UNIWERSYTET VIZJA

DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNA

Ćwiczenie laboratoryjne nr 5

Integracja danych i raport psychologiczny:

synteza danych z całego cyklu diagnostycznego

Integracja | Formułowanie przypadku | Raport psychologiczny | Rekomendacje

dr inż. Mateusz Pomianek

Przedmiot	Diagnoza psychologiczna
Rok akademicki	2026/2027
Kierunek	Psychologia, rok III
Forma zajęć	Ćwiczenia
Charakter zajęć	Zajęcia syntezujące cały cykl laboratoriów 1-5. Studenci pracują ze wszystkimi danymi zebranymi podczas Lab 1-4.
Materiały	Wszystkie syntetyczne dane, schematy i wzorce raportów zawarte w tej instrukcji
Grupa	_____
Data	_____

1. Informacje ogólne o zajęciach

Piąte ćwiczenia laboratoryjne zamykają roczny cykl diagnozy psychologicznej. Przez cztery poprzednie laboratoria budowaliśmy narzędziownię: uczymy się prowadzić wywiad i obserwację (ćw 1), interpretować testy inteligencji (ćw 2), czytać profile kwestionariuszy osobowości (Lab 3) i stosować kryteria diagnostyczne (ćw 4). Dziś to wszystko scala się w jeden dokument: pełny raport psychologiczny.

Raport psychologiczny nie jest zestawieniem wyników testów. Jest dokumentem klinicznym, który integruje dane z wielu źródeł, formułuje węzeł wyjaśniający obraz pacjenta i dostarcza konkretnych, użytecznych rekomendacji dla określonego odbiorcy. Dobrze napisany raport może zmienić życie człowieka - otworzyć dostęp do specjalistycznej pomocy lub skierować decyzje sądu. Źle napisany raport może te decyzje zniekształcić.

Cele kształcenia (KRK)

Wiedza: Student opisuje obligatoryjne elementy raportu psychologicznego zgodnie ze standardami PTP i wymogami prawnymi; wyjaśnia zasady formułowania przypadku (case formulation) według modelu biopsychospołecznego i modelu 4P; wskazuje różnice między raportem diagnostycznym, opinią sądową i zaświadczeniem psychologicznym.
Umiejętności: Student buduje pełną formułę przypadku dla dostarczonych danych klinicznych; pisze kolejne sekcje raportu psychologicznego spełniające kryteria jakości (kompletność, spójność, język odpowiedni do odbiorcy, niestygmatyzujący); ocenia jakość cudzego raportu według ustrukturyzowanej listy kontrolnej.
Kompetencje społeczne: Student identyfikuje konsekwencje prawne i etyczne raportu psychologicznego; komunikuje wyniki diagnozy pacjentowi w sposób zrozumiały i empatyczny; refleksyjnie ocenia własny rozwój kompetencji diagnostycznych przez cały cykl.

1.1. Mapa cyklu diagnostycznego

Zajęcia	Metoda	Zebrane dane	Znaczenie diagnostyczne
1	Wywiad SOAP + BASIC ID	Skarga główna, historia, czynniki ryzyka, zasoby; obserwacja kliniczna Krzysztofa N.	Podstawa formułowania przypadku; model 4P; plan diagnostyczny
2	WAIS-IV + Raven APM/SPM	FSIQ, indeksy (VCI, PRI, WMI, PSI), profil subtestowy, dysocjacja Gf/Gc	Ocena potencjału poznawczego; czynniki mylące; wpływ zaburzeń na funkcjonowanie
3	NEO-PI-R + MMPI-2	Profil Wielkiej Piątki, aspekty; skale kontrolne i kliniczne MMPI-2; AAS, MAC-R	Obraz osobowości i ryzyka; wiarygodność; komorbidność emocjonalna
4	Kryteria ICD-11 / DSM-5	Weryfikacja kryteriów dla przypadków A, B, D, E, F; diagnoza różnicowa; lista rozpoznań	Rozpoznanie robocze; hierarchia hipotez; specyfikatory
5	Integracja + raport	Pełna formuła przypadku; pełny raport psychologiczny; rekomendacje	Synteza - dokument dostarczany odbiorcy zewnętrznemu

2. Podstawy teoretyczne

2.1. Raport psychologiczny - definicja, rodzaje i odbiorcy

2.1.1. Definicja i funkcje raportu

Raport psychologiczny to pisemny dokument sporządzony przez uprawnionego psychologa, który zawiera wyniki, interpretację i rekomendacje wynikające z procesu diagnostycznego. Spełnia jednocześnie trzy funkcje:

- **Informacyjna:** przekazuje wiedzę o funkcjonowaniu i trudnościach badanej osoby określonemu odbiorcy.
- **Kliniczna:** dostarcza podstawy do planowania interwencji terapeutycznej, rehabilitacyjnej lub wspierającej.
- **Prawna:** stanowi dokument źródłowy w postępowaniach sadowych, administracyjnych i orzeczniczych; podlega ochronie jako tajemnica zawodowa.

2.1.2. Rodzaje dokumentów psychologicznych

Rodzaj dokumentu	Odbiorca	Zakres treści	Podstawa prawna
Raport diagnostyczny (pełny)	Lekarz, terapeuta, pacjent	Pełen obraz diagnozy: metody, wyniki, interpretacja, rekomendacje	Ustawa o zawodzie psychologa 2001; RODO
Opinia psychologiczna (sądowa)	Sąd, prokurator, adwokat	Odpowiedź na pytania sądu; język formalny; zachowanie bezstronności	KPK art. 202; KPC art. 278-290
Zaświadczenie psychologiczne	Pracodawca, urząd, ZUS	Skrócone: zdolność do określonej funkcji lub zdrowia psychiczne	Rozporządzenia branżowe (np. prawo o ruchu drogowym)
Informacja zwrotna dla pacjenta	Pacjent / rodzice	Zrozumiałe, bez żargonu, akcentująca zasoby	Prawo do informacji (RODO, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego)

2.1.3. Zasady dostosowania raportu do odbiorcy

Ten sam zestaw danych diagnostycznych może i powinien być zaprezentowany inaczej, w zależności od odbiorcy:

Odbiorca	Język i styl	Co podkreślić	Co pominąć
Psychiatra	Kliniczny, precyzyjny	Wyniki narzędzi, kody ICD, farmakoterapia a profil	Definicje pojęć podstawowych
Terapeuta	Funkcjonalny, procesowy	Dynamika, mechanizmy, zasoby, styl przywiązania	Szczegółowe wyniki liczbowe
Sąd	Formalny, obiektywny, na pytania sądu	Odpowiedź na pytania biegłego; ograniczenia wnioskowania	Spekulacje bez podstawy empirycznej
Pacjent	Prosty, niepatologizujący, motywujący	Zasoby, plan, współpraca	Liczby IQ, skale techniczne
Szkoła / nauczyciel	Praktyczny, konkretny	Co pacjent potrzebuje w klasie, jakie dostosowania	Szczegółowe dane kliniczne

2.2. Struktura pełnego raportu psychologicznego

Standardowy raport diagnostyczny składa się z następujących sekcji, realizowanych według opisanej poniżej kolejności:

Nr	Sekcja	Obligatoryjna?	Typowa długość
1	Dane osobowe i opis skierowania	Tak	1 akapit
2	Cel i pytanie diagnostyczne	Tak	2-3 zdania
3	Metody i narzędzia diagnostyczne	Tak	Lista z datami badań
4	Wyniki obserwacji i wywiadu	Tak	2-4 akapity
5	Wyniki testów inteligencji	Jeśli wykonano	2-3 akapity
6	Wyniki kwestionariuszy osobowości / psychopatologii	Jeśli wykonano	2-3 akapity
7	Integracja i formułowanie przypadku	Tak	2-4 akapity
8	Rozpoznanie / hipotezy diagnostyczne	Tak	1 akapit + kody
9	Rekomendacje	Tak	Lista z uzasadnieniem
10	Podpis, data, pieczątka	Tak	Obligatoryjne dane formalne

2.3. Formułowanie przypadku (case formulation) - kluczowa sekcja 7

2.3.1. Model biopsychospołeczny

Formułowanie przypadku jest wyjaśnieniem: dlaczego ten konkretny człowiek, w tym momencie swojego życia, doświadcza tych konkretnych trudności? Odpowiedź integruje dane z wielu źródeł i jest zakorzeniona w modelu biopsychospołecznym (Engel, 1977): zaburzenia psychiczne wynikają z interakcji czynników biologicznych (genetycznych, neurobiologicznych, somatycznych), psychologicznych (osobowość, poznanie, emocje, historia) i społecznych (relacje, kultura, środowisko, stres życiowy).

2.3.2. Model 4P jako szkielet formułowania

Poznanym w Lab 1 model 4P jest praktycznym schematem organizowania danych w formułę:

Czynnik 4P	Pytanie kliniczne	Przykład z danych klinicznych (Marta K.)
Predisposing (predysponujące)	Co sprawia, że ta osoba jest podatna na te trudności?	Rodzinne obciążenie depresją (matka); epizod depresyjny w przeszłości; wysoka N wg NEO-PI-R (T = 68)
Precipitating (wywołujące)	Co wywołało obecny epizod?	Awans na wyższe stanowisko; nowe obowiązki i oczekiwania; brak czasu na regenerację
Perpetuating (podtrzymujące)	Co utrzymuje trudności mimo upływu czasu?	Wysokie standardy i C (T = 71); unikanie społeczne (niskie E); negatywne automatyczne myśli o porażce; całonocna praca z e-mailem
Protective (ochronne)	Co zmniejsza ryzyko pogorszenia?	Stabilna rodzina; wysokie zdolności werbalne (VCI = 127); wcześniejsze doświadczenie terapii; dostęp do pomocy specjalistycznej

2.3.3. Synteza formuły - zdanie kluczowe

Dobra formuła przypadku daje się sprowadzić do jednego, przejrzystego zdania syntetyzującego. Struktura tego zdania:

„[Osoba X] doświadcza [trudności Y] wywołanych przez [czynniki precipitujące Z], na podbudowie [predysponujących czynników W], utrzymywanych przez [mechanizmy V], przy zachowanych zasobach [U].'

Przykład dla Marty K.: „Pani Marta K. doświadcza nasilonych trudności emocjonalnych - lęku, dysfunkcjonalnych myśli i zaburzeń snu - wywołanych awansem zawodowym narzucającym wymagania przekraczające jej aktualne zasoby regeneracyjne, na podbudowie biologicznej i osobowościowej podatności na dystres (historia depresji, wysoka neurotyczność), utrzymywanych przez perfekcjonistyczne standardy i unikanie wsparcia, przy zachowanych silnych zasobach intelektualnych i motywacji do zmiany.'

2.4. Język i styl raportu psychologicznego; najczęstsze błędy

Błąd	Przykład błędnego sformułowania	Poprawna wersja
Samo cytowanie wyników bez interpretacji	„Pacjentka uzyskała wynik T = 68 w skali Neurotyczności."	„Wysoki wynik Neurotyczności (T = 68) wskazuje na wyraźną podatność na negatywne emocje, co w sytuacjach o dużych wymaganiach może manifestować się nasilonym lękiem i trudnościami z regulacją emocji.'
Etykietowanie zamiast opisu funkcjonalnego	„Pacjent jest alkoholikiem."	„Pan T.W. spełnia kryteria zespołu uzależnienia od alkoholu (AUD) o nasileniu umiarkowanym (ICD-11: 6C40.2).'
Brak przedziału ufności przy IQ	„Pacjentka ma IQ = 102."	„Pacjentka uzyskała FSIQ = 102 (CI 95%: 98-106), co klasyfikuje jej ogólne funkcjonowanie intelektualne w zakresie przeciętnym.'
Bezpodstawne twierdzenia przyczynowe	„Objawy depresji występują PONIEWAŻ Marta była le nierozumiana przez mamę."	„Objawy depresji mogą być częściowo związane z relacjami we wczesnym dzieciństwie, choć danych do takiej oceny jest zbyt mało.'
Język niedostępny dla laika	„Profil Gf/Gc wskazuje na dysocjację między inteligencją płynną a skrystalizowaną na korzyść Gc."	„Zdolności językowe i zasób wiedzy pacjenta są wyraźnie silniejsze od zdolności szybkiego abstrahowania w nowych sytuacjach.'

Błąd	Przykład błędnego sformułowania	Poprawna wersja
Brak rekomendacji lub ogólnikowe rekomendacje	„Polecam terapię.'	„Zaleca się psychoterapię poznawczo-behawioralną CBT skoncentrowaną na lęku i perfekcjonizmie, w formie indywidualnej, ok. 20-25 sesji, z uwzględnieniem technik regulacji snu (Stimulus Control, Sleep Restriction).'

3. Zintegrowane dane przypadków klinicznych; materiał do pracy

Instrukcja do sekcji 3

Poniżej zebrane są wszystkie kluczowe dane o Marcie K. i Tomaszu W. ze wszystkich pięciu laboratoriów. Są one skondensowane w jednym miejscu, aby studenci nie musieli sięgać do poprzednich instrukcji. W ćwiczeniu 1 każda para pracuje z jednym przypadkiem (prowadzący przydziela).

3.1. Pani Marta K. (34 lata): synteza danych z poprzednich zajęć

Tabela 1. Syntetyczne dane - Marta K.

Źródło danych	Kluczowe wyniki / obserwacje
Lab 1 - Wywiad (SOAP)	S: Problemy ze snem (8 m-cy), lęk przed błędami, drażliwość, płaczliwość. O: Kontakt poprawny, napięcie początkowo, mowa płynna. A: Hipotezy: GAD, epizod depresyjny, wypalenie. P: Badanie WAIS-IV, NEO-PI-R, wywiad pogłębiony.
Lab 1 - Historia	Epizod depresji w wieku 24 lat (leczony 1 rok). Mama leczona na depresję. Awans 8 m-cy temu. Mąż: „zmieniła się'. 5-6 kaw dziennie; alkohol okazjonalnie (2-3 kieliszki/tydzień). Brak aktywności fizycznej od 2 lat.
Lab 2 - WAIS-IV	FSIQ = 102 (CI 95%: 98-106, przeciętny). VCI = 127 (bardzo wysoki, perc. 96). PRI = 95 (przeciętny). WMI = 98 (przeciętny). PSI = 82 (niższy przeciętny, perc. 12). Profil niespójny - FSIQ mało użyteczny jako wskaźnik ogólny.
Lab 2 - Raven APM	78. percentyl - Gf w normie lub wyższej; spójne z VCI, kontrastuje z PRI (możliwy wpływ lęku na PSI i PRI).
Lab 3 - NEO-PI-R	N = 68 (bardzo wysoki). E = 38 (niski). O = 52 (przeciętny). A = 44 (niski). C = 71 (bardzo wysoki). Aspekty: N1-Lęk T=72, N3-Depresja T=65, N4-Nadm.samoświad. T=70; C2-Porządek T=74, C4-Dążenie T=72; E2-Towarzyskość T=34, E6-Pozyt.emocje T=36.
Lab 4 - Diagnoza różnicowa	Hipotezy: GAD (DSM-5 300.02) - lęk > 6 m-cy, > 3 objawy; Epizod depresyjny nawracający (296.3x) - historia depresji, anhedonia, zaburzenia snu; Wypalenie zawodowe (ICD-11 QD85) jako zjawisko zdrowotne. Wykluczono: przyczyny somatyczne (tarczyca w normie rok temu), substancje.

3.2. Pan Tomasz W. (52 lata): synteza danych z poprzednich zajęć

Tabela 2. Syntetyczne dane - Tomasz W.

Źródło danych	Kluczowe wyniki / obserwacje
Lab 1 - Wywiad (SOAP)	S: „Sam nie widzę żadnego problemu'; pije „by się zrelaksować'. O: Wolne tempo pracy, częste pauzy, afekt stłumiony, dystans. A: Hipoteza AUD; brak wglądu. P: WAIS-IV, MMPI-2, ocena siły uzależnienia.
Lab 1 - Historia	52 lata, kierowca TIR, rozwiedziony, mieszka sam. Pije „od zawsze', szacuje 3-4 piwa/dobę + więcej w weekendy. 2x „wyłączył się' przy piciu. Oporkowe zapalenie trzustki 2 lata temu; zalecenie abstynencji - niespełnione. Drżenia i poty przy próbie odstawienia (zespół odstawienny).

Źródło danych	Kluczowe wyniki / obserwacje
Lab 2 - WAIS-IV	FSIQ = 78 (CI 95%: 75-82, pogranicze). VCI = 79 (niski). PRI = 82 (niższy przeciętny). WMI = 79 (niski). PSI = 82 (niższy przeciętny). Profil wyrównany, wszystkie indeksy poniżej przeciętnej.
Lab 2 - Raven SPM	25. percentyl - wyższy niż FSIQ; spójność z Gf zachowana; FSIQ możliwie zaniżone wpływem alkoholu (szczególnie WMI i VCI wrażliwe na przewlekłą intoksykację).
Lab 3 - MMPI-2	Skale kontrolne: protokół interpretowalny (VRIN=52, F=61). Skale kliniczne: D=68 (dep.), Pd=72 (psychopatia), Pt=65 (lęk/napięcie), Si=67 (introw. społ.). Kod dwucyfrowy 4-2 lub 2-4. Treściowe: AAS=69, MAC-R=72 - oba klinicznie podwyższone, wskazują na problem z substancjami.
Lab 4 - Diagnoza różnicowa	Rozpoznanie główne: AUD ciężki (DSM-5 303.90 / ICD-11 6C40.2) - spełnione >= 6 kryteriów (tolerancja, odstawienie, craving, używanie mimo szkody, nieudane próby ograniczenia). Wtórne: Epizod depresyjny (D=68; możliwie wtórny do AUD lub samodzielny). Do weryfikacji: uszkodzenie poznawcze alkoholowe (ARCI) vs pierwotna niższa inteligencja.

4. Ćwiczenia

Ogólne zasady pracy

Ćwiczenie 1 realizowane jest w parach. Każda para pracuje z jednym przypadkiem - prowadzący przydziela Marta K. lub Tomasz W.

Ćwiczenie 2 realizowane jest indywidualnie. Każda osoba pisze przydzieloną sekcję raportu. Prowadzący może podzielić grupę tak, by różne osoby piszą różne sekcje tego samego przypadku - a potem składają je w całość.

Ćwiczenie 3 realizowane w parach: wzajemna ocena fragmentów według listy kontrolnej z sekcji 5.3.

Ćwiczenie 1: Budowanie pełnej formuły przypadku (pary)

Na podstawie danych z sekcji 3 (Tabela 1 lub 2) oraz wiedzy z Labs 1-4 zbudujcie pełną formułę przypadku dla przydzielonego pacjenta. Formuła jest sercem raportu psychologicznego i stanowi uzasadnienie dla wszystkich rekomendacji.

Instrukcja krok po kroku:

1

Uzupełnij model 4P na podstawie danych syntetycznych

Dla każdego z czterech czynników (Predisposing, Precipitating, Perpetuating, Protective) wypisz wszystkie zidentyfikowane elementy z danych zebranych w Labs 1-4.

Przy każdym czynniku zanotuj źródło: wywiad, obserwacja, WAIS-IV, NEO-PI-R, MMPI-2, kryteria ICD-11. Wpisz do Arkusza 5.1.

2

Zidentyfikuj wiodący mechanizm podtrzymujący

Spośród czynników Perpetuating wybierzcie JEDEN, który Waszym zdaniem jest kluczowy - ten, którego usunięcie miałoby największy efekt terapeutyczny.

Dla Marty K.: czy to perfekcjonizm, unikanie społeczne, czy natręctwa myślowe? Uzasadnij odwołując się do konkretnych danych (np. C2 = 74, N1 = 72).

Dla Tomasza W.: czy to unikanie emocjonalne przez alkohol, brak wglądu, izolacja społeczna? Uzasadnij odwołując się do Si = 67 i Pd = 72.

3

Napisz zdanie syntetyzujące formułę przypadku

Według schematu z sekcji 2.3.3 napisz jedno zdanie syntetyzujące formułę:

„[Imię] doświadcza [trudności] wywołanych przez [precipitujące], na podbudowie [predysponujące], utrzymywanych przez [perpetuujące], przy zachowanych zasobach [protective].'
Zdanie powinno być długie, ale precyzyjne. Bez żargonu niezrozumiałego dla lekarza lub terapeuty. Wpisz do Arkusza 5.1.

4

Sformułuj hierarchię rozpoznań i specyfikatory

Na podstawie danych z Lab 4 (i Tabel 1/2 z sekcji 3) zapisz pełną listę rozpoznań z kodami:
(a) Rozpoznanie główne z kodem ICD-11 i DSM-5.
(b) Rozpoznania wtórne lub komorbidne.
(c) Stany do dalszego monitorowania.
Dla każdego rozpoznania: podaj specyfikator nasilenia (mild / moderate / severe) jeśli dostępny.

5

Formuła rekomendacji - konkretnych i uzasadnionych

Dla przydzielonego przypadku zaproponuj przynajmniej cztery rekomendacje według schematu: CO + DLACZEGO (uzasadnienie danymi).
Przykładowe kategorie rekomendacji: psychoterapia (jaki nurt, format, priorytet); konsultacje medyczne / psychiatryczna; dalsze badania diagnostyczne; interwencje środowiskowe (praca, rodzina); grupy wsparcia lub psychoedukacja.
Wpisz do Arkusza 5.1.

Ćwiczenie 2: Pisanie sekcji raportu psychologicznego (indywidualnie)

Każda osoba pisze przydzielone przez prowadzącego sekcje raportu dla wybranego przypadku. Poniżej zamieszczono wzór formatu raportu oraz przykładowe fragmenty jako punkt odniesienia. Tekst raportu wpisujesz do Arkusza 5.2.

Podział pracy: proponowany schemat dla grupy

Osoba A (lub para A): Sekcje 1-4 - dane formalne, cel, metody, wywiad i obserwacja.
Osoba B (lub para B): Sekcja 5 - wyniki WAIS-IV i Ravena (Lab 2).
Osoba C (lub para C): Sekcja 6 - wyniki NEO-PI-R lub MMPI-2 (Lab 3).
Osoba D (lub para D): Sekcje 7-9 - integracja, formułowanie, rozpoznanie, rekomendacje.
Prowadzący może dostosować podział do liczebności grupy.

Instrukcja krok po kroku

1

Przeczytaj wzorce i zasady językowe

Przed pisaniem przeczytaj tabelę błędów (sekcja 2.4) i wzorce poniżej. Masz jasny obraz: co jest błędem, jak go uniknąć.
Zadaj sobie pytanie: dla kogo piszesz? Dla tego ćwiczenia - odbiorca to psychiatra kierujący. Język: kliniczny, precyzyjny, bez zbędnych uproszczeń, ale bez niepotrzebnego żargonu.

2

Napisz przydzielone sekcje - wzór zdania otwierającego

Każda sekcja zaczyna się od zdania kontekstowego (co, kiedy, w jakich warunkach), a kończy wnioskiem.
Sekcja 4 (wywiad): „Na podstawie wywiadu diagnostycznego przeprowadzonego w dniach [...] wyłaniają się następujące wnioski dotyczące historii i aktualnego funkcjonowania badanej...'
Sekcja 5 (WAIS-IV): „W badaniu Skalą Inteligencji Wechslera dla Dorosłych (WAIS-IV; polska adaptacja 2022) przeprowadzonym w dniu [...] badana osiągnęła wynik ogólny FSIQ = ... (CI 95%: ...), mieszczący się w zakresie...'

Sekcja 6 (NEO-PI-R): „W badaniu Inwentarzem Osobowości NEO-PI-R (Zawadzki i in., 1998) uzyskano profil cech osobowości charakteryzujący się...'
Wpisz tekst do Arkusza 5.2.

3

Sprawdź spójność między sekcjami

Po napisaniu swojej sekcji porównaj ze streszczeniem danych z sekcji 3 tej instrukcji. Czy Twoje wnioski są spójne z danymi?

Jeśli piszesz sekcję 7 (integracja): sformułuj odpowiedź na pytanie „dlaczego tę osobę teraz?' integrując WSZYSTKIE metody z zajęć 1-4.

Wzorce językowe: przykładowe fragmenty raportu dla Przypadku A (Marta K.):

WZORZEC - Sekcja 4: Fragment opisu wywiadu i obserwacji (odbiorca: psychiatra)

Pani Marta K. zgłosiła się samodzielnie, podając jako przyczynę wizyty utrzymujące się od około ośmiu miesięcy trudności ze snem, narastający lęk związany z funkcjonowaniem zawodowym oraz obniżenie nastroju i drażliwość zauważone również przez męża. Objawy nasiliły się w związku z awansem na wyższe stanowisko menedżerskie osiem miesięcy temu.

W wywiadzie ustalono jeden wcześniejszy epizod depresyjny (wiek 24 lat), leczony psychoterapeutycznie przez rok z pozytywnym skutkiem. Obciążenie rodzinne: matka badanej leczona z powodu depresji. Nie stwierdzono regularnego stosowania leków psychotropowych. Wyniki badań tarczycy wykonanych rok temu pozostawały w granicach normy; badanie powtarzalnie przeprowadzać należy w aktualnym cyklu diagnostycznym.

Podczas spotkań diagnostycznych pani M.K. prezentowała dobrą współpracę i wysoki poziom wglądu. Mowa płynna, tempo nieco spowolnione. Afekt reaktywny, kontakt wzrokowy poprawny. Nie stwierdzono objawów psychotycznych ani myśli samobójczych w trakcie badań.

WZORZEC - Sekcja 7: Fragment integracji i formułowania przypadku (odbiorca: psychiatra)

Zestawienie danych z wywiadu, obserwacji klinicznej, badania neuropsychologicznego (WAIS-IV) i kwestionariuszowego (NEO-PI-R) pozwala na spójny obraz kliniczny i funkcjonalny pani M.K.

Pani M.K. jest osobą o wybitnych zdolnościach werbalnych (VCI = 127, 96. percentyl) przy jednocześnie wyraźnie obniżonych wskaźnikach szybkości przetwarzania (PSI = 82, 12. percentyl), co może być częściowo konsekwencją nasilonego lęku i trudności ze skupieniem uwagi w warunkach ograniczonego czasu - nie zaś prymarnie niższego potencjału poznawczego. Tezę tę wspiera wynik Macierzy Ravena na poziomie 78. percentyla.

Z perspektywy osobowościowej u pani M.K. występuje klinicznie istotne spężenie między bardzo wysoką sumiennością (C = 71) a wysoką neurotycznością (N = 68). Tendencja do stawiania sobie nadmiernie wysokich standardów (C2 = 74, C4 = 72) w połączeniu z silną podatnością na dystres (N1 = 72, N6 = 69) i niskim poziomem pozytywnych emocji (E6 = 36) tworzy wzorzec funkcjonowania możliwy do konceptualizacji jako perfekcjonizm kliniczny z komponentą lękową.

Ćwiczenie 3: Wzajemna ocena fragmentów raportu (pary)

W tym ćwiczeniu pary wzajemnie oceniają napisane w ćwiczeniu 2 fragmenty raportu, korzystając z listy kontrolnej jakości raportu psychologicznego (sekcja 5.3). Celem jest nauka przez ocenianie cudzej pracy - kompetencja niezbędna w superwizji klinicznej.

Instrukcja krok po kroku

1

Przeczytaj fragment raportu partnera uważnie

Przeczytaj tekst napisany przez partnera w ćwiczeniu 2. Nie poprawiaj na bieżąco - najpierw przeczytaj całość.

Następnie wypełnij listę kontrolną jakości w sekcji 5.3 - każde kryterium oceniaj na skali 1-3 (1 = nie spełnione, 2 = częściowo, 3 = spełnione).

2

Przygotuj informację zwrotną według zasady „kanapki'

Informacja zwrotna powinna być konstruktywna: (a) zacznij od mocnych stron - co było dobrze napisane; (b) w środku podaj jedno lub dwa obszary do poprawy z konkretnym przykładem; (c) zakończ pozytywnym akcentem lub sugestią.

Unikaj ogólnych ocen („dobrze', „źle'). Mów konkretnie: „Zdanie o FSIQ brakuje przedziału ufności - można dopisać w nawiasie CI 95%: ...'

3

Omów ocenę z partnerem przez 5 minut

Para wymienia się informacjami zwrotnymi na głos. Zasady: (a) oceniaj pracę, nie osobę; (b) jeśli nie zgadzasz się z oceną - możesz wyjaśnić swój wybór; (c) celem jest nauka, nie rywalizacja.

Po wymianie: każda osoba zapisuje jedną rzecz, którą chce poprawić w swoim tekście. Wpisz do pola „Moja refleksja' w sekcji 5.3.

Aspekt etyczny: uwaga kliniczna

Raport psychologiczny, a tajemnica zawodowa: Raport psychologiczny jest objęty tajemnicą zawodową i może być udostępniony wyłącznie za pisemną zgodą badanego lub na mocy przepisu prawa (np. nakaz sądu). Nawet lekarz kierujący nie ma automatycznego prawa do pełnego raportu - wymagana jest zgoda pacjenta.

Przechowywanie dokumentacji: Zgodnie z RODO i Ustawą o zawodzie psychologa, dokumentacja diagnostyczna musi być przechowywana przez co najmniej 20 lat od ostatniego wpisu. W formie elektronicznej wymaga szyfrowania i ochrony dostępu.

Raport dla pacjenta: Pacjent ma prawo do informacji o wynikach badań w zrozumiałej formie. Oznacza to, że psycholog powinien przygotować oddzielną „wersje' informacji zwrotnej, bez języka technicznego, z akcentem na zasoby i plan działania. Nie jest to opcja - to obowiązek etyczny.

5. Arkusze wyników - do wypełnienia podczas zajęć

Imię i nazwisko	
Numer albumu	
Partner w ćw. 1 i 3	
Przydzielony przypadek (Marta K. / Tomasz W.)	
Przydzielona sekcja raportu (ćw. 2)	
Data zajęć	

5.1. Arkusz ćwiczenia 1: Formuła przypadku

Czynnik 4P	Zidentyfikowane elementy	Źródło danych (Lab, metoda)
Predisposing (predysponujące)		
Precipitating (wywołujące)		
Perpetuating (podtrzymujące)		
Protective (ochronne / zasoby)		

Formuła przypadku - synteza	Odpowiedz / treść
Wiodący mechanizm podtrzymujący (jeden, z uzasadnieniem):	

Formuła przypadku - synteza	Odpowiedz / treść
Zdanie syntetyzujące formułę (pełne zdanie wg schematu z sekcji 2.3.3):	

Rozpoznanie	Kod ICD-11	Kod DSM-5	Specyfikator
Główne:			
Wtórne 1:			
Wtórne 2:			
Do monitorowania:			

Nr	Rekomendacja (CO + DLACZEGO)	Priorytet (wysoki / średni / niski)
1		
2		
3		
4		
5		

5.2. Arkusz ćwiczenia 2 - Tekst raportu psychologicznego

Wytyczne do pisania

Poniżej wpisuj tekst przydzielonej sekcji. Każda sekcja powinna być oddzielona nagłówkiem. Pisz pełnymi zdaniami i pełnymi akapitami. Nie stosuj wypunktowania, chyba że w rekomendacjach.

Minimalna długość każdej sekcji: Sekcje 1-3 - co najmniej 1 akapit; Sekcje 4-6 - co najmniej 2 akapity; Sekcja 7-9 - co najmniej 3 akapity (ściana tekstu).

Tekst raportu psychologicznego	Odpowiedz / treść
Sekcja 1 - Dane osobowe i opis skierowania	
Sekcja 2 - Cel i pytanie diagnostyczne	
Sekcja 3 - Metody i daty badań	
Sekcja 4 - Wyniki wywiadu i obserwacji	
Sekcja 5 - Wyniki WAIS-IV i Ravena	
Sekcja 6 - Wyniki NEO-PI-R lub MMPI-2	
Sekcja 7 - Integracja i formułowanie przypadku	
Sekcja 8 - Rozpoznanie i hipotezy diagnostyczne	
Sekcja 9 - Rekomendacje	
Sekcja 10 - Data, podpis, pieczątka (symboliczne)	

5.3. Lista kontrolna jakości raportu (ćwiczenie 3)

Instrukcja wypełniania

Oceniaj raport partnera według każdego kryterium: 3 = kryterium spełnione w pełni; 2 = spełnione częściowo; 1 = niespełnione lub brakuje. Dla ocen 1 i 2 wpisz krótki komentarz.

Lista kontrolna jakości raportu psychologicznego

Nr	Kryterium jakości	Ocena (1-3)	Komentarz
1	Wszystkie obligatoryjne sekcje (1-10) są obecne		
2	Wyniki testów podane z jednostkami (np. CI 95%, percentyl)		
3	Interpretacja każdego wyniku (nie samo liczby)		
4	Formuła przypadku odpowiada na pytanie „dlaczego?’		
5	Rozpoznanie z kodem ICD-11 lub DSM-5 i specyfikatorem		
6	Rekomendacje konkretne i uzasadnione danymi		
7	Język niepatologizujący i niestygmatyzujący		
8	Język dostępny dla lekarza / terapeuty (odbiorcy)		
9	Spójność między sekcjami (brak sprzecznych twierdzeń)		
10	Brak nadmiernych spekulacji bez podstawy empirycznej		

Informacja zwrotna i refleksja	Odpowiedz / treść
Mocne strony raportu partnera (2-3 konkretne elementy)	
Obszary do poprawy (1-2 z konkretnymi sugestiami)	
Moja refleksja: co chcę poprawić w własnym tekście?	
Moja refleksja: jak zmieniły się moje kompetencje przez cały cykl zajęć 1-5?	

6. Protokół analityczny - pytania do dyskusji plenarnej

6.1. Jakość i granice raportu

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Raport psychologiczny jest dokumentem prawnym. Co się dzieje, gdy psycholog popełni błąd merytoryczny (np. niepoprawnie zinterpretuje wyniki WAIS-IV) lub etyczny (np. ujawni dane bez zgody pacjenta)? Jakie są konsekwencje prawne i zawodowe według polskiego prawa?	
2	Dwie pary napisały formuły przypadku dla tej samej osoby i mogą się różnić. Co oznacza, że w psychologii klinicznej możliwe są dwie różne, ale obie uzasadnione formuły? Kiedy różnica interpretacji wymaga superwizji lub konsultacji?	

6.2. Synteza kompetencji cyklu

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Przez pięć laboratoria badaliśmy kolejne metody diagnostyczne. Która metoda dostarczyła Twoim zdaniem NAJWIĘCEJ informacji klinicznych w relacji do czasu i kosztu jej zastosowania? Uzasadnij, odwołując się do konkretnych danych z cyklu.	
2	Wyobraź sobie, że masz tylko 2 godziny na przeprowadzenie diagnozy (realia gabinetu prywatnego z wydłużonym oczekiwaniem). Które metody z zajęć 1-4 wybrałbyś	

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
	i dlaczego? Jak ustalasz priorytety metod diagnostycznych przy ograniczonych zasobach?	
3	Model biopsychospołeczny zakłada, że zaburzenia psychiczne wynikają z interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Który z tych poziomów był najlepiej reprezentowany przez metody, których użyliśmy w cyklu, a który pozostał niedoreprezentowany?	

6.3. Refleksja nad rozwojem zawodowym

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Diagnoza psychologiczna jest zawsze działaniem w warunkach niepewności. Zawsze pozostają dane niekompletne, hipotezy nierozstrzygnięte, pytania otwarte. Jak diagnostyk może radzić sobie z tą niepewnością w sposób profesjonalny - bez fałszywej pewności, ale i bez paraliżu?	
2	Superwizja kliniczna jest obowiązkiem etycznym psychologa klinicznego. Dlaczego? W jaki sposób ćwiczenie 3 („kanapka' informacji zwrotnej) może stanowić model dla superwizji par w przyszłej praktyce zawodowej?	

7. Literatura

7.1. Literatura obowiązkowa

1. **Paluchowski, W. J. (2001).** Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe. Scholar. [Rozdział 8: Raport psychologiczny - struktura i wymagania]
2. **Morrison, J. (2016).** Wywiad diagnostyczny. Podejście praktyczne. GWP. [Rozdział 17: Pisanie raportu klinicznego]
3. **Polskie Towarzystwo Psychologiczne. (2018).** Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. PTP Warszawa. [Ściany IV i V: dokumentacja, tajemnica zawodowa]
4. **Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.** Dz.U. 2001 nr 73 poz. 763.

7.2. Literatura uzupełniająca

5. **Johnstone, L. i Dallos, R. (red., 2014).** Formulation in Psychology and Psychotherapy (2nd ed.). Routledge. [Case formulation jako alternatywa dla diagnozy kategorialnej]
6. **Engel, G. L. (1977).** The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136. [Fundament modelu biopsychospołecznego]
7. **Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D. i Tranel, D. (2012).** Neuropsychological Assessment (5th ed.). Oxford University Press. [Rozdział 25: Raportowanie wyników]
8. **Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. i Shafran, R. (2004).** Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders. Oxford University Press. [Transdiagnostyczna formuła przypadku]
9. **Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).** Ochrona danych osobowych w dokumentacji psychologicznej.