

Proces diagnostyczny - liczba spotkań

Poniżej przedstawiono szacunkową liczbę spotkań, zakładając standardowy przebieg diagnozy. W przypadkach bardziej złożonych, wymagających dodatkowych badań lub konsultacji, liczba sesji może ulec zmianie.

ADHD - 4 spotkania

- 2 spotkania - testy przesiewowe / wywiad diagnostyczny
- 1 spotkanie - DIVA 5.0 / dodatkowe testy przesiewowe
- 1 spotkanie - podsumowanie

ADHD / AUTYZM - 5 spotkań

- 2 spotkania - testy przesiewowe / wywiad diagnostyczny
- 2 spotkania - DIVA 5.0 / dodatkowe testy przesiewowe / ADOS / testy osobowości
- 1 spotkanie - podsumowanie

AUTYZM - 5 spotkań

- 2 spotkania - testy przesiewowe / wywiad diagnostyczny
- 2 spotkania - DIVA 5.0 / dodatkowe testy przesiewowe / ADOS / testy osobowości
- 1 spotkanie - podsumowanie

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI - 5 spotkań

- 2 spotkania - testy przesiewowe / wywiad diagnostyczny
- 2 spotkania - dodatkowe testy przesiewowe / testy osobowości
- 1 spotkanie - podsumowanie

Przygotowanie do spotkania diagnostycznego - ważne informacje

- ⇒ **Morfologia krwi:** Zalecane jest, aby pacjent posiadał aktualne wyniki morfologii krwi, nie starsze niż 3 miesiące, na potrzeby oceny somatycznego stanu zdrowia w trakcie procesu diagnostycznego.
- ⇒ **Abstynencja od substancji:** Przed rozpoczęciem spotkań diagnostycznych zalecana jest co najmniej czterotygodniowa abstynencja od substancji psychoaktywnych, w tym kannabinoidów, w celu uzyskania rzetelnego obrazu funkcjonowania pacjenta.
- ⇒ **Konsultacja psychiatryczna:** W trakcie procesu diagnostycznego niezbędna jest konsultacja z lekarzem psychiatrą w celu wykluczenia somatycznych przyczyn trudności w funkcjonowaniu. Lekarz psychiatra jako specjalista odpowiedzialny za ocenę stanu zdrowia somatycznego w kontekście psychiatrycznym, może zlecić dodatkowe badania. Aby usprawnić proces diagnostyczny, zaleca się wykonanie morfologii krwi przed wizytą u psychiatry i przedstawienie wyników podczas konsultacji. Pacjenci nieobjęci opieką psychiatryczną zostaną skierowani do współpracującego ze mną lekarza psychiatry. **Badania laboratoryjne zalecane przy diagnozie ADHD/autyzmu (zgodnie ze szwedzkimi rekomendacjami):** TSH, ewentualnie fT4 – ocena funkcji tarczycy, błodstatus (morfologia) oraz CRP lub OB (stan zapalny), ferrytyna – poziom żelaza, fP-glukos – poziom glukozy na czczo, witaminy: D, B12, foliany (szczególnie ważne przy selektywnym jedzeniu lub diecie wegańskiej), funkcja nerek i elektrolity: kreatynina, cystatyna C, sód, potas, wapń, funkcja wątroby: ALAT, ASAT, ewentualnie GGTP, markery spożycia alkoholu: CDT/PEth (opcjonalnie, jeśli istnieją wskazania), EKG – jeśli

występują wskazania kliniczne (np. stosowanie leków stymulujących, nieprawidłowy rytm serca). Wpływ wyników morfologii na diagnozę: Nieprawidłowości w wynikach morfologii mogą wpływać na obraz kliniczny pacjenta i utrudniać postawienie trafnej diagnozy psychologicznej.

⇒ **Dokumentacja medyczna:** Na pierwsze spotkanie proszę o dostarczenie wszelkiej posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej funkcjonowania poznawczego, społecznego oraz rozwoju psychicznego w okresie dorastania.

Kto mógł wydać dokumenty?

- Poradnia psychologiczno-pedagogiczna – opinia psychologiczna, opinia psychologiczno-pedagogiczna, indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny, świadectwo dojrzałości psychologicznej, zaświadczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, opinia psychologiczna dla celów sądowych, zaświadczenie o uczestnictwie w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, zaświadczenie o udziale w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych, zaświadczenie o nauce na odległość, zaświadczenie o zaliczeniu zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju. Diagnoza dysleksji, dysgrafii, dyskalkulii.
- Szkoła – opis od psychologa/pedagoga szkolnego na temat funkcjonowania ucznia w szkole.
- Neurolog – np. opis EEG, wykluczenie lub diagnoza epilepsji, urazy głowy, opis MRI.
- Psychiatra – dokumentacja medyczna, diagnoza, farmakoterapia na przestrzeni lat.
- Szpital psychiatryczny – wypisy z pobytów na oddziałach zamkniętych i/lub dziennych, po próbie samobójczej, diagnoza, opis.
- Aktualna dokumentacja medyczna od lekarza psychiatry – jeśli pacjent jest pod opieką psychiatry proszony jest o dostarczenie kopii dokumentacji medycznej.
- Wyniki testów psychologicznych.
- Psychoterapeuta/Psycholog – gdy pacjent jest w procesie terapeutycznym, zaleca się poinformowanie prowadzącego o rozpoczęciu procesu diagnostycznego oraz zapytanie o możliwość kontaktu diagnosty z prowadzącym proces.
- Diagnostyka zespołowa pozwala na uzyskanie lepszego zrozumienia pacjenta i jest bardziej rzetelna. Kontakt między terapeutą a diagnostą ma miejsce na końcowym etapie procesu diagnostycznego, aby omówić wnioski i spostrzeżenia. Zwykle jest to wymiana maili.

Warto przemyśleć, aby przyjść na spotkanie diagnostyczne z krewnym lub z osobą, która posiada obraz funkcjonowania pacjenta na przestrzeni lat. To spotkanie daje diagnoście możliwość szerszego na zrozumienia problemu z perspektywy środowiska zewnętrznego, obrazu stabilności symptomów. Kim może być ta osoba? Rodzice, dziadkowie, partner, przyjaciel. Jeśli jest to rodzic zadaję również pytania z zakresu przebiegu ciąży, okresu niemowlęcego, funkcjonowania w szkole oraz w czasie wolnym.

Założenia i cele diagnostyki psychologicznej

Proces diagnostyczny, który przeprowadzam, ma na celu dokonanie pogłębionej oceny stanu psychicznego i funkcjonowania psychospołecznego. Składa się z wieloetapowego wywiadu klinicznego, stanowiącego kluczowy element procedury diagnostycznej. Pozwala on na zebranie szczegółowy wywiad kliniczny, obejmujący różne obszary funkcjonowania, dotyczącego spektrum objawów, ich kontekstu sytuacyjnego oraz dotychczasowych interwencji terapeutycznych. Istotne jest dla mnie ustalenie specyficznych okoliczności występowania dysfunkcji, co determinuje trafność identyfikacji etiologii problemu.

Przed pierwszym spotkaniem, na podstawie dostarczonych informacji, dokonuję wstępnej oceny stanu psychicznego, uwzględniając różnicową diagnozę zaburzeń afektywnych (np. epizod depresyjny, zaburzenie afektywne dwubiegunowe), zaburzeń lękowych (np. zaburzenie lękowe uogólnione, napady paniki), zaburzeń snu, zaburzeń osobowości, zaburzeń psychotycznych oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

W celu optymalizacji przebiegu procesu diagnostycznego, proszę o przybycie 10 minut przed wyznaczonym terminem. Pozwoli to na wypełnienie kwestionariuszy przesiewowych, dostarczających istotnych danych

dotyczących aktualnego stanu psychicznego. Umożliwi to efektywne wykorzystanie czasu sesji, koncentrując się na kluczowych obszarach diagnostycznych.

Wywiad kliniczny

Podczas pierwszych dwóch sesji zostanie przeprowadzony szczegółowy wywiad kliniczny, obejmujący szerokie spektrum obszarów funkcjonowania. Z uwagi na fakt, iż rzetelność diagnozy zależy od kompleksowości uzyskanych informacji, proszę o zapoznanie się z poniższymi zagadnieniami. Przedstawiają one zakres i szczegółowość obszarów, które zostaną omówione. Proces diagnostyczny będzie realizowany w oparciu o hierarchiczną strukturę wywiadu, rozpoczynając od analizy aktualnych dysfunkcji i objawów, a następnie dokonując retrospektywnej eksploracji historii życia. W przypadku zidentyfikowania złożoności klinicznej, wykraczającej poza standardowy zakres procedury diagnostycznej, zostaną Państwo poinformowani o konieczności rozszerzenia procesu o dodatkowe konsultacje specjalistyczne lub badania psychometryczne, potencjalnie przekraczające pierwotnie zakładany czas trwania trzech sesji.

A) Ciąża i poród. W tym obszarze skupię się na informacjach dotyczących ciąży i porodu. Omówimy ogólny stan zdrowia matki, ewentualne komplikacje, przyjmowane leki oraz narażenie na substancje szkodliwe. Będę pytać o przebieg porodu, jego terminowość, sposób przeprowadzenia oraz stan noworodka po porodzie. Interesują mnie również informacje o stanie zdrowia noworodka, jego wadze, wzroście, punktacji Apgar, występowaniu żółtaczki, napięciu mięśniowym i ewentualnych wadach wrodzonych. Omówimy również stan psychiczny matki po porodzie oraz wszelkie problemy, które mogły wystąpić w czasie ciąży lub porodu. Pytania dotyczą ogólnego stanu zdrowia matki w czasie ciąży, występowania komplikacji, przyjmowanych leków, narażenia na substancje szkodliwe oraz stresu i traumatycznych wydarzeń.

B) Rozwój psychomotoryczny. Kontynuując analizę wczesnych etapów rozwoju, skupię się na Państwa rozwoju psychomotorycznym. Pytania będą dotyczyły osiągania kluczowych kamieni milowych w rozwoju ruchowym (motoryka duża) oraz sprawności manualnej (motoryka mała).

- **Motoryka duża:** Będę pytać o to, kiedy Państwo zaczęli unosić głowę, przewracać się, siadać, raczkować, chodzić. Interesują mnie również ewentualne trudności z koordynacją ruchową, napięciem mięśniowym czy opóźnienia w rozwoju motorycznym.

- **Motoryka mała:** Zapytam o Państwa sprawność manualną, czyli zdolność chwytania przedmiotów, posługiwania się sztućcami, rysowania, kolorowania, wycinania, układania klocków, zapinania guzików, wiązania butów.

- **Rozwój poznawczy:** Istotne są dla mnie informacje o tym, jak Państwo reagowali na bodźce (światło, dźwięk, ruch), czy wykazywali zainteresowanie otoczeniem, jak radzili sobie z koncentracją uwagi, rozumieniem poleceń i zapamiętywaniem informacji.

- **Dlaczego te informacje są ważne?** Rozwój psychomotoryczny jest kluczowym wskaźnikiem prawidłowego rozwoju układu nerwowego.

C) Rozwój mowy i komunikacja. Będę pytać o to, kiedy pojawiły się pierwsze dźwięki, gaworzenie, pierwsze słowa, jak rozwijał się zasób słownictwa i czy występowały trudności z artykulacją. Interesuje mnie również, czy występowały problemy z budowaniem zdań, rozumieniem języka, czy pojawiały się echolalie lub neologizmy. Istotne są dla mnie informacje o tym, jak Państwo wykorzystywali gesty, mimikę i kontakt wzrokowy w komunikacji, czy rozumieli Państwo emocje wyrażane przez innych, czy adekwatnie reagowali Państwo na sytuacje społeczne.

D) Anamneza somatyczna. Skupię się na pytaniach dotyczących poważnych chorób przewlekłych, częstych infekcji, alergii pokarmowych lub wziewnych, problemów jelitowych, urazów głowy, przewlekłych dolegliwości bólowych oraz wszelkich rozpoznanych schorzeń neurologicznych, metabolicznych lub hormonalnych. Istotne są dla mnie informacje o ewentualnych chorobach genetycznych, neurologicznych lub psychiatrycznych występujących w Państwa rodzinie, a także o stosowanych lekach (nie psychotropowych) które mogą wpływać na Państwa funkcjonowanie.

- **Dlaczego te informacje są ważne?** Stan zdrowia somatycznego może mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne.

E) Opieka psychologiczno-psychiatryczna.

Skupię się na pytaniach dotyczących korzystania z opieki psychologa, psychiatry, psychoterapeuty, neurologa, a także na informacjach o przeprowadzonych badaniach psychologicznych, psychiatrycznych i neuropsychologicznych. Istotne są dla mnie informacje o ewentualnych hospitalizacjach psychiatrycznych, próbach samobójczych oraz o stosowanych lekach psychotropowych.

- **Dlaczego te informacje są ważne?** Historia leczenia psychiatrycznego i psychologicznego może dostarczyć cennych informacji na temat wcześniejszych diagnoz, terapii i leków stosowanych przez pacjenta. Osoby z ADHD i autyzmem często otrzymują różne diagnozy i terapie, a informacje te pomagają w zrozumieniu, jakie interwencje były skuteczne, a jakie nie, oraz w opracowaniu optymalnego planu leczenia.

F) Używanie substancji / nadużywanie. Omówimy Państwa doświadczenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zarówno w przeszłości, jak i obecnie. Będę pytać o wszelkie substancje, których Państwo używali, w tym alkohol, nikotynę, narkotyki oraz leki na receptę stosowane niezgodnie z zaleceniami. Skupię się na pytaniach dotyczących częstotliwości, ilości i czasu trwania używania substancji, a także na ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych i społecznych związanych z ich stosowaniem. Istotne są dla mnie informacje o ewentualnych problemach z nadużywaniem substancji, objawach uzależnienia oraz o wszelkich próbach rzucenia lub ograniczenia używania.

G) Jedzenie. W odniesieniu do okresu niemowlęcego, skupię się na pytaniach dotyczących karmienia piersią lub mlekiem modyfikowanym, trudnościach z ssaniem lub przełykaniem oraz objawach refluksu lub kolek. Będę pytać o wiek rozpoczęcia samodzielnego spożywania posiłków, preferencje dotyczące jedzenia rękoma lub sztućcami, spożywanie posiłków w placówkach edukacyjnych oraz ewentualne trudności z gryzieniem, przeżuwaniem lub połykaniem. Istotne są dla mnie informacje o adekwatności sygnalizacji głodu i pragnienia, zapominaniu lub odmawianiu jedzenia/picia, wybiórczości, fixacjach, preferencjach związanych z kolorem, wyglądem, zapachem, konsystencją lub sposobem podawania posiłków, a także o ewentualnych zmianach tych objawów z wiekiem. Będę pytać o ewentualne badania w kierunku nietolerancji pokarmowych lub alergii, stosowanie specjalnych diet, szczególne nawyki związane z jedzeniem, zdiagnozowane nietolerancje pokarmowe, zmiany nawyków żywieniowych z wiekiem, nadmierną potrzebę spożywania cukru lub niezdrowych produktów, okresy braku apetytu oraz epizody kompulsywnego objadania się. Istotne są dla mnie informacje o tempie spożywania posiłków, nadwrażliwości na określone smaki, temperatury lub tekstury pokarmów, unikaniu określonych grup produktów, epizodach awersji pokarmowej, preferencjach dotyczących temperatury posiłków, specyficznych rytuałach podczas spożywania posiłków, problemach z utrzymaniem prawidłowej masy ciała, zdiagnozowanych zaburzeniach odżywiania oraz epizodach niedoborów witamin lub minerałów.

H) Samoobsługa i higiena osobista. W odniesieniu do okresu dzieciństwa, skupię się na pytaniach dotyczących trudności podczas treningu czystości, wieku osiągnięcia samodzielności w korzystaniu z toalety, wieku rozpoczęcia samodzielnego ubierania się i mycia zębów, trudności z nauką samodzielnego ubierania się, problemów z akceptacją konieczności mycia się, mycia głowy, mycia zębów, obcinania paznokci, szczotkowania włosów i obcinania włosów. Będę pytać o ewentualne szczególne preferencje lub awersje związane z dotykiem wody, mydła, pasty do zębów, problemy z koordynacją ruchową, które utrudniały samodzielne czynności higieniczne, oraz o problemy z korzystaniem z toalety poza domem. W odniesieniu do okresu dorosłości, będę pytać o trudności w braniu prysznica lub kąpieli, trudności związane z higieną osobistą, sytuacje utrudniające dbanie o higienę osobistą, zapominanie o myciu zębów, trudności w utrzymaniu regularności higieny, zapominanie o myciu zębów związane z konkretnymi sytuacjami lub czynnikami, problemy z utrzymaniem higieny w określonych sytuacjach, problemy ze zmianą odzieży na czystą, nadwrażliwość na bodźce sensoryczne (dotyk tkanin, zapachy kosmetyków, temperatura wody), trudności z pielęgnacją paznokci lub włosów, rytuały związane z dbaniem o higienę oraz trudności w utrzymaniu higieny w okresie menstruacji (kobieta).

I) Sen. W odniesieniu do okresu dzieciństwa, skupię się na pytaniach dotyczących występowania koszmarów sennych, problemów z zasypianiem i wstawaniem, bezsenności oraz trudności z chodzeniem spać o wyznaczonych porach. Zapytam również o to, czy spanie we własnym łóżku stanowiło problem i od jakiego wieku się to zaczęło. W odniesieniu do okresu dorosłości, będę pytać o rytuały przed snem, trudności z zasypianiem, częste pobudki w

nocy, wpływ czynników zewnętrznych na sen, ocenę jakości snu, zmęczenie po przebudzeniu oraz ewentualne zaburzenia snu, takie jak bezdech senny, lunatykowanie czy lęki nocne. Istotne są dla mnie informacje o wpływie snu na codzienne funkcjonowanie, problemy z utrzymaniem regularnego harmonogramu snu, nadmierną senność w ciągu dnia, trudności z zasypianiem spowodowane bólem lub dyskomfortem fizycznym, problemy z zasypianiem w miejscach innych niż własne łóżko oraz nagłe przebudzenia w nocy z uczuciem lęku lub paniki. Zapytam również o ewentualne przypadki bezsenności w rodzinie. W odniesieniu do aktualnego snu, poproszę o ocenę aktualnej jakości snu, informacje o ewentualnych problemach z zasypianiem lub spaniem, stosowaniu używek lub leków zaburzających sen oraz o problemy z zasypianiem lub spaniem spowodowane koszmarami sennymi lub paraliżem sennym.

• **Dlaczego te informacje są ważne?** Zaburzenia snu są częste u osób z ADHD i autyzmem. Osoby z ADHD często mają trudności z zasypianiem i utrzymaniem ciągłości snu z powodu nadmiernej aktywności i trudności z wyciszeniem się. Osoby z autyzmem mogą mieć problemy ze snem z powodu nadwrażliwości sensorycznej, lęku lub trudności z regulacją rytmu dobowego. Informacje te pomagają w zrozumieniu, czy Państwa problemy ze snem są typowe, czy też mogą wskazywać na współwystępujące zaburzenia snu.

N) Regulacja emocji i zachowań. W odniesieniu do okresu dzieciństwa, skupię się na pytaniach dotyczących dominującego nastroju, najsilniej i najczęściej występujących emocji, sposobów okazywania emocji takich jak radość, złość, lęk, smutek i empatia, występowania napadów krzyku, labilności emocjonalnej, dynamicznej zmienności humoru i nastroju, stosowanych strategii regulacji emocji, trudności z rozpoznawaniem i nazywaniem emocji, problemów z kontrolowaniem impulsywnych reakcji emocjonalnych, trudności z wyrażaniem emocji w sposób społecznie akceptowalny, sytuacji wywołujących silne reakcje emocjonalne oraz otrzymywania wsparcia w radzeniu sobie z emocjami od rodziców lub opiekunów. W odniesieniu do okresu dorosłości, będę pytać o dominujący nastrój, aktualne samopoczucie, sposoby radzenia sobie ze złością, smutkiem i stresem, problemy ze złością, agresją, depresyjnością i lękiem, zmiany w sposobie radzenia sobie z emocjami w porównaniu z dzieciństwem, trudności z rozpoznawaniem i nazywaniem emocji, trudności z kontrolowaniem impulsywnych reakcji emocjonalnych, trudności z wyrażaniem emocji w sposób społecznie akceptowalny, sytuacje wywołujące silne reakcje emocjonalne, trudności z empatią oraz trudności z regulacją emocji w sytuacjach społecznych.

L) Zainteresowania i aktywności. W odniesieniu do okresu dzieciństwa, skupię się na pytaniach dotyczących ulubionych i nieulubianych zabawek, aktywności, książek i bajek, czasu spędzanego na oglądaniu telewizji, bajek, korzystaniu z tabletu lub telefonu, sposobu używania zabawek (zgodnie z przeznaczeniem czy kreatywne modyfikacje), umiejętności współpracy i naśladowania w zabawie z drugą osobą, trudności z nawiązywaniem relacji z rówieśnikami podczas zabawy, relacji z rówieśnikami podczas zabawy, głównych tematów i form zabaw, preferencji zabaw samodzielnych lub grupowych, przywiązania do schematu i powtarzania zabaw, umiejętności samodzielnej zabawy, preferowanych form samodzielnej zabawy, aktywności fizycznej oraz uprawianych sportów lub dodatkowych zajęć. Będę pytać również o zajęcia pozaszkolne podejmowane w dzieciństwie oraz o to, czy były one wybierane samodzielnie, czy przez rodziców/opiekunów. W odniesieniu do okresu dorosłości, będę pytać o aktualne zainteresowania i hobby, sposób spędzania wolnego czasu, preferencje dotyczące spędzania czasu samotnie lub z innymi ludźmi, aktywnie lub pasywnie, obecną aktywność fizyczną, uprawiane sporty lub dodatkowe zajęcia, zmiany w zainteresowaniach i hobby z wiekiem oraz trudności z nawiązywaniem relacji z innymi osobami podczas wspólnego spędzania czasu.

J) Relacje z rodzicami i dorosłymi. W odniesieniu do okresu dzieciństwa, skupię się na pytaniach dotyczących przebiegu komunikacji z rodzicem/opiekunem, sposobów okazywania przywiązania, preferencji jednego z rodziców, zachowań towarzyszących rozłące z opiekunami, stosowania zakazów i nakazów, reakcji na nie, dostosowywania się do zasad, przejawów buntu, radzenia sobie z rozłąką, reakcji na krytykę i pochwały, strategii wychowawczych rodziców, nawiązywania kontaktu z obcymi dorosłymi, preferencji spędzania czasu z dorosłymi zamiast z rówieśnikami oraz relacji z nauczycielami, trenerami lub innymi dorosłymi spoza rodziny.

W odniesieniu do okresu nastoletniego, będę pytać o zmiany w relacji z rodzicami w okresie dojrzewania, trudności w porozumieniu z rodzicami, reakcje na autorytet dorosłych oraz występowanie zachowań buntowniczych.

K) Edukacja i adaptacja szkolna. W tym obszarze szczegółowo omówimy Państwa doświadczenia edukacyjne, począwszy od żłobka, przez przedszkole, szkołę podstawową, aż po liceum, szkołę zawodową lub technikum. Będziemy pytać o adaptację do poszczególnych etapów edukacji, relacje z rówieśnikami i nauczycielami, trudności w nauce oraz zachowanie w szkole. W odniesieniu do okresu żłobkowego i przedszkolnego, skupimy się na pytaniach dotyczących wieku rozpoczęcia edukacji, trudności adaptacyjnych, relacji z rówieśnikami i opiekunami, preferencji aktywności, wykazywania szczególnych zainteresowań lub talentów, trudności z uczestnictwem w określonych aktywnościach, trudnościach rozwojowych, preferencjach i awersjach związanych z jedzeniem, snem lub innymi aspektami funkcjonowania oraz obserwacjach opiekunów dotyczących funkcjonowania dziecka. W odniesieniu do okresu szkoły podstawowej, będziemy pytać o proces adaptacji do szkoły, preferencje aktywności, relacje z rówieśnikami i nauczycielami, problemy z koncentracją uwagi, rezultaty w nauce, trudności w nauce konkretnych przedmiotów, zachowanie w szkole oraz ewentualne doświadczenia przemocy rówieśniczej lub cyberprzemocy. W odniesieniu do okresu liceum, szkoły zawodowej lub technikum, będziemy pytać o relacje z rówieśnikami i nauczycielami, problemy z koncentracją uwagi, rezultaty w nauce, trudności w nauce konkretnych przedmiotów, zachowanie w szkole oraz ewentualne trudności z adaptacją do zmian w planie lekcji lub rutynie szkolnej.

M) Aktualne wykształcenie i kariera zawodowa. W tym obszarze szczegółowo omówimy Państwa aktualne wykształcenie i karierę zawodową. Będę pytać o najwyższe ukończone wykształcenie, dodatkowe kursy i szkolenia, aktualny status zawodowy, przebieg dotychczasowej ścieżki zawodowej, ewentualne trudności ze znalezieniem lub utrzymaniem pracy oraz o to, czy praca spełnia Państwa oczekiwania finansowe i zawodowe.

O) Historia rodzinna i związki. W tym obszarze szczegółowo omówimy Państwa historię rodzinną i relacje z bliskimi. Będę pytać o ewentualne przypadki chorób psychicznych, problemy z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków, problemy prawne, strukturę rodziny, relacje w rodzinie, wpływ czynników kulturowych, przypadki przemocy domowej, problemy z bezpieczeństwem, problemy zdrowotne, role poszczególnych członków rodziny, trudności w komunikacji, problemy finansowe, traumatyczne wydarzenia oraz genogram rodziny.

P) Historia prywatna i aktualny status prawny. W tym obszarze szczegółowo omówimy Państwa historię prywatną i aktualny status prawny. Będę pytać o ewentualne kwestie prawne, takie jak aresztowania, postępowania sądowe, wyroki skazujące, prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu lub innych substancji, okresy próbne, kuratelę, zwolnienia warunkowe oraz sprawy dotyczące prawa rodzinnego.

Q) Aktualne warunki mieszkaniowe. W tym obszarze szczegółowo omówimy Państwa aktualne warunki mieszkaniowe. Będę pytać o rodzaj miejsca zamieszkania, warunki mieszkaniowe, ewentualne trudności mieszkaniowe, relacje z sąsiadami i społecznością lokalną, poczucie bezpieczeństwa w okolicy, problemy społeczne w miejscu zamieszkania oraz korzystanie z pomocy instytucji rządowych lub organizacji pozarządowych.

Testy i kwestionariusze

Trzecie spotkanie. Po zakończeniu szczegółowego wywiadu klinicznego, możliwe jest rozpoczęcie procesu oceny diagnostycznej, ukierunkowanej na postawione pytania kliniczne. Na trzecie spotkanie, proszę o przybycie 10 minut wcześniej, w celu ewentualnego wypełnienia dodatkowych kwestionariuszy psychometrycznych, jeśli zajdzie taka potrzeba. Podczas trzeciej sesji skoncentrujemy się wyłącznie na przeprowadzeniu testów diagnostycznych.

Narzędzia z jakich korzystam podczas oceny

Zaburzenia osobowości:

- MMPI-2 (Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości-2)
- SCID-5-PD (Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do diagnozy zaburzeń osobowości wg DSM-5)
- NEO-PI-R (Inwentarz Osobowości)

Autyzm:

- ADOS-2 (Skala Obserwacji Zachowań Autystycznych-2)
- AQ (Kwestionariusz Spektrum Autyzmu)
- EQ (Kwestionariusz Empatii)
- RAADS-R (Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised)
- ASDI (The Asperger Syndrome and high functioning Autism Diagnostic Interview)
- ISAS (Inventory of Statements About Self)

ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi):

- DIVA 5.0 (Diagnostic Interview for Adult ADHD-5)
- ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale)

Depresja i lęk:

- MADRS (Skala Depresji Montgomery-Åsberg)
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)
- GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale)
- Skala depresji Becka (BDI)
- Skala Hamiltona (HAM-D)
- Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne:

- YBOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)

Funkcje poznawcze:

- WISC-V (Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - Wersja V)

Rozwój:

- ABAS (Adaptive Behavior Assessment System)

Zaburzenia snu:

- SQS (Sleep Quality Scale)

Uzależnienia:

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- BAM (Berge Alcohol Misbrauch)

Zaburzenia odżywiania:

- EAT-26 (Eating Attitudes Test-26)
- SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food)

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (ChAD):

- MDQ (Mood Disorder Questionnaire)
- ASRM (Altman Self-Rating Mania Scale)
- YMRS (Young Mania Rating Scale)

Omówienie i wręczenie raportu diagnostycznego

Podczas ostatniego spotkania, które trwa około 20 minut, zostanie Państwu przedstawiona diagnoza w formie pisemnego raportu, zawierającego szczegółowy opis wyników badania.

Co w przypadku skomplikowanego przypadku diagnostycznego?—————

W przypadkach bardziej złożonych, gdy diagnoza jest utrudniona ze względu na współwystępowanie innych zaburzeń, niejasny obraz kliniczny bądź inne trudności diagnostyczne, proces diagnostyczny może ulec wydłużeniu. W takiej sytuacji zostaną Państwo poinformowani o konieczności przeprowadzenia dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub badań psychometrycznych.

Dlaczego wcześniejsze diagnozy mogły być nietrafne?—————

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, istnieje szereg czynników, które mogą utrudniać postawienie trafnej diagnozy, zwłaszcza w skomplikowanych przypadkach:

- **Współwystępowanie zaburzeń psychicznych** stanowi złożony problem kliniczny, w którym u pacjenta diagnozuje się więcej niż jedno zaburzenie psychiczne. Mechanizmy tego zjawiska obejmują wspólne czynniki ryzyka, takie jak predyspozycje genetyczne, biologiczne lub środowiskowe, wzajemne oddziaływanie objawów, gdzie objawy jednego zaburzenia nasilają lub maskują objawy innego, oraz wspólne mechanizmy neurobiologiczne, związane z dysfunkcją określonych układów neuroprzekaźników. Przykłady współwystępowania zaburzeń obejmują ADHD z zaburzeniami lękowymi, depresją, zaburzeniami osobowości lub zaburzeniami ze spektrum autyzmu, a także współwystępowanie zaburzeń osobowości i depresji czy zaburzeń lękowych i depresji. Współwystępowanie zaburzeń utrudnia postawienie trafnej diagnozy, ponieważ objawy jednego zaburzenia mogą maskować objawy innego, co wymaga przeprowadzenia dogłębnej diagnostyki różnicowej. Złożoność leczenia wynika z konieczności zastosowania zintegrowanego podejścia terapeutycznego, które uwzględnia wszystkie współistniejące problemy i dostosowuje leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne do specyficznych potrzeb pacjenta, uwzględniając interakcje między lekami i terapiami. Zastosowanie ustrukturyzowanej diagnostyki i zintegrowanego podejścia terapeutycznego jest kluczowe dla zapewnienia pacjentom skutecznej pomocy w przypadku współwystępowania zaburzeń psychicznych.

- **Niedostateczna diagnostyka różnicowa** będąca częstą przyczyną błędnych rozpoznań, wynika nie tylko z ograniczeń czasowych i finansowych placówek oferujących szybkie, powierzchowne diagnozy, lecz także z szeregu innych czynników. Do tychże zalicza się niedostateczną wiedzę i doświadczenie specjalistów, brak dostępu do specjalistycznych narzędzi diagnostycznych, subiektywność oceny klinicznej, przeciążenie pracą personelu medycznego, brak efektywnej współpracy między specjalistami, niedocenywanie roli czynników środowiskowych oraz skupienie się na objawach kosztem analizy przyczyn. Ponadto, brak holistycznego podejścia do pacjenta i niedostateczne uwzględnienie jego aktywnego udziału w procesie diagnostycznym, prowadzą do niepełnych i błędnych wniosków. W kontekście współwystępowania zaburzeń, które często zacierają obraz kliniczny, oraz niedocenywania wpływu czynników somatycznych, kluczowe staje się zastosowanie wielowymiarowej oceny, uwzględniającej zarówno aspekty psychologiczne, jak i medyczne.

W swojej praktyce stosuję podejście diagnostyczne, które czerpie z doświadczeń zdobytych w systemie skandynawskim, gdzie kładzie się nacisk na ustrukturyzowaną współpracę interdyscyplinarną (IDT). System ten, oparty na precyzyjnych protokołach i procedurach, minimalizuje ryzyko błędów diagnostycznych i promuje holistyczne spojrzenie na pacjenta, uwzględniając czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne. Rozumiem, że w polskim systemie opieki zdrowotnej, ze względu na różne uwarunkowania, diagnostyka może być obarczona pewnymi ograniczeniami, takimi jak presja czasu, brak dostępu do specjalistycznych narzędzi czy trudności we współpracy między specjalistami. Dlatego staram się, w ramach swojej praktyki, wdrażać elementy ustrukturyzowanego podejścia, które pozwalają na dokładniejszą i bardziej kompleksową ocenę. Dzięki temu mogę zapewnić rzetelną diagnozę, która będzie podstawą do skutecznego leczenia i poprawy jakości życia pacjenta.

- **Ograniczony czas wizyty**, stanowiący istotną przeszkodę w przeprowadzeniu dogłębnej diagnostyki, może wpływać na rzetelność ocen, zwłaszcza w prywatnej opiece zdrowotnej, gdzie presja na szybkie wydawanie diagnoz bywa zauważalna. Szytywne trzymanie się schematu 3-4 spotkań, bez uwzględnienia indywidualnych potrzeb pacjenta, może prowadzić do pewnych ograniczeń w procesie diagnostycznym. W złożonych przypadkach, zebranie wyczerpującego wywiadu, analizującego historię życia, traumatyczne doświadczenia, współwystępujące zaburzenia i wpływ czynników środowiskowych, może wymagać znacznie więcej czasu.

Pominięcie istotnych informacji może wpływać na trafność diagnozy i skuteczność leczenia. Wykluczenie innych możliwych przyczyn objawów, takich jak choroby somatyczne, zaburzenia neurologiczne czy wpływ substancji psychoaktywnych, również wymaga czasu, zastosowania specjalistycznych narzędzi diagnostycznych i współpracy między specjalistami. Szybka diagnoza, oparta na powierzchownej ocenie, może zwiększać ryzyko pominięcia istotnych czynników. Każdy pacjent jest unikalny, a jego problemy wymagają indywidualnego podejścia. Budowanie zaufania i otwartości między pacjentem a diagnostą wymaga czasu. W skomplikowanych przypadkach, gdzie pacjent może mieć trudności z wyrażaniem swoich emocji lub doświadczeń, nawiązanie dobrej relacji jest kluczowe dla uzyskania rzetelnych informacji. Niedokładna diagnoza może wpływać na skuteczność wdrożonego leczenia farmakologicznego lub psychoterapeutycznego. Dlatego w skomplikowanych przypadkach diagnostycznych kluczowe jest elastyczne podejście, uwzględniające indywidualne potrzeby pacjenta i gotowość do poświęcenia niezbędnej ilości czasu na dokładną ocenę.

W polskim systemie opieki zdrowotnej, pacjenci często nie otrzymują pisemnych informacji o przebiegu procesu diagnostycznego i jego wynikach. Psychologowie często unikają sporządzania takich dokumentów, ponieważ nie jest to dodatkowo wynagradzane, a brak jasnych wytycznych i standardów dotyczących formy i treści raportów diagnostycznych może wpływać na jakość dokumentacji. W polskiej literaturze fachowej również brakuje kompleksowych opracowań na temat pisania raportów psychologicznych. Jestem zdania, że pacjent ma prawo do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia i procesie diagnostycznym. Dlatego staram się wydawać szczegółowe pisemne raporty diagnostyczne, które są zgodne ze standardami notatek skandynawskich. Standardy te kładą nacisk na obiektywność, rzetelność i precyzję opisu, unikając subiektywnych interpretacji i niepotrzebnych emocji. W odróżnieniu od polskiej praktyki, gdzie notatki czasami bywają chaotyczne i niejasne, notatki skandynawskie są ustrukturyzowane i oparte na faktach, co ułatwia zrozumienie i interpretację informacji przez pacjenta oraz innych specjalistów. Stosowanie tych standardów pozwala mi na dążenie do zapewnienia pacjentom wysokiej jakości usług diagnostycznych, które są oparte na rzetelnej i obiektywnej ocenie.

- **Traumatyczne doświadczenia** zwłaszcza wielokrotne lub przewlekłe, wywierają znaczący wpływ na obraz kliniczny pacjenta, manifestując się różnorodnymi objawami, które mogą imitować lub maskować zaburzenia psychiczne. Zespół stresu pourazowego (PTSD), charakteryzujący się retrospekcjami, koszmarami sennymi, unikaniem bodźców przypominających traumę, nadmiernym pobudzeniem i drażliwością, może być mylnie interpretowany jako zaburzenia lękowe, depresja lub zaburzenia osobowości. Zaburzenia dysocjacyjne, wynikające z traumy, manifestujące się utratą poczucia tożsamości, depersonalizacją, derealizacją i amnezją, mogą być błędnie rozpoznawane jako psychoza lub zaburzenia osobowości. Trauma zwiększa ryzyko rozwoju zaburzeń nastroju i lękowych, które mogą nakładać się na objawy PTSD lub zaburzeń dysocjacyjnych, utrudniając diagnostykę. Długotrwała ekspozycja na traumę, szczególnie w dzieciństwie, może prowadzić do rozwoju zaburzeń osobowości, takich jak zaburzenie osobowości borderline, charakteryzujące się niestabilnością emocjonalną, impulsywnością i trudnościami w relacjach interpersonalnych. Ponadto, trauma może manifestować się objawami somatycznymi, takimi jak bóle głowy, bóle brzucha, problemy z układem trawiennym i zaburzenia snu, które mogą być mylnie interpretowane jako choroby somatyczne. Niedocenianie wpływu traumatycznych doświadczeń na obraz kliniczny pacjenta prowadzi do błędów diagnostycznych i nieskutecznego leczenia, dlatego konieczne jest uwzględnienie historii traumatycznych doświadczeń pacjenta i stosowanie narzędzi diagnostycznych identyfikujących objawy związane z traumą. Stan psychiczny człowieka jest nierozdzielnie związany z jego stanem somatycznym.

- **Niedocenianie roli czynników somatycznych.** Choroby somatyczne i leki mogą wpływać na nastrój, funkcje poznawcze i zachowanie, manifestując się objawami imitującymi lub nasilającymi zaburzenia psychiczne. Zaburzenia funkcji tarczycy, nadnerczy i przysadki mózgowej, choroby neurologiczne, autoimmunologiczne, niedobory witamin i minerałów oraz niektóre leki mogą prowadzić do objawów depresji, lęku, drażliwości, zaburzeń snu i poznawczych. Pomijanie wpływu czynników somatycznych na stan psychiczny pacjenta prowadzi do błędów diagnostycznych i nieskutecznego leczenia, dlatego niezbędne jest uwzględnienie historii chorób somatycznych pacjenta, stosowanych leków i wyników badań laboratoryjnych w procesie diagnostycznym.

- **Brak jednolitego sytemu historii medycznej pacjenta.** Należy podkreślić, że w polskim systemie opieki zdrowotnej, deficyt ustrukturyzowanej wymiany informacji między specjalistami stanowi istotną przeszkodę w procesie diagnostycznym. Pacjenci, z różnych przyczyn, często nie przekazują pełnych i precyzyjnych danych

dotyczących swoich wizyt u innych lekarzy i specjalistów. Brak dostępu do kompleksowej dokumentacji medycznej, w tym wyników badań diagnostycznych oraz szczegółowych notatek z poprzednich konsultacji, znacząco utrudnia specjalistom weryfikację informacji i ocenę, co mogło zostać pominięte lub błędnie zinterpretowane na wcześniejszych etapach postępowania diagnostycznego. W systemach opieki zdrowotnej, gdzie funkcjonuje ustrukturyzowana wymiana informacji, specjaliści dysponują pełną dokumentacją medyczną pacjenta, co ułatwia postawienie trafnej diagnozy i minimalizuje ryzyko błędów wynikających z fragmentarycznej lub niekompletnej oceny. Dlatego też tak cenne jest dla mnie jako specjalisty w trakcie procesu diagnostycznego móc współpracować z psychiatrą.

- Brak standaryzacji w diagnostyce psychologicznej i psychiatrycznej w Polsce stanowi istotny problem, który przyczynia się do rozbieżności w podejściach diagnostycznych i może prowadzić do błędnych rozpoznań. Niedostatek jednolitych standardów i wytycznych, które powinny regulować proces diagnostyczny, skutkuje brakiem spójności w ocenie pacjentów. Specjaliści, działając w oparciu o różnorodne, często niesystematyzowane metody, mogą dochodzić do odmiennych wniosków w przypadku tego samego pacjenta. Brak systematycznej kontroli jakości usług diagnostycznych utrudnia identyfikację i eliminację błędów, co negatywnie wpływa na jakość opieki. Z perspektywy specjalisty, który miał okazję pracować w ustrukturyzowanym systemie opieki zdrowotnej, takim jak system szwedzki, widoczna jest znacząca różnica w jednolitości podejścia i wyznaczaniu wysokiego poziomu jakości. Ustrukturyzowane systemy, oparte na jasnych standardach i procedurach, minimalizują ryzyko błędów diagnostycznych i zapewniają spójność w ocenie pacjentów. Powrót do polskiego systemu opieki zdrowotnej po doświadczeniach zagranicznych ujawnia istotne dysproporcje w podejściu do diagnostyki, szczególnie w kontekście roli psychologa.

- **Czynniki społeczno-kulturowe.** W Polsce nadal istnieje silna stygmatyzacja zaburzeń psychicznych, co może prowadzić do tego, że pacjenci ukrywają pewne objawy lub minimalizują ich nasilenie, co utrudnia postawienie trafnej diagnozy.

- **Różnice kulturowe w wyrażaniu emocji.** Różnice kulturowe w wyrażaniu emocji mogą utrudniać interpretację objawów przez specjalistów, szczególnie w przypadku pacjentów pochodzących z innych kultur.

- **Czynniki indywidualne, czyli trudności w komunikacji pacjent-specjalista,** wynikające np. z lęku, wstydu lub braku zaufania, mogą utrudniać zebranie rzetelnego wywiadu i postawienie trafnej diagnozy.

- **Subiektywność oceny klinicznej.** Ocena kliniczna jest w pewnym stopniu subiektywna i może być obarczona błędami wynikającymi z uprzedzeń lub braku doświadczenia specjalisty.

- **Brak współpracy z rodziną pacjenta.** Rodzina pacjenta może posiadać kluczowe informacje na temat rozwoju choroby i jego zachowań. Brak współpracy może zniekształcić proces diagnostyczny.

Przedstawione powyżej czynniki stanowią jedynie część złożonego problemu, jakim jest trafność diagnoz w obszarze zdrowia psychicznego. Każdy przypadek jest unikalny i wymaga indywidualnego podejścia, uwzględniającego zarówno aspekty biologiczne, psychologiczne, jak i społeczne. Należy pamiętać, że proces diagnostyczny jest dynamiczny i ewoluuje wraz z postępem nauki. Wiedza w dziedzinie psychologii i psychiatrii podlega ciągłej aktualizacji, a nowe dane i badania mogą prowadzić do rewizji dotychczasowych standardów i wytycznych. Co więcej, symptomatologia zaburzeń psychicznych nie jest statyczna – zmienia się wraz z rozwojem jednostki, jej doświadczeniami życiowymi i wpływem czynników środowiskowych, co wymaga od diagnostów nie tylko ciągłej adaptacji metod oceny i interpretacji objawów, ale również uwzględniania najnowszych odkryć z zakresu neurobiologii, genetyki i psychofarmakologii, a także świadomości dynamicznych zmian w normach społecznych i kulturowych, które mogą wpływać na sposób manifestowania się zaburzeń.