ככל הנראה, פונקציה של מצבי חיזוק וענישה היסטוריים וקיימים. (Brigham 1979) הגדיר בחירה כהזדמנות לבצע בחירה לא כפויה מתוך שני אירועים, השלכות או תגובות אלטרנטיביות או יותר. בחוסר כפייה, אנו מתכוונים לכך שאין השלכות מתוכננות מרומזות או מפורשות לבחירת חלופה אחת על פני האחרות למעט המאפיינים של האלטרנטיבות עצמן. (עמ' 132) המונחים בחירה ובחירה המשמשים במאמר זה תואמים במידה רבה את המונח בחירה לא מאולצת כפי ששימש אותם. למרות שמנתחי התנהגות עשויים לטעון שהבחירה אינה חופשית, רבים גם מכירים בכך שהבחירה הנתפסת מוערכת מאוד על ידי אנשים רבים. ההיסטוריה העולמית והאירועים הנוכחיים מלאים בדוגמאות של אנשים השואפים לחיות "חופשיים". יתרה מכך, נראה כי אשליה של חופש ובחירה ממלאת תפקיד חשוב בתפקודו המוצלח של הפרט (Lefcourt, 1973; Taylor & Brown, 1988). לא רק שאנשים שואפים לחופש במובן הרחב, הם גם נהנים לעשות בחירות פשוטות, כגון האם לעסוק בפעילויות לא פרודוקטיביות, אם כי לא מזיקות, כמו צפייה בטלוויזיה, אכילת יותר מדי סופגניות, לקחת אחר הצהריים חופש מהעבודה, או לנמנם לפני ארוחת הערב. אנשים בדרך כלל מחליטים בעצמם מתי להתקלח, מה לאכול ועם מי לבלות. בחירות אלה מוקפדות על ידי רוב האנשים, כולל אלה עם מוגבלות התפתחותית.

השאלה היא האם נותני השירות אכן מאפשרים ללקוחות עם מוגבלות התפתחותית את החירויות הללו והאם זה לטובת הלקוחות (כלומר, אינטרסים המובילים לאורח חיים עצמאי ונורמלי בצורה היעילה ביותר) לממש חירויות אלו.

הסטטוס הנוכחי: התפשרות על חירויות כדי להגיע לשיקום

חירויות אישיות יכולות להיפגע בדרכים רבות על ידי נותני שירות השואפים לעמוד בסטנדרטים של שיקום, להיות חסכוניים ולספק הורים, חברי הנהלה, מנהלי בתי ספר, שכנים ואחרים. חלק מהדרכים שבהן עלולות להיפגע חירויות אישיות הן כדלקמן.

1. יתכן שללקוחות יש מעט או בכלל אין חלק בהחלטות בנוגע למטרות הטיפול העדיפות שלהם או על ההליכים המשמשים ללמד אותם (Guess & Siegel-Causy, 1985). כתוצאה מכך, ייתכן שללקוחות אין מוטיבציה להשיג מטרות מסוימות. הם עשויים להתנגד להליכי הוראה מסוימים. הצוות עשוי לפרש התנגדות זו ככישלון בהליך ההוראה כאשר היא יכולה להיות רק ביטוי של העדפה (Guess & Siegel Causey, 1985; Houghton, Bronicki, & Guess, 1987).

2. מורים או צוות טיפולי רשאים ללמד התנהגויות ללא קשר להעדפת הלקוח או להרגלים שלו. לדוגמה, אנשי הצוות עשויים ללמד ריצה מכיוון שהם מעדיפים את אותן פעילויות פנאי לעומת קביעה וכיבוד של העדפות הפנאי של הלקוח. לחלופין, הצוות עשוי ללמד להרטיב את מברשת השיניים לפני מריחת משחת שיניים, למרות שהלקוח עשוי להיות רגיל לעשות זאת בסדר הפוך. הורים, אפוסטרופוסים או עורכי דין אשר אחראים משפטית לקבלת החלטות עבור לקוחות הנחשבים חסרי יכולת עשויים לקבל החלטות על סמך האינטרסים שלהם של זמן, כסף, הגנה והעדפות, במקום העדפות הלקוח (Turnbull, Turnbull, Bronicki, Summers, & Roder-Gordon, 1989).

3. קבלת בחירה לא נלמדת לעתים קרובות (Shevin and Klein (1984) טוענים כי "המקצוע שלנו התמקד בבחירה כפעילות מותרת, ולא כיעד הוראה" (עמ' 60). אנשים רבים מבקשים הוראה שתעזור להם לגלות את ההעדפות שלהם ותלמד אותם לעשות בחירות אחראיות. לרוע המזל, הקדשנו מעט תשומת לב לפיתוח תכניות לימודים להוראת תלמידים להבחין בהעדפותיהם ולבצע בחירות כדי להשיג אותן (עם זאת, ראה Hazel, Deshler, & Osborne, 1988). יתרה מכך, אולי בגלל היעדר תכניות לימודים לבחירה, הכשרת מורים מקצועית אינה כוללת לעתים קרובות שיטות כיצד להדריך לקוחות בבחירת בחירה.

4. הזדמנויות לבחירה לא ניתנות לעתים קרובות (Guess et al., 1985; Kishi et al., 1988; Knowlton, & Turnbull, Backus, & Turnbull, 1988). הלחץ לעמוד בסטנדרטים הרגולטוריים הקובעים מה נדרש לחיים עצמאיים עלול לגרום לחלק מנותני השירות לשים דגש רב מדי על כמות ותזמון של פעילויות המוגדרות בהכרחיות. תזמון לא גמיש מונע לעתים קרובות הזדמנויות לבחירה. לדוגמה, ייתכן שלא יתאפשר ללקוחות לבחור את הסדר או התזמון של הפעילויות. הם עלולים להירתע מלקחת הפסקות או מבחירת פעילויות שאינן מתוכננות. דיאטנית עשויה לתכנן את הארוחות של הלקוחות. ניתן לנעול חומרי פנאי בארון עד לשעות הפנאי המתוכננות. בנוסף, הלחץ לרצות חברות מממנות, הורים וצרכנים אחרים עלול לחייב את הצוות המטפל ומורים "להציג מופע" כאשר מבקרים מגיעים. זה נעשה לעתים קרובות עם מעט רגישות להעדפות של הלקוחות באותו זמן.

השאלה היא האם זה לטובת הלקוח שיאפשרו לו להפעיל בחירה (Griffith & Coval, 1984). האם זה לטובתו של לקוח עם ליקויים משמעותיים במיומנויות חיים עצמאיים שיאפשרו לו לוותר על פגישת הוראה, לבחור תחביב על פני מטרת שיקום אקדמית, לסרב לצאת למסע קניות או לאכול יותר מדי סופגניות ולנמנם? טיעונים התומכים בכל צד של הנושא נדונים להלן:

טיעונים המתנגדים לזכות הבחירה

הטיעון החזק ביותר נגד הזכות לבחירה הוא שאנשים רבים עם מוגבלות התפתחותית עשויים לעשות בחירות גרועות (Guess et al., 1985). לדוגמה, לחלקם אולי אין כישורי פנאי ברפרטואר שלהם, ולכן הם עשויים לעסוק בהתנהגויות חזרתיות, תנומות או פציעה עצמית בזמן הפנאי. לקוחות אחרים עם רפרטואר מיומנות מוגבל עשויים לבחור מיומנות שאינם שולטים בה. למשל, הם עשויים להכין ארוחת צהריים לא שלמה או לנסות לנסוע באוטובוס לעבודה מבלי לדעת איך. למרות שחברים אחרים בחברה נהנים מהזכות לבחור ארוחת צהריים לא שלמה, או לעסוק בפעילויות אחרות שאינן פרודוקטיביות, אפילו לא בטוחות, בדרך כלל יש להם רפרטואר עצום של מיומנויות והתנהגויות נלמדות, ויש להניח שהם מודעים לרוב ההשלכות של התנהגותם. יתר על כן, הם נאלצים מדי פעם לעבוד, לבשל או ללמוד כדי לעמוד בתנאים הנדרשים כדי לקיים את חייהם. הטענה נובעת שאנשים שאין להם רפרטואר של מיומנויות, ושאננם מבינים את ההשלכות של התנהגותם, דורשים הוראה אינטנסיבית בתחומים אלו לפני שהם רשאים לבחור. עד לאותו זמן, הורים אכפתיים, אחראיים, עורכי דין או מורים צריכים לסייע ללקוח להחליט אילו פעילויות ניתן לסרב ואיזה סוגי בחירות הוא או היא מסוגלים לעשות (Shuman, 1975). החברה בחרה להתייחס לקטינים באופן דומה בגלל חוסר יכולתם המשווערת לקבל החלטות בשל גילם.

טיעון נוסף נגד מתן זכות בחירה ללקוחות הוא שהתרת חופש זה עשויה לעכב את רכישתם של כישורי חיים עצמאיים קריטיים (Knowlton et al., 1988). לדוגמה, אם מותר ללקוח לבחור להתלבש בעזרת הצוות המטפל כל בוקר, אז הלקוח הזה לא לומד כיצד להתלבש באופן עצמאי. אם לקוח בוחר ללמוד תחביב ולא משימה מקצועית, הדבר עלול להפריע להזדמנויות עתידיות לתעסוקה. לסוכנויות המימון הפדרליות, המדינתיות והמקומיות יש אינטרס משכנע ללמד מיומנויות חיים עצמאיים לאנשים עם מוגבלות התפתחותית, משום שהם תלויים הזקוקים לתמיכה כספית ציבורית ניכרת (Griffith & Coval, 1984). הטענה נובעת כי קיצור חירויות אישיות על מנת ללמד כישורי חיים עצמאיים היא פתרון הולם (Griffith & Coval, 1984; American Bar Association, 1975). יש הטוענים עוד שללקוחות יש חובה לנסות להשיג את המטרות שנקבעו בתהליך התכנון הבינתחומי (IPP) (VanBiervliet & Sheldon-Wildgen, 1981; Gardner & Chapman, 1985; Wildgen ושלדון-Wildgen, 1981). טענו: "אם הלקוח לא יעמוד באחריות זו [לניסיון להשיג יעדי IPP] והתוכנית ניסתה אמצעים פחות דרסטיים לפתרון המצב ונכשלה, ניתן לבקש מהלקוח לעזוב את התוכנית" (עמ' 132).

טיעונים בעד זכות הבחירה

טענה משכנעת בעד מתן זכות בחירה ללקוחות היא שהחקיקה מבטיחה זאת. לאנשים עם מוגבלות התפתחותית מובטחות אותן זכויות בסיסיות כמו אזרחים אחרים מאותה מדינה ובאותו גיל (הצהרה על זכויותיהם של אנשים עם פיגור שכלי, 1972; חוק הסיוע לבעלי מוגבלויות התפתחותיות ומגילת הזכויות, 1979). למעשה, התקנים שנחקקו לאחרונה לתשלום עבור שירותי סיעוד ושירותי טיפול ביניים (1988) לא רק קובעים שללקוחות יש את הזכות לבחור, אלא דורשים מהצוות לספק הזדמנויות לבחירה. לכל אחד יש את הזכות והיכולת לעשות בחירות ברמה מסוימת. אפילו אדם עם פיגור שכלי עמוק יכול לבחור מה לאכול לנשנוש או איזה כיסא נוח. יש לאפשר לאנשים להפעיל כמה שיותר בחירה שיכולותיהם, בין אם זה כרוך בהבעת העדפה פשוטה או בשקלול היתרונות והחסרונות של מספר אפשרויות במהלך קבלת החלטות מורכבות.

טענה שניה היא שהיכולת של לקוח לממש בחירה עשויה להכין אותו לחיות בקהילה שבה מצופה מהיחידים לקבל החלטות ובחירות (Wolfensberger, 1972). מכיון שרוב הלקוחות שואפים לאורח חיים מנורמל יותר, ללמוד לחיות כמו חברי קהילה אחרים היא מטרה חשובה. ממצאים ממחקר ניסיוני עם מספר אוכלוסיות נבדקים שונות מספקים תמיכה נוספת לחירויות אישיות. חוקרים מצאו שאנשים מעדיפים לעתים קרובות מצבים שבהם יש להם בחירה, ובחירה זו מוכיחה את עצמה לעתים רחוקות כמזיקה לפרט ועשויה, למעשה, להועיל. להלן, נסקור בקצרה חלק ממחקר זה ונציין מספר סוגיות מחקריות רלוונטיות (ראה גם Harchik, Sherman, & Sheldon, 1989).

השפעות הבחירה על העדפה

במחקרים שבדקו העדפת בחירה, הוצגו לנבדקים במקביל שני מצבים שווים, אלא שהבחירה התאפשרה רק באחד מהמצבים. אנשים בחרו לרוב את המצב שבו הבחירה הייתה זמינה. לדוגמה, ילדים בחרו להשתתף במשימות שבהן הייתה להם בחירה של מחזקים לעתים קרובות יותר מאשר כאשר הנסיין בחר עבורם את אותם מחזקים (Brigham, 1979; Brigham & Sherman, 1973; Brigham & Stoerzinger, 1976). התפתחותית שעסקו בנדנד סטריאוטיפי בחרו לעתים קרובות יותר בכיסא שבו יוכלו להתנדנד על כיסא שהתנדנד על ידי החוקרים באותו קצב (Buyer, Berkson, Winnega, & Morton, 1987). חולדות ויונים העדיפו גם מצבים שבהם הבחירה הייתה זמינה (Catania & Sagvolden, 1980; Voss & Homize, 1970), מה שמצביע על כך שהשפעות הבחירה אינן מוגבלות לבני אדם.

השפעות הבחירה על ההשתתפות

נראה שאנשים משתתפים יותר בפעילויות כאשר יש הזדמנויות לבחירה. מתבגרים השתתפו בקבלת החלטות בקבוצה לעתים קרובות יותר כאשר הם קבעו השלכות עבור חבריהם מאשר כאשר הוריהם המלמדים קבעו את ההשלכות (Fixsen, Phillips, & Wolf, 1973); לנשים שבחרו את התרגילים שלהן הייתה נוכחות טובה יותר בתרגול כושר מאשר נשים אחרות שקיבלו את אותם תרגילים (Thompson & Wankel, 1980); בוגרי תואר ראשון שבחרו אם להשתתף ומה יהיה התגמול שלהם, השתתפו במשחק פאזל בזמן הפנוי בתדירות גבוהה יותר מאחרים שלא ניתנה להם ברירה (צוקרמן, פוראק, לאטין, סמית', & Deci, 1978); וכאשר עובדי משרד בחרו בכרטיסי הגרלה, סביר להניח שהם ימכרו או יחליפו את הכרטיסים שלהם לפני ההגרלה, אפילו עבור כרטיסים עם סיכויים טובים יותר (Langer, 1975).

השפעות הבחירה על ביצוע המשימות

הזדמנויות לביצוע בחירות במצב עשויות לשפר את הביצועים. לדוגמה, ילדים שקיבלו בחירה בין טיפולים לזכרון או זיהוי מילים או ירידה במשקל, הראו הישגים טובים יותר מילדים אחרים שקיבלו את אותו טיפול אך לא בחרו בו (ברק,

1976; Mendonca & Brehm, 1983). השפעות דומות נמצאו עם סטודנטים שבחרו בטיפולים לשיפור הרגלי קריאה ולימוד או להפחתת פחד מנחשים (Champlin & Karoly, 1975; Devine & Fernald, 1973; Kanfer & Grimm, 1978), עם ילדים שהורשו לבחור חומרי אמנות (Amabile & Gitomer, 1984), ועם בוגרי תואר ראשון ומבוגרים שיכלו לשלוט בסיום או משך הזעזועים או הרעש (Glass, Singer, & Friedman, 1969; Reim, Glass, & Singer, 1971). בסדרה של מחקרים אנלוגיים מעבדתיים, בוגרי תואר ראשון שבחרו את המילים המשמשות במשימת למידה של מילים זוגיות הגיבו מהר יותר, למדו את המילים מהר יותר ולמדו יותר צמדי מילים מאחרים.

שלא בחרו (למשל, Perlmuter & Monty, 1973; Perlmuter, Scharff, Karsh, & Monty, 1980). לעומת זאת, Dyer, Dunlap (1989) ו-Winterling (1984) ו-Newhard (1984) מצאו שהביצועים האקדמיים של ילדים עם מוגבלויות קשות זהים בין אם בחרו במשימה, בחומרים או בחיזוקים ובין אם לאו. לבסוף, התלמידים בחרו את ההשלכות שלהם על הביצועים במשימות. במחקרים מסוימים, ביצועי התלמידים השתפרו לאחר מכן (Dickerson & Creedon, 1981; Lovitt & Curtiss, 1969).

השפעות הבחירה על התנהגות בעייתית

נראה שהתנהגויות בעייתיות מוצגות בתדירות נמוכה יותר כאשר לאדם יש הזדמנויות לבחירה. ילדים אוטיסטים הפגינו פחות התנהגויות בעייתיות (למשל, תוקפנות, פגיעה עצמית) כאשר הייתה להם בחירה בין משימות, חומרים ומחזקים מאשר כאשר המטפל עשה את הבחירות הללו (Dyer et al., 1989), והם הפגינו פחות הימנעות חברתית (למשל, הסתכלות והתרחקות) כאשר הם היו מעורבים בפעילויות שהם העדיפו (Koegel, Dyer, & Bell, 1987). תלמידים עם מוגבלות התפתחותית חמורה הפגינו התנהגות פחות חריגה וציות גבוה יותר כאשר יכלו לשלוט בקצב ההוראות במהלך משימות מקצועיות (Dobbins, 1988). תלמידי תיכון ומכללות הפגינו פחות אי-ציות בביצוע משימות כאשר היו להם הזדמנויות לבחירה במצב (Heilman & Toffler, 1976; Wright & Strong, 1982).

השפעות הבחירה על תגובות לגירויים אוורסיביים

נבדקים שיכלו לשלוט בהיבט של מצב אוורסיבי (למשל, בחירה של סיום, משך או הצגת מבחנים, רעש או כתיבה) דיווחו על פחות אי נוחות והיו להם תגובה אוטונומית קיצונית פחות מאשר נבדקים שקיבלו את אותו גירוי אך לא היו להם שליטה עליו (Corah & Boffa, 1970; DeGood, 1975; Geer, Davison, & Gatchel, 1970; Geer & Maisel, 1972; Stodand & Blumenthal, 1964). תינוקות שהיו להם הזדמנויות לשלוט בפעולה של צעצוע מכני נטו פחות לבכות מאשר בנים אחרים שלא היו להם הזדמנויות אלה (Gunnar-Vongnechten, 1978); ולמטופלים שקיבלו בחירה בין שני טיפולים רפואיים היו פחות סיכויים להיות מדוכאים או חרדים מאשר מטופלים שקיבלו טיפול (Morris & Royle, 1988).

הגנה הן על הזכות לשיקום עצמאי והן על הזכות לבחירה

אין צורך להתייחס לשיקום עצמאי ולזכות הבחירה כעל מטרות סותרות. למרות שדרושים זמן והוראה נוספים כדי לעזור ללקוחות ללמוד לעשות בחירות, חירות זו עשויה להקל על השיקום על ידי הגברת שביעות הרצון של הלקוח מהמטרות והנהלים ההיבטיים, ובכך להגביר את נכונות הלקוח להשתתף. לפיכך, יש לשלב את קבלת הבחירה בתהליך השיקום.

זה לא אומר שנותני שירות צריכים לשבת בחיבוק ידיים ולאפשר ללקוחות "לעשות את שלהם", מכיוון שלקוחות עלולים לעשות מספר בחירות גרועות שיפריעו לשיקום. במקום זאת, נותני שירות צריכים לאתגר את עצמם לעבוד קשה יותר בהוראה ובמתן הזדמנויות לבחירה בהקשר של הסמכה. שילוב בחירה זה בתהליך השיקום עשוי להיות שווה את הזמן והמאמץ הנוסף. להלן כמה דרכים אפשריות להשיג אינטגרציה זו:

1. על נותני השירות לשים דגש על הוראת כישורי חיים עצמאיים והתנהגויות תפקודיות אחרות המועדפות על הלקוח. זה יצייד את הלקוחות ברפרטואר של התנהגויות מתאימות, כמו גם מועדפות, שמהן ניתן לבחור.
2. לקוחות צריכים לקבל מידע בהחלטות לגבי המיומנויות שהם ילמדו וכיצד הם ילמדו (Guess et al., 1985; Caldwell, Taylor, & Bloom, 1986; Green et al., 1988; Wiggins, Muldoon, & Cavanaugh, 1985; Pace et al., 1985; Pace, Ivancic, Edwards, Iwata, & Page, 1985; Wacker, Berg, 1988; Mithaug & Hanawalt, 1978; Pace et al., 1985; Pace et al., 1988; Green et al., 1988). ניתן להעריך את העדפותיהם של לקוחות עם מוגבלות חמורה ועמוקה באמצעות התבוננות וניתוח תגובותיהם למיומנויות שונות, נהלי הוראה וגירויים אחרים (ראה נהלי הערכת העדפות ב-, Green et al., 1986; Caldwell, Taylor, & Bloom, 1986; Green et al., 1988; Wiggins, Muldoon, & Cavanaugh, 1985; Pace et al., 1985; Pace, Ivancic, Edwards, Iwata, & Page, 1985; Wacker, Berg, 1988; Mithaug & Hanawalt, 1978; Pace et al., 1985; Pace et al., 1988; Green et al., 1988). קבעו גירויים המועדפים על אנשים עם פיגור חמור ועמוק על ידי הערכת הגישה של כל לקוח והימנעות מכל גירוי מטרר. עיקר הנושא הוא שצוותים בינתחומיים (חינוכיים או מגורים) אינם צריכים לקבל החלטות לגבי עתידו של הלקוח ללא שיתוף הלקוח (בנט, 1981). במקום זאת, יש להתייחס מאוד להעדפות הלקוח, בין אם נאמרו על ידי הלקוח ובין אם נקבעו על פי נתוני תצפית. יתרה מכך, לאחר יישום תכנית, נותני השירות והמורים צריכים להמשיך להתבונן, להעריך ולדבר עם הלקוח, להיות פתוחים לשינויים המשקפים את העדפות הלקוח.
3. יש ללמד לקוחות כיצד לבחור (Brown et al., 1980; Guess & Siegel-Causey, 1985; Shevin & Klein, 1984; Turnbull & Turnbull, 1985). זה צריך להיות חלק מתכנית הלימודים שלהם ו"כפוף לניתוח משימות, תכנון, יישום והערכה" (Shevin & Klein, 1984, p. 160). למרבה הצער, רק כמה תכניות לימודים בדוקות זמינות לבחירת הוראה. לדוגמה, הייזל ועוד. (1988) פיתחה ובדקה תוכנית לימודים להקניית מיומנויות (כולל קבלת החלטות, משא ומתן ותקשורת) למתבגרים עם פיגור שכלי קל. הממצאים שלהם הראו שהמתבגרים השתמשו במיומנויות אלו כדי להשיג חלק מהעדפותיהם. מספר חומרים אחרים עשויים להיות שימושיים בהוראת לקוחות לבצע בחירות. ראשית, (Wuerch and Voeltz, 1982) פיתחו תוכנית אימון לכישורי פנאי עבור אנשים עם מוגבלות חמורה הכוללת הצעות להוראה לקבלת בחירה. (Henning and Dalrymple, 1986) הציגו תכנית להוראת נוער עם אוטיזם לבחור חומרי פנאי. (Guess and Helmstetter, 1986), בתוכנית ההוראה שלהם לאנשים עם מוגבלויות קשות, תיארו בחירה בהוראה במצבים טבעיים. חוקרים ומחנכים אחרים מציעים הצעות (בניגוד לתוכניות לימודים מלאות) לגבי מה ללמד כדי להכין את הלקוחות לבחירה. לדוגמה, שוויין וקליין (1984) המליצו על מושגי הוראה כמו "בחר, עכשיו, מאוחר יותר, אני רוצה, ואני לא רוצה וכו'". (Guess, Sailor, and Baer, 1976) תיארו נהלים ללמד שימוש פונקציונלי ב"כן" ו"לא". (Reese, 1986) הראה שחלק מהלקוחות למדו לקבל החלטות מורכבות על ידי פירוט אפשרויות, דיון ביתרונות וחסרונות של כל אפשרות ובחירת האפשרות הטובה ביותר. כדי להבטיח שהלקוחות ילמדו לעשות בחירות, מורים ונותני שירות אחרים צריכים להיות מאומנים היטב בתחום זה וצריכים להיות אחראים להוראה ולמתן הזדמנויות לבחירה. המשמעות היא שמוסדות צריכים לתת מענה לצורך בהכשרת מורים וצוות טיפולי כך שהצוות והמורים יהיו מוכנים היטב לעודד וללמד קבלת בחירה. לבסוף, חינוך מורים וצוות על זכויות הלקוח עשוי להפחית את הסבירות שהמורים או הצוות יאפשרו לאינטרסים מתחרים (למשל, חיסכון בזמן ומאמץ) למנוע את זכותו של המטופל לבחירה.

4. יש לתת ללקוחות בכל רמת תפקוד הזדמנויות לבצע בחירות במסגרות המגורים והעבודה שלהם, בתוך ובין פעילויות מתוכננות. לקוחות מסוימים עשויים להיות מסוגלים לעשות רק בחירות פשוטות בהתחלה (למשל, איזה קינוח לאכול, מתי ללכת לישון). לקוחות אחרים עשויים ללמוד לקבל החלטות מסובכות יותר (למשל, איך להוציא משכורת בסדנה, איך לטפל בבעיה עם לקוח אחר). על חברי הצוות להיות בעלי מוטיבציה לספק הזדמנויות אלו לבחירה. מפקחים יכולים להגביר את המוטיבציה של הצוות על ידי הגדרת אירועי מקרי לפעילויות אלה (למשל, תוכנית של תצפית, משוב ותגמול). כמו כן, יש להגדיר לוחות זמנים לפעילות כדי לאפשר זמן בחירה. סירוב של לקוחות, בחירות לא טובות והתנהגות מחוץ למשימות צריכים לאותת לצוות לבחון את המצב ולקבוע אם מתן אפשרות בחירה נוספת או ללמד אפשרויות נוספות יועילו (Griffith & Coval, 1984; Guess & Siegel-Causey, 1985; Shevin & קליין, 1984). לדוגמה, במקום לתקן מיד לקוחה שאינה רוצה לעשות את האמבטיה שלה בגלל שהיא צופה בתוכנית הטלוויזיה האהובה עליה, הצוות צריך להעריך אם זה סביר לשנות את זמן האמבטיה. אם לא ניתן לכבד העדפה סבירה בזמן מסוים, הצוות צריך לתכנן מתי וכיצד יהיה ניתן בעתיד. אם לקוח מסרב שוב ושוב לעסוק בפעילויות שיקום לאחר שניתנו בחירות סבירות, על ועדת בדיקה בין-תחומית אובייקטיבית לשקול האם יש לקצר את הבחירה הזו.

סיכום

לכל האנשים יש את הזכות לאכול יותר מדי סופגניות ולנמנם. אבל יחד עם זכויות מגיעות גם חובות. לימוד לקוחות כיצד לממש את חירויותיהם באחריות צריך להיות חלק בלתי נפרד מתהליך השיקום. תוך כדי למידה, יש לעודד לקוחות לבצע בחירות רבות ככל שיכולותיהם מאפשרות, כל עוד בחירות אלו אינן מזיקות ללקוח או לאחרים. למרות שמאמר זה הדגיש את הפגיעות של אנשים עם מוגבלות התפתחותית לצמצום זכויות, חשוב לקחת בחשבון אוכלוסיות אחרות שעלולות להיות פגיעות באופן דומה, כגון ילדים, משתתפי מחקר ומטופלים המקבלים טיפול רפואי או טיפול אחר. אנשים אלו עשויים שלא להיות מודעים לזכויותיהם או שהם עלולים לוותר על זכויות על מנת לקבל טיפול רצוי. לפיכך, קלינאים, חוקרים ואנשי מקצוע אחרים חייבים להיות ערניים בהגנה על הזכויות של כל האנשים לכוון את חייהם בצורה עצמאית ככל האפשר.

Ethical and Legal Considerations When Obtaining Informed Consent for Treating Minors of High-Conflict Divorced or Separated Parents

The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families
21(3) 318-327
© The Author(s) 2013
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1066480713478786
tfj.sagepub.com



David Shumaker¹ and David Medoff¹

Abstract

Obtaining informed consent for the treatment of minors from parents in high conflict and who are either divorced or separated is a crucial, initial, and ongoing aspect of the treatment process that merits awareness of both ethical and legal considerations. Parents in these cases frequently differ in their views of the need for treatment, their choice of treatment providers, and/or their goals of treatment. A parent or minor will often request the other parent remain uninvolved in treatment. In order to avoid negative treatment outcomes, licensing complaints, and/or civil liability, clinicians need resources from which to obtain critical information regarding the informed consent process. This article provides an overview of these considerations and a decision- tree model for obtaining informed consent when working with these complex families.

Keywords

informed consent, treatment of minors, divorced parents, legal issues, ethical decision tree

High-conflict divorce and separation creates a host of psycho- seeking therapy in these cases may frequently cite a history social stressors for all involved (Amato, 2001; Doolittle & ofhighconflict,abandonmentand/orabusebytheotherparent, Deutsch, 1999; Fincham, Grych, & Osborne, 1994). Minors previous treatment failures, and/or strained parent-child whose parents are in high conflict may especially benefit from relations as sufficient cause to move forward without the invol- supportive therapeutic services at the time of and following vement of the other parent. It is also common for minors in divorce or separation (Lebow, 2003; Onedera, 2006). The these cases to request that one or even both parents remain minor's treatment experience and needs however are often uninvolvedintreatmentforsimilarreasons.Theserequestscan complex and complicated by their parents' distrust and setthestageforanunsatisfactoryexchangewithinmomentsof acrimony (Johnston & Campbell, 1988). Clearly defining the an initial contact between a clinician and a prospective client, "identified client" and the individual or individuals who will especially if the clinician cannot provide a compelling rationale provide consent for treatment, determine treatment goals, and for why the combined support of both parents in treatment is havelegalaccesstotreatmentinformationbecomesmuchmore mostoftenindicated.Forthisreasonalone,theprocessof complicated in cases where parents are engaged in acrimonious obtaining informed consent from highly conflicted parents and relations. In addition, clinicians are understandably advised assent from their children can be much more complex than in from a risk management perspective to avoid treating minors cases where an individual adult or even the minor of an intact without informed consent from both parents (Behnke & family presents for treatment (Beamish, Navin, & Davidson, Hilliard, 1998; Hecker, 2010; Koocher & Keith-Spiegel, 1990), 1994; Haslam & Harris, 2004; Rigazio-DiGillio, 1999). A clin- creating a precondition for therapy that may be difficult or even ician who remains naïve to the unique challenges posed when at times impossible to achieve, given the strained parental treating this population is at risk of receiving licensing board relationsinplay.Treatingthispopulationthereforerepresentsahost complaints (Bennett et al., 2006; Lawrence & Kurpius, 2000) ofuniqueethical,clinical,andlegalchallengesfortheoutpatient and/or delivering substandard treatment (Greenberg, Gould, clinician (Fidnick, Koch, Greenberg, & Sullivan, 2011).

While many parents engaged in high conflict may share

legal custody, they may also hold radically different opinions Department of Psychology, Suffolk University, Boston, MA, USA
on the need for treatment, the reasons for referral, and/or

Corresponding Author:
the choice of treatment provider, and this can result in cases

where a legal custodian will seek treatment for a minor without Street, 6th floor, Boston, MA 02114, USA.
the other parent's knowledge (Hecker & Sori, 2010). Parents Email: dshumaker@suffolk.edu

David Shumaker, Department of Psychology, Suffolk University, 41 Temple

Gould-Saltman, & Stahl, 1998). Knowing what questions to ask or joint legal custody and the minimal standards for obtaining of potential clients and when exceptions to general standards of informed consent for treatment of minors is critical to this practice are indicated as essential to avoid poor outcomes. process. In Massachusetts, for example, "shared legal custody" Beyond the issue of parental consent, the voice of the minor is defined as "continued mutual responsibility and involvement referred for treatment must be heard even if his or her informed by both parents in major decisions regarding the child's welfare consent is not required by law (Alderson, 2007; Kuther, 2003). including matters of education, medical care and emotional, Minors in need of therapeutic services may avoid seeking assistance- moral and religious development" (Massachusetts General tance in the first instance or may prematurely withdraw from Laws Chapter 208 Section 31, 2013). However, Behnke and treatment when therapy is undertaken in a climate of parental Hilliard (1998, p. 167) cogently point out that, "there is no duty distrust and conflict (Croxtton, Churchill, & Fellin, 1988). Further to inquire about custody when a parent brings a child to you and ther, due to real or potential loyalty binds, some minors referred no requirement that you obtain the informed consent of both for therapy in the context of high parental conflict remain reluctant- parents before you begin to treat". Thus, unless a clinician is tant to discuss their feelings regarding the co-parenting relation- given reason to suspect that the parent who presents a minor for ship and other family concerns. This can occur despite repeated treatment is not the legal custodian, Massachusetts Law does assurances from the therapist and/or both parents regarding the not require the joint informed consent of parents for minors confidential nature of the minor's disclosures in therapy. Thus, to receive therapy. This stance appears representative of the minors in these unfortunate circumstances are present in body country as a whole (Hecker & Sori, 2010). Exceptions do exist, but not in spirit during the therapy hour. To force treatment upon however, where state law requires the consent of both parents a minor who is not in acute distress and who perceives significance- for treatment if there is court-ordered joint legal custody (APA cant risk to engaging in therapy may run counter to the ethics Practice Organization, 2011). Clinicians therefore are strongly of beneficence and nonmaleficence (Beauchamp & Childress, advised to know the minimal legal standards of the state in 2001). This complicated array of factors can lead to a most which they practice for obtaining informed consent for treat- unfortunate irony in that those perhaps most in need of support ment of minors whose parents share joint legal custody. receive no treatment, have a negative treatment experience, A second area with which clinicians should become familiar remain silent in therapy, or struggle to find a competent treat- includes age of majority, emancipation, and "mature minor" ment provider due to forces beyond their control. laws, each of which is described in greater detail below.

Though the treatment environment in these cases has the Knowing the difference between assent and consent is also potential to be harsh and unforgiving, clinicians who possess imperative. In general terms, assent refers to an individual's vol- the courage to work with these challenging families greatly untary affirmation to participate in treatment (or research) while increase the chances of a positive outcome if they are cognizant consent refers to a more complex process associated with legal of relevant laws, ethical guidelines for practice, and common decision-making capacity whereby the individual is thought to pitfalls associated with the undertaking. Beginning with a review evaluate information for the purpose of reaching an informed of relevant legal considerations and ethical guidelines, this arti- decision (Lambert & Glacken, 2011). Historically, individuals cle extends recent discussion regarding these issues (please see below the age of 12 are seen as possessing the cognitive capaci- Ellis, 2009; Hecker, 2010; Kaplan & Culkin, 1995; and Tyson ties to only provide assent for treatment, with the minimal age of et al., 2004) by providing clinicians with a decision-tree model consent across countries ranging from 12 to 19 years (Alderson, for reaching legally, ethically, and clinically defensible positions 2007). Most states, including Massachusetts, identify the age of relevant to the informed consent process. Special attention is majority as 18 years. Upon reaching the age of majority, the afforded to the specific concern regarding who provides individual is assumed to possess the cognitive capacities to informed consent in cases where the parents are engaged in high competently provide informed consent. conflict and/or where a prospective parent or minor is resistant to Yet, there is a growing body of literature suggesting that involving the other parent. adolescents as young as 14 or 15 years do not appreciably differ

from adults in their ability to render competent decisions regarding informed consent (Forehand & Ciccone, 2004;

Grisso & Vierling, 1978; Gustafson & McNamara, 1987). In

Legal Considerations

Ethical and clinically sound decisions regarding consent to special circumstances, therefore, the law allows adolescents treat minors are based upon an understanding of relevant below the age of 18 years to consent to mental health treatment federal law, state law, statutes and regulations, and case law without parental consent. Factors frequently taken into consid- (Behnke & Hilliard, 1998). As a first step toward reaching both eration when creating these statutes include the impracticality legal and ethically sound decisions regarding consent to obtaining parental consent, the minor's ability to understand provide treatment, clinicians are advised to consult the laws the proposed treatment, and the beneficial nature of the of the state in which they practice pertaining to mental health, proposed treatment (Weisleder, 2007). Several states give divorce and domestic relations, confidentiality and privileged minors explicit authority to consent to outpatient mental health communications, and child protection (Association of Family services (Boonstra & Nash, 2000) as well as substance abuse and Conciliation Courts [AFCC]; Court-Involved Therapist services (Weisleder, 2007). Thus, it is imperative for the Task Force, 2010). Understanding both the definition of shared clinician to understand the circumstances in which a minor may

consent to outpatient mental health treatment without parental consent because a minor's stated preference for which parent or parents are involved in treatment may weigh more heavily in the decision-making process. engaged in high conflict (Hecker & Sori, 2010). Specifically, a first route for allowing minors the legal authority to define the identified client and the decision to include one, consent to treatment is emancipation laws (Horowitz & both, or neither parent in the discussion of informed consent for Davidson, 1984; Legal Information Institute, 2012). Emancipation treatment has an obvious and direct bearing upon not only how emancipated status typically hinges upon the minor achieving one of therapy will be structured but associated expectations for a variety of life milestones suggesting maturity, independence, communication between all parties as well (i.e., the client, the parent, and autonomy (Kuther, 2003). In Massachusetts, these exceptions are for parents, and the clinician). Access to treatment records is also included in the following: when a minor is (a) married, directly impacted by these factors, and parents in high conflict, widowed, or divorced, (b) the parent of a child, in which case are more likely to request treatment records for court-related purposes. This provides an additional compelling rationale for the clinician to have a clear understanding of the individual, (c) a member of the armed forces, or (d) pregnant or believes herself to be pregnant (Massachusetts General Laws law and ethics regarding confidentiality and privileged information Chapter 112 Section 12F, 2013). Massachusetts does not have a formal procedure for granting emancipation (Ellis, 2009). It is also important to note that the 2002 update to the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 outlined additional protections for minors receiving treatment, and these protections have direct bearing upon the issues of confidentiality and privilege. English and Advocacy Project, 2006). Clinicians in other states are advised Ford (2004) outline the circumstances wherein HIPAA privacy laws allow for a minor to be viewed as the "individual" client in their state so that they can identify necessary documentation of emancipation. treatment information. The circumstances generally include Beyond emancipation, under special circumstances, states may grant certain "mature minors" between the ages of 13 to 18 years access to medical and mental health treatment in the absence of parental consent (Broome & Stieglitz, 1992). In the care provider and the minor. There are situations, however, granting of such status to some minors, here we see states where HIPAA privacy laws defer to state law, and this further underscores both the complexity of these issues and the need for clinicians to be fully informed. actively considering that the impact of a requirement for parental consent may potentially serve to prevent a minor from seeking services. It is in this context that these states also consider the minor's perceived level of maturity, the need for treatment, and the risks associated with not receiving treatment (Brody & Ethical Considerations Waldron, 2000). A minor in Massachusetts is also allowed to seek medical treatment without parental consent "when a delay may endanger the life, limb, or mental well-being forth by several practice organizations regarding informed consent of the patient" (Massachusetts General Laws Chapter 112 sent for treatment. The International Association of Marriage and Family Counselors (IAMFC) Ethical Codes (Hendricks, Bradley, Southern, Oliver, & Birdsall, 2011), the American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT, 2012) Code of Ethics, the American Counseling Association would be in the minor's best interest, such as cases of abuse, neglect, or endangerment" (Hecker & Sori, 2010, p. 55). Thus, clinicians are given considerable latitude by state law to treat minors without parental consent if an "emergency" situation is suspected. (ACA, 2005) Code of Ethics, the American Psychological Association (APA, 2010) Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct Standards, and the Code of Ethics for the National Association of Social Workers (NASW, 2008) offer helpful recommendations for obtaining informed consent as young as several years old. Massachusetts also allows minors as young as 16 years to voluntarily admit themselves into a mental health facility for evaluation and treatment without parental consent mostly on outlining the minimal capacity standards and specific content that should be included in an informed consent form. One can perhaps infer from this that withholding treatment agreement. The IAMFC Ethical Codes (2012), for a minor in high distress is thought to be an untenable example, state, circumstance. As can be seen by this brief review of Massachusetts Law, there are several circumstances in which a minor of Members inform clients (in writing if feasible) about the goals and purpose of counseling, qualifications of the counselor(s), informed consent for treatment, scope and limits of confidentiality, potential risks and benefits

of the counseling process and specific techniques and interventions, reasonable expectations for outcomes, duration of services, cost of services, and alternative approaches. (p. 2)

Determining and specifically defining the identified client to all family members (e.g., the minor, a parent, the family as a whole), obtaining informed consent as early as possible in the treatment relationship, and clarifying the limitations of confidentiality among family members are other specific areas of focus considered by the IAMFC, AAMFT, ACA, and APA guidelines. Although these guidelines can be helpful for promoting good practice, they are mostly silent when it comes to working with high-conflict parents and their children—other than to encourage clinicians to avoid the “dual-role” situation of serving as both a treating clinician and a forensic evaluator (American Association for Marriage and Family Therapy, 2010[AAMFT]; APA, 2010).

The AFCC Guidelines for Court-Involved Therapy (2010) is an excellent resource available to clinicians seeking more specific ethical guidelines for treating minors of high-conflict parents. The AFCC Guidelines offer a wealth of information for clinicians beyond what can be summarized in the limited space here. Most pertinent to the present discussion are the recommendations pertaining to the acquisition of informed consent for treatment of minors in cases where court involvement is likely to occur or has already occurred. Specifically, these AFCC guidelines recommend that court-involved therapists or “CITs” take the following important steps: the “CIT” (a) avoids accepting a child into treatment without notifying both parents, (b) requests copies of court orders or custody judgments documenting each parent’s right/authority to make decisions regarding treatment and delineation of each parent’s access to treatment recommendations, (c) discusses the limits of parental involvement and confidentiality with the parents or guardians of a child or adolescent involved in treatment, and (d) defers commencement of services and refers the client back to the referring agency or court for clarification if a parent does not sign the informed consent, or otherwise has significant disagreements with the treatment process.

While the AFCC (2010) believes the default position of clinicians when treating court-involved minors and families should be to obtain the informed consent of both parents prior to commencing treatment, exceptions are identified. Specifically, guideline 6.2(c) states,

In rare and urgent cases, such as when there is strong reason to suspect a risk to a child’s safety, a CIT may accept a child in treatment at the request of one parent. This should only occur if that parent has clear legal authority to consent and pending efforts to either notify the other parent or obtain permission from the Court; however, the CIT should be aware that such a decision may increase risk to the child, and to the CIT. (p. 15)

Clinicians should not view the above guideline as a sanction to treat minors with the consent of only one parent in these cases. Rather, it seems that the intent here is to prevent children in

high distress and/or where there are safety concerns from experiencing a delay in treatment due to unpredictable and/or time-consuming efforts required to locate and obtain informed consent from the second parent. An effort to obtain informed consent of a second parent, however, is assumed to take place at the time treatment commences. In fact, in cases where the clinician is asked by one parent to treat a minor when the other parent refuses consent and the minor is presumably not in crisis, the AFCC believes, “the therapist should refer the parties back to the Court for resolution of the dispute between the parents, and then proceed as the Court directs” (AFCC, 2010, p. 16). The APA Practice Organization (2011) holds a similar view regarding the need for dual parental consent, explicitly advising clinicians to request informed consent of both parents in cases where he or she is “initiating treatment of children in high-conflict families or in instances where parents are undergoing separation or divorce” (p. 3). Other experts strongly agree with this position (Hecker & Sori, 2010; Koocher, 2008; Tyson et al., 2004).

The AFCC guidelines (2010) also support the premise that clinicians are responsible for understanding “the variety of mechanisms through which court involved families can enter treatment” (p. 5). The reality is that some parents involved in a high-conflict divorce seek treatment for a minor in an effort to improve his or her position in a court case (Doolittle & Deutsch, 1999). It is arguable that a clinician has an ethical obligation to explain the reasons why the involvement of the both parents in treatment is most often indicated and to minimally investigate the accuracy of the referring parent’s claims in cases where one parent is initially resistant to involving the another parent while citing reasons such as a poor parent–child relationship on the part of the other parent, an unfavorable view of therapy on the part of the other parent, or that the other parent “does not care” or has been neglectful of the child. In these situations, a clinician may wish to offer to contact the other parent in an effort to secure their support and to assess the accuracy of the referring parent’s concerns.

Clinical Considerations

Argument for Including Both Parents in the Informed Consent Process. Regardless of whether a law exists mandating the informed consent of both parents in cases where parents share legal custody, there is universal agreement in the field that sound ethical practice dictates a good faith effort to obtain consent from both parents (AFCC, 2010; Bennett et al., 2006; Hecker, 2010). However, the specific indications for obtaining consent from both parents may not be inherently obvious to clinicians working with this population. By extension, if clinicians are unclear as to the rationale for obtaining informed consent from both parents, it may be difficult to convince a parent who is resistant to including the other parent that this condition is warranted. This may be even further complicated in cases where there is no law that explicitly requires informed consent from both parents. It is also important to note these

principles serve the best interest of the child under circumstances in which one parent has sole legal custody and the other parent, although not legally entitled, is offered the opportunity to provide assent for therapeutic intervention. Thus, a discussion of the rationale behind including both parents in the informed consent/assent process follows.

Bennett and colleagues (2006) note that a failure to include a parent in the informed consent and treatment process could convey the message to the minor that the other parent is not to be trusted. By not giving a parent an opportunity to consent to treatment, the implicit message conveyed to the minor is that little faith exists that the parent in question will act in the minor's best interests if aware of this medical decision.

Legitimate concerns can be raised regarding the actions of a clinician truly reflecting a minor's best interest if they subscribe to the unilateral narrative presented by the referring parent without at least minimally assessing the accuracy of that narrative and without minimally exploring the parents' capacity to reach a consensus regarding the treatment process. For example, if the referring parent's negative view of the other parent is not accurate, then the therapist in such a case is arguably complicit in perpetuating a negative and distorted view of the other parent. Under such circumstances, any clinician would be hard pressed to demonstrate adherence to the ethical decision making principles of beneficence and nonmaleficence (Beauchamp & Childress, 2001). Perhaps less obvious, but arguably more destructive for minors in cases where therapy is undertaken with the consent of only one parent, is the child being required to keep therapy "a secret" from the other parent. While minors of high-conflict parents often struggle with divided loyalties, the "push-pull" dynamics, and possible secrets that exist between parents, it is likely countertherapeutic to have the foundation of their individual therapy experience rest on a secret they are either explicitly or implicitly

asked to keep.

The time of referral also represents an opportunity for a clinician to help "de-triangulate" parents in conflict by mandating that they both participate in the treatment process (Hecker, 2010). If clinicians accept at face value a parent's preference to not include the other parent due to a history of parental conflict, perceived non-involvement, or negative influence of the other parent, that clinician may perpetuate or even increase the climate of distrust and conflict between the parents. In these cases, within reason, the clinician may want to attempt to demonstrate more faith in the parents' ability to act in the minor's best interests than the parents themselves have at the time they present for therapy. When presenting a rationale for conjoint informed consent from parents referring their child for treatment who are initially hesitant or resistant to this process, one may wish to specifically cite longitudinal research by Ahrons (2007) that clearly demonstrates the positive impact a cooperative co-parenting environment can have for the short-term and long-term adjustment of minors. In the majority of cases, one may find that parents who initially doubt their own capacity to work productively together are, in fact, able to jointly support their child's therapy experience, and this unquestionably leads to better treatment outcomes. If a minor is exposed to

tension or conflict between parents in the process of having them involved in treatment, Ahrons (Psychotherapy.net, 1994) argues that (a) the minor has likely seen similar and more intense conflict between the parents before in the home and (b) the conflict or tension that does occur in the minor's presence in therapy can be more effectively managed, contained, and understood with the aid of the treating clinician.

Another argument in favor of obtaining informed consent from both parents is that in doing so, clinicians are more likely to avoid receiving any type of "cease and desist" letter from either the non-consenting parent or their legal counsel after treatment has commenced. In any such circumstance, the clinician who is operating from a risk management perspective is strongly advised to immediately stop treatment and recommend that the referring parent obtain a court order for treatment (Bennett et al., 2006). Nevertheless, even if such an order can be obtained, there will most likely be a disruption to the treatment process. It may also create an unpleasant experience for the minor who may have to explain and/or justify to a parent why treatment was undertaken without his or her awareness. A more likely potential outcome, however, is that the minor will experience an immediate and premature termination of therapy possibly resulting in feelings of abandonment, betrayal, and unresolved emotions pertaining to clinical work that has not adequately been addressed (Barnett, MacGlashan, & Clarke, 2000). Such a negative formative experience in therapy may also discourage a minor from pursuing mental health

services in the future.

Finally, in cases where parents of a minor are engaged in high conflict, it is likely that the treatment experience will at some point involve a discussion of the minor's experience of such parental acrimony. Even in cases where the referral question may not directly pertain to an aspect of the divorce, separation or strained co-parenting dynamic, the minor's feelings and experience of the conflict will likely warrant at least minimal attention in therapy—as these factors could represent a source of stress related to the presenting concern. In circumstances where the minor presents material that may benefit from processing with one or both parents, any prognosis for positive parental involvement in treatment would be guarded if the parent in question were approached only after treatment has already commenced. Further, a clinician would not want to limit the scope of treatment or avoid potentially important therapeutic concerns due to a hesitation or reluctance of including a parent who has not previously consented to treatment. For these combined reasons, therefore, it seems reasonable and clear that any clinician working with minors of parents in high conflict

may wish to obtain informed consent from both parents.

Circumstances Where the Informed Consent of the Referring Parent Alone May be Indicated. The decision to treat a minor of divorced or separated parents without the consent of both parents must be carefully considered with the burden resting upon the clinician to demonstrate why obtaining the informed consent of only one parent is in the minor's best interest. Clear documentation of the

clinician's thinking behind the decision and consultation with colleagues would seem to be a necessary part of the decision-making process from a risk management perspective (J. Youngren, personal communication, March 12, 2012). In states where the law does not explicitly mandate joint informed consent of parents for treatment of a minor, clinicians will have some latitude in deciding who to involve in treatment. Clinical experience in combination with a review of the limited discussion of this topic to date reveals at least four circumstances where excluding a parent in the informed consent process may be indicated.

One circumstance in which a clinician might consider treating a minor without informed consent from both parents is when the referring parent produces a court order for treatment. For example, when divorced or separated parents who share custody differ in their view of a need for treatment and cannot reach a conciliatory stance through informal discussions, a clinician may advise the parent who seeks treatment to obtain a court order for such treatment. The merits for and against pursuing treatment will then be thoroughly weighed by the court. From a risk management perspective, a court order for treatment will provide a solid foundation from which to embark upon treating a minor in the absence of consent from both parents (Bennett et al., 2006). However, under these circumstances, the minor is at risk of experiencing a strained or negative treatment experience if the non-consenting parent is forced to grudgingly accept the court's decision. In these cases, the clinician must carefully weigh the benefits of obtaining treatment against the risk of pursuing treatment without the full support of both parents (Bennett et al., 2006).

A second circumstance in which treating a minor without the informed consent of both parents might occur are cases where there is a history of abuse and/or neglect. By definition, a parent who is abusive or neglectful is not acting in the best interest of their child. These parents may therefore forfeit the right to provide consent for the minor's treatment by virtue of their abusive and/or neglectful parenting behaviors (Kuther, 2003). This is not to suggest that family therapy designed to improve parenting skills and/or to address ruptures between caretakers and minors due to abuse or neglect may not be helpful or indicated. To the contrary, these efforts appear to hold promise (Herschell & McNeil, 2007). However, potentially re-traumatizing children who need treatment by forcing the involvement of parent who has been abusive or neglectful and whom the minor fears seems contrary to the ethical principles of nonmaleficence and beneficence (Beauchamp & Childress, 2001). While clinicians in these situations are advised to obtain documentation of abuse (e.g., a copy of a family services evaluation where abuse is supported), such formal documentation in these cases is often unavailable. Therefore, a clinician must weigh the risks and benefits of providing or withholding treatment under these circumstances, and any ultimate decision regarding how to proceed would require sufficient case file documentation to protect the clinician's decision-making process and defend it if necessary. Peer consultation with a professional of equal or more education, training, and experience

may also provide additional protection for the clinician from a legal risk management perspective.

Another situation that occurs with some frequency is when parents share legal custody but, in practice, only one parent has been involved in caretaking decisions for an extended period of time following the divorce. These situations often occur when a parent relocates to another state or country following a divorce or separation. Braver, Ellman, and Farbricius (2003) have documented a range of negative effects that parental relocation can have upon the quality of relations between parents and children when they are separated by considerable geographic distance, and a loss of both "social capital" (i.e., social supports of relatives and friends) and resources frequently follows (Austin, 2008). In these cases, a good faith effort to contact the noncustodial parent to obtain consent is reasonable based on the factors previously outlined.

However, denying a minor treatment due to a lack of responsiveness on the part of a non-custodial parent may not be justified. Although claims made by a referring parent and/or minor for not including the other parent may include assertions regarding a lack of contact information for the noncustodial parent, a lengthy absence of contact with the noncustodial parent, allegations of alcohol or substance abuse on the part of the noncustodial parent, or a lack of knowledge regarding the whereabouts of the other parent, the most ethical approach in reaching each decision to provide treatment should be made on an individual basis with careful consideration afforded to the need for treatment, reasons for referral, and both the maturity-level and expressed preferences of the minor.

Another situation in which a clinician might consider providing treatment to a minor without informed consent from both parents is when a minor refuses to obtain treatment if the noncustodial parent is in fact informed and/or included, and the minor is in sufficient distress or crisis to necessitate intervention. In such circumstances, minors may report previous treatment failures involving the noncustodial parent and/or a history of malignant parental involvement in the minor's scholastic, medical, and/or extracurricular pursuits. Parents engaged in chronic and acrimonious conflict may also have a personality disturbance that directly contributes to the negative co-parenting climate (Lebow & Uliaszek, 2010). While one might question the motivation for a parent to engage in such a disruptive pattern of behavior while continuing to share legal custody of the minor, many families do not possess the financial resources to litigate disputed custody matters in court. Questions arise under such circumstances regarding the propriety of a clinician's refusal to treat a minor in need of treatment due to a concern regarding legal liability and/or the potential filing of a licensing complaint generated by the noncustodial parent. In

the case where there is a legal mandate to obtain informed consent of both parents, referring the matter back to court for resolution seems the most prudent course of action. But circumstances can be more ambiguous for clinicians in states where no such mandate exists. At a minimum, clinicians who choose to treat a minor in these circumstances should clearly document the reasons for pursuing the course of action and

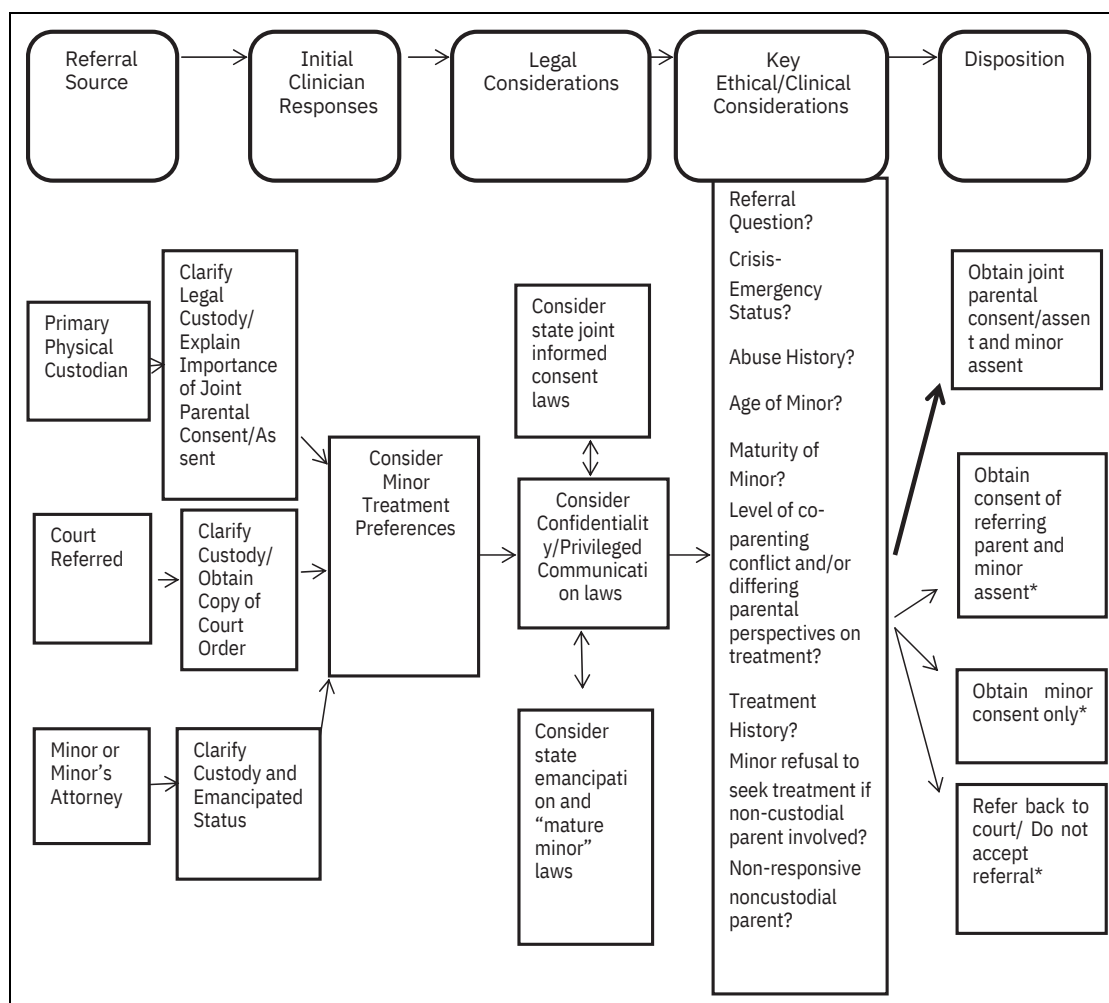


Figure 1. Decision-tree model for obtaining informed consent for treating minors of parents engaged in high conflict. *Special clinical circumstances.

consult with colleagues, guidelines of professional organizations, and/or state licensing boards regarding the best course of action. In most states, however, a precedent likely exists whereby a medical care provider may treat a minor in a circumstance where requiring parental consent would discourage the minor from receiving treatment (Behnke & Hilliard, 1998).

Decision-Tree Model and General Recommendations

This article has attempted to illustrate the potential complexity of obtaining informed consent for the treatment of minors whose parents are engaged in high conflict. As Figure 1 demonstrates, referrals can originate from a variety of sources and initial responses from clinicians to requests for treatment are variable and critical. Several ethical, legal, and clinical considerations factor into decisions of whether it is in the minor's best interest to accept a particular referral and, if so, who should provide consent for any potential treatment. A lack of foresight and awareness of the challenges inherent in working with this population will likely not form the basis of a sufficient defense

against licensing complaints, civil liability, and client dissatisfaction with treatment. As is the case in virtually all challenging and rewarding treatment experiences, a substantial amount of the decision-making process will rely upon the clinician's judgment and ethical sensibilities.

As is described above, there are no simple answers or "rules of thumb" to be applied to the complex referrals stemming from high-conflict families. However, clinicians may wish to rely on the following decision-tree model as a framework for reaching ethically, legally, and clinically sound decisions pertaining to an informed consent process that is ultimately aimed at securing the minor's best interest. Beyond this overarching aim, it is hoped that the recommendations listed below will lead to better treatment outcomes. Clinicians may wish to consider the following:

At the time of referral, clarify the legal and physical custody status in addition to the specific referral concerns. Pay specific attention to the referring parent's disposition toward the noncustodial parent and, more

specifically, the referring parent's openness to including included reference to several important principles described the noncustodial parent in the informed consent and above such as (a) communicating to the child a level of trust treatment process. Be prepared during the initial contact between parents, (b) avoiding the creation of secrecy among to provide a rationale for why informed consent from family members, (c), creating an attempt to defuse potential both parents is typically indicated. Include in your out- additional parental conflict, (d) combining support of both patient services agreement your default position of parents serving the child's best interests relevant to treatment obtaining informed consent from both of divorce/sepa- outcome, (e) facilitating an attempt to avoid premature termina- rated parents when working with minors. tion, and (f) providing the child with the opportunity to be more In cases where the referring parent and/or minor resists open and to more fully discuss areas of concern. As a result of including the noncustodial parent in the informed con- this discussion Mrs. Smith, although reluctant to initiate contact sent and treatment process, carefully assess the reasons herself, provided full contact information of her ex-husband. for this resistance and politely but firmly challenge Mr. Smith was contacted and agreed to consent to treatment after rationales for exclusion that appear to fall short of the a detailed discussion regarding informed consent and the princi- exceptions previously outlined. Obtain appropriate ples described above. The next step involved seeking assent documentation of legal custody status, court orders for from Jonathan for his involvement in treatment. During this con- treatment, and, if indicated, abuse/neglect. Be prepared version, similar considerations were discussed with an empha- to make a good faith effort to contact a noncustodial par- sis on Jonathan's autonomy and the value of his involvement in ent who may have relocated or historically been less treatment while avoiding the emotional burden of a loyalty bind. involved in medical decision making. Document these Armed with both a framework for assessing referrals and a efforts in the case file. Avoid the temptation to initiate keen grasp of the complexities associated with treating minors treatment prior to contacting the other parent unless the of parents engaged in high conflict, perhaps more clinicians minor is in crisis and in need of urgent care. Remain will be open to working with this population. While it may open to referring the matter back to court for be easier for a clinician to simply refuse to treat the most clarification and/or a court order for treatment. challenging families, the opportunity to help a minor and In cases where the clinician considers providing treat- family through an extremely difficult period can be extremely ment with the informed consent of only one parent or the rewarding and beneficial to all. minor alone, consult with colleagues and experts in the field before embarking on this course of action. Clearly Declaration of Conflicting Interests document these consultations and reasons for pursuing The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to this course of action in the case file. the research, authorship, and/or publication of this article.

Elements of Figure 1 are exemplified in the case narrative that Funding follows. Jonathan Smith is a 15-year-old male of divorced The author(s) received no financial support for the research, author- parents who was referred by his mother for individual outpatient ship, and/or publication of this article. counseling. Mrs. Smith reported Jonathan had been experiencing frequent episodes of acute anxiety including panic attacks char- Note acterized by dizziness, shortness of breath, elevated heart rate, 1. In Massachusetts, minors obtain emancipated status through an and a fear of dying. Jonathan had been experiencing panic order of the Probate and Family Court. attacks for the past 3 months following his parents' divorce resulting in an intermittent inability to attend school for up to References 2 days at a time. Upon clarifying legal and physical custody AFCC Court-Involved Therapist Task Force. (2010). Guidelines for status, Mrs. Smith acknowledged a marital history characterized court-involved therapy. Association of Family and Conciliation by high conflict, frequent arguing, and differences in parental Courts. Retrieved from <https://www.afccnet.org/Portals/0/Public-decision-making/Docs/Guidelines/GuidelinesforCourtInvolvedTherapyAFCC.pdf> with her ex-husband, Mr. Smith, although her son's primary residence was in her home. When describing the custody of her son, Ahrons, C. R. (2007). Family ties after divorce: Long-term implications. Mrs. Smith expressed a strong preference to not involve her sons for children. Family Process, 46, 53-65. ex-husband in the intake and informed consent process. Upon Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health inquiry into Mrs. Smith's rationale, she reported ongoing obstac- care treatment and research. Social Science & Medicine, 65, 2272-2283. level of ongoing hostility on his part. She also cited ongoing Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of difficulties in Mr. Smith's relationship with Jonathan characterized by emotional volatility, an authoritarian parenting style, and Therapy, 15, 23-38. the Amato and Keith (1991) meta-analysis. Journal of Family disparagement of the mother. In response, Mrs. Smith was American Association of Marriage and Family Therapists. (2012). informed of the general expectation and value of including Code of ethics. Retrieved from [http://www.aamft.org/imis15/con-](http://www.aamft.org/imis15/con- Mr. Smith in the informed consent process. This conversation tent/legal_ethics/code_of_ethics.aspx)

- American Association for Marriage and Family Therapy. (2012). Code of Ethics. Retrieved from http://www.aamft.org/imis15/Content/Legal_Ethics/Code_of_Ethics.aspx
- American Counseling Association. (2005). ACA code of ethics. Retrieved from <http://www.counseling.org/resources/codeofethics/TP/home/ct2.aspx>
- American Psychological Association. (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- APA Practice Organization. (2011, Winter). Working with children and adolescents. Good Practice. Washington, DC: American Psychological Association.
- Austin, W. G. (2008). Relocation, research, and forensic evaluation, part 1: Effects of residential mobility on children of divorce. *Family Court Review*, 46, 137–150.
- Barnett, J. E., MacGlashan, S. G., & Clarke, A. J. (2000). Risk management and ethical issues regarding termination and abandonment. In L. Vandecreek & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book*, Vol. 18 (pp. 231–245). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Beamish, P. M., Navin, S. L., & Davidson, P. (1994). Ethical dilemmas in marriage and family therapy: Implications for training. *Journal of Mental Health Counseling*, 16, 129–142.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Behnke, S., & Hilliard, J. (1998). *The essentials of Massachusetts mental health law: A straightforward guide for clinicians of all disciplines*. New York, NY: W. W. Norton.
- Bennett, B., Bricklin, P., Harris, E., Knapp, S., VandeCreek, L., & Younggren, J. (2006). *Assessing and managing risk in psychological practice: An individualized approach*. Rockville, MD: The Trust.
- Boonstra, H., & Nash, E. (2000). Minors and the right to consent to health care. The Guttmacher Report on Public Policy, 3. Retrieved from <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/03/4/gr030404.html>
- Braver, S. L., Ellman, I. M., & Farbricus, W. B. (2003). Relocations of children after divorce and children's best interests: New evidence and legal considerations. *Journal of Family Psychology*, 17, 206–219.
- Brody, J. L., & Waldron, H. B. (2000). Ethical issues in research on the treatment of adolescent substance abuse disorders. *Addictive Behaviors*, 25, 217–228.
- Broome, M. E., & Stieglitz, K. A. (1992). The consent process and children. *Research in Nursing and Health*, 15, 147–152.
- Croxtan, T., Churchill, S., & Fellin, P. (1988). Counseling minors without parental consent. *Child Welfare*, 67, 3–14.
- Doolittle, D. B., & Deutsch, R. (1999). Children and high-conflict divorce: Theory, research, and intervention. In R. M. Galatzer-Levy & L. Kraus (Eds.), *The scientific basis of child custody decisions* (pp. 425–440). New York, NY: John Wiley.
- Ellis, E. M. (2009). Should a psychotherapist be compelled to release an adolescent's treatment records to a parent in a contested custody case? *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 557–563.
- English, A., & Ford, C. (2004, March/April). The HIPAA privacy rules and adolescents: Legal questions and clinical challenges. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 80–86.
- Fidnick, L., Koch, K., Greenberg, L., & Sullivan, M. (2011). Association of family and conciliation courts white paper guidelines for court-involved therapy: A best practice approach for mental health professionals. *Family Court Review*, 49, 557–563.
- Fincham, F. D., Grych, J. H., & Osborne, L. N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, 176–189.
- Forehand, L., & Ciccone, J. R. (2004). The competence of adolescents to consent to treatment. In L. T. Flaherty (Ed.), *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies*, Vol. 28 (pp. 5–27). Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Greenberg, S., Gould, J., Gould-Saltman, D., & Stahl, P. (1998). Is the child's therapist part of the problem? What judges, attorneys, and mental health professionals need to know about court-related treatment for children. *Family Law Quarterly*, 37, 241–271.
- Grisso, T., & Vierling, L. (1978). Minors consent to treatment: A developmental perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9, 412–427.
- Gustafson, K. E., & McNamara, J. R. (1987). Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists. *Professional Psychology Research and Practice*, 18, 503–508.
- Haslam, D. P., & Harris, S. M. (2004). Informed consent documents of marriage and family therapists in private practice: A qualitative analysis. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 359–374.
- Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, PL. 104-191, 110 Stat. 1936.
- Hecker, L., (Ed.). (2010). *Ethics and professional issues in couple and family therapy*. New York, NY: Routledge.
- Hecker, L., & Sori, C. F. (2010). Ethics in therapy with children in families. In L. Hecker (Ed.), *Ethics and professional issues in couple and family therapy* (pp. 51–70). New York, NY: Routledge.
- Hendricks, B. E., Bradley, L. J., Southern, S., Oliver, M., & Bird-sall, B. (2011). Ethical code for the International Association of Marriage and Family Counselors. *The Family Journal*, 19, 217–224.
- Herschell, A. D., & McNeil, C. D. (2007). Parent-child interaction therapy with physically abusive families. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behavior*. (3rd ed., pp. 234–267). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Horowitz, R. M., & Davidson, H. A., (Eds.). (1984). *Legal rights of children*. Colorado Springs, CO: McGraw-Hill.
- Johnston, J. R., & Campbell, L. E. (1988). *Impasses of divorce: The dynamics and resolution of family conflict*. New York, NY: Free Press.
- Juvenile Rights Advocacy Project. (2006). *Consent to medical treatment by minors in Massachusetts: A guide for practitioners*. Retrieved from www.bc.edu/content/dam/files/schools/law_sites/jrap/pdf/jrap_medical_consent.pdf
- Kaplan, D., & Culkin, M. (1995). Family ethics: Lessons learned. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 3, 335–338.
- Koocher, G. (2008). Ethical challenges in mental health services to children and families. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1247–1256.

- Koocher, G. P., & Keith-Spiegel, P. C. (1990). *Children, ethics, and the law: Professional issues and cases*. Lincoln, England: University of Nebraska Press.
- Kuther, T. L. (2003). Medical decision-making and minors: Issues of consent and assent. *Adolescence*, 38, 343–358.
- Lambert, V., & Glacken, M. (2011). Engaging with children in research: Theoretical and practical implications of negotiating informed consent/assent. *Nursing Ethics*, 18, 781–801.
- Lawrence, G., & Kurpius, S. E. (2000). Legal and ethical issues involved when counseling minors in nonschool settings. *Journal of Counseling & Development*, 78, 130–136.
- Lebow, J. (2003). Integrative family therapy for disputes involving child custody and visitation. *Journal of Family Psychology*, 17, 181–192.
- Lebow, J. L., & Uliaszek, A. A. (2010). Couples and family therapy for personality disorders. In J. J. Magnavita (Ed.), *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes* (pp. 193–221). Washington, DC: American Psychological Association.
- Legal Information Institute. (2012). Emancipation of minors laws. Retrieved from http://www.law.cornell.edu/wex/table_emancipation
- Massachusetts General Laws. Chapter 112 Section 12F. (2013). Retrieved from <http://www.malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/PartI/TitleXVI/Chapter112/Section12f>
- Massachusetts General Laws. Chapter 208 Section 31. (2013). Retrieved from <http://www.malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/PartII/TitleIII/Chapter208/Section31>
- Massachusetts General Laws. Chapter 123 Section 10. (2013). Retrieved from <http://www.malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/PartI/TitleXVII/Chapter123/Section10>
- National Association of Social Workers. (2008). Code of ethics of the National Association of Social Workers. Retrieved from <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>
- Onedera, J. D. (2006). Integrative multilevel family therapy for disputes involving child custody and visitation (IMFT-DCCV): An interview with Jay Lebow. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14, 441–448.
- Psychotherapy.net. (Producer). (1994). *Making divorce work: A clinical approach to working with the binuclear family* [DVD]. Available from Guildford Press.
- Rigazio-DiGillio, S. A. (1999). Ethics and family therapy: Working within a constructive, eco-systemic paradigm. *Guidance and Counseling*, 14, 22–28.
- Tyson, L. E., Perusse, R., Whitledge, J., Bergin, J. J., Hatch, T., & Hermann, M. (2004). Chapter 16: Informed consent for minors: Why do you have my son in therapy? In L. E. Tyson, R. Perusse, J. Whitledge, J. J. Bergin, T. Hatch, & M. Hermann (Eds.), *Critical incidents in group counseling* (pp. 99–106). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Weisleder, P. (2007). Inconsistency among American states on the age at which minors can consent to substance abuse treatment. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, 317–322.

Ethical and Legal Considerations When Obtaining Informed Consent for Treating Minors of High-Conflict Divorced or Separated Parents

1

David Shumaker and David Medoff

שיקולים אתיים ומשפטיים בעת קבלת הסכמה מדעת לטיפול בקטינים להורים גרושים בסכסוך גבוה או הורים פרודים

Shumaker, D., & Medoff, D. (2013). Ethical and Legal Considerations When Obtaining Informed Consent for Treating Minors of High-Conflict Divorced or Separated Parents. *The Family Journal*, 21(3), 318–327.

<https://doi.org/10.1177/1066480713478786>

תקציר

קבלת הסכמה מדעת לטיפול בילדים שהוריהם נמצאים בסכסוך קשה גרושים או פרודים הינה היבט ראשוני ומתמשך מכריע בתהליך הטיפול, המחייב להכיר שיקולים אתיים ומשפטיים. הורים במקרים אלו חלוקים לרוב בדעותיהם לגבי הצורך בטיפול, בחירת נותני הטיפול ו/או מטרות הטיפול שלהם. הורה אחד או הקטין בעצמו יבקשו פעמים רבות שההורה השני לא יהיה מעורב בטיפול. כדי להימנע מתוצאות טיפול שליליות, תלונות ו/או אחריות, מטפלים זקוקים למשאבים שמהם ניתן לקבל מידע קריטי על תהליך ההסכמה מדעת. מאמר זה מספק סקירה של שיקולים אלו ומודל עץ החלטות לקבלת הסכמה מדעת בעבודה עם משפחות מורכבות אלו.

גירושין ופרידה בעימותים קשים יוצרים שורה של גורמי לחץ פסיכו-סוציאליים לכל המעורבים (Amato, 2001; Doolittle, 1999; Deutsch, 1999; Fincham, Grych & Osborne, 1994). ילדים שהוריהם נמצאים בקונפליקט גדול עשויים ליהנות במיוחד משירותי תמיכה טיפולית בזמן גירושין או פרידה ולאחר מכן (Lebow, 2003; Onedera, 2006). עם זאת, הניסיון והצרכים (Johnston & Campbell, 1988) הטיפוליים של הילד הם לרוב מורכבים ומסובכים בשל חוסר אמון ומאבקים של ההורים הגדרה ברורה של "הלקוח" והאדם או האנשים שצריכים להסכים לטיפול, לקבוע את מטרות הטיפול ויקבלו גישה משפטית למידע הטיפולי הופכת להרבה יותר מסובכת במקרים שבהם להורים יש יחסים קשים. יתר על כן, מומלץ למטפלים מנקודת Behnke & Hilliard, 1998; Hecker (2010); Koocher & Keith-Speigel, 1990). הסכמה מדעת של שני ההורים (Fidnick, Koch, Greenberg) למטפל (Sullivan, 2011).

בעוד שהורים רבים המעורבים בסכסוך קשה עשויים לחלוק משמורת משפטית, ייתכן שיש להם דעות שונות בתכלית לגבי הצורך בטיפול, הסיבות ל הפניה ו/או בחירת נותן הטיפול, וזה יכול להוביל למקרים שבהם הורה אחד פונה לקבלת טיפול בקטין ללא ידיעת ההורה השני (Hecker & Sori, 2010). בפנייה כזו, ההורה עשוי לעיתים קרובות לציין היסטוריה של קונפליקט גבוה, הזנחה ו/או התעללות מצד ההורה האחר, טיפולים שנכשלו ו/או יחסים מתוחים בין ההורה האחר לילד כגורם מספיק להתקדם ללא מעורבות ההורה האחר.

מקובל גם שקטינים במקרים אלו מבקשים שאחד ההורים או אפילו שני ההורים לא ישתתפו בטיפול מסיבות דומות. בקשות אלו יכולות להוות את הקרקע לחילופי דברים לא מספקים ברגעים שלאחר המגע הראשוני בין מטפל ללקוח פוטנציאלי, במיוחד אם המטפל אינו יכול לספק רציונל משכנע מדוע תמיכה משולבת משני ההורים היא לרוב מצוינת בטיפול.

מסיבה זו בלבד, התהליך של קבלת הסכמה מדעת מהורים מסוכסכים והסכמת ילדיהם יכול להיות הרבה יותר מורכב מאשר במקרים שבהם מבוגר בודד או אפילו הצעיר במשפחה שלמה מגיע לטיפול (Beamish, Navin, & Davidson, 1999; Harris, 2004; Rigazio-DiGillio, 1999; Haslam, 1994).

מעבר לסוגיית הסכמת ההורים, יש לשמוע את קולו של הקטין המופנה לטיפול גם אם הסכמה מדעת אינה נדרשת על פי חוק (Alderson, 2007; Kuther, 2003). ילדים הזקוקים לשירותים טיפוליים עשויים להימנע מלכתחילה מלבקש עזרה או לפרוש בטרם עת מהטיפול כאשר הטיפול מתנהל באקלים של חוסר אמון וקונפליקטים של ההורים (Fellin, 1988). בנוסף, בשל נאמנויות ממשיות או פוטנציאליות, חלק מהילדים המופנים לטיפול בהקשר של קונפליקט הורי גבוה מסרבים לדון ברגשותיהם בנוגע לקשר ההורות המשותף ולחששות משפחתיים אחרים. זה עלול להתרחש למרות הבטחות חוזרות ונשנות של המטפל ו/או שני ההורים לגבי האופי החסוי של גילויי הקטין בטיפול. לפיכך, קטינים בנסיבות מצערות אלו נוכחים בגוף אך לא ברוחם במהלך שעת הטיפול. כפיית טיפול על קטין שאינו במצוקה חריפה ושמרגיש סיכון, משמעותי בהשתתפות בטיפול עשויה להיות בניגוד לכללי אתיקה של טובת הנאה ואי כפיה (Beauchamp & Childress 2001). מערך הגורמים המסובך הזה יכול להוביל לאירוניה מצערת מאוד בכך שמי שאולי זקוק לתמיכה הכי הרבה לא מקבל טיפול, חווה חוויה טיפולית שלילית, שותק בטיפול או נאבק למצוא מטפל מוכשר בגלל כוחות חיצוניים. רופאים שיש להם את האומץ לעבוד עם משפחות מאתגרות אלו מגדילים מאוד את הסיכויים לתוצאה חיובית אם הם מודעים לחוקים הרלוונטיים, להנחיות האתיות לפרקטיקה המקובלת והן למלכודות הקשורות לחברה.

מאמר זה מרחיב את הדיון האחרון בנושאים אלה (ראה: Ellis, 2009; Hecker, 2010; Kaplan & Culkin, 1991- Tyson et al., 2004);

על ידי מתן אפשרות למטפלים באמצעות מודל עץ ההחלטות להגיע לעמדות משפטיות, אתיות וניתנות להגנה קלינית הרלוונטיות לתהליך הסכמה מדעת. תשומת לב מיוחדת ניתנת לחשש הספציפי לגבי מי נותן הסכמה מדעת במקרים בהם הורים מעורבים בסכסוך גבוה ו/או כאשר הורה או קטין מיועדים מתנגדים לערב את ההורה השני.

שיקולים משפטיים

החלטות תקינות קליניות ואתיות לגבי הסכמה לטיפול בקטינים מבוססות על הבנה של החוק הפדרלי, חוקי המדינה, חוקים ותקנות רלוונטיים ופסיקה (Behnke & Hilliard, 1998). כצעד ראשון בקבלת החלטות נכונות הן מבחינה משפטית והן מבחינה אתית בנוגע להסכמה לטיפול, מומלץ למטפלים לבדוק בחוקי המדינה שבה הם עוסקים בנושא בריאות הנפש, גירושין ויחסי בית, סודיות ותקשורת חסוי והגנה על ילדים. (איגוד בתי המשפט למשפחה ופיוס [AFCC]; קבוצת עבודה של מטפלים המעורבים בבתי המשפט, 2010). הבנת הן ההגדרה של משמורת משפטית משותפת והן את הסטנדרטים המינימליים לקבלת הסכמה מדעת לטיפול בקטינים היא קריטית לתהליך זה. במסצ'וסטס, למשל, "משמורת משפטית משותפת" מוגדרת כ"אחריות הדדית מתמשכת ומעורבות של שני ההורים בהחלטות חשובות הקשורות לרווחת הילד, לרבות עניינים של חינוך, טיפול רפואי ורגשי, מוסרי ודתי" (מסצ'וסטס). חוקים כלליים פרק 208 סעיף 31, 2013). עם זאת, (Behnke and Hilliard (1998, p. 167 מציינים בתוקף כי "אין חובה לשאול על משמורת כאשר הורה מביא לך ילד ואינך נדרש לקבל הסכמה מדעת של שני ההורים לפני שתתחיל לטפל". לכן, אלא אם כן למטפל יש סיבה לחשוד שההורה המגיע עם קטין לטיפול אינו האפוסטרופוס החוקי, חוק מסצ'וסטס אינו מחייב הסכמה מדעת משותפת מההורים כדי שקטינים יקבלו טיפול. עמדה זו נראית מייצגת את המדינה כולה (Hecker & Sori, 2010). עם זאת, ישנם חריגים שבהם חוק המדינה APA מחייב את הסכמת שני ההורים לטיפול אם קיימת משמורת משפטית משותפת על פי הוראת בית המשפט (Practice Organization, 2011). לכן, מומלץ מאוד ל מטפלים להיות מודעים לסטנדרטים המשפטיים המינימליים של המדינה שבה הם נוהגים לקבל הסכמה מדעת לטיפול בקטינים שהוריהם חולקים משמורת משפטית משותפת.

תחום שני שמטפלים צריכים להכיר כולל את גיל הבגרות, האמנציפציה וחוקי "קטינים בוגרים", שכל אחד מהם מתואר ביתר פירוט להלן. כמו כן, הכרחי לדעת את ההבדל בין הסכמה משפטית להסכמה. במונחים כלליים, הסכמה מתייחסת לאישור מרצון של אדם להשתתף בטיפול או מחקר, בעוד שהסכמה משפטית מתייחסת לתהליך מורכב יותר הקשור ליכולת לקבל החלטות משפטיות שבאמצעותן חושבים שהפרט מעריך את המידע עבור המטרה להגיע להסכמה. החלטה מושכלת (Lambert & Glacken, 2011)

היסטורית, אנשים מתחת לגיל 12 נחשבים לבעלי היכולות הקוגניטיביות להסכים רק לטיפול, כאשר גיל ההסכמה המשפטית המינימלי בכל המדינות נע בין 12 ל-19 שנים (Alderson, 2007). רוב המדינות, כולל מסצ'וסטס, מזהות את גיל הבגרות כבן 18. בהגיעו לגיל הבגרות, ההנחה היא שהאדם הוא בעל היכולות הקוגניטיביות לספק הסכמה מדעת בצורה מוכשרת.

עם זאת, ישנו מספר גדול והולך של ספרות המצביע על כך שבני 14 או 15 אינם שונים באופן ניכר ממבוגרים ביכולתם לקבל החלטות מוסמכות להסכמה מדעת (Forehand & Ciccone, 2004; Grisso & Vierling, 1978; Gustafson & McNamara, 1987).

בנסיבות מיוחדות, לפיכך, החוק מאפשר למתבגרים מתחת לגיל 18 להסכים לטיפול נפשי ללא הסכמת ההורים. גורמים הנחשבים לעתים קרובות בעת יצירת חוקים אלה כוללים את חוסר המעשיות של קבלת הסכמת הורים, יכולתו של הקטין להבין את הטיפול המוצע ואת האופי המועיל של הטיפול המוצע (Weisleder, 2007). מספר מדינות נותנות לקטינים סמכות מפורשת להסכים לשירותי בריאות הנפש בחוץ (Boonstra & Nash, 2000) וכן לשירותי מניעת שימוש בסמים (Weisleder, 2007). לפיכך, חובה שהמטפל יבין את הנסיבות שבהן עשוי קטין להסכים לטיפול נפשי ללא הסכמת הורה, משום שהעדפתו המוצהרת של הקטין לגבי איזה הורה או הורים מעורבים בטיפול עשויה להוות משקל גבוה יותר בתהליך קבלת ההחלטות.

הבנה של חוקי החיסיון וחריגים לחיסיון ותקשורת מיוחסת בין מטפל ולקוח חיונית גם בעת טיפול בקטינים להורים המעורבים בסכסוך גבוה (Hecker & Sori, 2010). להגדרה ספציפית של הלקוח וההחלטה לכלול אחד מההורים, או אף אחד מהם בדיון על הסכמה מדעת לטיפול, יש השפעה ברורה וישירה לא רק על אופן מבנה הטיפול, אלא גם על הציפיות הנלוות לטיפול. בין כל הצדדים (כלומר, לקוח, הורים ומטפל). הגישה לרישומי טיפול מושפעת ישירות מגורמים אלה, כאשר הורים בעלי עימות גבוה יותר יבקשו רישומי טיפול למטרות משמורת הקשורות לבית המשפט. זה מספק הצדקה משכנעת נוספת למטפל לקבל הבנה ברורה של החוק והאתיקה לגבי סודיות ומידע חסוי (Ellis, 2009). כמו כן, חשוב לציין שהעדכון משנת 2002 לחוק הניידות והאחריות של ביטוח הבריאות משנת 1996 (HIPAA) התווה הגנות נוספות לקטינים המקבלים טיפול, והגנות אלו קשורות ישירות לסוגיות של סודיות וחסיון. English ו-Ford (2004) מתארים את הנסיבות שבהן חוקי הפרטיות של HIPAA מאפשרים לראות קטין כלקוח ה"פרטני" בעל הסמכות האולטימטיבית לחשיפת מידע סודי על טיפול. הנסיבות כוללות בדרך כלל מקרים בהם הקטין זכאי לטיפול ללא אישור הורים עקב מעמד שחרור או שהורה הסכים להסכם סודיות בין נותן שירותי הבריאות לקטין. עם זאת, ישנם מצבים שבהם חוקי הפרטיות של HIPAA שונים מחוקי המדינה, מה שמדגיש עוד יותר את המורכבות של נושאים אלה ואת הצורך של מטפלים לקבל מידע מלא.

שיקולים אתיים

מעבר להיכרות עם התקנות החוקיות הרלוונטיות, מומלץ מאוד למטפלים לעקוב אחר ההנחיות האתיות שנקבעו על ידי (IAMFC) ארגונים שונים לגבי הסכמה מדעת לטיפול. קוד האתיקה של האיגוד הבינלאומי ליועצי נישואין ומשפחה (Hendricks, Bradley, Southern, Oliver, & Birdsall, 2011)

הקוד האתי של האגודה האמריקאית לטיפול בנישואין ומשפחה (AAMFT, 2012), קוד האתיקה של האגודה האמריקאית לפסיכולוגיה (ACA, 2005), האגודה הפסיכולוגית האמריקאית (APA, 2010) עקרונות אתיים של פסיכולוגים ותקנים של קוד ההתנהגות, וקוד האתיקה של האגודה הלאומית של עובדים סוציאליים (NASW, 2008) מציעים מספר עצות מועילות לקבלת הסכמה מדעת בעבודה עם ילדים ומשפחות. מאמצים אלו מתמקדים בעיקר בהתוויית הוראות ותכנים ספציפיים שיש לכלול בהסכמה מדעת לטיפול. קודי האתיקה של (IAMFC 2012) למשל, קובעים:

החברים מודיעים ללקוחות (בכתב אם זה אפשרי) על המטרות והמטרה של הייעוץ, כישורי היועצים, היקף ומגבלות

הסודיות, סיכונים ויתרונות פוטנציאליים של תהליך הייעוץ, וטכניקות והתערבויות ספציפיות, ציפיות סבירות לתוצאות, משך השירותים, עלות השירותים וגישות חלופיות.

קבעו והגדירו באופן ספציפי את הלקוח המזוהה עבור כל בני המשפחה (למשל, הקטין, הורה, המשפחה כולה), השג הסכמה מדעת מוקדם ככל האפשר במערכת היחסים הטיפולית, והבהר את מגבלות החיסיון בין בני המשפחה.

תחומי מיקוד ספציפיים הנחשבים לפי הנחיות IAMFC, AAMFT, ACA ו-APA. אמנם קווים מנחים אלו יכולים להועיל, אך לרוב הם שותקים בכל הנוגע לעבודה עם הורים בעימותים גבוהים וילדיהם. הנחיות AFCC לטיפול מעורב בבית משפט (2010) הן משאב מצוין הזמין למטפלים המחפשים הנחיות אתיות ספציפיות יותר לטיפול בקטינים עם הורים בעלי סכסוך גבוה. הנחיות AFCC מציעות שפע של מידע למטפלים מעבר למה שניתן לסכם בשטח המצומצם כאן. הרלוונטיות ביותר לדיון הנוכחי הן ההמלצות לגבי קבלת הסכמה מדעת לטיפול בקטינים במקרים בהם עלולה להתרחש או כבר התרחשה התערבות שיפוטית. באופן ספציפי, הנחיות AFCC אלה ממליצות למטפלים במקרים הנמצאים בבית המשפט לנקוט בצעדים החשובים הבאים:

א. יש להימנע מלקבל ילד לטיפול מבלי ליידע את שני ההורים, ב. יש לבקש העתקים של צווי משמורת של מסמכי בית משפט או פסקי דין המתעד ים את זכותו/סמכותו של כל הורה לקבל החלטות בנוגע לטיפול והגבלת הגישה של כל הורה להמלצות טיפול, ג. יש לדון בגבולות של מעורבות ההורים והסודיות עם ההורים או האפוסטרופוסים של ילד או נער המעורבים בטיפול. ד. יש לדחות את תחילת מתן השירותים ולהפנות את הלקוח בחזרה לגורם המפנה או לבית המשפט לבירור אם הורה אינו חותם על ההסכמה מדעת או שיש לו חילוקי דעות משמעותיים עם תהליך הטיפול.

בעוד שה- (AFCC 2010) סבור שעמדת ברירת המחדל של מטפלים בילדים ובמשפחות המעורבות בבית המשפט צריכה להיות קבלת הסכמה מדעת של שני ההורים לפני תחילת הטיפול, קיים חריגים כגון הנחיה 6.2 אשר קובעת, במקרים נדירים ודחופים, כמו כאשר יש סיבה חזקה לחשוד בסיכון לבטיחות הילד, מטפל עשוי לקבל ילד לטיפול לפי בקשת הורה. זה אמור להתרחש רק אם לאותו הורה יש סמכות חוקית ברורה להסכים ונעשים מאמצים להודיע להורה השני או לקבל אישור מבית המשפט; עם זאת, המטפל חייב להיות מודע לכך שהחלטה כזו עלולה להגביר את הסיכון לילד ולמטפל עצמו.

אסור למטפלים לראות בהנחיה לעיל אישור גורף לטיפול בקטינים בהסכמת הורה אחד בלבד אף במקרים אלו. אדרבא, נראה כי הכוונה כאן היא למנוע מילדים במצוקה רבה ו/או שישנם חששות בטיחותיים בעיכוב בטיפול עקב מאמצים בלתי צפויים ו/או גוזלים זמן רב לאיתור וקבלת הסכמה מדעת מהמטופל. עם זאת, ההנחה היא כי נעשה מאמץ לקבל הסכמה מדעת של הורה שני במועד תחילת הטיפול.

למעשה, במקרים בהם הורה אחד מבקש ממטפל לטפל בקטין כאשר ההורה השני מסרב להסכים והקטין נחשב לא במשבר, ה-AFCC סבור כי "על המטפל להפנות את הצדדים לבית המשפט". ליישוב הסכסוך בין ההורים, ולאחר מכן להמשיך לפי הנחיות בית המשפט".

שיקולים קליניים

טיועונים לשילוב שני ההורים בתהליך ההסכמה מדעת ללא קשר אם יש חוק המחייב הסכמה מדעת של שני ההורים במקרים בהם ההורים חולקים משמורת חוקית, יש הסכמה אוניברסלית בעניין זה פרקטיקה אתית טובה מכתובה מאמץ בתום לב להשיג הסכמה משני ההורים (AFCC, 2010; Bennett et al., 2006; Hecker, 2010). עם זאת, ייתכן שהאינדיקציות הספציפיות לקבלת הסכמה משני ההורים אינן ברורות מטבען למטפלים העובדים עם אוכלוסייה זו. בהרחבה, אם למטפלים לא ברור הרציונל לקבלת הסכמה מדעת משני ההורים, ייתכן שיהיה קשה לשכנע הורה סרבן שמצב זה מוצדק. הדבר עלול להסתבך עוד יותר במקרים בהם אין חוק המחייב במפורש הסכמה מדעת של שני ההורים. כמו כן, חשוב לציין כי עקרונות אלו משרתים את טובת הילד בנסיבות שבהן לאחד ההורים יש משמורת חוקית בלעדית ולהורה השני, למרות שאינו זכאי על פי חוק, מוצעת האפשרות להסכים להתערבות טיפולית. לפיכך, נדון ברציונל לכלול את שני ההורים בתהליך הסכמה מדעת/הסכמה.

בנט ועמיתיו (2006), מציינים שאי-שילוב הורה בתהליך הטיפול וההסכמה מדעת עלול לשלוח לילד את המסר שלא ניתן לסמוך על ההורה השני. בכך שלא נותנים להורה את האפשרות להסכים לטיפול, המסר המרומז לילד הוא שקיימת אמונה מועטה שההורה המדובר יפעל לטובת הילד אם ייודע לו על החלטה טיפולית זו.

ניתן להעלות חששות לגיטימיים לגבי פעולותיו של מטפל המשקפות באמת את טובתו של הקטין אם הוא מצטרף לעמדה החד-צדדית שמוצגת על ידי ההורה המפנה מבלי להעריך לפחות באופן מינימלי את הדיוק של עמדה זו ומבלי לחקור באופן מינימאלי את יכולתם של ההורים להגיע הסכמה על תהליך הטיפול. לדוגמה, אם ההשקפה השלילית של ההורה המתייחס להורה השני אינה מדויקת, אז ניתן לומר שהמטפל במקרה כזה שותף להנצחת השקפה שלילית ומעוותת של ההורה השני. בנסיבות כאלה, כל מטפל יצטרך להפגין דבקות בעקרונות קבלת החלטות אתיות של תועלת ואי גרימת נזק (Beauchamp & Childress, 2001). אולי פחות ברור, אבל אולי יותר הרסני לקטינים במקרים שבהם הטיפול מתבצע בהסכמת הורה אחד בלבד, הוא שהילד נדרש לשמור על טיפול "סודי" מההורה השני.

בעוד שילדים קטינים להורים בעימותים גבוהים נאבקים לעתים קרובות בנאמנויות מפוצלות, בדינמיקת ה"דחיפה - ומשיכה" וסודות פוטנציאליים הקיימים בין ההורים, סביר להניח שזה מנוגד לטיפול אתי לגרום לבסיס של חווית הטיפול האישית שלהם להיות בסוד כאשר הם מתבקשים באופן מפורש או מרומז לשמור עליהם.

זמן הפניה מייצג גם הזדמנות למטפל לעזור "לפתור" סכסוכים בין הורים על ידי דרישה משניהם להשתתף בתהליך הטיפול (Hecker, 2010). אם רופאים מקבלים את העדפת ההורה הפונה שלא לכלול את ההורה השני בגלל היסטוריה של סכסוך הורי, חוסר מעורבות או השפעה שלילית מההורה השני, הרופא הזה עשוי להנציח או אפילו להגביר את חוסר האמון והקונפליקט הקיים בין ההורים.

בהצגת הרציונל להסכמה מדעת משותפת להורים המפנים את ילדם לטיפול אשר בתחילה מהססים או מתנגדים לתהליך זה, ניתן לצטט באופן ספציפי את המחקר האורך של אהרון (2007) המדגים בבירור את ההשפעה החיובית של שיתוף פעולה. ברוב המקרים, ניתן לגלות שהורים המפקפקים בתחילה ביכולת שלהם לעבוד יחד בצורה פרודוקטיבית, מסוגלים, למעשה, לתמוך בחוויית הטיפול של ילדם יחד, וזה ללא ספק מוביל לתוצאות טיפול טובות יותר. אם ילד נחשף למתח או קונפליקט בין הורים בתהליך שילובם בטיפול, אהרון (Psychotherapy.net, 1994) טוען כי א. הילד כנראה ראה בעבר קונפליקט הורי דומה וחזק יותר בבית ו- ב. את הקונפליקט או המתח המתרחשים בנוכחות הילד בטיפול ניתן לנהל, להכיל ולהבין בצורה יעילה יותר בעזרת המטפל.

טיעון נוסף בעד קבלת הסכמה מדעת משני ההורים הוא שבכך, סביר יותר שהמטפלים יימנעו מלקבל כל סוג של מכתב דרישה "הפסקת טיפול" מההורה שאינו מסכים או מהיועץ המשפטי שלו לאחר תחילת הטיפול. בכל אחת מנסיבות אלו, מומלץ מאוד למטפל מנקודת מבט של ניהול סיכונים להפסיק לאלתר את הטיפול ולהמליץ להורה המפנה לקבל צו בית משפט לטיפול (Bennett et al., 2006). עם זאת, גם אם ניתן יהיה לקבל צו כזה מבית המשפט, ככל הנראה ייווצרו קשיים בתהליך הטיפול.

לבסוף, במקרים בהם הורי קטין מעורבים בסכסוך קשה, סביר להניח שחווית הטיפול תהיה כרוכה בשלב מסוים בדיון בחוויה של הקטין מבחינה נפשית לגבי הסכסוך בין הוריו. גם במקרים בהם הדיון אינו מתייחס ישירות להיבט של הגירושין, הפרידה או הדינמיקה המתוחה של הורות משותפת, סביר להניח שרגשותיו וחוויות הסכסוך של הילד מחייבים לפחות תשומת לב מינימלית בטיפול, שכן גורמים אלו יכולים לייצג מקור ללחץ הקשור לבעיה שמתעוררת. בנסיבות שבהן הקטין מעלה במהלך הטיפול עניין שעבודה משותפת עם אחד ההורים או שניהם יכול להפיק תועלת לקטין מטפל לא ירצה להגביל את היקף הטיפול או להימנע מחששות טיפוליים בעלי פוטנציאל חשוב בגלל היסוס או חוסר רצון לכלול הורה שלא הסכים בעבר לטיפול. מסיבות אלו ביחד, לפיכך, נראה הגיוני וברור שכל מטפל העובד עם ילדים להורים בסכסוך קשה עשוי לרצות לקבל הסכמה מדעת של שני ההורים.

נסיבות בהן ניתן לקבל רק הסכמה מדעת של ההורה הפונה

ההחלטה לטפל בקטין מהורים גרושים או פרודים ללא הסכמת שניהם חייבת להישקל בקפידה עם הנטל המוטל על המטפל להסביר מדוע קבלת הסכמה מדעת מהורה אחד בלבד היא לטובת הילד. תיעוד ברור של החשיבה המקצועית של המטפל מאחורי ההחלטה והתייעצות עם עמיתים נראה כחלק הכרחי מתהליך קבלת ההחלטות מנקודת מבט של ניהול סיכונים. במדינות שבהן החוק אינו מחייב במפורש הסכמה מדעת משותפת של הורים לטיפול בקטין, ל מטפלים יהיה מרחב פעולה מסוים להחליט את מי לערב בטיפול. ניסיון קליני בשילוב עם סקירה של הדיון המצומצם בנושא זה עד כה מגלה לפחות ארבע נסיבות שבהן ניתן להצביע על הסרה או גריעה של הורה מתהליך הסכמה מדעת:

מצב ראשון בו מטפל עשוי לשקול לטפל בקטין ללא הסכמה מדעת של שני ההורים היא כאשר ההורה המפנה מגיש צו בית משפט לטיפול. לדוגמה, כאשר הורים גרושים או פרודים החולקים משמורת חלוקים בדעותיהם לגבי הצורך בטיפול ואינם יכולים להגיע לעמדת פשרה באמצעות דיונים בלתי פורמליים, מטפל עשוי לייעץ להורה הפונה לטיפול לקבל צו בית משפט לטיפול כזה. בית המשפט יבחן בקפידה את הצדק בעד ונגד המשך טיפול. מנקודת מבט של ניהול סיכונים, צו בית משפט לטיפול יהווה בסיס איתן ליציאה לטיפול בקטין בהיעדר הסכמת שני ההורים (Bennett et al., 2006). עם זאת, בנסיבות אלה, הקטין נמצא בסיכון לחוות חוויה טיפולית מלחיצה או שלילית אם ההורה שלא הסכים יאלץ לקבל בעל כורחו את החלטת בית המשפט. במקרים אלו, על המטפל לשקול בקפידה את היתרונות של קבלת טיפול מול הסיכון של המשך טיפול ללא תמיכה מלאה של שני ההורים (Bennett et al., 2006).

מצב שני בו ניתן להעניק טיפול בקטין ללא הסכמה מדעת של שני ההורים הוא במקרים בהם יש היסטוריה של התעללות ו/או הזנחה. בהגדרה, הורה שמתעלל או מזניח אינו פועל לטובת ילדו. לפיכך, הורים אלו עלולים לאבד את הזכות להסכים לטיפול בילד מתוקף התנהגויות הוריות פוגעניות ו/או מזניחות שלהם. אין זה אומר שטיפול משפחתי שנועד לשפר את מיומנויות ההורות ו/או לטפל בשסעים בין מטפלים וילדים עקב התעללות או הזנחה אינו מועיל או מתבקש. להיפך, מאמצים אלה נראים מבטיחים (Herschell & McNeil, 2007). עם זאת, טראומה פוטנציאלית של ילדים הזקוקים לטיפול על ידי כפיית מעורבות של ההורה שהתעלל או הזניח ואשר הילד חושש ממנו, נראית מנוגדת לעקרונות האתיים של אי גרימת נזק וטובת הנאה (Beauchamp & Childress, 2001). על מטפל לשקול את הסיכונים והיתרונות של מתן או מניעת טיפול בנסיבות אלו, וכל החלטה סופית כיצד לנהוג תדרוש תיעוד מספק מהתיק כדי להגן על תהליך קבלת ההחלטות של המטפל ולהגן עליו במידת הצורך. ייעוץ עמיתים עם איש מקצוע בעל השכלה, הכשרה וניסיון שווה או יותר עשוי גם לספק הגנה נוספת למטפל מנקודת מבט של ניהול סיכונים משפטיים.

מצב שלישי המתרחש בתדירות מסוימת הוא כאשר ההורים חולקים משמורת חוקית אך בפועל, רק הורה אחד היה מעורב בהחלטות טיפול במשך תקופה ממושכת לאחר הגירושין. מצבים אלו מתרחשים לעיתים קרובות כאשר הורה עובר למדינה אחרת לאחר גירושין או פרידה (Braver, Elman, and Farbricius (2003) תיעדו מספר השפעות שליליות שיכולות להיות למעבר מגורי הורים על איכות היחסים בין הורה לילד כשהם מופרדים על ידי מרחק גיאוגרפי ניכר, ואובדן של "הון חברתי" כלומר, תמיכה חברתית מקרובי משפחה וחברים (Austin, 2008). במקרים אלו, מאמץ בתום לב על ידי יצירת קשר עם ההורה שאינו משמורן כדי לקבל הסכמה הוא סביר בהתבסס על הגורמים שתוארו לעיל. עם זאת, ייתכן שלא תהיה מוצדקת שלילת טיפול לקטין עקב חוסר תגובה מההורה שאינו משמורן. בעוד שתביעות המועלות על ידי הורה מפנה ו/או קטין על אי הכללת ההורה האחר עשויות לכלול טענות על חוסר בפרטי התקשרות עם ההורה שאינו משמורן, היעדר קשר ממושך עם ההורה שאינו משמורן, האשמות על שימוש באלכוהול או בסמים. התעללות מצד ההורה שאינו משמורן, או חוסר ידיעה על מקום הימצאו של ההורה השני, הגישה האתית ביותר להגיע לכל החלטה על מתן טיפול צריכה להיעשות על בסיס אינדיבידואלי תוך שיקול מדוקדק של הצורך בטיפול, סיבות להפניה, והן רמת הבגרות וההעדפות שמביע הקטין.

מצב רביעי בו מטפל עשוי לשקול טיפול בקטין ללא הסכמה מדעת של שני ההורים הוא כאשר קטין מסרב לטיפול אם ההורה שאינו משמורן אכן יהיה מיועד ו/או נכלל בו, והקטין במצוקה דיה או במשבר כדי להזדקק לטיפול. בנסיבות אלו עולות שאלות לגבי כדאיות מטפל המסרב לטפל בקטין הזקוק לטיפול בשל חשש לאחריות משפטית ו/או הגשה אפשרית של תלונה מצד ההורה המשמורן. במקרה שיש מנדט חוקי לקבל הסכמה מדעת של שני ההורים, הפנייה של העניין לבית המשפט למתן החלטה נראית כדרך הפעולה הנבונה ביותר. אבל הנסיבות עשויות להיות מעורפלות יותר עבור מטפלים במדינות שבהן אין מנדט כזה. לכל הפחות, מטפלים הבוחרים לטפל בקטין בנסיבות אלו צריכים לתעד בבירור את הסיבות להמשך דרך הפעולה ולהתייעץ עם עמיתים, הנחיות ארגון מקצועי ו/או ועדות רישוי ממלכתיות לגבי דרך הפעולה הטובה ביותר. עם זאת, ברוב המדינות, סביר להניח שקיים תקדים לפיו נותן שירותי בריאות רשאי לטפל בקטין בנסיבות שבהן דרישת הסכמת הורים ירתיע את הקטין מלקבל טיפול (Behnke & Hillard, 1998).

מודל עץ ההחלטה והמלצות כלליות

מאמר זה ניסה להמחיש את המורכבות הפוטנציאלית של קבלת הסכמה מדעת לטיפול בקטינים שהוריהם מעורבים בסכסוך קשה. כפי שמדגים איור 1, הפניות יכולות להגיע ממגוון מקורות, והתגובות הראשוניות של המטפלים לבקשות לטיפול משתנות וקריטיות. שיקולים אתיים, משפטיים וקליניים שונים משפיעים על ההחלטות האם זה לטובת הקטין לקבל הפניה מסוימת, ואם כן, מי צריך להסכים לכל טיפול אפשרי. חוסר ראיית הנולד ומודעות לאתגרים הגלומים בעבודה עם אוכלוסייה זו לא יהוו בסיס לסיבה מספקת כנגד תלונות, אחריות אזרחית וחוסר שביעות רצון הלקוח מהטיפול. כפי שקורה כמעט בכל חוויות הטיפול המתגברות והמתגמלות, חלק ניכר מתהליך קבלת ההחלטות יהיה תלוי בשיקול הדעת וברגישות האתית של המטפל.

כפי שתואר לעיל, אין תשובות פשוטות או "כללי אצבע" החלים על הפניות המורכבות הנובעות ממשפחות בעלות סכסוך קשה. עם זאת, מטפלים יכולים להסתמך על מודל עץ ההחלטות הבא כמסגרת לקבלת החלטות אתיות, משפטיות ונכונות מבחינה קלינית הקשורות לתהליך הסכמה מדעת שמטרתו בסופו של דבר להבטיח את טובת הילד. מעבר למטרה כללית זו, ההמלצות המפורטות להלן צפויות להוביל לתוצאות טיפול טובות יותר. מטפלים עשויים לרצות לשקול את הדברים הבאים:

- בזמן הפניה, יש להבהיר את מצב המשמורת המשפטית והפיזית וכן חששות ספציפיים להפניה. שימו לב ספציפית לנכונות ההורה המפנה כלפי ההורה הלא משמורן וליתר דיוק, נכונותו של ההורה המפנה לכלול את ההורה הלא משמורן בתהליך הטיפול וההסכמה מדעת. היו מוכנים במהלך השלב הראשוני כדי לספק רציונל מדוע בדרך כלל נדרשת הסכמה מדעת משני ההורים. כלול בהסכם השירות לכלול את עמדת ברירת המחדל שלך לקבלת הסכמה מדעת של שני ההורים הגרושים/פרודים בעת עבודה עם קטינים.

- במקרים בהם ההורה המפנה ו/או הקטין מתנגדים לכלול את ההורה שאינו משמורן בתהליך הטיפול וההסכמה מדעת, העריכו בקפידה את הסיבות להתנגדות זו וערערו בנימוס אך בתקיפות על ההורה שאינו משמורן. יש להשיג תיעוד מתאים של מצב המשמורת החוקית, צווי בית משפט לטיפול ובמידת הצורך התעללות/הזנחה. היו מוכנים לעשות מאמץ בתום לב ליצור קשר עם הורה שאינו משמורן שעבר דירה או שהיה פחות מעורב בקבלת החלטות רפואית. יש לתעד מאמצים אלו בתיק. הימנע מהפיתוי להתחיל טיפול לפני פנייה להורה השני, אלא אם הילד נמצא במשבר וזקוק לטיפול דחוף. היו פתוחים להפנות את הנושא לבית המשפט לצורך בירור ו/או צו בית משפט לטיפול.

- במקרים בהם המטפל שוקל מתן טיפול בהסכמה מדעת של הורה אחד בלבד או של הקטין לבדו, יש להתייעץ עם עמיתים ומומחים בתחום לפני נקיטת דרך פעולה זו. יש לתעד בבירור פניות אלו ואת הסיבות להמשך דרך פעולה זו בתיק.

האלמנטים של איור 1 מודגמים בתיאור המקרה להלן. ג'ונתן סמית' הוא גבר בן 15 להורים גרושים שהופנה על ידי אמו לייעוץ חוץ פרטני. גב' סמית' דיווחה כי ג'ונתן חווה אפיזודות תכופות של חרדה חריפה, כולל התקפי פאניקה המאופיינים בסחרחורת, קוצר נשימה, קצב לב מוגבר ופחד למות. ג'ונתן סבל מהתקפי פאניקה ב-3 החודשים האחרונים לאחר גירושיהם של הוריו, וכתוצאה מכך חוסר יכולת לסירוגין ללמוד בבית הספר עד יומיים בכל פעם. בהבהרת מצב המשמורת המשפטית

והפיזית, גב' סמית' הכירה בהיסטוריה זוגית המאופיינת בסכסוכים גבוהים, ויכוחים תכופים והבדלים בקבלת ההחלטות

של ההורים. היא ציינה שהיא חולקת משמורת חוקית עם בעלה לשעבר, מר סמית', למרות שמקום המגורים העיקרי של בנם עמה בבית. בתיאור המשמורת של בנה, הביעה גב' סמית' העדפה חזקה שלא לערב את בעלה לשעבר בתהליך הקליטה וההסכמה מדעת. כאשר נעשה בירור על המניעים של גב' סמית', היא דיווחה על מכשולים קבועים בתקשורת עם בעלה לשעבר, כמו גם על רמה בולטת של עוינות מתמדת מצדו. היא גם ציינה קשיים מתמשכים ביחסיו של מר סמית' עם ג'ונתן המאופיינים בתנודתיות רגשית, סגנון הורות סמכותי וזלזול באם. בתגובה, הודיעו לגב' סמית' על הציפייה והחשיבות של הכללת מר סמית' בתהליך ההסכמה מדעת. השיחה הזאת כללה התייחסות למספר עקרונות חשובים שפורטו לעיל, כגון א. העברת רמת אמון בין ההורים לילד, ב. הימנעות מיצירת סודות בין בני משפחה, ג. יצירת ניסיון לנטרל קונפליקט נוסף אפשרי בין בני המשפחה, ד. לשלב את התמיכה של שני ההורים בשירות טובת הילד הרלוונטית לתוצאת הטיפול, ה. להקל על ניסיון להימנע מהפסקה מוקדמת, ו ו. לספק לילד הזדמנות להיות פתוח יותר ול דון בתחומים מדיאגים נוספים.

כתוצאה מהדיון הזה, גב' סמית', למרות שלא רצתה ליזום קשר בעצמה, סיפקה את פרטי ההתקשרות המלאים של בעלה לשעבר. נוצר קשר עם מר סמית' אשר הסכים לטיפול לאחר דיון מפורט בהסכמה מדעת ובעקרונות המפורטים לעיל. השלב הבא היה לבקש את הסכמתו של יונתן להשתתפותו בטיפול. שיקולים דומים נדונו במהלך שיחה זו תוך שימת דגש על האוטונומיה של יונתן וערך השתתפותו בטיפול תוך הימנעות מהעומס הרגשי של קשר נאמנות.

בקיאים במסגרת להערכת הפניות ובהבנה מעמיקה של המורכבויות הקשורות בטיפול בילדים להורים המעורבים בקונפליקט קשה, אולי יותר מטפלים יהיו פתוחים לעבודה עם אוכלוסייה זו, למרות שלמטפל יכול להיות קל יותר פשוט לסרב לטפל במשפחות המאתגרות יותר הללו, ההזדמנות לעזור לילד ולמשפחתו בתקופה קשה ביותר יכולה להיות מתגמלת ומועילה לכולם.

Self-Injurious Behavior and Functional Analysis: Ethics and Evidence

Richard P. Hastings and Stephen J. Noone
University of Wales Bangor, UK

Abstract: Ethical guidelines for behavior analysts state that functional assessment should be used before implementing treatment plans. In this paper, we discuss the ethical implications of this position using self-injurious behavior in people with developmental disabilities as a focus. Evidence is reviewed that suggests that treatment based on results of a functional assessment is likely to be more effective, less likely to be considered restrictive, more likely to be perceived as socially valid, and also focuses on principles of a constructional approach to behavior change. Alongside this generally positive evidence, there are ethical problems with the validity of some assessment methods, their potential lack of clarity, and the intensive resources required by a functional assessment. Effective, socially valid, and constructional interventions for self-injury might also be developed using preventative interventions. The balance of all of these ethical issues needs to be considered in the design of any treatments for self-injurious behavior.

The Behavior Analyst Certification Board (BACB) *Guidelines for Responsible Conduct for Behavior Analysts* (BACB, 2001) state clearly that behavior analysts should conduct functional assessment as a part of their work with a client. The purpose of the present paper is to explore the ethical implications of conducting or not conducting a functional assessment. The discussion will focus on the case of self-injurious behavior in people with developmental disabilities. Self-injury is a major clinical problem that can result in significant injury and even death, and has been associated with negative outcomes for carers such as stress (Hastings, 2002). Epidemiological surveys suggest that up to 20% of adults with mental retardation engage in some form of self-injurious behavior (Collacott, Cooper, Branford, & McGrother, 1998; Emerson et al., 2001; Oliver, Murphy, & Corbett, 1987). Thus, self-injury is a problem of considerable applied significance falling within the purview of Applied Behavior Analysis (ABA; Baer, Wolf, & Risley, 1968).

There are a number of principles applicable to the question of whether treating self-injury with an intervention based on a pre-treatment functional assessment is ethically superior to implementing an intervention without a functional assessment. Those that will be discussed here are: the right to effective treatment, the application of least restrictive treatment alternatives, social validity, and the importance of a constructional approach within ABA. Before discussing these ethical issues, it is important to define some terminology to be used in this paper. 'Functional Assessment' will be used to refer to a whole variety of methods that might be used to inform hypotheses about the function of self-injury, whereas 'Analog Assessment' will be reserved specifically to refer to experimental functional analysis (cf. Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman, & Richman, 1982). Some of the ethical issues relating to experimental and non-experimental methods of functional assessment are different and so this is an important distinction to maintain.

The contrast in the discussion below is between treatment based on functional assessment, and an approach referred to as 'Behavior Modification'. Behavior Modification is defined here as the application of behavior change technologies (i.e., via reinforcement

Correspondence concerning this article should be addressed to Richard Hastings, PhD, School of Psychology, University of Wales Bangor, Bangor, Gwynedd, LL57 2AS, UK. E-mail: r.hastings@bangor.ac.uk

or punishment techniques) without reference to the analytic dimension of ABA (Baer et al., 1968). One of the defining features of ABA is that it is analytic in nature: involving a reliable demonstration of the events responsible for the occurrence and non-occurrence of behavior (Baer et al.). This central distinction of whether treatments are based on hypotheses about their causes (Repp, Felce, & Barton, 1988) has ethical implications for the treatment of self-injury in individuals with developmental disabilities.

Effective Treatment for Self-Injury

Effectiveness of treatment can be defined in a number of ways. At the basic level, it is certainly possible to identify reports in the research literature demonstrating that behavior modification procedures for self-injury can lead to clinically salient outcomes (see Repp, Singh, Olinger, & Olson, 1990, for a review). Similarly, there are reports demonstrating that clinically salient outcomes are achieved by carrying out a functional assessment and deriving a treatment for self-injury from hypotheses about the processes maintaining the behaviour (e.g., Carr & Durand, 1985). The central ethical point is that clients should be offered the most effective treatments available.

Probably the most convincing evidence that addresses the question of relative effectiveness comes from research employing meta-analytic methods to explore variables that moderate the effectiveness of treatment for severe behavior problems such as self-injury. In reviewing a large number of single case experiments reporting treatment of severe behavior problems, several authors have used a standard statistic called the Percentage of Non-Overlap of Data points (PND) (Scruggs & Mastropieri, 1998) to quantify treatment effects within each experiment. A very effective treatment will have a PND of 1.0 (i.e., there is no overlap between data points during baseline and treatment phases). Further characteristics of each experiment can be coded (e.g., age of client, severity of disability, whether a pre-treatment functional assessment was conducted) and then explored as moderators of the size of treatment effects as measured using the PND. A consistent finding across meta-

analytic reviews is that functional assessment significantly increases the effectiveness of the behavioral treatment of severe behavior problems (Carr et al., 1999; Didden, Duker, & Korzilius, 1997; Scotti, Evans, Meyer, & Walker, 1991; Sternberg, Taylor, & Babkie, 1994).

A difficulty with many studies of self-injury is that they do not report data on generalization and maintenance of treatment effects (Scotti, Evans, Meyer, & Walker, 1991). It is important to ask about the effectiveness of treatment both in general and in terms of their success according to these two dimensions. An effective treatment must generalize to new situations. This is something that can be made more likely by attending to generalization issues (e.g., implementing treatment in multiple contexts). However, planning for generalization could be applied similarly to a treatment based on functional assessment or one based on behavior modification. Perhaps a more crucial issue is actually the long-term maintenance of treatment effects. Studies of long-term maintenance of interventions for self-injury are very rare. A notable exception is Durand and Carr's (1992) research, which showed that Functional Communication Training (FCT) and timeout were initially successful to a similar extent, but that the effects of FCT were more likely to maintain. In terms of generalization, there were also data suggesting that FCT but not timeout also generalized

to teachers naïve about the interventions.

Without a large evidence base, we need to return to an understanding of a key principle of behavior to explore whether we would expect behavior modification or a treatment based on functional assessment to be more effective in the longer term. A key criticism of early behavior modification was the potential for the problem of response substitution (Kazdin, 1982). As behavior modification strategies do not address the 'underlying causes' of behavior problems, then simply reducing the behavior may have unpredictable effects with apparently new behavior problems emerging to take their place. This potential problem can be understood with reference to

the construct of the response class.

A response class consists of behaviors that serve the same function (i.e., are functionally but not necessarily topographically equivalent).

lent). Treatments for self-injury such as FCT (Bird, Dores, Moniz, & Robinson, 1989; Carr & Durand, 1985) make direct use of this concept of functionally equivalent responses. In FCT, the social environment is arranged such that self-injury is not reinforced but a functionally equivalent socially appropriate behavior (e.g., vocal or signed request for attention or help with difficult tasks) is reinforced. The idea is that as the more 'acceptable' member of the response class more reliably leads to reinforcement, self-injury is less likely to occur (Scotti, Evans, Meyer, & DiBenedetto, 1991). Principles related to the matching law (McDowell, 1988; Myerson & Hale, 1984; Pierce & Epling, 1995) would predict such a state of affairs, as organisms will tend to behave in a manner that maximises reinforcement.

Returning to the question of the relative effectiveness of a functional approach versus behavior modification, one would predict that treatment effects achieved through behavior modification would be less likely to maintain.

This would be for two main reasons. First, there would be no consistent selection of an appropriate alternative response, and so the emergence of behavior from the same response class to achieve the same function would be unpredictable. The 'new' behavior in these circumstances could well be another self-injury topography or another problem behavior. Second, without an explicitly developed alternative response that is functional in a range of environments (note that this is also a generalization issue), a client would be very likely to revert to self-injury once the behavioral programme in place was ended or once its effective implementation began to deteriorate.

Treatment fidelity, or the extent to which a procedure is implemented accurately, is another level at which we might consider the effectiveness of treatments for self-injury. A final dimension is the likely effect of beginning treatment on frequency of self-injury due to the phenomenon of the extinction burst.

When reinforcement is removed, the affected behavior tends to occur at higher frequencies for a brief period. The significance of both treatment fidelity and the phenomenon of the extinction burst in the present discussion can be illustrated by describing a research study conducted by McConnachie and Carr (1997).

McConnachie and Carr (1997) found that interventions for self-injury based on a FCT approach led to a reduced extinction burst when compared to escape extinction. Given that one would wish ethically to minimize the occurrence of self-injury, an intervention based on a functional assessment may be more effective at this level. A further key result of the study was that when staff were not being monitored closely by supervisors, those using escape extinction were less consistent in applying their intervention. McConnachie and Carr suggest that these two phenomena are linked in that staff intervention behavior is maintained by avoidance contingencies. Challenging behaviours such as self-injury are aversive (Mossman, Hastings, & Brown, 2002) and through avoiding them, counter-habilitative staff behaviors can be negatively reinforced (Hastings & Remington, 1994).

Least Restrictive Treatment Procedures

A second ethical principle guiding the work of behavior analysts is that the least restrictive treatment alternative should be used (Johnston & Sherman, 1993). The use of punishment procedures is not explicitly ruled out, although behavior analysts are encouraged to use reinforcement procedures whenever possible. The underlying goal of a behavior modification approach to self-injury is to remove or reduce the frequency of the behavior. This approach might also be called eliminative (Goldiamond, 1974). An approach based on a functional assessment is constructional (Goldiamond), as new behaviours are learned to replace self-injury. Given the focus on learning of new behavior, or development of behaviors already in the client's repertoire, treatment based on a functional assessment is by definition likely to be less restrictive and thus ethically preferable.

There may be an argument, however, for the use of restrictive behavior modification techniques when self-injury is extreme and/or immediately life-threatening. Punishment correctly applied can be effective in rapidly reducing self-injury. For example, Romanczyk and Goren (1975) showed that contingent electric shock could be used to suppress self-injury. Thus, there may be situations in which one could argue that the first goal of treat-

ment is to reduce the risk of self-injury and thus it is ethical to use a restrictive procedure.

Social Validity

A third ethical issue of relevance to the treatment of self-injury is selecting treatments that lead to socially valued outcomes via socially valued means. The BACB guidelines are not particularly clear on this issue, referring in the section on research issues to the expectation that behavior analysts act in a manner that maintains the dignity of participants. Socially valued outcomes are also explicit in the description of ABA as Applied (Baer et al., 1968). The concept of the social validity of treatments has, however, also been an important issue in behavior analysis for some years.

Behavior analysts have espoused the principle that data on acceptability of interventions (to staff, families, wider society, and people with developmental disabilities themselves) should help to guide treatment selection. This criterion has been given the general label of 'social validity', or the views of consumers on the importance, acceptability and effectiveness of interventions (Wolf, 1978). Probably the most extensively studied dimension of social validity is the social significance of behavioral intervention procedures themselves (Wolf), operationalized as the appropriateness, fairness, and reasonableness of procedures applied to ameliorate a behavioral problem (Kazdin, 1981).

Researchers have generally targeted potential mediators of interventions, especially staff in developmental disabilities services, to gather data on social validity. Existing studies have focused on a range of factors that may affect staff views on social validity, but the most reliable effects have proved to be the type of intervention, and severity of the presenting problem (Elliott, 1988; Lennox & Miltenberger, 1990; Miltenberger, 1990; Reimers, Wacker, & Koeppl, 1987; Storey & Horner, 1991). Specifically, reinforcement-based interventions (e.g., differential reinforcement) and interventions that are relatively less intrusive are rated as more acceptable, and the acceptability of intrusive interventions increases as problem severity increases.

A more important question for the present discussion is whether interventions based on

functional assessment are perceived as more socially acceptable by consumers. Research studies published to date cannot be used to draw a strong conclusion with one study finding that interventions linked to functional assessment are rated as more socially valid (Jones & Lungaro, 2000), two studies finding weak or inconsistent effects (Hastings, Boulton, Monzani, & Tombs, 2004; Weigle & Scotti, 2000), and one study finding no effects (Miltenberger & Lumley, 1997).

Further Issues

In addition to the main questions reviewed above, there are some further ethical issues that have a bearing on the balance of the debate. Those discussed here relate to: 1. The time and personnel investment in conducting functional assessment, especially analog assessment, 2. The use of preventative interventions, 3. The elicitation of self-injury during analog assessment procedures, and 4. The clarity of results from functional assessment methods. Each of these is discussed in turn below.

Functional assessment takes time and specialist resources to carry out. In the case of a full analog assessment, data collection takes hours over several days and also requires considerable training in observational skills and data presentation and interpretation (see Iwata et al., 1982). Even for non-experimental methods, an experienced behavior analyst must spend considerable time carrying out analyses and the time input from other service staff to provide data for a functional assessment is significant. Although brief methods of analysis have been developed (e.g., Kahng & Iwata, 1999; Northup et al., 1991), these still require an expert team and are often conducted in a specialized outpatient setting. The general question is whether time and resources would be best employed simply teaching clients key skills such as functional communication techniques. Given that around 70% of functional assessments seem to identify either attention or demand avoidance functions for challenging behaviors including self-injury (Derby et al., 1992; Iwata et al., 1994), appropriate behaviors for achieving these two functions could perhaps be taught

during the time that it takes to conduct functional assessments.

This last point also relates to a broader question about preventative intervention. Self-injurious behaviors do not appear from nowhere, but are shaped over time by exposure to environmental and especially social contingencies (Guess & Carr, 1991). This developmental process can be understood partly through the concept of the establishing operation (Michael, 1982). Michael promoted this concept as a way of offering a behavior analytic explanation of motivation. Fundamentally, the motivation for an individual to obtain positive reinforcement occurs as a direct consequence of a period of deprivation of that reinforcement. Similarly, the motivation for negative reinforcement occurs as a direct consequence of exposure to an aversive event. Applying this notion to the development of self-injury, these behaviors may function to overcome a state of deprivation (such as a period of no social contact or activity), or to avoid an aversive situation (such as an academic demand). Without the environmental conditions to establish self-injury as reinforcing, the behavior would not occur.

Thus, getting to the stage of the need for a functional assessment is in many ways too late. Intervening early to identify establishing operations that increase likelihood of self-injury occurring is an obvious therapeutic goal. It may involve preventing states of deprivation (e.g., lack of social attention), through techniques such as non-contingent reinforcement (Vollmer, Iwata, Zarcone, Smith, & Mazaleski, 1993), to enabling more adaptive means of avoiding demands or gaining attention through teaching functional communication skills (Dunlap, Foster-Johnson, & Robbins, 1990; Reeve & Carr, 2000). Ultimately, such preventative strategies may prove to be more efficient and effective (and thus ethical) treatment approaches.

The preceding discussions about intervening either without a functional assessment or earlier in the developmental history of self-injurious behaviors are important points relating to the merits of conducting functional assessments versus not doing so. However, there is a broader issue about these interventions. We characterized behavior modification as the application of behavior change proce-

dures without a functional assessment, and a strict interpretation of this definition might encompass interventions designed to teach skills such as functional communication without an explicit functional assessment. However, the interventions in these cases would arguably be based on an implicit functional assessment built on the basis of evidence across a large number of published cases.

There is also another sense in which these general preventative interventions cannot be considered as simply behavior modification and that is the fact that they are clearly constructional (cf. Goldiamond, 1974) in nature.

A further issue is that experimental analog assessment is designed to elicit self-injury under controlled experimental conditions. Given that one would want to avoid unnecessary harm to clients, it is important to consider that self-injury can be seen to be 'made' to occur within analog assessment purely to enable hypotheses about its function to be derived. Thus, behavior analysts would need to be convinced of the validity of analog assessment methods in balancing the ethical case for their use. However, there is a range of internal and external validity problems with the experimental conditions that are a constituent part of analog assessment (Oliver, 1991; Sturmey, 1995). For example, there is a possibility that self-injury could be shaped within the analyses by contingencies that have not in fact been responsible for maintaining the behavior in the natural environment. Therefore, the ethical case for use of analog assessment is not watertight. This particular criticism does not necessarily extend to all functional assessment methods.

A final ethical point to be discussed here is that outcomes of functional assessments are not always clear. In particular, no clear function or multiple functions might be identified in a significant minority of cases (Derby et al., 1992; Iwata et al., 1994). When such results are obtained, the links to intervention are much less clear and it is then questionable whether the effort in conducting a functional assessment has been worthwhile. Of course, there is a balance of risk here in that for many cases of self-injury it is possible to identify clear functional hypotheses and that these may be the optimal conditions for a maximally

effective and thus ethically superior treatment.

Conclusions

The present review suggests that basing treatment of self-injury on results of a prior functional assessment is more ethical than an eliminative behavior modification approach. Firstly, treatment based on functional analysis is more effective overall, more likely to generalize and maintain, and is probably more likely to be implemented with good fidelity by staff (presumably increasing the chance of successful treatment). Secondly, to the extent that treatments based on functional assessments are more likely to be constructional in nature they are also likely to be less restrictive than behavior modification approaches. Thirdly, although direct data from the small number of empirical studies are ambiguous, to the extent that procedures based on functional assessment use reinforcement-based strategies they are likely to be viewed by consumers as more acceptable.

These conclusions lend support to use of functional assessments in the treatment of self-injury. However, it is also important to consider limitations of functional assessment approaches. These include the intensity of resources required, a potential lack of clarity of results, and questions about validity. Furthermore, there may be specific situations where self-injury is immediately life-threatening when a behavior modification procedure is a swift and ethical intervention. These factors and others may limit the ethical superiority of treatments based on functional assessment and indicate issues to be addressed in the further development of functional assessment and functional interventions for self-injurious behavior.

References

- BACB. (2001). *Guidelines for responsible conduct for behavior analysts*. Behavior Analyst Certification Board.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91–97.
- Bird, F., Dores, P. A., Moniz, D., & Robinson, J. (1989). Reducing severe aggressive and self-inju-

rious behaviors with functional communication training. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 37–48.

Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111–126.

Carr, E. G., Horner, R. H., Turnbull, A. P., Marquis, J. G., McLaughlin, D. D., McAtee, M. L., et al. (1999). *Positive behavior support for people with developmental disabilities: A research synthesis*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Collacott, R. A., Cooper, S. A., Branford, D., & McGrother, C. (1998). Epidemiology of self-injurious behaviour in adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 173, 428–432.

Derby, K. M., Wacker, D. P., Sasso, G., Steege, M., Northup, J., Cigrand, K., et al. (1992). Brief functional assessment techniques to evaluate aberrant behavior in an outpatient setting: A summary of 79 cases. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 713–721.

Didden, R., Duker, P. C., & Korzilius, H. (1997). Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 387–399.

Dunlap, G., Foster-Johnson, L., & Robbins, F. R. (1990). Preventing serious behavior problems through skill development and early intervention. In A. C. Repp & N. N. Singh (Eds.), *Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities* (pp. 273–286). Sycamore, IL: Sycamore Publishing.

Durand, V. M., & Carr, E. G. (1992). An analysis of maintenance following functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 777–794.

Elliott, S. N. (1988). Acceptability of behavioral treatments: A review of variables that influence treatment selection. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 68–80.

Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., et al. (2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 77–93.

Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2, 1–84.

Guess, D., & Carr, E. G. (1991). Emergence and maintenance of stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 299–319.

Hastings, R. P. (2002). Do challenging behaviors affect staff psychological well-being?: Issues of

- causality and mechanism. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 455–467.
- Hastings, R. P., Boulton, H. V. N., Monzani, L. C., & Tombs, A. K. H. (2004). Behavioral function effects on intervention acceptability and effectiveness for self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 139–154.
- Hastings, R. P., & Remington, B. (1994). Rules of engagement: Toward an analysis of staff responses to challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 279–298.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3–20.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R., Smith, R. G., et al. (1994). The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 215–240.
- Johnston, J. M., & Sherman, R. A. (1993). Applying the least restrictive alternative principle to treatment decisions: A legal and behavioral analysis. *Behavior Analyst*, 16, 103–115.
- Jones, K. M., & Lungaro, C. J. (2000). Teacher acceptability of functional assessment-derived treatments. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11, 323–332.
- Kahng, S., & Iwata, B. A. (1999). Correspondence between outcomes of brief and extended functional analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 149–160.
- Kazdin, A. E. (1981). Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy*, 12, 493–506.
- Kazdin, A. E. (1982). Symptom substitution, generalization, and response covariation: Implications for psychotherapy outcome. *Psychological Bulletin*, 91, 349–365.
- Lennox, D. B., & Miltenberger, R. G. (1990). On the conceptualization of treatment acceptability. *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 211–224.
- McConnachie, G., & Carr, E. G. (1997). The effects of child behavior problems on the maintenance of intervention fidelity. *Behavior Modification*, 21, 123–158.
- McDowell, J. J. (1988). Matching theory in natural human environments. *The Behavior Analyst*, 11, 95–108.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149–155.
- Miltenberger, R. G. (1990). Assessment of treatment acceptability: A review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10, 24–38.
- Miltenberger, R. G., & Lumley, V. A. (1997). Evaluating the influence of problem function on treatment acceptability. *Behavioral Interventions*, 12, 105–111.
- Mossman, D. A., Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Mediators' emotional responses to self-injurious behavior: An experimental study. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 252–260.
- Myerson, J., & Hale, S. (1984). Practical applications of the matching law. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 367–380.
- Northup, J., Wacker, D., Sasso, G., Steege, M., Cigrand, K., Cook, J., et al. (1991). A brief functional analysis of aggressive and alternative behavior in an out clinic setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 509–522.
- Oliver, C. (1991). The application of analogue methodology to the functional analysis of challenging behaviour. In B. Remington (Ed.), *The challenge of severe mental handicap: A behavior analytic approach* (pp. 97–118). Chichester, UK: Wiley.
- Oliver, C., Murphy, G. H., & Corbett, J. A. (1987). Self-injurious behaviour in people with mental handicap: A total population study. *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 147–162.
- Pierce, W. D., & Epling, W. F. (1995). The applied importance of research on the matching law. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 237–241.
- Reeve, C. E., & Carr, E. G. (2000). Prevention of severe behavior problems in children with developmental disorders. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2, 144–160.
- Reimers, T. M., Wacker, D. P., & Koeppl, G. (1987). Acceptability of behavioral interventions: A review of the literature. *School Psychology Review*, 16, 212–227.
- Repp, A. C., Felce, D., & Barton, L. E. (1988). Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 281–289.
- Repp, A. C., Singh, N. N., Olinger, E., & Olson, D. R. (1990). The use of functional analysis to test causes of self-injurious behaviour: Rationale, current status, and future directions. *Journal of Mental Deficiency Research*, 43, 95–105.
- Romanczyk, R. G., & Goren, E. R. (1975). Severe self-injurious behavior: The problem of clinical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 730–739.
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single subject research: Ideas and applications. *Behavior Modification*, 22, 221–242.
- Scotti, J. R., Evans, I. M., Meyer, L. H., & DiBenedetto, A. (1991). Individual repertoires as behavioral systems: Implications for program design and evaluation. In B. Remington (Ed.),

*The
challenge of severe mental handicap: A behavior ana-*

lytic approach (pp. 139–163). Chichester, UK: Wiley.

Scotti, J. R., Evans, I. M., Meyer, L. H., & Walker, P. (1991). A meta-analysis of intervention research with problem behaviors: Treatment validity and standards of practice. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 233–256.

Sternberg, L., Taylor, R. L., & Babkie, A. (1994). Correlates of interventions with self-injurious behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 475–485.

Storey, K., & Horner, R. H. (1991). An evaluative review of social validation research involving persons with handicaps. *Journal of Special Education*, 25, 352–401.

Sturmey, P. (1995). Analog baselines: A critical review of the methodology. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 269–284.

Vollmer, T. R., Iwata, B. A., Zarcone, J. R., Smith,

R. G., & Mazaleski, J. L. (1993). The role of attention in the treatment of attention maintained self-injurious behavior: Noncontingent reinforcement and differential reinforcement of other behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 9–21.

Weigle, K. L., & Scotti, J. R. (2000). Effects of functional analysis information on ratings of intervention effectiveness and acceptability. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 25, 217–228.

Wolf, M. M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 203–214.

Received: 21 April 2004

Initial Acceptance: 30 June 2004

Final Acceptance: 1 December 2004

Self-Injurious Behavior and Functional Analysis: Ethics and Evidence

Richard P. Hastings and Stephen J. Noone
University of Wales Bangor, UK

התנהגות פגיעה עצמית וניתוח תפקודי: אתיקה וראיות

תקציר

ההנחיות האתיות למנתחי התנהגות קובעות כי יש להשתמש בהערכה תפקודית לפני יישום תוכניות טיפול. במאמר זה, אנו דנים בהשלכות האתיות של עמדה זו תוך שימוש בהתנהגות פגיעה עצמית אצל אנשים עם מוגבלות התפתחותית כמוקד לדיון. ראיות מצביעות על כך שטיפול המבוסס על תוצאות של הערכה תפקודית צפוי להיות יעיל יותר, פחות סביר שייראה כמגביל, סביר יותר שייתפס כתקף חברתית, נבדק ומתמקד גם בעקרונות של גישה בונה לשינוי התנהגות. לצד ראיות חיוביות אלה, קיימות סוגיות אתיות בתקפותן של שיטות הערכה מסוימות, חוסר הבהירות האפשרי שלהן והמשאבים האינטנסיביים שהערכה תפקודית דורשת. ניתן לפתח התערבויות בונות, תקפות חברתיות ויעילות לפגיעה עצמית גם באמצעות התערבויות מונעות. האיזון בין כל הסוגיות האתיות הללו חייב להילקח בחשבון בתכנון של כל טיפול בהתנהגות פוגענית.

(BACB, 2001) (להתנהלות אחראית עבור מנתחי התנהגות) (BACB) ההנחיות של מועצת ההסמכה של מנתחי התנהגות קובעות בבירור כי מנתחי התנהגות צריכים לבצע הערכה תפקודית כחלק מעבודתם עם לקוח. מטרת מאמר זה היא לחקור את ההשלכות האתיות של ביצוע או אי ביצוע הערכה תפקודית. הדיון יתמקד במקרה של התנהגות פגיעה עצמית אצל אנשים עם מוגבלות התפתחותית. פגיעה עצמית היא בעיה קלינית משמעותית שעלולה להוביל לפגיעה משמעותית ואף למוות, ונקשרה לתוצאות שליליות עבור המטפלים, כגון מתח (Hastings, 2002). סקרים אפידמיולוגיים מצביעים על כך, Collacott, Cooper, Branford, & (שעד 20% מהמבוגרים עם פיגור שכלי עוסקים בהתנהגות כלשהי של פגיעה עצמית (McGrother, 1998; Emerson et al., 2001; Oliver, Murphy, & Corbett, 1987). לפיכך, פגיעה עצמית היא בעיה בעלת

חשיבות יישומית ניכרת הנופלת בתחום של ניתוח התנהגות יישומי (Baer, Wolf, & Risley, 1968). ישנם מספר עקרונות החלים על השאלה האם טיפול בפגיעה עצמית בהתערבות המבוססת על הערכה תפקודית לפני טיפול עדיפה מבחינה אתית על יישום התערבות ללא הערכה תפקודית. אלו שיידונו כאן הם: **הזכות לטיפול יעיל, יישום חלופות טיפול פחות מגבילות, תוקף חברתי וחשיבותה של גישה בונה בתוך ניתוח התנהגות יישומי.**

לפני הדיון בסוגיות אתיות אלו, חשוב להגדיר את המינוח שישמש במאמר זה. "הערכה תפקודית" תשמש להתייחסות למגוון שיטות שניתן להשתמש בהן כדי להעלות השערות לגבי תפקוד פגיעה עצמית, בעוד ש"הערכה אנלוגית" תישמר באופן ספציפי להתייחסות לניתוח פונקציונלי (Iwata, Dorsey, Slifer, & Baer, 1982). **** בתרגום המאמר השתמשנו במונח "ניתוח תפקודי".**

הניגוד בדיון להלן הוא בין טיפול המבוסס על הערכה תפקודית לבין גישה הנקראת "עיצוב התנהגות". עיצוב התנהגות מוגדר כאן כיישום של טכנולוגיות לשינוי התנהגות (כלומר, באמצעות טכניקות חיזוק או ענישה) ללא התייחסות לממד האנליטי של ניתוח התנהגות יישומי (Baer et al., 1968). אחד המאפיינים המגדירים של ניתוח התנהגות יישומי הוא היותו

(Baer et al., 1982). אנליטי באופיו: הוא כרוך בהדגמה מהימנה של האירועים האחרים להתרחשות ואי-התרחשות ההתנהגות להבחנה מרכזית זו האם טיפולים מבוססים על השערות לגבי הסיבות שלהם (Repp, Felce, & Barton, 1988) יש השלכות אתיות על הטיפול בפגיעה עצמית באנשים עם מוגבלות התפתחותית.

Self-Injurious Behavior and Functional Analysis: Ethics and Evidence

Richard P. Hastings and Stephen J. Noone
University of Wales Bangor, UK

התנהגות פגיעה עצמית וניתוח תפקודי: אתיקה וראיות

תקציר

ההנחיות האתיות למנתחי התנהגות קובעות כי יש להשתמש בהערכה תפקודית לפני יישום תוכניות טיפול. במאמר זה, אנו דנים בהשלכות האתיות של עמדה זו תוך שימוש בהתנהגות פגיעה עצמית אצל אנשים עם מוגבלות התפתחותית כמוקד לדיון. ראיות מצביעות על כך שטיפול המבוסס על תוצאות של הערכה תפקודית צפוי להיות יעיל יותר, פחות סביר שייראה כמגביל, סביר יותר שייתפס כתקף חברתית, נבדק ומתמקד גם בעקרונות של גישה בונה לשינוי התנהגות. לצד ראיות חיוביות אלה, קיימות סוגיות אתיות בתקפותן של שיטות הערכה מסוימות, חוסר הבהירות האפשרי שלהן והמשאבים האינטנסיביים שהערכה תפקודית דורשת. ניתן לפתח התערבויות בונות, תקפות חברתיות ויעילות לפגיעה עצמית גם באמצעות התערבויות מונעות. האיזון בין כל הסוגיות האתיות הללו חייב להילקח בחשבון בתכנון של כל טיפול בהתנהגות פוגענית (BACB, 2001).

ההנחיות של מועצת ההסמכה של מנתחי התנהגות (BACB) קובעות בבירור כי מנתחי התנהגות צריכים לבצע הערכה תפקודית כחלק מעבודתם עם לקוח. מטרת מאמר זה היא לחקור את ההשלכות האתיות של ביצוע או אי ביצוע הערכה תפקודית. הדיון יתמקד במקרה של התנהגות פגיעה עצמית אצל אנשים עם מוגבלות התפתחותית. פגיעה עצמית היא בעיה קלינית משמעותית שעלולה להוביל לפגיעה משמעותית ואף למוות, ונקשרה לתוצאות שליליות עבור המטופלים, כגון מתחי התנהגות. (Hastings, 2002). סקרים אפידמיולוגיים מצביעים על כך שעד 20% מהמבוגרים עם פיגור שכלי עוסקים בהתנהגות כלשהי של פגיעה עצמית (McGrother, 1998; Emerson et al., 2001; Oliver, Murphy, & Corbett, 1987). לפיכך, פגיעה עצמית היא בעיה בעלת

חשיבות יישומית ניכרת הנופלת בתחום של ניתוח התנהגות יישומי (Baer, Wolf, & Risley, 1968). ישנם מספר עקרונות החלים על השאלה האם טיפול בפגיעה עצמית בהתערבות המבוססת על הערכה תפקודית לפני טיפול עדיפה מבחינה אתית על יישום התערבות ללא הערכה תפקודית. אלו שיידונו כאן הם: **הזכות לטיפול יעיל, יישום חלופות טיפול פחות מגבילות, תוקף חברתי וחשיבותה של גישה בונה בתוך ניתוח התנהגות יישומי.**

לפני הדיון בסוגיות אתיות אלו, חשוב להגדיר את המינוח שישמש במאמר זה. "הערכה תפקודית" תשמש להתייחסות למגוון שיטות שניתן להשתמש בהן כדי להעלות השערות לגבי תפקוד פגיעה עצמית, בעוד ש"הערכה אנלוגית" תישמר באופן ספציפי להתייחסות לניתוח פונקציונלי ** בתרגום המאמר השתמשנו במונח "ניתוח תפקודי".

הניגוד בדיון להלן הוא בין טיפול המבוסס על הערכה תפקודית לבין גישה הנקראת "עיצוב התנהגות". עיצוב התנהגות מוגדר כאן כיישום של טכנולוגיות לשינוי התנהגות, כלומר, באמצעות טכניקות חיזוק או ענישה, ללא התייחסות לממד האנליטי של ניתוח התנהגות יישומי (Baer et al., 1968). אחד המאפיינים המגדירים של ניתוח התנהגות יישומי הוא היותו אנליטי באופיו: הוא כרוך בהדגמה מהימנה של האירועים האחרים להתרחשות ואי-התרחשות ההתנהגות להבחנה מרכזית זו האם טיפולים מבוססים על השערות לגבי הסיבות שלהם (Repp, 1988; Felce, & Barton, 1988) יש השלכות אתיות על הטיפול בפגיעה עצמית באנשים עם מוגבלות התפתחותית.

טיפול יעיל לפגיעה עצמית

ניתן להגדיר את יעילות הטיפול במספר דרכים. ברמה הבסיסית, בהחלט ניתן לזהות דיווחים בספרות המחקרית המדגימים כי הליכים לעיצוב התנהגות פגיעה עצמית יכולים להוביל לתוצאות מעולות מבחינה קלינית (Repp, Singh, & Olinger Olson, 1990). באופן דומה, ישנם דיווחים המראים כי תוצאות רלוונטיות מבחינה קלינית מושגות על ידי ביצוע הערכה תפקודית והחלטה על טיפול לפגיעה עצמית על סמך השערות לגבי התהליכים המשמרים על התנהגות (Durand & Carr, 1985). הנקודה האתית המרכזית היא שיש להציע ללקוחות את הטיפולים היעילים ביותר שיש.

ככל הנראה העדות המשכנעת ביותר העוסקת בשאלת היעילות היחסית מגיעה ממחקר המשתמש בשיטות מטא-אנליטיות כדי לחקור משתנים הממתנים את יעילות הטיפול בבעיות התנהגות חמורות, כגון פגיעה עצמית. בסקירת המספר הגדול של מחקרים ניסויים המדווחים על טיפול בבעיות התנהגות חמורות, מספר מחברים השתמשו בסטטיסטיקה סטנדרטית הנקראת אחוז נקודות נתונים שאינן חופפות (PND) (Scruggs & Mastropieri, 1998) כדי לכמת את השפעות הטיפול בתוך כל ניסוי. לטיפול יעיל מאוד יהיה PND של 1.0. כלומר, אין חפיפה בין נקודות הנתונים בשלב הבסיס והטיפול. ניתן לקודד מאפיינים אחרים של כל ניסוי, למשל, גיל הלקוח, חומרת המוגבלות, האם בוצעה הערכה תפקודית לפני טיפול, ולאחר מכן לחקור אותם כמנחים של גדלי השפעת הטיפול הנמדדים באמצעות PND. **ממצא עקבי בסקירות מטא-אנליטיות הוא שהערכה תפקודית מגבירה באופן משמעותי את היעילות של טיפול התנהגותי בבעיות התנהגות חמורות** (Walker, 1991; Scotti, Evans, Meyer, & Didden, Duker, & Korzilius, 1997; Scotti, Evans, Meyer, & Walker, 1999; שטרנברג, טיילור ובבקי, 1994). קושי אחד שקיים במחקרים רבים בנושא פגיעה עצמית הוא שהם אינם מדווחים על נתונים על יכולת הכללה ושימור של השפעות הטיפול (Scotti, Evans, Meyer, & Walker, 1991). חשוב לשאול על יעילות הטיפול הן באופן כללי והן מבחינת הצלחתו על פי שני ממדים אלו. יש להכליל תוצאות טיפול יעיל למצבים חדשים. זה משהו שניתן להגדיל את הסבירות על ידי התייחסות לבעיות הכללה, למשל, יישום הטיפול בהקשרים מרובים. עם זאת, ניתן ליישם תכנון להכללה באופן דומה לטיפול המבוסס על הערכה תפקודית או כזה המבוסס על ניתוח התנהגות. אולי נושא מכריע יותר הוא בעצם השמירה לטווח ארוך של השפעות הטיפול. מחקרי שימור ארוכי טווח של התערבויות של פגיעה עצמית הם נדירים מאוד. חריג בולט אחד הוא מחקרם של Durand and Carr (1992) שהראה כי אימון תקשורת תפקודית (FCT) ופסק זמן זכו להצלחה דומה בתחילה, אך סביר יותר שההשפעות של אימון תקשורת תפקודית ישמרו. במונחים של הכללה, היו גם נתונים המצביעים על כך שאימון תקשורת חלופית אך לא פסק זמן, ניתן להכללה גם למורים שלא היו מודעים להתערבויות.

ללא בסיס ראיות גדול, עלינו להבין עיקרון מרכזי של התנהגות כדי לחקור האם אנו מצפים שעיצוב התנהגות או טיפול המבוסס על הערכה תפקודית יהיו יעילים יותר בטווח הארוך. ביקורת מרכזית על עיצוב התנהגות מוקדם הייתה בעיית החלפת התגובה הפוטנציאלית (Kazdin, 1982). מכיוון שאסטרטגיות לעיצוב התנהגות אינן מטפלות ב"סיבות הבסיסיות" לבעיות התנהגות, להפחתת התנהגות בצורה זו יכולה להיות השפעות בלתי צפויות כאשר בעיות התנהגות חדשות לכאורה מתעוררות ותופסות את מקומן של התנהגויות שהופחתו. ניתן להבין בעיה פוטנציאלית זו בהתייחס לקבוצת התגובה. קבוצת תגובה מורכבת מהתנהגויות המשרתות את אותה פונקציה כלומר הן מקבילות מבחינה פונקציונלית אך לא בהכרח (Bird, Dores, Moniz, & Robinson, 1989). טיפולי פגיעה עצמית כגון אימון לתקשורת תפקודית טופוגרפית עושים שימוש ישיר במושג זה של תגובות שוות תפקוד. באימון זה, הסביבה החברתית מסודרת בצורה כזו שפגיעה עצמית אינה מחוזקת, אך מחוזקת התנהגות מקבילה מבחינה חברתית מתאימה (McDowell, 1988; Myerson & Hale, 1984; Pierce & Epling, 1995; DiBenedetto, 1991). העקרונות הקשורים לחוק הזיווג חוזים מצב עניינים כזה, מכיוון שאורגניזמים נוטים להתנהג בצורה שתמקסם את החיזוק.

אם נחזור לשאלת היעילות היחסית של גישה פונקציונלית לעומת עיצוב התנהגות, ניתן לחזות כי השפעות טיפול שהושגו באמצעות עיצוב התנהגות יהיו בסבירות נמוכה יותר להישמר. זה יהיה משתי סיבות עיקריות. ראשית, לא תהיה בחירה עקבית של תגובה חלופית מתאימה, ולכן התרחשות התנהגות של אותה קבוצת תגובה להשגת אותה פונקציה תהיה בלתי צפויה. ההתנהגות ה"חדשה" בנסיבות אלה יכולה בהחלט להיות טופוגרפיה נוספת של פגיעה עצמית או התנהגות בעייתית אחרת. שנית, ללא תגובה חלופית שפותחה במפורש שמתפקדת במגוון הגדרות (שימו לב שגם זו בעיה של הכללה), סביר מאוד שלקוח יחזור לפגיעה עצמית לאחר שהתוכנית ההתנהגותית יושמה, הסתיימה או ברגע שהיישום האפקטיבי שלה החל לרדת.

נאמנות הטיפול, או המידה שבה נוהל מיושם במדויק, היא רמה נוספת שבה נוכל לשקול את היעילות של טיפולי פגיעה עצמית.

מימד אחרון הוא ההשפעה הסבירה של התחלת טיפול על תדירות הפגיעה העצמית עקב תופעת פרץ הכחדה. כאשר חיזוק מוסר, ההתנהגות המושפעת נוטה להתרחש בתדרים גבוהים יותר לתקופה קצרה. ניתן להמחיש את החשיבות הן של נאמנות הטיפול והן של תופעת פרץ ההכחדה בדיון הנוכחי באמצעות תיאור מחקר שנערך על ידי (McConnachie and Carr, 1997) אשר מצאו שהתערבויות של פגיעה עצמית המבוססות על גישת אימון תקשורת תפקודית הובילו להפחתת פרץ הכחדה בהשוואה להכחדת בריחה. מכיוון שאדם היה רוצה מבחינה אתית למזער את התרחשויות של פגיעה עצמית, התערבות המבוססת על הערכה תפקודית עשויה להיות היעילה ביותר ברמה זו. ממצא מרכזי נוסף מהמחקר היה שכאשר המפקחים לא עקבו מקרוב אחר הצוות, אלו המשתמשים בכיבוי מילוט היו פחות עקביים בהפעלת התערבותם. מקונאצ'י וקאר מציעים ששתי התופעות הללו קשורות במובן זה שהתנהגות ההתערבות של הצוות נשמרת באמצעות מקרי הימנעות. התנהגויות מאתגרות, כגון פגיעה עצמית, הן אברסיביות (Mossman, Hastings, & Brown, 2002), ולכן אלו התנהגויות ד של הצוות יכולות לקבל חיזוק שלילי (Hastings & Remington, 1994).

הליכי טיפול שהכי פחות מגבילים

עיקרון אתי שני המנחה את עבודתם של מנתחי התנהגות הוא שיש להשתמש בחלופת הטיפול הכי פחות מגבילה (Johnston & Sherman, 1993). השימוש בהליכי ענישה אינו פסול במפורש, אם כי מנתחי התנהגות מעודדים להשתמש בהליכי חיזוק במידת האפשר. המטרה הבסיסית של גישת עיצוב התנהגות לפגיעה עצמית היא לחסל או להפחית את תדירות ההתנהגות. גישה זו יכולה להיקרא גם הכחדה (Goldiamond, 1974) גישה המבוססת על הערכה תפקודית היא בונה שכן לומדים התנהגויות חדשות כדי להחליף פגיעה עצמית. לאור ההתמקדות בלימוד התנהגות חדשה, או פיתוח התנהגויות שכבר נמצאות ברפרטואר של הלקוח, טיפול המבוסס על הערכה תפקודית הוא, בהגדרה, כנראה פחות מגביל ולכן עדיף מבחינה אתית. עם זאת, עשויה לעלות טענה בעד שימוש בטכניקות מגבילות ל עיצוב התנהגות כאשר הפגיעה העצמית היא קיצונית ו/או Romanczyk and (1975) מסכנת חיים מיידי. ענישה נכונה יכולה להיות יעילה בהפחתה מהירה של פגיעה עצמית. לדוגמה (Goren, 1975) הדגימו שניתן להשתמש בהלם חשמלי מותנה כדי לדכא פגיעה עצמית. לכן, "יתכנו מצבים בהם ניתן לטעון שהמטרה הראשונה של הטיפול היא הפחתת הסיכון לפגיעה עצמית ולכן זה אתי להשתמש בהליך מגביל.

תוקף חברתי

סוגיה אתית שלישית הרלוונטית לטיפול בפגיעה עצמית היא בחירת הטיפולים המובילים לתוצאות ערכיות חברתיות באמצעים ערכיים חברתית. הנחיות ארגון ה-BACB אינן ברורות במיוחד בנושא זה, ומתייחסות בסעיף בנושאי מחקר לציפייה שמנתחי התנהגות יפעלו באופן השומר על כבוד המשתתפים. עם זאת, מושג התוקף החברתי של טיפולים היה גם נושא חשוב בניתוח התנהגות מזה כמה שנים. מנתחי התנהגות אימצו את העיקרון לפיו נתונים על קבילות התערבויות לצוות, משפחות, החברה בכלל ואנשים עם מוגבלות התפתחותית עצמם צריכים לסייע בבחירת הטיפול. קריטריון זה קיבל את התווית הכללית של "תוקף חברתי", או דעותיהם של צרכנים לגבי החשיבות, הקבילות והיעילות של התערבויות (Wolf, 1978) כנראה המימד הנחקר ביותר של תוקף חברתי הוא החשיבות החברתית של הליכי ההתערבות ההתנהגותיים עצמם המופעלים. כהתאמה, ההוגנות והסבירות של ההליכים המיושמים לשיפור בעיה התנהגותית. (קזדין, 1981).

בעיות נוספות

בנוסף לסוגיות המרכזיות שנסקרו לעיל, ישנן סוגיות אתיות נוספות המשפיעות על איזון הדיון. אלה שנידונו כאן מתייחסים ל: 1. השקעת זמן וכוח אדם לביצוע הערכה תפקודית, במיוחד ניתוח תפקודי, 2. שימוש בהתערבויות מונעות, 3. נזק עצמי במהלך הליכי ניתוח תפקודי, ו-4. בהירות התוצאות של שיטות הערכה תפקודית. כל אחד מאלה נדון בתורו להלן.

הערכה תפקודית דורשת זמן ומשאבים מיוחדים לביצועה. במקרה של ניתוח תפקודי מלא, איסוף הנתונים לוקח שעות על פני מספר ימים ודורש גם הכשרה ניכרת במיומנויות תצפית והצגת נתונים ופרשנותם (Iwata et al., 1982). למרות שפותחו שיטות ניתוח תפקודי קצרות (Kahng ו- Iwata, 1999; Northup et al., 1991) הן עדיין דורשות צוות של מומחים ולעיתים קרובות מבוצעות במסגרת טיפולית חיצונית מיוחדת. השאלה הכללית היא האם עדיף להשקיע זמן ומשאבים פשוט ללמד לקוחות מיומנויות מפתח כגון טכניקות תקשורת פונקציונליות. מכיוון שכ- 70% מההערכות התפקודיות להתנהגויות מאתגרות כולל פגיעה עצמית זיהו תפקודים של תשומת לב או בריחה מדרישה (Iwata et al., 1992; Derby et al 1994), ניתן אולי ללמד התנהגויות מתאימות להשגת שתי פונקציות אלו, במהלך ובמקום הזמן שלוקח לביצוע הערכות תפקודיות.

נקודה אחרונה זו מתייחסת גם לשאלה רחבה יותר על התערבות מונעת. התנהגויות של פגיעה עצמית אינן מופיעות משום מקום, אלא נוצרות עם הזמן על ידי חשיפה למצבים סביבתיים ובעיקר חברתיים. (Guess & Carr, 1991) ניתן להבין את תהליך ההתפתחות הזה בחלקו דרך מושג פעולת ההקמה (Michael, 1982). ביסודו של דבר, המוטיבציה של אדם להשיג חיזוק חיובי מתרחשת כתוצאה ישירה מתקופה של שלילת חיזוק זה. באופן דומה, מוטיבציה לחיזוק שלילי מתרחשת כתוצאה ישירה מחשיפה לאירוע אוורסיבי. בהחלת מושג זה על התפתחות של פגיעה עצמית, התנהגויות אלו עשויות לתפקד כדי להתגבר על מצב של חסך (כגון תקופה ללא פעילות או מגע חברתי), או כדי למנוע מצב אוורסיבי (כגון דרישה לימודית). ללא התנאים הסביבתיים לבסס פגיעה עצמית כחיזוק, ההתנהגות לא הייתה מתרחשת.

התערבות מוקדמת לזיהוי מצבים המגדילים את הסבירות להתרחשות פגיעה עצמית היא מטרה טיפולית ברורה. זה יכול להיות כרוך במניעת מצבי חסך באמצעות טכניקות כגון חיזוק בלתי תלוי למשל, חוסר תשומת לב חברתי (Iwata, Zarcone, Smith, & Mazaleski, 1993), כדי לאפשר אמצעי הסתגלותי יותר של בריחה מדרישות או קבלת תשומת לב על ידי הוראה מיומנויות תקשורת פונקציונלית (Dunlap, Foster-Johnson, & Robbins, 1990; Reeve & Carr, 2000) בסופו של דבר, אסטרטגיות מניעה כאלה עשויות להביא לגישות טיפול יעילות ואפקטיביות יותר ולכן אתיות.

דיונים קודמים על התערבויות ללא הערכה תפקודית או מוקדם יותר בהיסטוריה ההתפתחותית של התנהגויות של פגיעה עצמית הם נקודות חשובות לגבי היתרונות של ביצוע הערכות תפקודיות לעומת אי ביצוע. עם זאת, יש שאלה רחבה יותר לגבי התערבויות אלה.

אנו מגדירים עיצוב התנהגות כיישום של נהלים לשינוי התנהגות ללא הערכה תפקודית, ופרשנות קפדנית של הגדרה זו יכולה לכלול התערבויות שנועדו ללמד מיומנויות כגון תקשורת תפקודית ללא הערכה תפקודית מפורשת. עם זאת, ניתן לטעון שהתערבויות במקרים אלו יתבססו על הערכה תפקודית מרומזת הבנויה על עדויות של מספר רב של מקרים שפורסמו. יש גם מובן נוסף שבו התערבויות מניעה כלליות אלו אינן יכולות להיחשב כשינוי התנהגות פשוט, והיא העובדה שהן בונה בבירור בטבען (גולדימונד, 1974).

בעיה נוספת היא שבדיקה באמצעות ניתוח תפקודי נועדה לעורר פגיעה עצמית בתנאי ניסוי מבוקרים. מכיוון שאדם ירצה להימנע מפגיעה מיותרת בלקוחות, חשוב לקחת בחשבון שניתן לראות כי פגיעה עצמית 'מתבצעת' במסגרת ניתוח תפקודי רק כדי לאפשר להסיק השערות לגבי הפונקציה שלה. לכן, מנתחי התנהגות יצטרכו להיות משוכנעים בתקפותן של שיטות ניתוח תפקודי כדי להצדיק מבחינה אתית את השימוש בהן. עם זאת, ישנן מגוון בעיות תוקף פנימיות וחיצוניות בתנאי הניסוי המהווים חלק מכונן מניתוח תפקודי. (Oliver, 1991; Sturmey, 1995) לדוגמא, קיימת האפשרות שפגיעה עצמית

עשויה להתעצב בתוך ניתוח תפקודי על ידי מקרים שלמעשה לא היו אחראים לשמירת ההתנהגות בסביבה הטבעית. לכן, המקרה האתי לשימוש בהערכה אנלוגית אינו חסין תקלות. הביקורת הספציפית הזו לא בהכרח משתרעת על כל ההערכות התפקודיות.

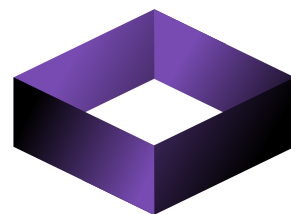
נקודה אתית אחרונה שתידון כאן היא שהתוצאות של הערכות תפקודיות לא תמיד ברורות. בפרט, פונקציה ברורה או פונקציות מרובות עשויות שלא להיות מזוהות במיעוט משמעותי של המקרים כאשר מתקבלות תוצאות כאלה, הקשרים להתערבות הרבה פחות ברורים ואז יש ספק אם המאמץ לבצע הערכה תפקודית היה שווה את זה. כמובן, יש כאן איוון סיכונים במובן זה שבמקרים רבים של פגיעה עצמית ניתן לזהות השערות תפקודיות ברורות וכי אלו עשויים להיות התנאים האופטימליים לטיפול יעיל ביותר ולפיכך עדיף מבחינה אתית. (Derby et al., 1992; Iwata et al., 1994).

מסקנות

מהסקירה הנוכחית עולה כי ביסוס טיפול בפגיעה עצמית על תוצאות של הערכה תפקודית קודמת הוא אתי יותר מאשר גישת לעיצוב התנהגות. ראשית, טיפול מבוסס ניתוח פונקציונלי יעיל יותר בסך הכל, סביר יותר להיות נרחב ומתמשך, וסביר להניח שייושם בנאמנות טובה על ידי הצוות, ככל הנראה מגדיל את הסיכוי להצלחת הטיפול). שנית, במידה שטיפולים מבוססי הערכה תפקודית נוטים יותר להיות בונים באופיים, סביר להניח שהם יהיו פחות מגבילים מגישות לעיצוב התנהגות. שלישית, למרות שהנתונים הישירים מהמספר הקטן של מחקרים אמפיריים הם מעורפלים, במידה שבהליכים מבוססי הערכה תפקודית משתמשים באסטרטגיות מבוססות חיזוק, סביר להניח שהם ימצאו מקובלים יותר על הצרכנים.

ממצאים אלו תומכים בשימוש בהערכות תפקודיות בטיפול בפגיעה עצמית. עם זאת, חשוב גם לשקול את המגבלות של גישות הערכה תפקודית. אלה כוללים את עוצמת המשאבים הנדרשים, חוסר בהירות אפשרי של התוצאות ושאלות לגבי תוקף. בנוסף, ייתכנו מצבים ספציפיים שבהם פגיעה עצמית מסכנת חיים באופן מיידי כאשר הליך של עיצוב התנהגות הוא התערבות מהירה ואתית. גורמים אלו ואחרים עשויים להגביל את העליונות האתית של טיפולים המבוססים על הערכה תפקודית ולהצביע על נושאים שיש להתייחס אליהם בהמשך הפיתוח של הערכה תפקודית והתערבויות תפקודיות להתנהגות פגיעה עצמית.

טפסים חשובים



הסכם התקשרות

למתן שירותי ניתוח התנהגות

שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ חודש _____ שנה _____

בין:

דוא"ל: _____

(להלן: "מנתח ההתנהגות")

לבין:

שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז. _____ של הקטין/ה)

באמצעות הוריו ו/או האפוטרופוסים החוקיים

שם ות.ז.: _____

שם ות.ז.: _____

מרחוב: _____

טל: _____, נייד: _____

(להלן: "הלקוח")

והלקוח פנה למנתח ההתנהגות לקבלת שירותי ניתוח התנהגות ומנתח ההתנהגות מסכים לבקשת הלקוח, ליתן שירותי ניתוח התנהגות במסגרת השירות המוסכם כמפורט להלן. הכל - לפי התנאים וההוראות המפורטים בחוזה זה.

הואיל;

והצדדים חפצים להגדיר את מערכת היחסים ביניהם במסגרת

והואיל

הוראות הסכם זה;

;

והשירות הניתן הוא בתחום ניתוח התנהגות אך יחד עם זאת

והואיל

מוצהר ומובהר כי מנתח ההתנהגות ישתמש בכלים נוספים

;

מתחום הכשרתו כ _____ (סעיף

אופציה). לפיכך הוסכם והותנה בין הצדדים כדלקמן :-

א. דין המבוא והנספחים

. המבוא להסכם ונספחיו הם חלק בלתי נפרד הימנו.

1 כותרות הסעיפים נרשמו לצרכי נוחות בלבד, ואין בהן כדי לשמש לצורך פרשנותו של ההסכם.

2

ב. השירות המוסכם

3. מנתח ההתנהגות ייתן ללקוח שירותי ניתוח התנהגות תוך שימוש בעקרונות ובכלים מתחום ניתוח יישומי של התנהגות. השירות יכלול בין היתר הערכה תפקודית (ראיונות/תצפיות/ניתוח תפקודי), ייעוץ, הנחיה, בניית תכנית התנהגותית, התערבות התנהגותית, _____.

4. הלקוח נותן בזאת את הסכמתו המלאה לכל הליך ו/או שימוש בכל כלי ו/או עקרון מתחום ניתוח התנהגות לרבות ביצוע ניתוח תפקודי.

5. הלקוח נותן בזאת את הסכמתו לצילום ו/או תיעוד הטיפול בכל אמצעי לפי שיקול דעתו של מנתח ההתנהגות לצורכי תכנית הטיפול ומעקב אחריה. על אף האמור בסעיף זה, תינתן הסכמה מפורשת ובנפרד לאמצעי הצילום ולזמני הצילום.

6. מנתח ההתנהגות הבהיר ללקוח כי גורמים רבים, אשר אינם בשליטתו, יכולים להשפיע באופן קריטי על הצלחת הטיפול ההתנהגותי לרבות שיתוף הפעולה של הלקוח, עמידה בתנאי התוכנית ההתנהגותית, עדכון ומסירת מידע חדש אודות מצבו של הלקוח ועוד.

ג. תקופת ומועדי השירות המוסכם

7. שירותי ניתוח התנהגות יינתנו ללקוח בימים _____ בשעות _____ ו/או סה"כ _____ שעות שבועיות/חודשיות לפי הצורך ו/או לפי שיקול דעתו המקצועי

של מנתח ההתנהגות בתיאום עם הלקוח. הלקוח מתחייב בזאת למינימום _____ שעות שבועיות/חודשיות. (קיימת אופציה לתשלום גלובלי)

8. על אף האמור בסעיף 7 לעיל, רשאים הצדדים להאריך ו/או לשנות את תקופת ומועדי ההסכם לפי הצורך ובתיאום מראש.

9. הלקוח מתחייב להודיע מראש למנתח ההתנהגות על ביטול ו/או שינוי במועד הטיפול וכל זאת לפחות 24 שעות לפני הטיפול המתוכנן.

ד. התמורה ותנאי התשלום

10. בגין גיבוש וכתובת תכנית הטיפול ו/או ההתערבות עבור הלקוח ישולם סך של _____ ₪ וזאת בנוסף וללא קשר לכל תשלום אחר הקבוע בהסכם זה. מנתח ההתנהגות יעביר העתק מהתכנית ללקוח.

11. בגין השירות המוסכם, ישלם הלקוח למנתח ההתנהגות סך של _____ לשעה בתוספת מע"מ (כחוק) (ככל ויחול) כאשר התשלום יתבצע לפי המפורט להלן: (המחאות/העברה בנקאית+תשלום יומי/שבועי/חודשי וכו') _____

_____.

12. שירותי ניתוח התנהגות כוללים סך של _____ שעות שיחות טלפוניות בחודש. מעבר לכך, ישולם סך של _____ ש"ח לשעה (מצטברת) של שיחות טלפוניות עפ"י פירוט שיעביר מנתח ההתנהגות מעת לעת.

13. סך של _____ ₪ ישולם על ידי הלקוח במעמד החתימה על הסכם זה. סכום זה הינו בגין פגישת היכרות, מעבר על מסמכים ו/או כל חומר שיוצג ע"י הלקוח וכן עבור _____ מפגשים מראש. סכום זה לא יוחזר ללקוח אף אם ביקש להקפיא ו/או לבטל את ההתקשרות ו/או את הפגישות מכל סיבה שהיא.

ה. היעדר יחסי עובד-מעביד

14. הצדדים מצהירים ומתחייבים בזאת כי אין בחוזה זה ו/או בתנאי מתנאיו כדי ליצור בין מנתח ההתנהגות או מישהו מטעמו לבין הלקוח ו/או מי מטעמו יחסי עובד מעביד וכי הצדדים יהיו מנועים מלהעלות טענה זו.

ו. סודיות מקצועית וגבולותיה

15. מנתח ההתנהגות מצהיר, כי ידוע לו שהמידע, החומר והמסמכים אשר יגיעו לידיו ו/או למי מטעמו, במסגרת מתן שירותי ניתוח התנהגות או בקשר עם ביצוע החוזה, הינם סודיים, וכי הוא אחראי כלפי הלקוח לקיום חובת שמירת הסודיות בהתאם לכללי האתיקה המקצועיים ולכל דין.

16. על אף האמור בסעיף 14 לעיל, הלקוח מאשר כי מנתח ההתנהגות יהא רשאי למסור ו/או לקבל מידע אשר הגיע אליו במסגרת שירותי ניתוח ההתנהגות ו/או בקשר לחוזה זה ככל ומנתח ההתנהגות ימצא לפי שיקול דעתו המקצועי, כי מסירת המידע הינה לטובת הלקוח

לרבות לצורך התייעצויות עם גורמים מקצועיים אחרים ו/או לגורמים המושפעים מהשירות ההתנהגותי ו/או כאשר החוק מחייב זאת.

17. הלקוח יחתום במעמד החתימה על הסכם זה על טופס ויתור סודיות אשר מצורף להסכם וחלק בלתי נפרד ממנו.

18. מנתח ההתנהגות ישמור, את כל המידע הנמצא ברשותו או נאסף על ידו, במסגרת מתן השירות על-פי חוזה זה או בקשר לביצועו, וכן כל מסמך, חפץ או נתון, מכל סוג שהוא, שהגיעו לידיהו במסגרת ביצוע החוזה או בקשר אליו, בהתאם לתקופות ולכללים הקבועים בכללי האתיקה והחוק.

ז. סיום ההתקשרות

19. על אף האמור בהסכם זה, בכפוף לכל דין ולפי שיקול דעתו המקצועי יהא רשאי מנתח ההתנהגות לשנות את השירות המוסכם ו/או להפסיקו ו/או להאריכו לפי הצורך ובהתאם לטובת הלקוח ולרבות בשל בקשת הלקוח, סיום הטיפול, הפרת תנאי מתנאי חוזה זה ועוד.

20. סיום ההתקשרות ע"י מי מבין הצדדים יעשה בהודעה בכתב של 30 יום מראש של צד אחד למשנהו ולאחר פרעון כל חובותיו של הלקוח.

21. על אף האמור בסעיף 19 לעיל, רשאי מנתח ההתנהגות להפסיק התקשרות זו בכל עת מהסיבות הבאות:

- א. מנתח ההתנהגות סבור כי הטיפול הסתיים והשיג את מטרותיו.
- ב. אין שיתוף פעולה מצד הלקוח המאפשר את המשך הטיפול והצלחתו.
- ג. הלקוח לא פרע את חובו במשך למעלה מ- 30 ימים לאחר קבלת דרישת תשלום.

ח. כללי

22. הלקוח מאשר בחתימתו על הסכם זה כי קיבל את כל המידע שביקש ו/או הדרוש והרלוונטי בטרם מתן הסכמתו לקבלת שירותי ניתוח התנהגות.

23. חוזה זה ממצה את מלוא ההסכמות בין הצדדים, ומבטל כל הסכם, הסכמה, זכרון דברים, מצג קודם או התחייבות אחרת.

24. מנתח ההתנהגות אינו זכאי לתשלום ו/או זכות ו/או טובת הנאה ו/או מתנה, בנוסף על האמור במפורש בחוזה זה, אלא אם ובאותה מידה שהדבר יסוכם בין הצדדים, יועלה על הכתב ויחתם על ידי שני הצדדים.

25. הוסבר ללקוח כי מנתח ההתנהגות מחויב לפעול בהתאם לכללי האתיקה הקבועים בקוד האתי של מנתחי ההתנהגות בישראל ואף כי הלקוח רשאי לקבל ממנתח ההתנהגות העתק מקוד זה מכל עת שיבקש.

26. כל שינוי של חוזה זה, או ויתור על קיום תנאי הקבוע בו טעונים מסמך בכתב, ב אישור שני הצדדים, אחרת, לא יהיה להם כל תוקף.

27. כתובות הצדדים לחוזה זה הן כמפורט במבוא לחוזה זה.

28. כל הודעה שנשלחה בדואר רשום על ידי צד אחד למשנהו, לפי הכתובת כאמור בכותרת לחוזה זה לעיל תחשב כאילו נתקבלה על ידי הצד שכנגד תוך 72 שעות ממועד שיגור ה בדואר, אם בפקס - בתוך יום עסקים מיום שיגורה, ואם על ידי שליח - בעת מסירתה .

ולראיה באו הצדדים על החתום:

הלקוח
מנתח ההתנהגות

**טופס הסכמה מדעת לקבלת שירותי ניתוח התנהגות המוצע באוגדן מבוסס על
הקוד האתי של מנתחי ההתנהגות (בשראל) נוסח חדש החל מיום 01.01.2022
שקובע כדלהלן:**

הסכמה מדעת

הרשאה הניתנת על ידי אדם בעל זכות משפטית להסכים לפני השתתפות בשירותים או מחקר, או
המאפשרת שימוש או שיתוף של מידע אודותיו.

שירות / מחקר: מתן אפשרות לאדם לתת הסכמה מדעת לשירותים או למחקר כרוך בהסבר ובנקיטת
צעדים מתאימים לאישור הבנתו את: (1) מטרת השירותים או המחקר, (2) זמן המחויבות הצפוי והנהלים
הכרוכים בכך, (3) הזכות לסרב להשתתף או לסגת מהסכמה בכל עת ללא השלכות שליליות, (4) יתרונות,
סיכונים, אי נוחות או השפעות שליליות פוטנציאליים, (5) כל מגבלה על סודיות או פרטיות, (6) כל תמריץ
להשתתפות במחקר, (7) למי לפנות לשאלות או חששות בכל עת, (8) ההזדמנות לשאול שאלות ולקבל
תשובות. **שימוש / שיתוף מידע:** מתן אפשרות לאדם לתת הסכמה מדעת, לשתף או להשתמש במידע,
עניין הכרוך

בהסבר על: (1) המטרה והשימוש המיועד, (2) הקהל, (3) משך הזמן הצפוי, (4) הזכות לסרב או לסגת
מההסכמה בכל עת, (5) סיכונים או יתרונות פוטנציאליים, (6) כל מגבלה על סודיות או פרטיות, (7) למי
ניתן לפנות בכל עת עם שאלות או חששות, (8) ההזדמנות לשאול שאלות ולקבל תשובות.

תאריך: _____

כתב הסכמה לקבלת שירותי ניתוח התנהגות

אנו הח"מ, _____ מס' ת.ז. _____

ו- _____ מס' ת.ז. _____

מרחוב _____, טל: _____

הורי הילד/ה _____ ת.ז. _____

נותנת בזאת את הסכמתי ל _____ (שם+ת.ז) ו/או
ל _____ (להלן: "**מנתח/ת ההתנהגות**"), לתת לבתי/בני
שירותי ניתוח התנהגות לרבות צפייה ואיסוף נתונים, הערכה תפקודית, בנייה
והפעלת תכנית התערבות, מעקב אחר התכנית ו/או כל פעולה הנדרשת לצורך
הצלחת התכנית ההתנהגותית (להלן: "**שירותי ניתוח התנהגות**").

הננו מסכימים ומאשרים בזאת כי שירותי ניתוח התנהגות שינתנו הינם
למטרת

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו ששירותי ניתוח התנהגות יינתנו לתקופה של
(הערכה מקצועית בלבד).

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו על ידי מנתח/ת ההתנהגות כי במהלך מתן שירותי ניתוח התנהגות
אנו נדרשים ל

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו על ידי מנתח/ת ההתנהגות כי אנו רשאים בכל עת לסיים את
ההתקשרות ולבטל את ההסכמה הניתנת בטופס זה לקבלת שירותי ניתוח התנהגות בכפוף
ל
(הודעה מוקדמת/תשלום שכ"ט/אחר).

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו על ידי מנתח/ת ההתנהגות היתרונות, הסיכונים, אי נוחות
או השפעות שליליות פוטנציאליים כתוצאה ממתן השירות.

במסגרת אישור זה אנו נותנים הסכמתנו למנתח/ת ההתנהגות להעביר לגורמים הבאים:
כל מידע ללא יוצא מן הכלל המצוי ברשותו וקשור
לעבודתו כמנתח/ת התנהגות לפי שיקול דעתו המקצועית בכפוף לכך שהמידע יועבר לצורכי
טיפול בלבד.

הנני משחרר/ת את מנתח/ת ההתנהגות מחובת שמירה על סודיות ו/או חובת ההגנה על
הפרטיות בכל הנוגע למידע בקשר עם הטיפול המקצועי ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה
מסוג כלשהו בעניין זה לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או כל דין אחר.
כמו כן, הנני מאשר/ת למנתח/ת ההתנהגות לקבל כל מידע מכל גורם מקצועי לפי שיקול
דעתה בקשר לתוכנית ההתנהגותית.

כתב ההסכמה יעמוד בתוקף כל זמן שהטיפול ממשיך אלא אחד הצדדים יודיע לצד השני
בכתב על סיום תוקפו.

אנו מצהירים כי ניתנה לנו האפשרות לקרוא את הטופס ולקבל מענה ממנתח/ת ההתנהגות
לכל שאלה בטרם החתימה על טופס זה.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

** בכל שאלה או התלבטות הקיימת לאחר החתימה על טופס זה ניתן
לפנות למנתח/ת ההתנהגות _____ להלן פרטי
ההתקשרות: _____

**טופס ויתור סודיות המוצע באוגדן מבוסס על הקוד האתי של מנתחי
ההתנהגות בשראל (נוסח חדש החל מיום 01.01.2022) שקובע כדלהלן:**

הסכמה מדעת

הרשאה הניתנת על ידי אדם בעל זכות משפטית להסכים לפני השתתפות בשירותים או מחקר, או
המאפשרת שימוש או שיתוף של מידע אודותיו.

שירות / מחקר: מתן אפשרות לאדם לתת הסכמה מדעת לשירותים או למחקר כרוך בהסבר ובנקיטת

צעדים

מתאימים לאישור הבנתו את: (1) מטרת השירותים או המחקר, (2) זמן המחויבות הצפוי והנהלים הכרוכים
בכך, (3) הזכות לסרב להשתתף או לסגת מהסכמה בכל עת ללא השלכות שליליות, (4) יתרונות, סיכונים,
אי נוחות או השפעות שליליות פוטנציאליים, (5) כל מגבלה על סודיות או פרטיות, (6) כל תמריץ להשתתפות
במחקר, (7) למי לפנות לשאלות או חששות בכל עת, (8) ההזדמנות לשאול שאלות ולקבל תשובות.

שימוש / שיתוף מידע: מתן אפשרות לאדם לתת הסכמה מדעת, לשתף או להשתמש במידע, עניין הכרוך
בהסבר על: (1) המטרה והשימוש המיועד, (2) הקהל, (3) משך הזמן הצפוי, (4) הזכות לסרב או לסגת
מההסכמה בכל עת, (5) סיכונים או יתרונות פוטנציאליים, (6) כל מגבלה על סודיות או פרטיות, (7) למי
ניתן לפנות בכל עת עם שאלות או חששות, (8) ההזדמנות לשאול שאלות ולקבל תשובות.

תאריך: _____

טופס ויתור סודיות

אנו הח"מ _____ מס' ת.ז. _____ ו- _____ מס' ת.ז.

הורי הילד/ה _____ ת.ז. _____

מרחוב _____, טל: _____

נותנת/ת בזאת את הסכמתי ל _____ שם+ת.ז. (להלן: "**מנתח/ת**
ההתנהגות"), להעביר כל מידע ללא יוצא מן הכלל המצוי ברשותו וקשור
לעבודתו כמנתח/ת התנהגות לכל גורם לפי שיקול דעתו המקצועית בכפוף לכך
שהמידע יועבר לצורכי טיפול בלבד.

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו ע"י מנתח/ת ההתנהגות מהי מטרת העברת המידע לרבות _____.

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו זהות הגורמים אליהם יועבר המידע לרבות (יש לשנות ו/או להוסיף בהתאם לנסיבות): המסגרת החינוכית, צוות מטפל, השירות הפסיכולוגי, אנשי מקצוע אחרים, _____.

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו שבכל עת לפי שיקול דעתנו אנו רשאים לבטל את ההסכמה ליותר על סודיות וזאת על ידי מתן הודעה בכתב למנתח/ת ההתנהגות .

אנו מצהירים בזאת כי הוסבר לנו היתרונות ו/או הסיכונים האפשריים בהעברת המידע וכי ניתנה לנו האפשרות לקרוא את טופס ויתור הסודיות ומענה לשאלות שהעלינו על ידי מנתח/ת ההתנהגות וזאת בטרם החתימה על טופס זה.

הנני משחרר/ת את מנתח/ת ההתנהגות מחובת שמירה על סודיות ו/או חובת ההגנה על הפרטיות בכל הנוגע למידע בקשר עם הטיפול המקצועי ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בעניין זה לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או כל דין אחר. כמו כן, הנני מאשר/ת למנתח/ת ההתנהגות לקבל כל מידע מכל גורם לפי שיקול דעתה לרבות _____(רשימת מוסדות/ארגונים לפי נסיבות המקרה) .

אפשרות א': כתב ויתור הסודיות יעמוד בתוקף עד ליום: _____
אפשרות ב': כתב הויתור יעמוד בתוקף כל זמן שהטיפול ממשיך אלא אחד הצדדים יודיע לצד השני בכתב על סיום תוקפו.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

בכל שאלה או התלבטות הקיימת לאחר החתימה על טופס זה ניתן לפנות **
למנתח/ת ההתנהגות _____ להלן פרטי ההתקשרות: _____