DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNA

Ćwiczenie laboratoryjne nr 1

Podstawy diagnozy psychologicznej:

wywiad kliniczny, obserwacja i pierwsze spotkanie diagnostyczne

Modele diagnozy | Wywiad ustrukturyzowany | Obserwacja kliniczna | Analiza przypadku

ĆWICZENIE 1 - ĆWICZENIE 2 - ĆWICZENIE 3 - ĆWICZENIE 4 - ĆWICZENIE 5

dr inż. Mateusz Pomianek

Przedmiot	Diagnoza psychologiczna
Rok akademicki	2026/2027
Kierunek	Psychologia, rok III
Forma zajęć	Ćwiczenia
Metody	Analiza przypadków, odgrywanie ról klinicznych, wypełnianie protokołów wywiadu, dyskusja strukturowana

1. Informacje ogólne o zajęciach

Diagnoza psychologiczna jest dyscypliną stojącą na pograniczu nauki i sztuki: wymaga rzetelnej wiedzy o metodach pomiarowych, statystyce, psychopatologii i teoriach osobowości, lecz również intuicji klinicznej, umiejętności budowania relacji i krytycznego myślenia wobec własnych założeń. Pierwsze ćwiczenia laboratoryjne stawiają fundamentalne pytanie: skąd w ogóle wiemy, co diagnozujemy? I jak to zrobimy rzetelnie i etycznie?

Na tych zajęciach studenci zapoznają się z modelami diagnozy psychologicznej, opanowują technikę wywiadu klinicznego i uczą się systematycznej obserwacji behawioralnej. Wszystkie ćwiczenia oparte są na fikcyjnych przypadkach klinicznych zawartych w tej instrukcji. Nie są potrzebne żadne zewnętrzne materiały.

Cele kształcenia (KRK)

Wiedza: Student opisuje modele i etapy procesu diagnostycznego (model nomotetyczny, idiograficzny, model medyczny vs psychologiczny); definiuje pojęcia trafności diagnostycznej, rzetelności i normalizacji; charakteryzuje rodzaje wywiadu psychologicznego i ich zastosowanie kliniczne; wymienia elementy obowiązkowe protokołu wywiadu diagnostycznego.

Umiejętności: Student przeprowadza ustrukturyzowany wywiad kliniczny wg protokołu BASIC ID i formatu SOAP; rejestruje i interpretuje obserwacje behawioralne według systemu multi-osiowego; formułuje wstępne hipotezy diagnostyczne uzasadnione danymi z wywiadu i obserwacji; ocenia jakość własnego i cudzego wywiadu według kryteriów ze skali OSCE.

Kompetencje społeczne: Student utrzymuje profesjonalną postawę diagnostyczną (neutralność, empatia, nieocenianie); identyfikuje sytuacje wymagające poinformowania o ograniczeniach poufności; rozróżnia rolę terapeuty od roli diagnosty.

Zasady pracy w pracowni klinicznej

Fikcyjne przypadki opisane w tej instrukcji są narzędziem dydaktycznym, nie opisem rzeczywistych osób. Odgrywanie ról klinicznych wymaga zaangażowania i powagi, ale student odgrywający pacjenta

ma prawo przerwać symulację w dowolnym momencie (słowo „PAUZA').

Obserwacje i nagrania (jeśli prowadzone) są poufne i przeznaczone wyłącznie do celów dydaktycznych. Zabrania się nagrywania na prywatne urządzenia.

2. Podstawy teoretyczne

2.1. Czym jest diagnoza psychologiczna?

Diagnoza psychologiczna to złożony proces zbierania, integrowania i interpretowania danych o człowieku - jego funkcjonowaniu, trudnościach, zasobach i kontekstach życiowych - w celu udzielenia odpowiedzi na pytania kliniczne, edukacyjne, sądowe lub inne. Pająk (2002) definiuje diagnozę jako „uzasadnione orzeczenie o stanie rzeczy'. Maruszewski (2012) podkreśla, że diagnoza zawsze jest odpowiedzią na pytanie, nie stwierdzeniem „czegoś ogólnego'.

Współczesna diagnoza psychologiczna jest wielopoziomowym procesem obejmującym**: identyfikację problemu** (problem identification), **ocenę funkcjonowania** (assessment), **formułowanie przypadku** (case formulation) i **planowanie interwencji** (intervention planning). Diagnoza kończy się pisemnym raportem psychologicznym - dokumentem o charakterze prawnym i klinicznym.

2.2. Modele diagnozy psychologicznej

2.2.1. Model nomotetyczny i idiograficzny

Model nomotetyczny poszukuje ogólnych praw i wzorów: porównuje jednostkę z normą populacyjną, stosuje standaryzowane narzędzia i orzeka o przynależności do kategorii diagnostycznych (np. zaburzenie depresyjne według DSM-5). Mocna strona: rzetelność międzysesyjna i międzydiagnostyczna. Ograniczenie: może nie uchwycić unikalnego kontekstu osoby.

Model idiograficzny koncentruje się na rozumieniu jednostki jako niepowtarzalnej osoby z własną historią, znaczeniami i kontekstem. Stosuje wywiady narracyjne, historię życia, metodę osobistą konstruktów Kelly'ego. Mocną stroną wysoka trafność ekologiczna, ale ograniczenie to trudność w generalizacji i porównywaniu międzyosobowym.

Współczesna diagnoza integruje oba podejścia: standaryzowane narzędzia dostarczają punktu odniesienia, a wywiad i obserwacja kliniczna dostarczają kontekstu i znaczenia.

2.2.2. Model medyczny vs model psychologiczny

Model medyczny (kategoryczny) szuka rozpoznania: czy osoba spełnia kryteria zaburzenia X? Klasyfikacje DSM-5 i ICD-11 są kategorialne i pozwalają na komunikację międzybranżową, rozliczenia z ubezpieczalniami i planowanie leczenia. Ich ograniczenie to wysoka komorbidność i sztuczność granic między kategoriami.

Model psychologiczny (wymiarowy) ocenia nasilenie trudności na ciągłych wymiarach (np. poziom lęku, nasilenie depresji, stopień dezorganizacji). Podejście wymiarowe lepiej oddaje rzeczywiste różnice indywidualne i pozwala śledzić zmiany w czasie. HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, Kotov i in., 2017) to współczesna próba stworzenia wymiarowej alternatywy dla DSM/ICD.

Kryterium	Model nomotetyczny / medyczny	Model idiograficzny / psychologiczny
Cel	Klasyfikacja, porównanie z normą	Rozumienie indywidualnego przypadku
Narzędzia	Standaryzowane testy, kwestionariusze	Wywiad narracyjny, techniki projekcyjne, obserwacja
Wynik	Diagnoza kategorialna (ICD-11, DSM-5)	Formułowanie przypadku (case formulation)

Kryterium	Model nomotetyczny / medyczny	Model idiograficzny / psychologiczny
Mocna strona	Rzetelność, komunikowalność	Trafność ekologiczna, kontekst
Ograniczenie	Komorbidność, sztuczność kategorii	Trudność generalizacji, czasochłonność

2.3. Etapy procesu diagnostycznego

Pełny proces diagnostyczny składa się z sześciu etapów, które realizowane są w następującej kolejności:

1. **Sformułowanie pytania diagnostycznego:** kto pyta, o co pyta i dlaczego. Pytanie może pochodzić od pacjenta, rodziny, sądu, pracodawcy lub lekarza. Wyznacza ono zakres i metody diagnozy.
2. **Zbieranie danych:** wywiad, obserwacja, testy psychologiczne, kwestionariusze, dokumentacja medyczna, wywiady z informatorem (collateral interview).
3. **Analiza i interpretacja danych:** integracja wyników różnych metod, weryfikacja hipotez, diagnoza różnicowa.
4. **Formułowanie przypadku (case formulation):** wyjaśnienie, dlaczego ten człowiek w tym momencie życia ma te trudności. Obejmuje czynniki predysponujące, wywołujące i podtrzymujące.
5. **Planowanie interwencji:** rekomendacje terapeutyczne, diagnostyczne (dalsze badania) i środowiskowe.
6. **Raport psychologiczny:** pisemny dokument integrujący wyniki i rekomendacje, przeznaczony dla określonego odbiorcy (pacjent, lekarz, sąd, szkoła).

2.4. Wywiad kliniczny: klasyfikacja i techniki

2.4.1. Rodzaje wywiadu diagnostycznego

Rodzaj wywiadu	Stopień ustrukturyzowania	Przykład narzędzia	Zastosowanie kliniczne
Swobodny (niestrukturyzowany)	Brak ustalonego schematu	Wywiad kliniczny wg uznania diagnosty	Pierwsze spotkanie; nawiązanie kontaktu; eksploracja
Półustrukturyzowany	Obszary tematyczne z możliw. odstępstwami	SCID-5, M.I.N.I.	Diagnoza różnicowa zaburzeń os.
Ustrukturyzowany (standaryzowany)	Stałe pytania w narzuconej kolejności	ADIS-5, CAPS-5 (PTSD)	Badania kliniczne; rzetelność międydiagnosta
Wywiad z informatorem	Różny	Vineland-3, IQCODE	Dzieci, osoby z demencją, sądownictwo

2.4.2. Format SOAP - strukturyzowanie informacji z wywiadu

Format SOAP jest szeroko stosowany w dokumentacji klinicznej. Organizuje informacje z wywiadu w cztery kategorie:

- **S - Subjective (subiektywne):** relacja pacjenta własnymi słowami, skarga główna, opis problemu, historia dolegliwości. „Co pana/pani tu dziś przywiodło?'
- **O - Objective (obiektywne):** obserwacje kliniczne diagnosty (wygląd, afekt, kontakt wzrokowy, mowa), wyniki testów, dokumentacja medyczna.
- **A - Assessment (ocena):** hipoteza diagnostyczna, wstępne rozpoznanie, stopień nasilenia trudności, czynniki ryzyka.
- **P - Plan:** dalsze postępowanie: dodatkowe badania, konsultacje, propozycja terapii, termin następnego spotkania.

2.4.3. Model BASIC ID (Lazarus)

Model BASIC ID (Lazarus, 1976, 1997) to wielomodalny schemat wywiadu obejmujący siedem wymiarów funkcjonowania człowieka:

Litera	Wymiar	Pytania kliniczne	Przykładowe sformułowania
B	**Behavior** *(zachowanie)*	Co robi / nie robi? Wzorce aktywności i unikania.	„Co zrobił Pan, gdy poczul się lękliwy?'
A	**Affect** *(emocje)*	Jakie emocje przeżywa? Intensywność, zakres, regulacja.	„Jak często odczuwa Pani smutek? Co go wywołuje?'
S	**Sensation** *(doznania cielesne)*	Objawy somatyczne, ból, napięcie, dławienie.	„Co dzieje się z Pana ciałem, gdy pojawia się lęk?'
I	**Imagery** *(obrazy, wyobrażenia)*	Natrętne obrazy, wspomnienia flashback, fantazje.	„Czy ma Pani jakieś powtarzające się obrazy lub sny?'
C	**Cognition** *(myśli)*	Przekonania, oczekiwania, schematy, myśli automatyczne.	„Co myśli Pan o sobie, gdy nie może spać?'
I	**Interpersonal** *(relacje)*	Wzorce relacji, konflikty, samotność, granice.	„Jak Pani relacje z bliskimi zmieniły się ostatnio?'
D	**Drugs / Biology** *(czynniki biol.)*	Leki, substancje, choroby, sen, dieta, aktywność.	„Czy przyjmuje Pan jakieś leki? Jak śpi?'

2.5. Obserwacja kliniczna (systematyczna rejestracja zachowania)

2.5.1. Co obserwujemy, czyli kategoryzacja danych obserwacyjnych

Kategoria obserwacyjna	Co konkretnie obserwujemy	Znaczenie kliniczne
Wygląd i ubiór	Dbanie o higiena i wygląd, adekwatność ubioru do sytuacji i pory roku	Zaniedbanie - depresja, psychoza, demencja; nadmierna elegancja - mania, osobow. narcyst.
Postawa i motoryka	Napięcie mięśniowe, spowolnienie lub pobudzenie psychomotoryczne, drgawki, stygmaty neurolog.	Bradykinezja - depresja, PD; agitacja - lęk, mania; stereotypie - autyzm, OCD
Kontakt wzrokowy	Czas trwania, unikanie, nadmierność, kierunek	Unikanie - lęk społeczny, wstyd; brak - autyzm; wpatrywanie - psychoza paranoiczna
Mowa i język	Tempo, głośność, płynność, ilość słów, logiczność, neologizmy	Spowolnienie - depresja; gonitwa myśli - mania; rozkojarzenie - psychoza; mutyzm - trauma
Afekt	Zakres emocjonalny, adekwatność do treści, stałość, reaktywność	Płaski - depresja, schizofrenia; labilny - BPD, mania, uszkodzenie czołowe; nieadekwatny - psychoza
Orientacja	Czas, miejsce, osoba, sytuacja	Dezorientacja - delirium, demencja, ciężka psychoza
Wgląd i krytycyzm	Rozumienie problemu, gotowość do pomocy, trafność samooceny	Brak wglądu - psychoza, mania, uszkodzenia OUN; nadkrytycyzm - depresja

2.5.2. Zasady prowadzenia obserwacji klinicznej

- **Rozróżniaj obserwację od interpretacji:** zapisuj konkretne zachowania („pacjent unikał kontaktu wzrokowego przez 80% rozmowy'), nie oceny („pacjent był nerwowy').
- **Zapisuj frekwencję i intensywność:** ile razu, jak długo, jak silnie.
- **Notuj kontekst:** kiedy pojawia się dane zachowanie, co je poprzedza, co następuje po nim.
- **Uwzględniaj zmienne mylące:** zażycie leków, zmęczenie, lek przed badaniem mogą imitować objawy.
- **Dokumentuj zmiany w czasie:** porównuj obserwacje międzysesyjne.

2.6. Trafność i rzetelność w diagnozie psychologicznej

Nie wszystkie metody są jednakowo wartościowe. Diagnostyk powinien znać właściwości psychometryczne stosowanych narzędzi.

Pojęcie	Definicja	Przykład	Konsekwencja kliniczna
Trafność *(validity)*	Narzędzie mierzy to, co ma mierzyć	Beck Depression Inventory faktycznie mierzy depresję, nie lęk	Błąd trafności prowadzi do błędnej diagnozy
Rzetelność *(reliability)*	Powtarzalność wyników w podobnych warunkach	Ten sam wynik po 2 tygodniach przy stabilnym stanie	Błąd rzetelności zniekształca przesłanki decyzji
Normalizacja	Wyniki odniesione do reprezentatywnej próby normalizacyjnej	Normy WAIS-IV dla dorosłych Polaków (Standaryzacja 2014)	Bez norm wynik surowy jest bezużyteczny
Standaryzacja procedury	Jednolitość warunków administracji	Identyczna instrukcja, ten sam czas, cisza	Odstępstwo może unieważnić badanie
Efekt sufitu / podłogi	Narzędzie zbyt łatwe lub zbyt trudne dla danej grupy	BDI-II u zdrowej młodzieży (efekt podłogi)	Wybór narzędzia nieadekwatnego do populacji

3. Przypadki kliniczne do ćwiczeń

Wszystkie trzy przypadki są fikcyjne i zostały opracowane wyłącznie na potrzeby dydaktyczne. Nie opisują żadnych rzeczywistych osób. Każdy przypadek zawiera opis sytuacji i materiał potrzebny do ćwiczeń: Przypadki A i B są używane w ćwiczeniu 1 (wywiad), a Przypadek C w ćwiczeniu 2 (obserwacja).

Przypadek A. Pani Marta K. (34 lata): Trudności z funkcjonowaniem zawodowym i snem

Skierowanie: Pacjentka zgłosiła się samodzielnie, bez skierowania. Powiedziała, że „jest na granicy wytrzymałości' i nie wie, czy potrafi dalej pracować.

Informacje podstawowe: Wiek 34 lata, menedżerka średniego szczebla w korporacji, zamężna, matka 6-letniego dziecka, wykształcenie wyższe (ekonomia). Mieszka z mężem i dzieckiem; teściowa pomaga przy dziecku.

Skarga główna (cytaty ze wstępnej rozmowy telefonicznej):
- „Nie mogę zasnąć. Leżę godzinami i myślę o pracy, o błędach, które pewnie popełniłam."
- „Boć się, że mnie zwolnią, chociaż nikt tego nie powiedział."
- „Reagujesz na każdy e-mail w nocy i nie możesz przestać." (cytat od męża)

Historia dolegliwości: Problemy ze snem od około 8 miesięcy, nasilone po awansie na wyższe stanowisko. Przed awansem „radzimy sobie'. Mąż zgłasza, że Marta „zmieniła się': jest drażliwa, płacze bez powodu, rzadko śmieje się.

Wywiad medyczny: Brak chorób przewlekłych. Nie przyjmuje stałych leków. Epizod depresyjny w wieku 24 lat, leczony psychoterapeutycznie przez rok. Mama leczyła na depresję.

Inne informacje: Pije kawę (5-6 dziennie), spożywa alkohol „okazjonalnie, 2-3 kieliszki wina w tygodniu'. Nie ćwiczy regularnie od 2 lat. Twierdzi, że nie ma czasu na hobby.

Przypadek B. Pan Tomasz W. (52 lata): Zgłoszenie po incydencie z alkoholem

Skierowanie: Pacjent został skierowany przez pracodawcę po zdarzeniu w pracy: został przyjęty

w stanie po spożyciu alkoholu. Uczestnictwo w diagnozie było warunkiem powrotu na stanowisko.

Informacje podstawowe: Wiek 52 lata, kierowca zawodowy (transport międzynarodowy), rozwiedziony, dwójka dorosłych dzieci (25 i 22 lata). Mieszka sam.

Skarga główna (cytaty z pierwszego spotkania):

„Przedrzeźniałem się tu, bo nie miałem wyjścia. Sam nie widzę żadnego problemu.'

„Wypiłem kilka piwek po trasyach, żeby się zrelaksować. Wszyscy tak robią.'

„Moja była też nie rozumiała, że facet musi odpocząć po ciężkiej robocie.'

Historia spożywania alkoholu (za pacjentem): Pije „od zawsze', ale „nie przesadza'. Szacuje, że wypija 3-4 piwa dziennie, a w weekendy więcej. Nie pamięta ostatniego tygodnia bez alkoholu. Dwa razy w ostatnim roku „wyłączył się' podczas picia - nie pamięta co robił.

Wywiad medyczny: Ciśnienie krwi 155/95 (nie leczony). Dwa lata temu ostre zapalenie trzustki. Lekarz zalecił abstynencję. Nie stosuje się do zalecenia.

Inne informacje: Syn nawiązał kontakt telefoniczny z gabinetem i wyraził „duże obawy' o ojca. Pacjent nie wie o tym telefonie. Pacjent spróbował przerwać picie 3 miesiące temu przez tydzień - pojawiły się „drżenia i poty'.

Przypadek C. Pan Krzysztof N. (28 lat): Transkrypt obserwacyjny z pierwszego spotkania

Kontekst: Pacjent zgłosił się samodzielnie, mówiąc przez telefon, że „ma problemy z kontaktami z ludźmi i czuje się niepotrzebny'. Poniżej umieszczony jest szczegółowy transkrypt obserwacji diagnostycznej podczas pierwszego spotkania. Jest to materiał do analizy w ćwiczeniu 2.

TRANSKRYPT OBSERWACYJNY (20 minut, pokój diagnostyczny):

[0:00] Pacjent wchodzi do gabinetu bez pukania, staje w progu i patrzy na podłogę przez ok. 5 sekund, zanim wejdzie w pełni.

[0:05] Diagnosta wskazuje krzesło i mówi: „Proszę usiąść.' Pacjent kiwa głową, jednak przez kolejne 8 sekund stoi na miejscu.

[0:20] Pacjent siada. Plecy proste, nogi złączone, ręce złożone na kolanach. Kontakt wzrokowy: zerowy przez pierwsze 3 minuty.

[1:00] Diagnosta: „Co pana tutaj przywiodło?' Pacjent milczy przez 7 sekund. Następnie: „Myślałem, że może powinienem. Nie wiem.'

[1:10] Głos pacjenta: bardzo cichy (diagnosta prosi o głośniejsze mówienie), monotonny, wolne tempo. Kilka pauz pomiędzy zdaniami.

[3:00] Pacjent: „Ja... no... trudno mi mówić o tym.' Pierwsza chwila kontaktu wzrokowego (trwa ok. 1 sekundę), po czym wzrok wraca na podłogę.

[5:00] Diagnosta pyta o pracę. Pacjent krótko: „Pracuję.' Po dłuższej pauzie dodaje: „Programista."

[7:30] Na pytanie o znajomych: pacjent pociera dłonie o kolana (po raz pierwszy i ostatni), pauza 12 sekund: „Nie mam za bardzo znajomych. To znaczy, mam stołowych, ale to nie to samo.'

[9:00] Objawy somatyczne: pacjent dwukrotnie przełyka ślinę podczas odpowiedzi na pytania społeczne. Policzki lekko zróżowione (rumieniec).

[11:00] Diagnosta: „Czy jest coś, czego się Pan boi w kontaktach z ludźmi?' Pauza 9 sekund. Pacjent:

„że powiedzą coś, co udowodni, że jestem głupi.' Głos drży przy tym zdaniu.

[14:00] Przez podróż 14-17 minuty pacjent staje się nieco bardziej spójny: odpowiedzi dłuższe, pauz mniej. Kontakt wzrokowy: pojawia się sporadycznie i trwa dłużej (2-3 sekundy).

[17:30] Na końcu spotkania diagnosta pyta: „Czy może pan za tydzień wrócić?' Pacjent: „To... tak, jeśli Pan myśli, że to ma sens.'

[20:00] Pacjent wstaje. Nie podaje ręki. Mówi „Do widzenia' patrząc w stronę drzwi, nie na diagnosty.

4. Ćwiczenia

Ogólne zasady pracy

Zajęcia realizowane są w stałych trójkach (diagnostyk, pacjent, obserwator). Ćwiczenie 1 wykonujecie w trójkach, ćwiczenia 2 i 3 w parach lub indywidualnie. W ćwiczeniu 1 student odgrywający pacjenta otrzymuje oddzielnie kartę roli (od prowadzącego) określającą dodatkowe szczegóły zachowania. Karta roli nie jest ujawniana diagnoście, ani obserwatorowi przed ćwiczeniem. Wszystkie wyniki wpisujecie do sekcji 5 (arkusze wyników) w trakcie lub bezpośrednio po ćwiczeniu.

Ćwiczenie 1: Wywiad diagnostyczny, pierwsza rozmowa kliniczna (trójki)

W tym ćwiczeniu student pełniący rolę diagnosty przeprowadza pierwsze spotkanie diagnostyczne z pacjentem według Przypadku A lub B (prowadzący przydziela przypadek). Trzecia osoba w trójce pełni rolę obserwatora i wypełnia Arkusz Oceny Wywiadu (AOW) - zawarty w sekcji 5.1.

Cel ćwiczenia 1

Przeprowadzenie wywiadu wstępnego, który: (a) nawiązuje kontakt i buduje sojusz terapeutyczny; (b) zbiera informacje wystarczające do wypełnienia formatu SOAP; (c) eksploruje przynajmniej trzy wymiary modelu BASIC ID; (d) kończy się klarownym podsumowaniem i kontraktem na kolejne spotkanie.

Instrukcja krok po kroku:

1

Przygotowanie przed wywiadem (3 min)

Diagnosta czyta opis przypadku (A lub B) z sekcji 3. Planuje mentalnie: od czego zacznie, jak sformułuje pierwsze pytanie, co chce wiedzieć na końcu spotkania.

Obserwator zaznajamia się z Arkuszem Oceny Wywiadu (AOW) w sekcji 5.1, aby wiedzieć, co będzie rejestrował.

Pacjent (student w roli) otrzymuje kartę roli i ma 2 minuty na zaznajomienie się z nią.

2

Wywiad wstępny (15 min)

Diagnosta rozpoczyna wywiad od przedstawienia siebie i struktury spotkania, np.: „Dzień dobry, jestem psycholog prowadzący. Mamy dziś około 15 minut. Chciałbym/łabym lepiej poznać Pana/Pani sytuację - mogę pytać o różne obszary życia. Zaczniemy od Pana/Pani perspektywy: Co Pana/Pani tu przywiodło?' Diagnosta prowadzi wywiad, dążąc do zebrania informacji pozwalających wypełnić format SOAP. Stara się również dotknąć przynajmniej 3 liter modelu BASIC ID.

Obserwator w ciszy wypełnia AOW.

Na 3 minuty przed końcem: diagnosta podsumowuje i proponuje kontrakt dalszej pracy.

3

Omówienie w trójce (5 min)

Obserwator przedstawia wyniki AOW: co poszło dobrze, co można by było poprawić.
Diagnosta dzieli się swoim doświadczeniem: co było trudne, czego nie udało się zapytać.
Pacjent - po wyjściu z roli - opisuje: jak się czuł, co pomogło, co utrudniło kontakt.

4 **Wypełnienie formatu SOAP na podstawie przeprowadzonego wywiadu**

Diagnosta samodzielnie wypełnia tabelę SOAP w sekcji 5.1 na podstawie informacji zebranych podczas wywiadu. Sformułuj jedną wstępną hipotezę diagnostyczną: co jest prawdopodobnym głównym problemem osoby? Jakie dodatkowe informacje są Ci potrzebne?

Aspekt etyczny: uwaga kliniczna

Informacja o ograniczeniach poufności: przed każdym pierwszym spotkaniem klinicznym diagnosta jest zobowiązany poinformować pacjenta o sytuacjach, w których poufność zostanie przełamana (zagrożenie życia, przemoc wobec dzieci, nakaz sądowy). W przypadku Tomasza W. (przypadek B) pojawia się dodatkowe pytanie: co zrobić z informacją od syna, zgłoszoną bez wiedzy pacjenta? Omów to po ćwiczeniu w grupie.

Ćwiczenie 2: Analiza transkryptu obserwacyjnego, przypadek C (w parach)

W tym ćwiczeniu analizujesz transkrypt obserwacyjny Przypadku C (Pan Krzysztof N.) z sekcji 3. Wypełniasz protokół obserwacji behawioralnej według systemu wielomodalnego (sekcja 5.2), a następnie interpretuj wyniki w kontekście klinicznym.

Instrukcja krok po kroku

1 **Dokładne przeczytanie transkryptu**

Przeczytaj transkrypt obserwacyjny Przypadku C dwa razy. Przy pierwszym czytaniu podkreśl konkretne zachowania. Przy drugim: zanotuj na marginesie, do której kategorii obserwacyjnej (z tabeli w sekcji 2.5.1) należy każde podkreślone zachowanie.

2 **Wypełnienie Protokołu Obserwacji** (sekcja 5.2)

Dla każdej z kategorii obserwacyjnych opisz konkretne zachowania Krzysztofa N., które zaobserwowałeś w transkrypcie. Stosuj język opisowy: „pacjent unikał kontaktu wzrokowego przez pierwsze 3 minuty', a nie „pacjent był nerwowy'. W kolumnie „Interpretacja kliniczna' odnieś obserwację do możliwych znaczeń klinicznych (hipotezy, nie diagnoza).

3 **Analiza zmian w transkrypcie**

Porównaj zachowanie Krzysztofa w minutach 0-7 i 14-20. Jakie zmiany wystąpiły? Co mogło je wywołać? Które konkretne pytania/działania diagnosty wpłynęły na zmianę zachowania pacjenta? Uzasadnij odwołując się do transkryptu. Wpisz wnioski do pola „Analiza zmian' w sekcji 5.2.

4 **Identyfikacja obszarów wymagających dalszej eksploracji**

Na podstawie obserwacji: które wymiary BASIC ID są najsilniej reprezentowane w zachowaniu Krzysztofa? Które wymagają dalszego zbadania? Jakie pytania diagnostyczne zadałbyś na następnym spotkaniu? Sformułuj przynajmniej trzy konkretne pytania otwarte. Wpisz do sekcji 5.2.

Ćwiczenie 3: Formułowanie hipotez diagnostycznych i plan dalszego postępowania

W tym ćwiczeniu **indywidualnie** integrujesz wiedzę z ćwiczenia 1 (lub 2) i formułujesz wstępne hipotezy diagnostyczne oraz plan postępowania dla wybranego przypadku. Korzystasz z modelu

4P (Predisposing, Precipitating, Perpetuating, Protective), czyli jednego z najpopularniejszych schematów formułowania przypadku w psychologii klinicznej.

Instrukcja krok po kroku

1

Identyfikacja czynników modelu 4P

Model 4P porządkuje dane z wywiadu i obserwacji w cztery kategorie:

Predisposing (predysponujące): czynniki biologiczne, genetyczne, rozwojowe lub osobowościowe, które zwiększają podatność na trudności (np. epizod depresyjny w przeszłości, rodzinne obciążenie).

Precipitating (wywołujące / wyzwalające): konkretne zdarzenia lub zmiany, które zapoczątkowały obecną epizod trudności (np. awans, rozwód, wypadek).

Perpetuating (podtrzymujące): czynniki, które utrzymują trudności mimo upływu czasu (np. wzorzec unikania, brak wsparcia społecznego, nieprzystosowawcze myśli).

Protective (ochronne / zasoby): czynniki zmniejszające nasilenie lub chroniące przed pogorszeniem (np. silą wsparcia rodzinnego, motywacja, praca, zdrowie somatyczne).

2

Wypełnienie tabeli 4P dla wybranego przypadku (sekcja 5.3)

Dla wybranego przypadku (A, B lub C) wypełnij tabelę 4P w sekcji 5.3. Każdy czynnik uzasadnij: skąd wiesz, że to czynnik z danej kategorii? Odwołaj się do konkretnych danych z wywiadu lub obserwacji.

3

Sformułowanie wstępnej hipotezy diagnostycznej

Na podstawie zebranych danych i modelu 4P sformułuj wstępną hipotezę diagnostyczną według schematu:

„Osoba w wieku __ lat przeżywa trudności w obszarach __ i __. Trudności te pojawiły się (lub nasiliły) w związku z __ [czynniki precipitating]. Mogą być one podtrzymywane przez __ [czynniki perpetuating]. Hipotezy diagnostyczne do weryfikacji obejmują: __.'

Pamiętaj: wstępna hipoteza to nie diagnoza. To zestaw możliwości do dalszego sprawdzenia.

4

Plan dalszego postępowania diagnostycznego

Określ, jakie dodatkowe informacje są potrzebne, by zweryfikować hipotezy. Dla każdej kategorii wpisz do sekcji 5.3:

(a) Pytania do wywiadu (obszary nieeksplorowane w ćw. 1 lub 2).

(b) Testy lub kwestionariusze, które mogłyby pomoc (jakie konkretnie i dlaczego te, a nie inne).

(c) Informacje od informatora (kto byłby informatorem? co chciałbyś wiedzieć?).

(d) Konsultacje specjalistyczne (psychiatra, neurolog, lekarz internista - kiedy są wskazane?).

5. Arkusze wyników; do wypełnienia podczas zajęć

Imię i nazwisko	
Numer albumu	
Rola w ćw. 1 (diagnosta/ pacjent/ obserwator)	
Przydzielony przypadek (A / B / C)	
Data zajęć	

5.1. Arkusze ćwiczenia 1: wywiad kliniczny

5.1.1. Arkusz Oceny Wywiadu (AOW) - wypełnia obserwator

Instrukcja dla obserwatora

W trakcie symulowanego wywiadu wypełniaj ten arkusz na bieżąco. Oceniaj każdy obszar według skali: 1 - wyraźnie do poprawy; 2 - częściowo; 3 - dobrze; 4 - bardzo dobrze; 5 - wzorcowo. Dla każdej oceny zapisz krótki przykład z obserwacji.

Obszar oceny	Skala 1-5	Przykład z obserwacji / uzasadnienie
Sformułowanie pytania otwierającego		
Aktywne słuchanie (parafrazowanie, potwierdzanie)		
Unikanie sugestywności pytań		
Eksploracja emocji pacjenta		
Utrzymanie kontaktu wzrokowego i postawy otwartej		
Balans miedzy strukturą a elastycznością wywiadu		
Pokrycie obszarów BASIC ID (ile liter eksplorowanych?)		
Jakość podsumowania i kontraktu na koniec		

Mocne strony wywiadu (obserwator)	Odpowiedz / obserwacje
Trzy najlepsze elementy: (1)	
(2)	
(3)	

Obszary do poprawy (obserwator)	Odpowiedz / obserwacje
Dwa obszary do poprawy: (1)	
(2)	
Konkretna sugestia dla diagnosty:	

5.1.2. Format SOAP: wypełnia diagnosta

Soap: notatka kliniczna	Odpowiedz / obserwacje
S - Subjective (relacja pacjenta własnymi słowami, skarga główna)	
O - Objective (obserwacje diagnosty podczas spotkania)	
A - Assessment (wstępna ocena, hipotezy diagnostyczne)	
P - Plan (dalsze postępowanie, następne kroki)	

Refleksja diagnosty	Odpowiedz / obserwacje
Co było najtrudniejsze w przeprowadzeniu wywiadu?	
Których informacji nie udało się zebrać i dlaczego?	
Co zrobiłbyś/łabyś inaczej na następnym spotkaniu?	

5.2. Arkusz ćwiczenia 2: protokół obserwacji behawioralnej (przypadek C)

Protokół obserwacji behawioralnej przypadku C (Krzysztof N.)

Kategoria obserwacyjna	Zaobserwowane zachowania (opis)	Interpretacja kliniczna (hipotezy)
Wygląd ogólny i ubiory		
Postawa i motoryka		
Kontakt wzrokowy		
Mowa i język		
Afekt		
Orientacja		
Wgląd i krytycyzm		
Objawy somatyczne widoczne w transkrypcie		

Analiza zmian i pytania na kolejne spotkanie	Odpowiedz / obserwacje
Zmiany w zachowaniu Krzysztofa między minutami 0-7, a 14-20:	
Co wpłynęło na te zmiany? (odniesienie do transkryptu):	
Pytanie 1 na następne spotkanie:	
Pytanie 2 na następne spotkanie:	
Pytanie 3 na następne spotkanie:	
Które wymiary BASIC ID wymagają dalszej eksploracji?	

5.3. Arkusz ćwiczenia 3: Model 4P i hipotezy diagnostyczne

Pracuj na przypadku, który analizowałeś w ćwiczeniu 1 lub 2.

Kategoria 4P	Zidentyfikowane czynniki	Uzasadnienie (skąd to wiesz, co na to wskazuje)
Predisposing (predysponujące)		
Precipitating (wywołujące)		
Perpetuating (podtrzymujące)		
Protective (ochronne / zasoby)		

Wstępna hipoteza diagnostyczna	Odpowiedz / obserwacje
Hipoteza główna	
Hipoteza alternatywna 1 (inne możliwe wyjaśnienie)	
Hipoteza alternatywna 2	
Co rozstrzygnęłoby miedzy hipotezami (jakie dane byłyby potrzebne)?	

Plan dalszego postepowania diagnostycznego	Odpowiedz / obserwacje
Pytania do wywiadu (nieeksplorowane obszary)	
Testy / kwestionariusze (które i dlaczego te konkretnie)	
Wywiad z informatorem (kto? co chcesz wiedzieć?)	
Konsultacje specjalistyczne (kiedy wskazane i jakie)	

6. Protokół analityczny: pytania do dyskusji plenarnej

6.1. Wywiad i relacja diagnostyczna

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Jakie pytania otwarte w ćw. 1 przyniosły najbogatsze odpowiedzi? Dlaczego? Jakie pytania zamknięte mogły zamknąć dialog i jak je przeformułować na otwarte?	
2	W Przypadku B pacjent wyraźnie nie chce być na spotkaniu. Jakie techniki motywowania do udziału (Motivational Interviewing) mógłby zastosować diagnosta? Czym różni się wywiad diagnostyczny od terapii?	
3	Jakie emocje wywołało w Tobie odgrywanie roli diagnosty lub pacjenta? Jak te emocje mogą wpływać na rzeczywistą diagnozę (kontrtransfer diagnostyczny)?	

6.2. Obserwacja kliniczna: przypadek C

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Które zachowania Krzysztofa są „twarde' (dają się zinterpretować jednoznacznie), a które są wieloznaczne i wymagają weryfikacji? Podaj przykłady.	
2	Jak zmieniłby się Twój protokół obserwacyjny, gdybyś wiedział, że Krzysztof jest osobą z ASD (zaburzenie ze spektrum autyzmu) lub z fobią społeczną? Dlaczego diagnoza różnicowa ma tu kluczowe znaczenie?	
3	Jak można by obiektywnie zweryfikować hipotezy wynikające z obserwacji Krzysztofa? Jakie testy lub narzędzia masz na myśli?	

6.3. Etyka diagnozy i dylematy kliniczne

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	W przypadku B syn zadzwonił i wyraził obawy o ojca bez jego wiedzy. Czy możesz tę informację wykorzystać w diagnozie? Czy powinnaś/powinieneś poinformować pacjenta? Odwołaj się do Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa PTP.	
2	Diagnoza psychologiczna ma zawsze odbiorcę: pacjenta, lekarza, sąd lub pracodawcę. Jak zmienia się treść i język raportu psychologicznego w zależności od odbiorcy? Jakie informacje są obligatoryjne, a jakie opcjonalne?	

7. Literatura

7.1. Literatura obowiązkowa

1. **Paluchowski, W. J. (2001).** Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe. Scholar. [Rozdziały 1-3: Modele diagnozy, wymagania metodologiczne]
2. **Sternberg, R. J. i Sternberg, K. (2017).** Psychologia poznawcza. GWP. [Rozdział 12: Ocena psychologiczna]
3. **Morrison, J. (2016).** Wywiad diagnostyczny. Podejście praktyczne. GWP. [Rozdziały 1-4: Struktura wywiadu, pierwsze spotkanie]
4. **Wciórka, J. i Prot-Klinger, K. (red., 2012).** Standardy leczenia w psychiatrii. IPiN. [Formaty klasyfikacyjne ICD-10 / DSM w praktyce]

7.2. Literatura uzupełniająca

1. **Lazarus, A. A. (1997).** Brief But Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way. Springer. [Model BASIC ID]
2. **Johnstone, L. i Dallos, R. (red., 2014).** Formulation in Psychology and Psychotherapy. Routledge. [Model 4P i inne schematy formułowania przypadku]
3. **Maruszewski, T. (2012).** Psychologia poznania. Sposoby rozumienia siebie i świata (wyd. 2). GWP. [Diagnoza jako wnioskowanie]
4. **Kotov, R. i in. (2017).** The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Journal of Abnormal Psychology, 126(4), 454-477.
5. **Polskie Towarzystwo Psychologiczne. (2018).** Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. PTP Warszawa.