UNIWERSYTET VIZJA

DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNA

Ćwiczenie laboratoryjne nr 4

Psychopatologia i klasyfikacja:

ICD-11, DSM-5 i diagnoza różnicowa w praktyce

Kryteria diagnostyczne | Diagnoza różnicowa | Komorbidność | Nowe przypadki kliniczne

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

dr inż. Mateusz Pomianek

Przedmiot	Diagnoza psychologiczna
Rok akademicki	2026/2027
Kierunek / stopień	Psychologia - studia jednolite magisterskie, rok III
Forma zajęć	Ćwiczenia
Powiązanie z Lab 1-3	Lab 4 wprowadza nowe przypadki kliniczne; wcześniejsze przypadki pojawiają się w zadaniach komorbidności
Materiały	Wszystkie kryteria diagnostyczne, przypadki i dane zawarte w tej instrukcji
Grupa	_____
Data	_____

1. Informacje ogólne o zajęciach

Klasyfikowanie zaburzeń psychicznych jest aktem naukowym, klinicznym i społecznym jednocześnie. Jako akt naukowy opiera się na danych empirycznych o grupowaniu objawów, ich przebiegu i odpowiedzi na leczenie. Jako akt kliniczny umożliwia komunikację między specjalistami i planowanie terapii. Jako akt społeczny - nadaje znaczenie, otwiera dostęp do świadczeń ubezpieczeniowych i niesie ryzyko stygmatyzacji.

Na tych zajęciach studenci uczą się stosować kryteria diagnostyczne ICD-11 i DSM-5 do konkretnych przypadków klinicznych, przeprowadzać formalne orzekanie o spełnieniu lub niespełnieniu kryteriów, prowadzić diagnozę różnicową oraz rozumieć zjawisko komorbidności. Lab 4 wprowadza troje nowych fikcyjnych pacjentów z przemyślaną złożonością kliniczną.

Cele kształcenia (KRK)

Wiedza: Student opisuje podstawowe zasady klasyfikacji ICD-11 i DSM-5 oraz ich podobieństwa i różnice (kategorialny vs wymiarowy, podejście trans-diagnostyczne, koncepcja spektrum); definiuje kryteria inkluzji i ekskluzji dla wybranych kategorii zaburzeń nastroju, lękowych i związanych z substancjami; wyjaśnia pojęcie komorbidności, tłumaczenia hierarchicznego i diagnozy różnicowej.
Umiejętności: Student weryfikuje spełnienie kryteriom diagnostycznych dla konkretnych przypadków (kryterium po kryterium); przeprowadza formalne wykluczenie alternatywnych rozpoznań; identyfikuje sytuacje komorbidności i omawia ich implikacje kliniczne; uzupełnia diagnozę o specyfikatory (np. nasilenie, przebieg, obecność cech psychotycznych).
Kompetencje społeczne: Student rozróżnia diagnozę jako narzędzie od etykietowania; rozumie ograniczenia kategorii diagnostycznych; stosuje język niestygmatyzujący w formułowaniu rozpoznań.

2. Podstawy teoretyczne

2.1. Systemy klasyfikacyjne - ICD-11 i DSM-5

2.1.1. ICD-11 - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, wydanie 11.

ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision; WHO, 2019; implementacja w Polsce od 2022) jest systemem klasyfikacyjnym Organizacji Zdrowia. W Polsce stanowi podstawę orzecznictwa, refundacji i statystyki medycznej. Rozdział 6 (Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders) obejmuje zaburzenia psychiczne i neurorozwojowe. Nowości ICD-11 w porównaniu z ICD-10:

- Wprowadzenie koncepcji spektrum i wymiarów nasilenia (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsywne tworzą grupę spektrum)
- Nowe kategorie: zaburzenie dysregulacji emocji (QE84), złożoną PTSD (6B41), wypalenie zawodowe jako zjawisko zdrowotne (QD85)
- Zróżnicowanie zaburzeń osobowości: model wymiarowy (nasilenie + dziedziny patologicznej osobowości) zamiast 10 kategorii ICD-10
- Podejście transdiagnostyczne: dodanie wymiarów funkcjonowania (GAF-podobny wskaźnik)

2.1.2. DSM-5 i DSM-5-TR

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition; APA, 2013; DSM-5-TR - revision tekstowa 2022) jest klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Stosowany głównie w badaniach naukowych, często również w klinice polskiej ze względu na dokładniejsze kryteria niż ICD-10 (przy oczekiwaniu implementacji ICD-11). Kluczowe cechy DSM-5:

- Podejście wielo-osiowe zostało zniesione: dawne Osie I-V scalono w zunifikowaną diagnozę
- Nasilenie zaburzeń często oceniane na skali (np. łagodny / umiarkowany / ciężki)
- Specyfikatory przebiegu: „w remisji', „z ostrą fazą', „częściowa remisja'
- Nowe jednostki: zaburzenie rozregulowania nastroju (DMDD), zaburzenie kumulacji (hoarding), CSBD (kompulsywne zachowania seksualne) w ICD-11

2.1.3. Kluczowe podobieństwa i różnice ICD-11 vs DSM-5

Aspekt	ICD-11	DSM-5
Wydawca	WHO (międzynarodowy)	APA (amerykański)
Zastosowanie prawne w PL	Podstawa orzecznicza, NFZ, ZUS	Badania naukowe, praktyka kliniczna (pomocniczo)
Model zaburzeń osobowości	Wymiarowy (nasilenie + dziedziny)	Kategorialny (10 zaburzeń) + Model alternatywny (AMPD) w Sekcji III
Diagnoza wieloosiowa	Brak formalnych osi; zalecane wskazanie funkcjonowania	Brak od DSM-5; możliwe adnotacje specyfik.
Kryteria czasu trwania	Zazwyczaj mniej rygorystyczne niż DSM-5	Precyzyjne kryteria czasu trwania (np. 2 tyg. w depresji)
Subkategorie	Mniej rozbudowane	Więcej specyfik. i podtypów

2.2. Procedura diagnozy różnicowej

Diagnoza różnicowa (differential diagnosis) to systematyczny proces wykluczania alternatywnych wyjaśnień obrazu klinicznego. Nie jest to poszukiwanie jednej „prawdziwej' diagnozy, lecz zestawienie

możliwych hipotez diagnostycznych uszeregowanych według prawdopodobieństwa i weryfikowanie każdej z nich.

Krok	Czynność	Pytanie kliniczne
1	Lista hipotez diagnostycznych	Które rozpoznania pasują do dominujących objawów? (min. 3-5 hipotez)
2	Weryfikacja kryteriów inkluzji	Czy spełnione są wymagane objawy, czas trwania i nasilenie?
3	Weryfikacja kryteriów ekskluzji	Czy wykluczono przyczyny organiczne, substancjowe i inne zaburzenia?
4	Ocena spójności ze współistniejącymi danymi	Czy hipoteza jest spójna z wywiadem, obserwacją, testami i kwestionariuszami?
5	Formułowanie rozpoznania roboczego	Która hipoteza najlepiej wyjaśnia całość obrazu? Jakie są hipotezy alternatywne?
6	Planowanie weryfikacji	Jakich dodatkowych danych potrzebuję do rozstrzygnięcia diagnozy różnicowej?

2.3. Komorbidność: współwystępowanie zaburzeń

Komorbidność (comorbidity) to równoczesne występowanie dwóch lub więcej zaburzeń u jednej osoby. W populacji klinicznej jest regułą, nie wyjątkiem: badania epidemiologiczne (NCS-R, CBOS 2020) wskazują, że blisko 50% osób z rozpoznaniem jednego zaburzenia spełnia kryteria dla co najmniej jednego dodatkowego.

Typ komorbidności	Definicja	Przykład kliniczny
Jednoczasowa (concurrent)	Dwa lub więcej zaburzeń aktywnych w tym samym czasie	Zaburzenie depresyjne + zaburzenie lękowe uogólnione (często współwystępują)
Sekwencyjna (sequential)	Zaburzenia pojawiają się jedno po drugim; pierwsze może być czynnikiem ryzyka dla drugiego	PTSD prowadzące do zaburzenia użytkowania alkoholu (samoleczenie)
Diagnostyczna poz. wtorna (secondary)	Jedno zaburzenie jest bezpośrednio wywoływane przez inne	Zaburzenie depresyjne wywołane nadczynnością tarczycy (kryterium ekskluzji!)
Transdiagnostyczna	Wspólne czynniki ryzyka lub mechanizmy leżą u podstawy wielu zaburzeń	Wysoka Neurotyczność (NEO-PI-R) jako czynnik ryzyka depresji, lęku i BPD

Psycholog diagnozujący musi rozstrzygnąć: czy mamy do czynienia z komorbidną jednostką niezależną, czy z jednym zaburzeniem, które generuje objawy pozornie wielu kategorii. Zasada hierarchii diagnostycznej mówi, że jeśli jeden złożony zespół (np. epizod maniakalny) wyjaśnia wszystkie objawy, nie należy stawiać dodatkowych rozpoznań dla każdego symptomu z osobna.

2.4. Wybrane kryteria diagnostyczne - materiał referencyjny

Poniżej przedstawiono uproszczone kryteria diagnostyczne dla unit zaburzeń istotnych dla ćwiczeń. Studenci zobowiązani są do ich stosowania podczas analizy przypadków. Przytoczone kryteria są zgodne z DSM-5 i zaznaczono różnice z ICD-11 tam, gdzie mają znaczenie kliniczne.

2.4.1. Epizod dużej depresji (MDD - DSM-5 296.xx / ICD-11 6A70)

Kryteria A: przynajmniej 5 z poniższych objawów przez >= 2 tygodnie (co najmniej jeden z nich musi być objawem 1 lub 2)

1. Depresyjny nastrój przez większość dnia, prawie każdego dnia

2. Wyraźnie zmniejszone zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności (anhedonia)
3. Znacząca utrata masy ciała / przyrost masy ciała lub zaburzenia apetytu
4. Bezsenność lub nadmierna senność
5. Pobudzenie lub zahamowanie psychomotoryczne obserwowalne przez innych
6. Zmęczenie lub utrata energii
7. Poczucie bezwartościowości lub nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy
8. Trudności z koncentracją lub podejmowaniem decyzji
9. Nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze lub próba samobójstwa

Kryteria B, C, D: konieczne do rozpoznania

B: Objawy powodują klinicznie znaczące cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub innego

C: Epizod nie jest wywołany substancją ani stanem somatycznym (np. niedoczynnością tarczycy)

D: Epizod nie jest lepiej wyjaśniany przez zaburzenia ze spektrum schizofrenii lub inne zaburzenia psychotyczne

Specyfikatory DSM-5 (ważne dla pełnego rozpoznania): Nasilenie (Mild / Moderate / Severe); Obecność cech psychotycznych (With Psychotic Features); Remisja (Partial / Full); Przebieg sezonowy (With Seasonal Pattern); Objawy lekowe (With Peripartum Onset); Cechy melancho liczne / atypowe.

2.4.2. Zaburzenie lęku uogólnionego (GAD - DSM-5 300.02 / ICD-11 6B00)

Kryteria A i B GAD

A: Nadmierna lękliwość i zamartwianie się dotyczące wielu różnych zdarzeń lub czynności, występujące przez większość dni przez co najmniej 6 miesięcy

B: Pacjent ma trudności z kontrolowaniem zamartwiania się

Kryterium C: przynajmniej 3 z 6 objawów (u dzieci wystarczy 1)

1. Niepokój, poczucie napięcia lub bycia „na krawędzi'
2. Łatwe męczenie się
3. Trudności z koncentracją lub „pusty umysł'
4. Drażliwość
5. Napięcie mięśniowe
6. Zaburzenia snu (trudności z zasypianiem, utrzymaniem snu lub niespokojny sen)

Różnica ICD-11: ICD-11 nie wymaga 6 miesięcy trwania - wystarczy „kilka tygodni', co sprawia, że kryteria ICD-11 są szersze. Dla wielu pacjentów spełnienie kryteriów ICD-11 może nastąpić wcześniej niż DSM-5.

2.4.3. Zespół uzależnienia od alkoholu (DSM-5: Alcohol Use Disorder, AUD; ICD-11 6C40.2)

Kryteria AUD według DSM-5: diagnoza wymaga przynajmniej 2 z 11 kryteriów w ciągu 12 miesięcy

1. Alkohol jest często przyjmowany w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano
2. Utrzymujące się pragnienie lub nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania spożycia alkoholu
3. Dużo czasu spędzanego na zdobywaniu, przyjmowaniu alkoholu lub dochodzeniu do siebie po nim
4. Silna potrzeba lub popęd do spożycia alkoholu (craving)
5. Nawracające spożycie alkoholu prowadzące do niespełniania głównych obowiązków w pracy, szkole lub w domu
6. Kontynuowanie spożycia alkoholu mimo utrzymujących się lub nawracających społecznych lub interpersonalnych problemów

7. Porzucenie lub ograniczenie ważnych społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych aktywności z powodu spożycia alkoholu
8. Nawracające spożycie alkoholu w sytuacjach groźnych (np. prowadzenie pojazdu)
9. Kontynuowanie spożycia alkoholu mimo wiedzy o fizycznym lub psychicznym problemie wywołanym alkoholem
10. Tolerancja (potrzeba znacząco większej ilości dla osiągnięcia efektu lub zmniejszony efekt przy tej samej ilości)
11. Zespół odstawienny (charakterystyczne objawy lub przyjmowanie alkoholu celem ich uniknięcia)

Nasilenie AUD: Łagodne (2-3 kryteria) / Umiarkowane (4-5) / Ciężkie (6 lub więcej).

2.4.4. Fobia społeczna (Social Anxiety Disorder, SAD; DSM-5 300.23 / ICD-11 6B04)

Kryteria główne SAD

A. Wyraźne obawy lub lęk związany z jedną lub większą liczbą sytuacji społecznych, w których osoba jest narażona na ocenę innych (np. rozmowy, spożywanie posiłków, wystąpienia)
B. Osoba obawia się, że będzie zachowywać się w sposób powodujący negatywną ocenę (upokorzenie, zażenowanie, odrzucenie)
C. Sytuacje społeczne prawie zawsze wywołują lęk lub strach
D. Sytuacje społeczne są unikane lub przeżywane ze skrajnym lękiem
E. Strach lub lęk jest nieproporcjonalny do rzeczywistego zagrożenia
F. Czas trwania >= 6 miesięcy
G. Cierpienie lub istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego
H. Objawy nie wynikają z substancji, stanu somatycznego ani lepiej nie są wyjaśniane przez inne zaburzenie psychiczne

3. Przypadki kliniczne do ćwiczeń

Lab 4 wprowadza troje nowych fikcyjnych pacjentów (D, E, F) z celowo skonstruowaną złożonością diagnostyczną. Przypadek D dotyczy zaburzeń nastroju z komorbidną składową, Przypadek E - prezentacji lękowej z koniecznością diagnozy różnicowej, Przypadek F - złożonej komorbidności. Wszystkie przypadki są fikcyjne.

Przypadek D: Pani Anna B. (41 lat), Epizody zmieniającego się nastroju

Skierowanie: Skierowana przez psychiatrę z prośbą o diagnozę psychologiczną „w celu uzupełnienia obrazu klinicznego przed decyzją o farmakoterapii'.

Informacje podstawowe: 41 lat, nauczycielka języka polskiego, mężatka, dwójka dzieci (12 i 8 lat). Wykształcenie wyższe humanistyczne.

Skarga główna: „Nie rozumiem siebie. Czasem czuję się wspaniale, mam pełno energii, piszę, planuję, nie mogę zasnąć bo mam tyle pomysłów. A potem nagle - czarna dziura. Nie mam siły wstać z łóżka, płaczę bez powodu.'

Wywiad szczegółowy:

Aktualna faza: od 3 tygodni trwający epizod, który sama opisuje jako „niezły' - prowadzi lekcje, lecz wieczorami płacze i czuje się „pusta'. Apetyt zmniejszony, schudła ok. 3 kg. Śpi 5-6 godzin (mniej niż zwykle). Koncentracja „zmącona'.

Historia: Pierwszy epizod depresji w wieku 28 lat (po urodzeniu pierwszego dziecka). Leczony przez 6 miesięcy antydepresantami. Potem kilkakrotne krótkie okresy (3-4 tygodnie) „naprawdę dobrej formy': mniej snu, więcej energii, pisanie nocami, zakupy, projekty zawodowe. Partner

mówił, że była „inaczej niż zwykle'. Sama traktowała je jako „w końcu normalne życie'. Mijało samo bez leczenia. Najdłuższy epizod depresji: 4 miesiące (wiek 35 lat), wtedy myśli o śmierci („lepiej by było, gdyby mnie nie było'), brak próby samobójczej.

Rodzina: Matka - leczona na „depresję'. Brat (36 lat) - „dwa razy lądował w szpitalu psychiatrycznym'.

Leki: Aktualnie bez leczenia. Przed 6 laty przez krótki czas brała fluoksetyne - przerwała, gdy poczuła się „podkręcona'.

Substancje: Alkohol sporadycznie (weekend, 1-2 kieliszki wina). Kawa 2 dziennie.

Stan somatyczny: Badania tarczycy sprzed roku w normie. Brak chorób przewlekłych.

Obserwacja kliniczna: Dobrze ubrana, kontakt wzrokowy poprawny. Mowa lekko przyśpieszona w chwilach mówienia o „dobrych periodach'. Afekt lekko reaktywny. Wgląd obecny - rozumie, że jej nastrój się zmienia cyklicznie.

Przypadek E: Pan Piotr M. (26 lat), Obezwładniający lęk

Skierowanie: Samoskierowanie. „Moi znajomi mówią, że powinienem iść do psychologa. Mam lęk przed ludźmi i coraz mniej wychodzę z domu."

Informacje podstawowe: 26 lat, programista freelancer, kawaler, mieszka sam. Praca zdalna. Brak długoterminowych partnerów romantycznych.

Skarga główna: „Kiedy muszę wystąpić publicznie albo nawet zadzwonić do nieznajomego, czuję się jakbym się krztusił się. Serce bije mi na całym ciele. Czerwienieję. Blokuję się. To trwa od liceum, ale ostatnio się nasiliło, bo musiałem przesłać ofertę klientowi i mówiłem przez telefon 20 minut - potem leżałem godzinę."

Wywiad szczegółowy:

Objawy: Lęk w sytuacjach: rozmowy telefoniczne z nieznajomymi, prezentacje (nawet 2-3 osoby), jedzenie w miejscach publicznych, podpisywanie dokumentów w obecności innych, zadawanie pytań w urzędach. Objawy fizyczne: czerwienienie się, drżenie rąk, przyspieszone bicie serca, suchość w ustach.

Unikanie: Odmawia spotkań ze znajomymi, którzy się nie poznają. Nie odpowiada na telefony z nieznanych numerów. Nie chodzi do restauracji sam. Wybrał pracę zdalną, by nie spotykać się z klientami.

Czas trwania: Objawy występowały w liceum, były mniej nasilone w pierwszych latach pracy, teraz nasilone od ok. 18 miesięcy (Piotr twierdzi, że po tym jak „zharował się' na prezentacji przed klientami).

Domyślne przekonania (cytaty): „Pomyślą, że jestem głupi i bezużyteczny.' „Czerwienienie się to dowód, że coś jest ze mną nie tak."

Przeszłość: W szkole średniej wyśmiewany przez nauczyciela przy całej klasie za błąd w zadaniu. „Nigdy tego nie zapomnę."

Stan obecny poza lękiem: Nastrój poza sytuacjami lękowymi - stabilny. Nie zgłasza anhedonii, myśli depresyjnych. Śpi dobrze. Zajęcia rekreacyjne (gry komputerowe, bieganie samotnie) sprawiają radość.

Substancje: Alkohol - czasami przed spotkani em społecznym „żeby się odprężyć' (max 2 piwa, nieregularnie). Nie twierdzi, że to problem.

Stan somatyczny: Badania kardiologiczne 2 miesiące temu - prawidłowe (zgłosił się z powodu kłucia w klatce piersiowej podczas lęku).

Przypadek F: Pani Katarzyna W. (38 lat), Złożona prezentacja kliniczna

Skierowanie: Skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu „w związku z utrzymującymi się zaburzeniami snu, bólami głowy i zmiennym nastrojem".

Informacje podstawowe: 38 lat, pielęgniarka (praca zmianowa, w tym nocne dyżury), rozwiedziona 3 lata temu, wychowuje córkę (9 lat) samotnie. Mąż rozszedł się z nią po „transferze służbowym za granicę".

Skargi główne (wiele obszarów jednocześnie):

1. **Sen**: „Prawie nie piję, a jak zasypiam to mam koszmary. Budzę się i nie mogę złapać oddechu."
2. **Napięcie**: „Jestem cały czas spięta. Reaguję na najdrobniejsze dźwięki. Na oddziale często krzyczę na personel i się za to wstydzę."
3. **Przeżycia**: „Mam te powtarzające się sny - o wypadku. I w pracy, gdy pacjent się gwałtownie zachowuje, momentalnie jestem z powrotem tam."
4. **Nastrój**: „Jestem smętna i zmęczona. Nic mnie nie cieszy, nawet córka. To jest straszne."

Wywiad traumatyczny: 4 lata temu - Katarzyna była świadkiem ciężkiego wypadku samochodowego na drodze (zwinęła pomagając rannemu, który nie przeżył). Od tamtej pory objawy stopniowo narastały, z nasileniem po rozwodzie.

Objawy szczegółowe:

Intruzje: Flashbacki wypadku (w pracy, gdy widzi krew lub słyszy pisk opon); powtarzające się koszmary.

Unikanie: Nie jeździ autem przy prawym pasie drogi. Unika wiadomości o wypadkach. Zmieniła trasę do pracy, by nie przejęczeć przez tamte skrzyżowanie.

Pobudzenie: Wzmocniona czujność, łatwo się straszy. Zaburzenia snu. Drażliwość i wybuchy złości.

Negatywne zmiany poznawcze: „Świat jest niebezpieczny. Nie powinnam była tam być - gdybym nie zatrzymała się, ten człowiek żyłby?" Zdystansowanie się od otoczenia.

Inne dane:

Spożycie alkoholu: „Czasem przed snem wypić kieliszek, żeby zasnąć", Szacuje: 3-4 kieliszki wina tygodniowo.

Stan somatyczny: Bóle głowy napięciowe od ok. 2 lat. Lekarz wyklucza przyczyny organiczne. Niedobory witaminy D (suplementuje).

Funkcjonowanie: Nadal pracuje, lecz prosi o jak najmniej kontaktu z traumatycznie wyglądającymi pacjentami. Córka „nie widzi mamy dawnej - jest zamknięta i poirytowana" (relacja wychowawcy szkolnego).

4. Ćwiczenia

Ogólne zasady pracy

Pracujecie w parach przez ćwiczenia 1 i 2; ćwiczenie 3 jest indywidualne. Każda para analizuje ten sam przypadek. W dyskusji porównacie wnioski i omówicie rozbieżności.

Kluczowe zasada: każde kryterium oceniajcie na podstawie danych z opisu przypadku. Jeśli informacja nie jest dostępna w opisie, zaznaczcie to jako „potrzebna weryfikacja', a nie zakładajcie wartości domyślnej.

Ćwiczenie 1: Weryfikacja kryteriów diagnostycznych - przypadek D (pary)

Na podstawie opisu Przypadku D (Pani Anna B.) przeprowadźcie kryterium po kryterium weryfikację dwóch hipotez diagnostycznych. Następnie sformułujcie rozpoznanie robocze z uzasadnieniem.

Hipotezy diagnostyczne do weryfikacji dla Przypadku D

Hipoteza 1: Nawracające zaburzenie depresyjne (Recurrent Depressive Disorder, DSM-5 296.3x / ICD-11 6A71)

Hipoteza 2: Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II (Bipolar II Disorder, DSM-5 296.89 / ICD-11 6A61)

Hipoteza 3 (do rozważenia jako alternatywa lub wykluczenie): Cyklofrymia (Cyclothymic Disorder, DSM-5 301.13 / ICD-11 6A68)

Instrukcja krok po kroku

1

Wypis wszystkie objawy z opisu przypadku i pogrupuj je

Przeczytaj opis Przypadku D dokładnie. Wypisz WSZYSTKIE objawy, jakie możesz znaleźć w opisie - zarówno aktualne, jak i historyczne.

Podziel objawy na dwie kolumny:

(a) objawy okresu „niskiego' (depresyjnego / słabszego) i

(b) objawy okresu „wysokie go' (podniesionej aktywności / energii).

Określ czas trwania i nasilenie każdego udokumentowanego epizodu (jak długo trwał? jak silny był? czy powodował upośledzenie funkcji?) Wpisz do sekcji 5.1, tabela „Objawy i ich grupowanie'.

2

Weryfikacja kryteriów dla Hipotezy 1 (Depresja nawracająca)

Spróbuj ocenić: czy aktualne epizod spełnia kryteria dużej depresji (sekcja 2.4.1)? Ile z 9 kryteriów A spełnionych? Wpisz TAK / NIE / DANE NIEKOMPLETNE dla każdego.

Czy spełnione kryterium B (cierpienie / upośledzenie)? **Kryterium C** (wykluczenie somatyczne / substancyjne)? **Kryterium D** (wykluczenie psychozy)?

Teraz rozważ: czy opisy „dobrych periodów' pasują do normy, do hipomanii (Bipolar II), czy do manii pełnej (Bipolar I)? Jakie elementy opisu są kluczowe?

3

Weryfikacja kryteriów dla Hipotezy 2 (Bipolar II)

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typ II wymaga: (a) obecnego lub przeszłego epizodu hipomaniakalnego i (b) obecnego lub przeszłego dużego epizodu depresyjnego.

Hipomania wg DSM-5 (296.89): epizod wyraźnie podniesionego lub drażliwego nastroju + zwiększonej energii / aktywności, trwający przynajmniej 4 kolejne doby, przez większość dnia, prawie każdego dnia; z przynajmniej 3 z 7 dodatkowych kryteriów (grandiozja, zmniejszona potrzeba snu, gonitwa myśli, rozproszenie uwagi, zwiększona aktywność, zachowania ryzykowne).

Kluczowa różnica Bipolar II vs I: w Bipolar II NIE było epizodu maniakalnego pełnego. W Bipolar I - tak.

Czy opis „dobrych okresów' Anny B. spełnia kryteria hipomanii? Wypełnij kryterium po kryterium w sekcji 5.1.

4

Sformułuj rozpoznanie robocze z uzasadnieniem

Która hipoteza (1 czy 2) lepiej wyjaśnia obraz kliniczny Anny B.? Uzasadnij, wskazując konkretne dane z opisu (cytaty i obserwacje).

Czy rozpoznanie wymaga specyfik ataków? (np. przebieg, nasilenie, cechy szczególne)

Jakie dodatkowe informacje są konieczne do rozstrzygnięcia diagnozy różnicowej? (np. dokładna dokumentacja czasów trwania epizodów, wywiad rodzinny, skale nasilenia jak PHQ-9, MDQ)

Wpisz do sekcji 5.1.

Ćwiczenie 2: Diagnoza różnicowa - przypadek E (pary)

Przypadek E (Pan Piotr M.) prezentuje objawy lękowe. Zadaniem jest przeprowadzenie pełnej diagnozy różnicowej spośród co najmniej trzech możliwych rozpoznań, a następnie wybór i uzasadnienie rozpoznania roboczego.

Hipotezy diagnostyczne do weryfikacji dla Przypadku E

Hipoteza 1: Fobia społeczna (Social Anxiety Disorder, DSM-5 300.23 / ICD-11 6B04)
Hipoteza 2: Zaburzenie lęku uógólnionego (Generalized Anxiety Disorder, DSM-5 300.02 / ICD-11 6B00)
Hipoteza 3: Zaburzenie unikające osobowości (Avoidant Personality Disorder, DSM-5 301.82 / ICD-11 6D10.4)
Hipoteza dodatkowa (do wykluczenia): Agorafobia (DSM-5 300.22 / ICD-11 6B02)

Instrukcja krok po kroku

1

Zidentyfikuj centralne cechy lęku w Przypadku E

Odpowiedz na cztery pytania kluczowe dla różnicowania zaburzeń lękowych:
(a) O CO dokładnie pacjent się boi? (ocena, katastrofa, choroba, wiele rzeczy?)
(b) W JAKICH sytuacjach pojawia się lęk? (społeczne, rozległe, konkretne miejsca?)
(c) Co ROBI z lękiem? (unikanie, kompulsje, sprawdzanie?)
(d) Jaki jest ZAKRES unikania? (tylko sytuacje społeczne, czy szerzej?)
Wpisz odpowiedzi do sekcji 5.2.

2

Weryfikacja kryteriów dla każdej hipotezy

Dla każdej z czterech hipotez (SAD, GAD, APD, Agorafobia) wypełnij tabelę weryfikacyjną w sekcji 5.2: każde kryterium - spełnione / niespełnione / niemożliwe do oceny na podstawie danych.
SAD (sekcja 2.4.4): Spójność ze schematem Piotra? Czy lęk dotyczy oceny społecznej? Czas trwania >= 6 m-cy?
GAD (sekcja 2.4.2): Czy lęk jest szerokim zamartwianiem się wieloma sprawami, czy specyficznie społeczny? Czy obecne 3 z 6 objawów somatycznych?
APD: Wymaga trwałego wzorca od wczesnej dorosłości minimum 4 kryteria (np. unikanie kontaktów, ograniczenia w nowych relacjach, powściągliwość intymna, poczucie nieadekwatności). Różnica od SAD: APD jest szersza i opisuje osobowość, SAD - odpowiedź lękową na sytuacje.

3

Rozstrzygnięcie diagnozy różnicowej

Które rozpoznanie najlepiej pasuje? Argumenty za SAD w porównaniu z GAD: lęk Piotra jest specyficznie społeczny - nie martwi się o zdrowie, finanse, przyszłość ogólnie, tylko o ocenę społeczną. Czy SAD wyklucza APD? Nie - mogą występować jednocześnie. Jakie dane z opisu wskazują na APD jako komorbidność, a jakie na SAD jako główne rozpoznanie? Sformułuj rozpoznanie robocze z ewentualnymi rozpoznaniami wtórnymi. Wpisz do sekcji 5.2.

4

Ocena kliniczna spożycia alkoholu w Przypadku E

Piotr przyznaje, że pije „czasem przed spotkani em społecznym'. Czy spełnia kryteria AUD (sekcja 2.4.3)? Ile kryteriów jest spełnionych na podstawie danych?
Czy alkohol jest samomedykacją lęku społecznego? Jakie ma to implikacje dla planu leczenia? (np. leczenie lęku może zmniejszyć picie lub nie - dlaczego?) Wpisz ocenę do sekcji 5.2.

Ćwiczenie 3: Analiza komorbidności i integracja z poprzednimi przypadkami

W tym ćwiczeniu indywidualnie analizujesz Przypadek F (Pani Katarzyna W.) pod kątem złożonej komorbidności, a następnie integrujesz wiedzę z całego cyklu zajęć 1-4, formułując kompletne rozpoznania dla Marty K. i Tomasza W.

Instrukcja krok po kroku:

1

Identyfikacja wiodącego rozpoznania dla Przypadku F

Przypadek F jest złożony: widać objawy PTSD, depresji, lęku ogólnego i potencjalnego problemowego użycia alkoholu.

Zacznij od wiodącego objawu: TRIO objawów PTSD (DSM-5 309.81 / ICD-11 6B40): intruzje, unikanie, nadmierne pobudzenie i negatywne zmiany poznawcze/afektu - czy Katarzyna spełnia wszystkie cztery klastry? Wpisz tablicę weryfikacyjną kryteriów do sekcji 5.3.

Kryteria PTSD wymagają też: ekspozycji na traumę (kryterium A), czasu trwania > 1 miesiąc (kryt. E), oraz klinicznie znaczącego cierpienia (kryt. F). Czy są spełnione?

2

Ocena komorbidności w Przypadku F

Depresja: Czy objawy depresyjne Katarzyny (anhedonia, zmęczenie, poczucie oddalenia, płaczliwość) występują wyłącznie w kontekście PTSD, czy tworzą odrębny epizod dużej depresji? Jak to rozstrzygnąć klinicznie?

Lęk: Czy wzmocniona czujność i drażliwość są częścią PTSD (klaster nadrzędny), czy wskazują też na GAD?

Alkohol: Jak oceniasz użycie alkoholu wg kryteriów AUD. Ile kryteriów spełnionych? Czy spełnia minimalny próg 2 kryteriów? Określ nasilenie. Wpisz kompletny obraz komorbidności do sekcji 5.3.

3

Sformułuj listę rozpoznań z priorytetem klinicznym

Zapisz rozpoznania w kolejności od wiodącego do wtórnych, jako mogłoby wyglądać w dokumentacji:

1. Rozpoznanie główne (primary): to które stanowi główne źródło cierpienia i jest celem interwencji.
2. Rozpoznania dodatkowe (secondary): współwystępujące i wymagające uwzględnienia w planie terapii.
3. Stany do dalszej obserwacji / weryfikacji.

Dla każdego rozpoznania podaj kod ICD-11 i DSM-5 (kody znajdziesz w sekcji 2.4).

4

Integracja - rozpoznania dla Marty K. i Tomasza W.

Korzystając z danych z poprzednich zajęć (wywiad, WAIS-IV, kwestionariusze osobowości), sformułuj wstępne rozpoznania dla obu przypadków z poprzednich zajęć.

Marta K.: na podstawie wywiadu (lęk, problemy ze snem, drażliwość, epizod depresyjny w historii) i profilu NEO-PI-R (wysoka N, wysoka C, niska E). Jaka jest najbardziej prawdopodobna diagnoza według ICD-11 lub DSM-5?

Tomasz W.: na podstawie wywiadu (alkohol, minimalizacja), WAIS-IV (ogólnie obniżone) i MMPI-2 (D, Pd, Si podwyższone, MAC-R i AAS podwyższone). Jakie są rozpoznania robocze i hipotezy do weryfikacji? Wpisz do sekcji 5.3.

Aspekt etyczny: uwaga kliniczna

Stygmatyzacja rozpoznania i język kliniczny: diagnozy takie jak „psychopatia' (skala Pd MMPI-2) czy „upośledzenie intelektualne' (IQ < 70) niosą ze sobą ryzyko etykietowania. We współczesnej klinice preferuje się język funkcjonalny: „osoba z diagnozą PTSD', a nie „traumatyk; „zespól uzależnienia od alkoholu' zamiast „alkoholik'.

Diagnoza jako dostęp do pomocy: W Polsce rozpoznanie ICD-11 jest warunkiem refundacji świadczeń przez NFZ. Diagnozowanie jest więc działaniem o realnych konsekwencjach życiowych. Psycholog ma obowiązek wyjaśniać pacjentowi znaczenie rozpoznania i jego ewentualne skutki (ubezpieczenie, orzecznictwo, praca).

5. Arkusze wyników; do wypełnienia podczas zajęć

Imię i nazwisko	
Numer albumu	
Partner w ćwiczeniach 1-2	
Data zajęć	

5.1. Arkusz ćwiczenia 1: Weryfikacja kryteriów (przypadek D - Anna B.)

Weryfikacja kryteriów MDD (DSM-5)

Kryterium A MDD	Spełnione?	Uzasadnienie (dane z opisu)
1. Depresyjny nastrój	T / N / ?	
2. Anhedonia	T / N / ?	
3. Zmiany masy ciała / apetytu	T / N / ?	
4. Zaburzenia snu	T / N / ?	
5. Pobudzenie / zahamowanie psychomot.	T / N / ?	
6. Zmęczenie / utrata energii	T / N / ?	
7. Poczucie bezwartościowości / winy	T / N / ?	
8. Trudności z koncentracją	T / N / ?	
9. Myśli o śmierci / samobójcze	T / N / ?	
Kryterium B (cierpienie / upośledzenie)	T / N / ?	
Kryterium C (wyklucz. somatyczne)	T / N / ?	
Kryterium D (wyklucz. psychoza)	T / N / ?	
Spełniona liczba kryt. A:		

Weryfikacja kryteriów hipomanii (Bipolar II DSM-5)

Kryterium hipomanii (Bipolar II)	Spełnione?	Dane z opisu
Podniesiony/drażliwy nastrój >= 4 dni	T / N / ?	
Grandiozja lub zawyżona samoocena	T / N / ?	
Zmniejszona potrzeba snu	T / N / ?	
Zwiększona mówliwość / pospieszna mowa	T / N / ?	
Gonitwa myśli	T / N / ?	
Rozproszenie uwagi	T / N / ?	
Zwiększona aktywność / pobudzenie	T / N / ?	
Zachowania ryzykowne	T / N / ?	
Obserwowalne przez innych jako zmiana	T / N / ?	
BEZ epizodu maniakalnego pełnego (Bip. II)	T / N / ?	

Rozpoznanie robocze i uzasadnienie	Odpowiedz / analiza
Która hipoteza najlepiej pasuje do obrazu klinicznego?	
Kluczowe dane uzasadniające to rozpoznanie	
Dlaczego wykluczono hipotezę alternatywną?	
Wymagane specyfikatory (nasilenie, przebieg itp.)	
Dodatkowe informacje potrzebne do rozstrzygnięcia	
Kod ICD-11:	
Kod DSM-5:	

5.2. Arkusz ćwiczenia 2: Diagnoza różnicowa (przypadek E - Piotr M.)

Cztery pytania kluczowe	Odpowiedz / analiza
(a) O CO pacjent się boi?	
(b) W JAKICH sytuacjach pojawia się lęk?	
(c) Co ROBI z lękiem? (unikanie, inne?)	
(d) ZAKRES unikania	

Tabela diagnozy różnicowej - Przypadek E

Hipoteza	Kluczowe kryteria	Spełnione	Uzasadnienie
SAD (300.23)	Lęk społeczny, obawa oceny, >=6 m-cy	T / N / ?	
GAD (300.02)	Szerokie zamartwianie, >=6 m-cy, 3/6 objawów	T / N / ?	
APD (301.82)	Trwały wzorzec od dorosłości, >= 4 kryteria	T / N / ?	
Agorafobia	Lęk >= 2 miejsc (transport, tłum, otwarte, aut.)	T / N / ?	

Rozpoznanie i komorbidności	Odpowiedz / analiza
Rozpoznanie główne z kodem ICD-11 i DSM-5	
Rozpoznanie wtórne / do rozważenia	
Ocena spożycia alkoholu - liczba spełnionych kryteriów AUD	
Wniosek dot. alkoholu (AUD czy samomedykacja?)	
Dane potrzebne do ostatecznej diagnozy	

5.3. Arkusz ćwiczenia 3: Komorbidność i integracja

Weryfikacja kryteriów PTSD (DSM-5 309.81) - Przypadek F

Klaster PTSD	Objawy z opisu Przypadku F	Liczba / spełnione?
A: Ekspozycja na traumę	Wypadek 4 lata temu (naoczny świadek)	tak
B: Intruzje (min. 1 z 5)		
C: Unikanie (min. 1 z 2)		
D: Negatywne zmiany poznawcze / afekt (min. 2 z 7)		
E: Nadmierne pobudzenie (min. 2 z 6)		
F: Czas trwania > 1 miesiąc		
G: Klinicznie znaczące upośledzenie / cierpienie		
H: Wykluczenie substancji i somatyczne		

Komorbidności i lista rozpoznań	Odpowiedz / analiza
1. Rozpoznanie główne (ICD-11 / DSM-5 kod):	
2. Rozpoznanie wtórne 1:	
3. Rozpoznanie wtórne 2	
4. Stan do obserwacji / weryfikacji	
Uzasadnienie hierarchii rozpoznań	

Komorbidności i lista rozpoznań	Odpowiedz / analiza
Czy depresja to komorbidność czy część PTSD?	uzasadnienie:
Nasilenie AUD (liczba kryteriów) i wniosek	

Integracja: rozpoznania Marta K. I Tomasz W.	Odpowiedz / analiza
Marta K. - hipoteza diagnostyczna (ICD-11 / DSM-5)	
Dane z Lab 1-3 popierające to rozpoznanie	
Marta K. - hipoteza alternatywna	
Tomasz W. - rozpoznanie główne	
Tomasz W. - rozpoznania komorbidne	
Dane z Lab 1-3 popierające rozpoznania Tomasza	

6. Protokół analityczny: pytania do dyskusji plenarnej

6.1. Diagnoza różnicowa i granice kategorii

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	W Przypadku D (Anna B.) co decyduje o różnicy między Bipolar II a nawracającą depresją? Jakie kliniczne pytania diagnostyczne należałoby zadać, by jednoznacznie rozstrzygnąć tę kwestię? Dlaczego ta różnica jest kluczowa dla wyboru farmakoterapii?	
2	Fobia społeczna (SAD) i zaburzenie unikające osobowości (APD) rozróżniamy m.in. przez ogólność unikania i trwałość wzorca. Czy te dwie jednostki tworzą spektrum (jeden konstrukt o różnym nasileniu), czy są jakościowo różne? Jakie dane empiryczne przemawiają za każdym stanowiskiem?	
3	ICD-11 i DSM-5 różnią się w zakresie PTSD: ICD-11 wyróżnił złożoną PTSD (Complex PTSD, 6B41) jako oddzielną kategorię. Jak Przypadek F miałby być sklasyfikowany wg każdej z tych klasyfikacji? Jakie objawy różnią PTSD od Complex PTSD?	

6.2. Komorbidność i hierarchia diagnostyczna

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Katarzyna W. (Przypadek F) spełnia kryteria PTSD i prawdopodobnie depresji. Jak ustala się hierarchię rozpoznań - co jest rozpoznaniem głównym, co wtórnym? Czy hierarchia zmienia się w zależności od tego, co jest celem leczenia (remisja PTSD vs leczenie depresji)?	
2	Badania epidemiologiczne wskazują, że ponad 80% osób z PTSD spełnia kryteria przynajmniej jednego dodatkowego zaburzenia (najczęściej depresji lub AUD). Czy tak wysoka komorbidność świadczy o tym, że nasze kategorie diagnostyczne są zbyt wąskie, czy o tym, że trauma faktycznie niesie za sobą wiele konsekwencji?	

6.3. Granice diagnozy i etyka klasyfikowania

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Wypalenie zawodowe (burnout) pojawiło się w ICD-11 jako „zespół wynikający z chronicznego stresu w miejscu pracy' (QD85) - ale NIE jako zaburzenie psychiczne, lecz jako „fenomen zdrowotny'. Co różni wypalenie od depresji? Czy Marta K. mogłaby spełniać kryteria obu? Jakie ma to znaczenie dla strategii leczenia?	
2	Diagnoza bipolarna niesie ze sobą określone konsekwencje społeczne (np. trudności z uzyskaniem ubezpieczenia, uprzedzenia w pracy). Jak psycholog powinien postępować, gdy prawdopodobne rozpoznanie jest „ciężkie' społecznie, lecz klinicznie uzasadnione?	

7. Literatura

7.1. Literatura obowiązkowa

1. **World Health Organization. (2019).** International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). WHO. [Rozdział 6: Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders]
2. **American Psychiatric Association. (2013).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). APA. [Szczególnie: Mood Disorders, Anxiety Disorders, Trauma- and Stressor-Related Disorders]
3. **Heitzman, J. (red., 2020).** Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL. [Rozdziały dotyczące zaburzeń nastroju, lękowych i uzależnień]
4. **Bilikiewicz, A. (red., 2007).** Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy. PZWL. [Klasyfikacja i diagnoza różnicowa]

7.2. Literatura uzupełniająca

5. **First, M. B. (2014).** DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis. American Psychiatric Publishing. [Praktyczny przewodnik po diagnozie różnicowej]
6. **Kotov, R. i in. (2017).** The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Journal of Abnormal Psychology, 126(4), 454-477.
7. **Corrigan, P. W. i in. (2014).** The stigma of mental illness. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 47-73. [Stygmatyzacja i etykietowanie]
8. **Herman, J. L. (1992).** Trauma and Recovery. Basic Books. [Pojęcie złożonej traumy - fundament dla Complex PTSD ICD-11]
9. **Kessler, R. C. i in. (2005).** Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the NCS-R. Archives of General Psychiatry, 62(6), 617-627.