**BADANIE PSYCHIATRYCZNE**

**WARUNKI BADANIA PSYCHIATRYCZNEGO**

**I SPOSÓB JEGO PROWADZENIA**

1. przedstaw się, wyjaśnij cel badania, spytaj o zgodę
2. zadbaj o komfort badania, tak własny jak i pacjenta
3. staraj się od początku budować relację zaufania z pacjentem (poinformuj, że lekarzy obowiązuje tajemnica lekarska)
4. pamiętaj, że pacjentowi należy się szacunek niezależnie od pozycji społecznej, stanu psychicznego (do osób dorosłych należy zwracać się Pan/Pani)
5. słuchaj aktywnie, okazuj zainteresowanie
6. dostosuj strukturę badania do istotności poruszanych przez pacjenta problemów, unikaj częstej zmiany tematów
7. najlepiej, aby badanie prowadziła jedna osoba – „strzelanie” w pacjenta pytaniami przez kilka osób działa deprymująco, nasila lęk i wprowadza chaos
8. zadawaj pytania otwarte, niesugerujące odpowiedzi
9. zadawaj pytania w sposób dla pacjenta zrozumiały, dostosowany do jego poziomu wykształcenia
10. w razie wątpliwości upewnij się, że pacjent Cię zrozumiał
11. w razie wątpliwości upewnij się, że i Ty pacjenta właściwie zrozumiałeś
12. nie potwierdzaj słuszności przekonań urojeniowych
13. nie udowadniaj błędności przekonań urojeniowych
14. nie komentuj wypowiedzi pacjenta
15. nie omawiaj wypowiedzi i zachowania pacjenta z innymi osobami w obecności pacjenta lub w miejscach publicznych
16. protokołuj badanie na bieżąco, zapisuj w 3 osobie („pacjent podaje, że”) zachowanie chorego i jego wypowiedzi bez nazywania objawów i wyciągania wniosków
17. charakterystyczne wypowiedzi chorego można przytaczać dosłownie w pierwszej osobie z użyciem cudzysłowu
18. nie zmuszaj pacjenta do odpowiedzi na pytania, na które nie chce odpowiadać; być może odpowie Ci później, gdy lepiej się poznacie

**BADANIE PSYCHIATRYCZNE OBEJMUJE:**

**1. WYWIAD PSYCHIATRYCZNY OD OSÓB TRZECICH**

**2. OBSERWACJA CHOREGO**

**3. WYWIAD OD PACJENTA**

1. **DANE PODSTAWOWE**
2. **DANE RODZINNE**
3. **ŻYCIORYS**
4. **OSOBOWOŚĆ PRZEDCHOROBOWA**
5. **CHOROBY PRZEBYTE**
6. **POCZĄTEK ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I ICH PRZEBIEG**

**4. BADANIE AKTUALNEGO STANU PSYCHICZNEGO**

**5. WNIOSKI Z BADANIA**

**6. ROZPOZNANIE PSYCHIATRYCZNE wg ICD-10**

**7. ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE**

**8. INNE BADANIA**

**9. PROPONOWANE LECZENIE**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Ad. 1**

**WYWIAD PSYCHIATRYCZNY OD OSÓB TRZECICH** - postaraj się zebrać informacje ze wszystkich możliwych źródeł (rodzina, znajomi, personel medyczny, policja itp.). Pomoże to w obiektywizacji wypowiedzi chorego i ułatwi właściwe postępowanie. Szczególnie ważne jest to w przypadku chorych po urazie, pod wpływem substancji czy z zaburzeniami świadomości.

Jeśli tylko jest taka możliwość korzystaj z dokumentacji medycznej pacjenta.

**Ad. 2**

**OBSERWACJA CHOREGO**

1. pierwsze wrażenie; reakcja na pierwszy kontakt i prośbę o rozmowę
2. wygląd pacjenta
3. stan higieniczny
4. ubiór: jego stan i czystość, dopasowanie i dostosowanie, atypowość lub niezwykłość ubioru
5. makijaż, tatuaże, dodatki, biżuteria
6. wyraz twarzy, mimika, ułożenie ciała, gestykulacja
7. adekwatność nastroju, mimiki, barwy głosu do treści rozmowy
8. tempo, struktura wypowiedzi, adekwatność treści i formy odpowiedzi do zadawanych pytań, czas odpowiedzi na pytania, odpowiedzi „mimo”, unikanie lub odmowa odpowiedzi na niektóre pytania
9. zachowanie w trakcie badania; zajmowane miejsce i jego ew. zmiany, okazywanie emocji, zainteresowanie badaniem, zachowania dziwaczne, stereotypie, ew. zmiany zachowania
10. spełnianie poleceń
11. stosunek pacjenta do badającego

**Ad. 3**

**WYWIAD OD PACJENTA**

1. **DANE PODSTAWOWE**
2. imię i nazwisko (w historii szkoleniowej używaj inicjałów)
3. wiek, data i miejsce urodzenia
4. wykształcenie (rodzaj ukończonej szkoły/uczelni)
5. zawód (wyuczony, wykonywany) i sytuacja zawodowa (czynny zawodowo, emeryt, rencista, bezrobotny, uczeń/student) przyczyny braku pracy (np. konflikt w pracy, spontaniczne porzucenie pracy)
6. stan cywilny (wolny/-a, zamężny/-a, rozwiedziony/-a)
7. tryb (planowy/nagły) i okoliczności przyjęcia
8. z jakiego powodu pacjent przebywa w szpitalu (powód skierowania)

**b. DANE RODZINNE**

1. czy rodzice żyją (ew. przyczyny śmierci, kiedy i w jakim wieku zmarli)
2. wiek rodziców
3. zawód rodziców, wykształcenie
4. rodzeństwo - imiona, wiek, zawód, czy założyli rodziny; rodzeństwo, a także które zmarło (przyczyny)
5. inne ważne osoby w rodzinie
6. choroby psychiczne w rodzinie
7. choroby neurologiczne w rodzinie
8. uzależnienia w rodzinie
9. samobójstwa lub próby samobójcze w rodzinie
10. inne ważne wydarzenia w rodzinie mogące mieć wpływ na stan chorego
11. wychowanie instytucjonalne, adopcja, nadzór kuratora - przyczyny

Sytuację rodzinną można przedstawić graficznie za pomocą genogramu

**c. ŻYCIORYS PACJENTA**

**Wczesne dzieciństwo**

1. okoliczności ciąży i porodu (który z kolei)
2. wczesny rozwój psychofizyczny - „kamienie milowe” (siadanie, chodzenie, mowa)
3. żłobek, przedszkole lub inna opieka w tym okresie (poziom adaptacji do placówek)

**Wykształcenie**

1. rok/wiek rozpoczęcia szkoły podstawowej, typ szkoły (np. szkoła specjalna, nauczanie indywidualne)
2. przebieg nauki (średnie oceny, problemy z zaliczaniem semestrów, powtarzanie klas, wagary, najbardziej i najmniej lubiane przedmioty oraz oceny z nich)
3. przyczyny trudności w nauce
4. zmiana szkoły i/lub miejsca zamieszkania (przyczyny, adaptacja w nowym środowisku)
5. relacje z rówieśnikami: ilu miał kolegów, czy spotykał się z nimi po szkole, czy miał bliższych przyjaciół itp.
6. ew. trudności wychowawcze
7. rok/wiek ukończenia szkoły podstawowej, czas trwania nauki
8. wybór kolejnej szkoły i motywacja do jej wyboru
9. wpływ rodziców, rówieśników lub innych osób na wybór szkoły
10. adaptacja w nowym środowisku
11. przebieg dalszej nauki – punkty 2-10 dla kolejnych etapów edukacji (gimnazjum, szkoła zawodowa, technikum, liceum,, szkoły policealne, pomaturalne, studia wyższe licencjackie, magisterskie)
12. przedwczesne ukończenie szkoły, zmiany profilu lub typu szkoły (przyczyny, przebieg)
13. dla szkół średnich - rok uzyskania matury, czy o czasie, z jakim wynikiem, przyczyny nieprzystąpienia lub niezaliczenia
14. dla szkół zawodowych - uzyskany zawód
15. wykształcenie podyplomowe
16. zgodność wykształcenia z zainteresowaniami pacjenta

**Praca zawodowa**

Należy uwzględnić też prace zarobkowe bez składek ubezpieczeniowych (wolontariat itp.)

1. rok podjęcia pierwszej pracy zarobkowej
2. zmiany miejsca pracy - jak długo pracował/-a w określonym miejscu lub stanowisku, przyczyny zmiany miejsca/stanowiska pracy
3. relacje z kolegami, przełożonymi i podwładnymi
4. konflikty w pracy, przyczyny i skutki dla pacjenta
5. nagrody i kary w okresie pracy
6. zgodność pracy z wykształceniem
7. zgodność pracy z zainteresowaniami
8. czy praca sprawiała trudność
9. prace dodatkowe, dorywcze, za granicą
10. okresy bez pracy, przyczyny, czas trwania
11. pacjent bezrobotny - czy planuje znalezienie pracy, czy i w jaki sposób poszukuje pracy
12. renta - kiedy przyznana, na jaki okres, z jakiego powodu, praca w czasie przebywania na rencie
13. emerytura - od kiedy, praca w czasie przebywania na emeryturze

**Życie rodzinne**

1. data i wiek zawarcia związku małżeńskiego
2. różnica wieku między małżonkami
3. dzieci (imiona, wiek, czym się zajmują, jeśli w wieku szkolnym, klasa i oceny)
4. czy dzieci pacjenta sprawiają trudności wychowawcze i na czym one polegają
5. przebieg pożycia małżeńskiego (w tym: kto jest/był głową rodziny, konflikty, problemy w rodzinie)
6. pacjent rozwiedziony - data i przyczyny rozwodu, z czyjej winy orzeczony, emocje pacjenta związane z rozwodem
7. wdowiec/wdowa - data i przyczyny zgonu małżonka, emocje związane ze śmiercią współmałżonka
8. ew. kolejne małżeństwa
9. związki nieformalne pacjenta (pytać analogicznie jak o małżeństwa)

**Sfera seksualna (pytania za zgodą pacjenta dorosłego)**

1. satysfakcja z życia seksualnego (zaburzenia libido)

**Służba wojskowa**

1. kategoria wojskowa w chwili poboru przed wcieleniem
2. przyczyny zwolnienia (kat. D i E) lub ograniczenia zdolności do służby w chwili poboru
3. przebieg służby wojskowej
4. w jakim stopniu ukończył służbę

**Konflikty z prawem**

1. czy kiedykolwiek był zatrzymany przez policję, aresztowany, podejrzany, oskarżony lub skazany?
2. pod jakimi zarzutami?; ile razy?
3. pobyt w areszcie lub w więzieniu - jak długo, przebieg pozbawienia wolności

Należy pamiętać, że w dokumentacji medycznej nie utrwala się przyznania do winy!

**d. OSOBOWOŚĆ PRZEDCHOROBOWA**

1. należy poprosić pacjenta o opis cech swojego charakteru: czy łatwo okazuje uczucia, czy jest osobą towarzyską,

jak czuje się w dużej grupie ludzi

1. zaleganie i nietrzymanie afektu, jak długo chowa urazę, czy łatwo się denerwuje, jak szybko ustępuje zdenerwowanie
2. czy uchodzi za osobę porządną, poukładaną
3. czy przywiązuje dużą wagę do hierarchii społecznej
4. czy łatwo zmienia poglądy, czy jest sugestywny, łatwo ulega wpływom
5. czy ma problem z podejmowaniem decyzji
6. czy ma trudności w odmawianiu innym ludziom
7. czy przywiązuje dużą wagę do opinii innych ludzi
8. czy czuje więź emocjonalną z rodziną
9. czy ma osobę/osoby spoza rodziny, do której/których jest mocno przywiązany
10. zainteresowania (zwłaszcza pozazawodowe) i sposób spędzania wolnego czasu
11. jakie ma plany/cele na przyszłość
12. czy w jakimś okresie życia zauważył zmiany cech swojego usposobienia i na czym one polegają

**e. CHOROBY PRZEBYTE**

1. przebyte choroby (ostre i przewlekłe) jakie, kiedy, przebieg leczenia
2. urazy głowy (wymagające interwencji medycznej), wypadki komunikacyjne, utraty przytomności (jak długo trwały), powody
3. zatrucia, zwłaszcza substancjami chemicznymi (jakimi, w tym przewlekłe np. narażenie zawodowe)
4. choroby endokrynologiczne, w tym choroby tarczycy
5. choroby neurologiczne, w tym padaczka
6. przebyte zabiegi operacyjne
7. pobyty w szpitalu z przyczyn somatycznych
8. miesiączki: kiedy pierwsza, regularność, kiedy ostatnia
9. porody i poronienia
10. inne choroby np. cukrzyca, nadciśnienie
11. aktualne leczenie somatyczne
12. **Wywiad w kierunku uzależnień od substancji psychoaktywnych (SPA)**

**Uzależnienie od alkoholu**

*Zalecane pytania:*

* Czy miał Pan/-i kiedyś problemy z nadużywaniem alkoholu?
* Czy pijał Pan/-i kiedyś alkohole niespożywcze lub z niepewnych źródeł?
* Czy miał Pan/-i okresy, w których pił alkoholu więcej? (kiedy, jak długie)
* Czy pił Pan/-i codziennie przez kilka dni?
* Czy pił Pan/-i na drugi dzień, żeby poczuć się lepiej („na klina”)?
* Czy upijał się Pan/-i do nieprzytomności?
* Czy miał Pan/-i problemy w pracy, w szkole, wśród znajomych, w rodzinie w związku z piciem alkoholu?
* Czy zauważył Pan/-i, że może wypić więcej (lub mniej) alkoholu niż kiedyś?
* Czy po rozpoczęciu picia zdarzało się, że nie mógł Pan/-i przestać?
* Czy miewał Pan/-i poczucie winy i wstydu z powodu picia?
* Czy po zaprzestaniu picia pojawiały się jakieś dolegliwości? Jakie? pytania o typowe objawy w zespole abstynencyjnym i czy ustępowały po wypiciu?
* Czy zdarzały się okresy niepamięci związane z piciem?
* Czy przebywał Pan/-i kiedyś w izbie wytrzeźwień?

**Inne uzależnienia od SPA:** należy pytać podobnie jak o alkoholizm, z uwzględnieniem ich odrębności (np. nie zawsze są objawy abstynencyjne)

**f. POCZĄTEK ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I ICH PRZEBIEG**

* pierwsze objawy - kiedy wystąpiły, na czym polegały, stosunek pacjenta do tych objawów wówczas i dziś
* dynamika choroby - nawroty i remisje, zaostrzenie
* obraz kliniczny nawrotów
* leczenie: skuteczność, leki przyjmowane, objawy niepożądane, trzymanie się zaleceń, związek nawrotów ze zmianami w leczeniu (np. samowolne odstawianie lub zmniejszanie dawek)
* hospitalizacje i ich powody
* wpływ choroby na przerwanie pracy, nauki lub inne niekorzystne dla pacjenta sytuacje
* obecne pogorszenie – od kiedy, pierwsze objawy, dynamika nawrotu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ad. 4 BADANIE AKTUALNEGO STANU PSYCHICZNEGO**

**Orientacja auto- i allopsychiczna**

Autopsychiczna wynika z podania przez chorego danych personalnych

Allopsychiczna, co do:

1. czasu - pytamy o:
   1. pełną datę
   2. w razie odpowiedzi błędnej osobno o rok, miesiąc, dzień miesiąca, dzień tygodnia
   3. w razie potrzeby o wiek (stulecie)
   4. o porę roku (można choremu pokazać pogodę za oknem i ocenić odpowiedź o porę roku pod względem trafności i adekwatności)
   5. datę (orientacyjną) przyjęcia do szpitala, czas pobytu w szpitalu
2. miejsca:
   1. miejscowość, w jakiej aktualnie znajduje się badany, ulica
   2. budynek/instytucja,
   3. jaki to typ/profil szpitala,
   4. ew. jaki oddział i które piętro budynku
3. otoczenia:
   1. czy rozpoznaje osoby

**Sprawność umysłowa**

*Pamięć i organizacja jej zasobów*

(ocena pamięci dawnej na podstawie całości badania)

*Zalecane pytania i polecenia:*

1. Czy zauważył Pan/-i pogorszenie pamięci? Od kiedy i w czym się to przejawia?
2. Proszę powtórzyć: *jabłko, telefon, rzeka.* Proszę zapamiętać odpowiedzi, bo za chwilę spytam o nie ponownie.
3. Proszę odejmować kolejno od 100 po 7 (proszę o wynik pięciu kolejnych działań)
4. Czy pamięta Pan/-i te 3 słowa, o które pytałem?
5. Proszę opowiedzieć treść ostatnio obejrzanego filmu / przeczytanej książki.

*Wiadomości*

1. Proszę podać nazwiska obecnego prezydenta i premiera kraju pochodzenia
2. Z jakimi krajami graniczy Polska?
3. Co ważnego wydarzyło się w kraju i na świecie w ostatnim czasie?

*Zdolność myślenia logicznego i abstrakcyjnego*

ocena na podstawie całości badania oraz:

1. Proszę zdefiniować pojęcia: kłamstwo / ojczyzna / błąd.
2. Co mają wspólnego krokodyl i niedźwiedź?
3. Czym różnią się krzesło i fotel?
4. Proszę zinterpretować przysłowie np.: „Uderz w stół a nożyce się odezwą”.

*krytycyzm ogólny*

ocena na podstawie całości badania

**Nastrój i afekt**

- ocena nastroju oraz intensywności i dostosowania afektu na podstawie całości badania

- zainteresowanie rozmową, kontakt z badającym

*Zalecane pytania:*

* Jaki ma Pan/-i nastrój / humor?
* Czy odczuwa Pan/-i często smutek lub zobojętnienie? Co przeważa? Czy jest Pan/-i płaczliwy/-a?
* Czy zauważył Pan/-i, że to co kiedyś interesowało teraz stało się Panu/-i obojętne?
* Co Pan/-i myśli o sobie? Jak wypada Pan/-i w porównaniu z innymi ludźmi?
* Czy ma Pan/-i poczucie winy? Z jakiego powodu?
* Czy miewał Pan/-i takie okresy, w których ludzie zwracali uwagę, że mówi Pan/-i więcej i szybciej niż zwykle?
* Czy bywały takie okresy, że miał Pan/-i wyjątkowo dobre samopoczucie, tryskał humorem, miał wiele pomysłów i był bardziej aktywny niż zwykle?

**Lęk**

- ocena niepokoju ruchowego na podstawie całości badania i obserwacji pacjenta

*Zalecane pytania:*

* Czy odczuwa Pan/-i lęk? Martwi się o coś? Boi się czegoś?
* Czy obawa/lęk występuje stale czy w określonych sytuacjach?
* Czy towarzyszą temu jakieś inne objawy np. somatyczne? (kołatanie serca, suchość w ustach, zawroty głowy, niewyraźne widzenie, nudności/wymioty, biegunki, częste parcie na mocz, szybki i płytki oddech)

**Myśli i tendencje samobójcze**

*Zalecane pytania:*

* Czy przychodzą myśli o tym, że Pana/-i życie jest pozbawione sensu?
* Czy zdarza się Panu/-i myśleć, że lepiej byłoby już umrzeć?
* Czy przychodziły Panu/-i myśli o tym, aby popełnić samobójstwo? Czy zastanawiał się Pan/-i wtedy jak to zrobić?
* Czy próbował Pan/-i kiedyś popełnić samobójstwo? (wypytać o metodę i okoliczności, czy próba suicydalna skutkowała hospitalizacją), motywy- dlaczego?
* Czy aktualnie pacjent ma myśli samobójcze?
* Czy obmyślał Pan/-i sposób, w jaki chciał się Pan/-i zabić? Co Pana/-ią powstrzymuje przed tymi tendencjami?
* Czy są powody, dla których warto żyć?

Uwaga!

Jeżeli pacjent potwierdza tendencje samobójcze należy zgłosić to lekarzowi

**Zaburzenia snu**

*Zalecane pytania:*

* Jak Pan/-i sypia?
* Czy są trudności z zaśnięciem?
* Czy budzi się Pan/-i w nocy? Ile razy? Dlaczego? Czy zasypia Pan/-i dalej śpi bez problemów?
* O której godzinie budzi się Pan/-i tak, że już nie może zasnąć? , Ile godzin w nocy Pan/-i przesypia?
* Czy dosypia Pan/-i w dzień? ("drzemki")
* Czy rano po przebudzeniu czuje sie Pan/-i wypoczęty/a? Czy sen jest regenerujący?

**Zaburzenia łaknienia**

*Zalecane pytania:*

* Czy apetyt jest taki sam jak przed chorobą?
* Czy schudł(a)/przytył(a) Pan/-i ostatnio? Ile kilogramów? W ciągu jakiego czasu?
* Czy było to zamierzone? (jeśli TAK 🡪 należy doprecyzować te informacje: dieta, względy estetyczne, zdrowotne)
* Czy kiedykolwiek objadał(a) się Pan/-i lub prowokował(a) wymioty?

**Napęd i aktywność złożona**

*Zalecane pytania:*

* Czy codzienne obowiązki/czynności wykonuje Pan/-i tak samo chętnie jak kiedyś?
* Czy pojawiły się trudności w wykonywaniu pracy zawodowej lub w codziennych czynności?
* Czy zdarzają się okresy znacznie gorszej wydolności, utrudniające wykonywanie nawet najprostszych czynności?

**Zaburzenia uwagi**

- ocena na podstawie całości badania

Czy pacjentowi trzeba powtarzać pytania? Czy ma trudności ze zrozumieniem treści pytania?

oraz

- ocena za pomocą takich pytań jak:

1) Czy ogląda Pan/-i TV? Czy np. cały film do końca? Czy ma Pan/-i trudności z koncentracją uwagi przez dłuższy czas?

2) Czy gdy czyta Pan/-i prasę, książki czy może Pan/-i skupić się na czytaniu? Czy zapomina Pan/-i co przeczytał(a) i musi wracać do poprzednio przeczytanego fragmentu? Czy potrafi Pan/-i opowiedzieć tekst, który ostatnio przeczytał(a)?

**Zaburzenia toku myślenia**

- oceniane na podstawie całości badania

oraz

- ocena za pomocą takich pytań jak:

1. Czy ma Pan/-i wrażenie "chaosu" myśli? Myśli biegną zbyt szybko, zbyt wolno?
2. Czy zdarza się tak, że ma Pan/-i trudności w łączeniu myśli ze sobą w spójną całość?
3. Czy miewa Pan/-i trudności w wypowiedzeniu tego, co myśli?
4. Czy ludzie mają trudności ze zrozumieniem tego, co Pan/-i mówi?
5. Czy zdarza się Panu/-i mieć nagłą pustkę w głowie?

**Zaburzenia treści myślenia**

**Urojenia**

ocena spontaniczności wypowiedzi urojeniowych, podejrzliwości wobec badającego, podejmowania działań wtórnych do przekonań urojeniowych (np. czy zawiadamiał policję, zasłaniał okna, unikał oglądania TV, itp.)

*Zalecane pytania:*

* Czy doświadczył Pan/-i kiedyś przeżyć, które uważał za niezwykłe?
* Czy miał Pan/-i kiedykolwiek wrażenie, ze ma wyjątkowy, inny niż pozostali ludzie, kontakt z Bogiem, diabłem,?
* Czy miewa Pan/-i wrażenie, że ludzie (np. na ulicy) przyglądają się Panu/-i w szczególny sposób, śmieją się z Pana/-i, obmawiają ?
* Czy miewa Pan/-i wrażenie, że ludzie dają Panu/-i jakieś znaki, że w różnych miejscach, w radio, TV są umieszczone wiadomości dotyczące Pana/-i lub skierowane do Pana/-i?
* Czy obawia się Pan/-i, że ktoś chce zrobić Panu/-i lub Pana/-i bliskim krzywdę np. zabić, pobić, okaleczyć, okraść, ośmieszyć?
* Czy ma Pan/-i czasem wrażenie, że inni ludzie znają Pana/-i myśli? Co Pan/-i przez to rozumie?
* Czy ma Pan/-i wrażenie, że sam potrafi odczytywać myśli innych ludzi?
* Czy miał Pan/-i kiedyś wrażenie, że ktoś kieruje Pana/-i myślami, ruchami, postępowaniem?
* Czy uważa Pan/-i, że znane Panu/-i osoby są kimś innym, bądź zostały zamienione, podstawione?
* Czy uważa się Pan/-i za osobę wyjątkową, obdarzoną szczególnymi zdolnościami?
* Czy uważa się Pan/-i za gorszego od innych, zasługującego na karę, potępienie? Z jakiego powodu?

**Idee nadwartościowe**

* Czy był Pan/-i pochłonięty czymś do tego stopnia, że inne sprawy stały się mniej ważne?
* Czy z tego powodu miał Pan/-i trudności w pracy lub szkole, rodzinie, stracił Pan/-i przyjaciół?

**Obsesje i kompulsje**

* Czy występują u Pana/-i narzucające się myśli lub wyobrażenia, które uważa Pan/-i za niechciane, a nawet absurdalne?
* Czy próbuje Pan/-i się im przeciwstawić?
* Czy istnieje przymus wykonywania różnych czynności w ściśle określony sposób lub powtarzania ich wielokrotnie? (np. mycie się, sprawdzanie, układanie itp.)
* Czy obawia się Pan/-i brudu, zarazków, w znacznie większym stopniu niż inni ludzie?
* Ile czasu zajmują dziennie te myśli / czynności (w min., godz.)?
* Czy utrudniają pracę / naukę / życie towarzyskie?

**Myślenie symboliczne i magiczne**

- obserwujemy głównie w trakcie całości badania

- przejawy tych zaburzeń oceniamy też m. in. prosząc o wyjaśnienie np. niektórych zachowań pacjenta, niezwykłych szczegółów

ubioru, znaczenia kolorów itp.

**Zaburzenia spostrzegania**

*Zalecane pytania:*

* Czy zdarza się Panu/-i słyszeć, widzieć lub czuć coś czego inni ludzie nie dostrzegają?
* Czy zdarza się Panu/-i, że słyszy głosy, gdy nikogo nie ma w pobliżu? Czy rozpoznaje Pan/-i te głosy? Co one mówią? Czy te głosy słyszy Pan/-i z zewnątrz, czy inaczej, w jaki sposób (np. w głowie)?
* Czy słyszy Pan/-i czasem inne odgłosy, których np. rodzina nie słyszy (muzyka, szumy, stukania, trzaski, skrzypienia, skrobania, szepty, urządzenia mechaniczne, zwierzęta)?
* Czy zdarza się, że widzi Pan/-i rzeczy, postacie, zwierzęta, światła, błyski, których inni nie zauważają?
* Czy zdarza się, że czuje Pan/-i dziwne, nietypowe lub nieprzyjemne zapachy? Jaki to zapach, skąd pochodzi? Czy inni tez go odczuwają?
* Czy odczuwa Pan/-i ból, gniecenie, pieczenie, mrowienie lub inne fizyczne doznania?
* Czy czuje Pan/-i, że jedzenie ma zmieniony, nietypowy smak, np. smak trucizny?
* Czy idąc ma Pan/-i wrażenie, że podłoże ugina się jak guma, np. latarnie/ściany pochylają się, sufit przybliża się do podłogi?
* Czy ma Pan/-i czasem wrażenie, że Pana/-i ciało w jakiś sposób zmienia się, ulega mniejszej lub większej deformacji, staje się cięższe lub lżejsze itp.?

**Badanie chorego w utrudnionym kontakcie**

1. zadaj kilka podstawowych pytań (np. o dane personalne)
2. przy braku odpowiedzi zapytaj kilkakrotnie pacjenta czy słyszy badającego
3. zapytaj, czy może mówić
4. jeżeli nie odpowiada, poproś o potwierdzenie gestem, że słyszy i rozumie
5. jeżeli odpowiada gestem (np. ruchem głowy), zapytaj, czy coś nie pozwala mu mówić
6. jeśli potwierdzi, spróbuj dowiedzieć się, co jest przyczyną (czy ktoś zabrania, np. głosy zakazujące, jakaś dolegliwość, lęk itp.)
7. zapytaj, czy chory może pisać, podaj papier i długopis

*Badanie za pomocą wydawania poleceń*Badanie to przydatne jest zwłaszcza wobec chorych, nie odpowiadających na pytania

1. poproś pacjenta o spojrzenie na badającego
2. poproś o podanie ręki
3. poproś o zamknięcie lub otwarcie oczu
4. poproś o otwarcie ust., wysunięcie języka
5. poproś o podniesienie ręki do góry
6. oceń, czy występuje negatywizm i jakiego typu

**Ad. 5 WNIOSKI**

1. Zwięzłe przedstawienie dynamiki choroby
   1. początek (data, wiek chorego, nagłość)
   2. przebieg, liczba i czasy trwania rzutów zaburzeń, choroby
   3. długość okresów remisji
2. przyczyny nawrotów (nieznane, samoistne, wskutek odstawienia/zmniejszenia leków)
3. podatność na leczenie i współpraca przy leczeniu
4. szczegółowy opis psychopatologiczny obecnego stanu psychicznego (lista objawów).

**Ad. 6 ROZPOZNANIE wg ICD-10**

**Ad. 7 ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE**

**Należy zaproponować tylko uzasadnione merytorycznie rozpoznania różnicowe. Student powinien umieć uzasadnić ich wybór oraz przedstawić kryteria wykluczające !**

**Ad. 8 INNE BADANIA**

* Badanie psychologiczne
* Badanie neurologiczne
* Badanie internistyczne
* Inne badania/konsultacje specjalistyczne, które mogą być pomocne przy ustalaniu diagnozy
* Badania dodatkowe (badanie morfologiczne i biochemiczne krwi, moczu, płynu mózgowo-rdzeniowego; EEG, EKG, USG, CT, NMR, SPECT i inne)

**Student powinien umieć uzasadnić dlaczego proponuje określone badania dodatkowe u opisywanego przez siebie pacjenta !**

**Ad. 9 PROPONOWANE LECZENIE**

* farmakologiczne (nazwy leków i dawki, okres stosowania)
* pozafarmakologiczne (psychoedukacja, psychoterapia indywidualna, grupowa, rodzinna, fototerapia, elektroterapia, inne)

**Student powinien umieć uzasadnić dlaczego proponuje określone leczenie!**