

Iga Będkowska¹, Jeremi Strzałek², Agnieszka Pawełczyk²

Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu psychozy ponarkotykowej – studium przypadku i przegląd badań

The use of cognitive behavioural therapy in the treatment of drug-related psychosis – a case study and research review

¹ Oddział Młodzieżowy, Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. J. Babińskiego w Łodzi, Łódź, Polska

² Klinika Neurochirurgii, Chirurgii Kregostupa i Nerwów Obwodowych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Iga Będkowska, Oddział Młodzieżowy, Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. J. Babińskiego w Łodzi, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, e-mail: bedkowska.iga@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2025.0036>

ORCID iDs

Iga Będkowska <https://orcid.org/0009-0008-0929-251X>

Jeremi Strzałek <https://orcid.org/0009-0007-7694-2730>

Agnieszka Pawełczyk <https://orcid.org/0000-0003-1900-0214>

Streszczenie

W artykule opisano przypadek 16-letniego pacjenta, u którego doszło do rozwoju psychozy w związku z długotrwałym używaniem tetrahydrokannabinolu. Przedstawiono obraz kliniczny obejmujący zaburzenia spostrzegania, myślenia i emocji, a także informacje uzyskane w trakcie wywiadów przeprowadzonych z pacjentem i jego rodzicami podczas hospitalizacji psychiatrycznej. Omówiono przebieg terapii poznawczo-behawioralnej, koncentrując się na etapowym wyznaczaniu i realizacji celów terapeutycznych we współpracy z pacjentem. W artykule zwrócono uwagę na znaczenie aktualnych wytycznych opartych na dowodach naukowych, obejmujących psychoedukację, profilaktykę nawrotów oraz pracę nad motywacją do utrzymywania abstynencji. Przypadek ten zwraca uwagę na rolę wczesnej interwencji, indywidualnego podejścia do planu leczenia oraz zaangażowania rodziny w proces terapeutyczny w kontekście psychozy związanej ze stosowaniem substancji psychoaktywnych

Słowa kluczowe: terapia poznawczo-behawioralna, psychoza, psychoza ponarkotykowa, substancje psychoaktywne

Abstract

The article presents the case of a 16-year-old patient who developed psychosis following prolonged use of tetrahydrocannabinol. The clinical picture is described in detail, including disturbances in perception, cognition, and affect, complemented by information obtained through interviews with the patient and his parents during inpatient psychiatric treatment. The course of cognitive-behavioral therapy is outlined, with particular emphasis on the stepwise formulation and implementation of therapeutic goals in collaboration with the patient. Attention is drawn to the relevance of current evidence-based guidelines, highlighting the role of psychoeducation, relapse prevention strategies, and motivational work to support abstinence. This case illustrates the importance of early intervention, individualized treatment planning, and family involvement in the therapeutic process of substance-induced psychosis.

Keywords: cognitive behavioural therapy, psychosis, substance-induced psychosis, psychoactive substances

WSTĘP

Psychoza indukowana substancją psychoaktywną (inaczej psychoza pointoksykacyjna lub indukowana lekiem) pojawia się po zatruciu taką substancją, po jej odstawieniu lub niedawnym przyjęciu. Psychoza ta może być wynikiem działania różnych substancji (zarówno leczniczych, tj. leków używanych w medycynie, jak i niemedycznych, tj. chemikaliów czy roślin), które mogą przyczyniać się do wystąpienia lub zaostrzenia objawów psychotycznych (Gałęcki i Szulc, 2018).

Psychoza indukowana przez substancję psychoaktywną (SPA) jest wtórnym zaburzeniem psychotycznym wynikającym z nadużywania SPA, charakteryzującym się wystąpieniem jednego epizodu psychotycznego lub większej ich liczby. Objawy mogą utrzymywać się dni lub tygodnie, jednak powinny ustąpić po około 30 dniach od zaprzestania używania substancji. Zdarza się, że osoby z tym stanem rozwijają ciężkie uzależnienie od danego środka. W porównaniu z chorymi z psychozą pierwotną pacjenci z psychozą indukowaną przez SPA cechują się rzadszym występowaniem zaburzeń psychotycznych w rodzinie generacyjnej, większym wglądem w naturę objawów psychotycznych, mniejszym nasileniem objawów pozytywnych i negatywnych, większym nasileniem objawów depresyjnych i nasileniem lęku. Psychoza indukowana przez SPA jest silnie związana z wystąpieniem choroby afektywnej dwubiegunowej lub zaburzenia ze spektrum schizofrenii, zwiększa również ryzyko rozwoju schizofrenii w młodszy wiek. Jeżeli u pacjenta występują epizody samookaleczenia po ustąpieniu objawów psychotycznych indukowanych substancją, to są one silnie skorelowane ze zwiększonym ryzykiem schizofrenii lub choroby afektywnej dwubiegunowej (Starzer *et al.*, 2018).

Objawy psychotyczne mogą być następstwem używania różnych SPA, w tym naturalnych i syntetycznych kannabinoidów, kokainy, metamfetaminy, halucynogenów, fencyklidyny i ketaminy. Do częściej używanych SPA należą kannabinoile: w Europie stosuje je każdego roku około 6–7% populacji, a w Stanach Zjednoczonych – około 15%. Rozpoznaczenie psychoz po używaniu kannabinoli jest zróżnicowane i zależy od zawartości w nich tetrahydrokannabinolu (*tetrahydrocannabinol*, THC), aktywnego składnika marihuany (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019). W badaniach wykazano bezpośredni związek pomiędzy używaniem THC a pojawieniem się objawów psychotycznych, przy czym częstość psychoz szacowano na 0,87–10,60%. Do objawów klinicznych występujących po użyciu THC należą urojenia paranoiczne i halucynacje, objawy negatywne, uczucie rozhamowania lub marzycielstwa oraz wrażenia zwiększonej świadomości muzyki, dźwięków, kolorów lub smaków (Curran *et al.*, 2016). W zależności od badań czas trwania ostrych epizodów psychozy wywołanej przez marihuanę jest szacowany na kilka dni do kilku miesięcy (Shah *et al.*, 2017). Z drugiej strony pojawiają się informacje sugerujące działanie anksjolityczne i przeciwpsychotyczne THC. W badaniach wykazano także, że używanie

kannabinoli zwiększa ryzyko zachorowania na schizofrenię, a ryzyko to jest powiązane z częstotliwością lub czasem trwania używania oraz ilością przyjmowanej substancji (van Gastel *et al.*, 2014).

Obecnie zgodnie z zaleceniami stosuje się leczenie przeciwpsychotyczne i mające na celu zapobieganie nawrotom, poprzez oddziaływanie zarówno farmakologiczne, jak i terapeutyczne (Baldačara *et al.*, 2023). Jedną z metod leczenia psychoterapeutycznego jest terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioural therapy*, CBT), której skuteczność potwierdzono w wielu randomizowanych badaniach kontrolowanych. Opierając się na skuteczności pracy terapeutycznej w różnych obszarach zaburzeń psychicznych, zaczęto ją stosować także wobec osób doświadczających objawów psychotycznych (Kuipers *et al.*, 2002; Morrison i Barratt, 2010; Newman-Taylor *et al.*, 2024; Turner *et al.*, 2020). W badaniach stwierdzono, że jest to interwencja skuteczna w leczeniu osób z ryzykiem rozwoju zaburzeń psychicznych (Landa *et al.*, 2016), chorujących na zaburzenia psychotyczne (psychozy) (Guaiana *et al.*, 2022) czy przewlekłe chorujących na schizofrenię (Zheng *et al.*, 2023). Wykazano także, że CBT wpływa na zmniejszenie nasilenia objawów pozytywnych i negatywnych (Batinic, 2019), wydłużenie remisji i zmniejszenie liczby hospitalizacji (Gumley *et al.*, 2003), sformułowano także wytyczne pracy terapeutycznej z grupą pacjentów chorujących na zaburzenia psychotyczne (Avasthi *et al.*, 2020). Przeprowadzono jednak niewiele badań nad skutecznością CBT w leczeniu objawów psychotycznych pojawiających się po używaniu SPA – nieliczne badania sugerują jej skuteczność w tej grupie chorych (Crebbin *et al.*, 2009; Flanders, 2007).

W kontekście wzrastającej liczby przypadków psychoz spowodowanych używaniem SPA (Arseneault *et al.*, 2004) istnieje coraz większa potrzeba zidentyfikowania efektywnych strategii terapeutycznych, które mogą pomóc pacjentom w radzeniu sobie z tymi trudnościami. Dotychczasowe badania skupiały się na ocenie skuteczności różnych podejść terapeutycznych, w tym CBT, w leczeniu psychoz ponarkotykowych (Kuipers *et al.*, 1997). W piśmiennictwie dostępne są głównie opisy przypadków chorych z zaburzeniami psychotycznymi występującymi po użyciu SPA. Autorom niniejszego badania nie są znane randomizowane badania kontrolowane i zaślepienie z udziałem tej grupy chorych oceniające skuteczność CBT w odniesieniu do objawów psychotycznych indukowanych SPA, w szczególności THC. W publikacjach dotyczących CBT osób z psychozami pojawiło się kilka modeli tego zaburzenia, między innymi Becka (Close i Schuller, 2005), Morrisona (Morrison *et al.*, 2014) czy Turkingtona i wsp. (2006). Wszystkie one próbują skontualizować występujące u pacjentów objawy pozytywne oraz – w mniejszym stopniu – objawy negatywne. Jednym z tych modeli jest model autorstwa Turkingtona i Kingdona, który opiera się na zastosowaniu CBT w pracy z pacjentami doświadczającymi objawów psychotycznych, takich jak halucynacje i urojenia. Jest to podejście zintegrowane, które kładzie nacisk na indywidualne potrzeby

pacjenta, dostosowanie terapii do jego zdolności poznawczych oraz współpracę terapeutyczną opartą na zaufaniu. Model ten został opracowany w celu wspierania pacjentów w zrozumieniu i zarządzaniu objawami psychotycznymi, poprawie funkcjonowania oraz redukcji nawrotów (Kingdon i Turkington, 1994). Zgodnie z głównym założeniem tego modelu jego fundamentem jest relacja terapeutyczna. Turkington i Kingdon podkreślają znaczenie empatii, akceptacji i współpracy, co ma zasadnicze znaczenie w pracy z pacjentami, którzy często doświadczają poczucia izolacji lub prześladowania. Terapia koncentruje się na eksploracji subiektywnych doświadczeń pacjenta, takich jak treść urojeń czy charakter halucynacji, bez ich bezpośredniego negowania. Pacjent jest zachęcany do opisywania swoich objawów w kontekście życia codziennego i wydarzeń, które mogły je nasilić. Terapia obejmuje analizę przekonań leżących u podstaw objawów psychotycznych. Na przykład urojenia mogą być rozpatrywane jako wynik błędnych interpretacji zdarzeń. Poprzez stopniowe kwestionowanie tych przekonań pacjent uczy się rozważać alternatywne wyjaśnienia i stopniowo zmniejszać intensywność urojeń (Turkington *et al.*, 2006). Model kładzie duży nacisk na psychoedukację – pacjent i jego rodzina otrzymują informacje na temat natury psychozy, roli stresu w jej zaostrozaniu oraz znaczenia współpracy w leczeniu farmakologicznym. Pacjenci uczą się także rozpoznawania wczesnych sygnałów ostrzegawczych nawrotu i strategii zarządzania nimi. Model Turkingtona i Kingdona jest stosowany zarówno w leczeniu ostrych epizodów psychotycznych, jak i w pracy z pacjentami przewlekle chorymi. Badania wykazały, że CBT zgodna z tym podejściem może skutecznie zredukować nasilenie objawów psychotycznych, poprawiać wgląd i wspierać funkcjonowanie społeczne pacjentów (Turkington *et al.*, 2006). Kluczowe techniki obejmują:

- reatrybucję poznawczą, czyli wspólne analizowanie dowodów na poparcie przekonań pacjenta i przeciwko nim;
 - pracę nad głosami (halucynacjami słuchowymi) – pacjent uczy się zrozumieć kontekst, w jakim pojawiają się głosy, oraz rozwijać strategie zarządzania nimi, takie jak dystansowanie się od ich treści;
 - stopniowaną ekspozycję na sytuacje trudne, aby zwiększyć tolerancję na stres i poprawić funkcjonowanie społeczne.
- Ze względu na nieliczne publikacje dotyczące stosowania CBT w leczeniu psychozy ponarkotykowej zdecydowano się zaprezentować opis konceptualizacji i terapii 16-letniego chłopca leczonego na zamkniętym oddziale młodzieżowym z powodu nasilających się objawów psychotycznych po długotrwałym używaniu marihuany. Uzyskano pisemną zgodę na publikację danych wrażliwych.

MODEL PODATNOŚĆ-STRES

Model podatność–stres (*diathesis–stress model*) jest jedną z kluczowych koncepcji w psychologii i psychiatrii, wyjaśniającą rozwój zaburzeń psychicznych jako wynik interakcji między predyspozycjami jednostki (podatnością)

a czynnikami stresowymi obecnymi w jej środowisku. Model ten zakłada, że sama podatność – rozumiana jako predyspozycje biologiczne, psychologiczne lub genetyczne – nie prowadzi do rozwoju zaburzeń. Dopiero w połączeniu z określonym poziomem stresu dochodzi do ich manifestacji (Zubin i Spring, 1977). Podatność odnosi się do indywidualnych cech jednostki, które zwiększają ryzyko rozwoju zaburzeń. Może być uwarunkowana genetycznie, na przykład występowaniem w rodzinie zaburzeń psychicznych, lub wynikać z wczesnych doświadczeń, takich jak traumy, które wpłynęły na rozwój struktur mózgu lub schematów poznawczych. Na przykład osoby z mutacjami w genach związanych z regulacją serotoniny mogą być bardziej podatne na depresję (Caspi *et al.*, 2003). Stres, czyli zewnętrzne czynniki środowiskowe, które wywołują obciążenie psychiczne lub fizyczne, może mieć charakter krótko- (np. utrata pracy) lub długotrwały (np. życie w trudnych warunkach ekonomicznych). W modelu tym stres działa jako czynnik aktywujący ukrytą podatność, powodując przekroczenie progu odporności jednostki. Model zakłada, że zarówno wysoka podatność przy niskim stresie, jak i niski poziom podatności przy wysokim stresie mogą nie doprowadzić do rozwoju zaburzenia. Jeśli jednak oba czynniki osiągną odpowiedni poziom, ryzyko zaburzeń znacząco wzrasta. Na przykład osoba z rodzinną historią schizofrenii (podatność) może zachorować na tę chorobę dopiero po doświadczeniu poważnego stresu, na przykład traumy (Zubin i Spring, 1977).

Model podatność–stres znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach psychologii i psychiatrii, w tym w wyjaśnianiu mechanizmów powstawania depresji, schizofrenii czy zaburzeń lękowych. Jest również podstawą współczesnych strategii terapeutycznych, które koncentrują się zarówno na redukcji stresu, jak i wzmacnianiu odporności psychicznej.

BŁĄD ATRYBUCJI

Błąd atrybucji to zjawisko psychologiczne polegające na systematycznych błędach w przypisywaniu przyczyn zachowań własnych lub innych osób. Zjawisko to jest głównym elementem teorii atrybucji, która bada, w jaki sposób ludzie interpretują przyczyny wydarzeń oraz zachowań, zarówno swoich, jak i otoczenia (Heider, 1958). W literaturze wyróżnia się dwa główne rodzaje błędów atrybucji:

- Podstawowy błąd atrybucji (*fundamental attribution error*) – jest to tendencja do nadmiernego przypisywania przyczyn zachowań innych osób czynnikom wewnętrznym, takim jak ich cechy osobowości czy motywacje, przy jednoczesnym niedocenianiu wpływu czynników sytuacyjnych. Na przykład, jeśli ktoś spóźnia się na spotkanie, można błędnie założyć, że jest nieodpowiedzialny, ignorując możliwość, że przyczyną spóźnienia był korek uliczny (Ross, 1977).
- Egocentryczny błąd atrybucji (*self-serving bias*) – odnosi się do tendencji polegającej na przypisywaniu sukcesów własnym cechom wewnętrznym, takim jak zdolno-

ści czy inteligencja, a porażek czynnikom zewnętrznym, na przykład niekorzystnym okolicznościom lub pechowi. Przykładem może być sytuacja, w której osoba uznaje swój sukces w pracy za wynik ciężkiej pracy, a porażkę za rezultat niesprawiedliwego traktowania (Weiner, 1985).

Mechanizmy te wynikają zarówno z ograniczeń poznawczych, jak i motywacyjnych, takich jak potrzeba ochrony poczucia własnej wartości (Fiske i Taylor, 2017). Ich zrozumienie ma szerokie zastosowanie, między innymi w edukacji, zarządzaniu czy mediacji, ponieważ pozwala lepiej interpretować interakcje międzyludzkie i unikać błędnych osądów.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent, 16-letni chłopiec, hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym dla młodzieży z powodu nasilających się objawów psychotycznych po użyciu THC. Według jego relacji po użyciu dużej dawki marihuany zaczął doświadczać głównie urojen owoładnięcia oraz halucynacji słuchowych i wzrokowych. Objawy nasilały się w ciągu kilku dni i utrzymywały pomimo zaprzestania używania SPA. Pacjent zgłosił się na izbę przyjęć pod opieką rodziców. Zgodnie z tym, co podał, używał marihuany od 14. roku życia, paląc ją wymieszaną z małą ilością tytoniu. Początkowo sporadycznie, po jednym „skręcie”, a następnie coraz częściej kilka (2–3) „skrętów”, aż do okresu przed hospitalizacją, kiedy to używał substancji codziennie. Zaniechał jej przyjmowania po pierwszym wystąpieniu objawów psychotycznych, co miało miejsce 13 dni przed hospitalizacją. Był to u niego pierwszy epizod psychozy.

Pacjent podczas pierwszego badania psychiatrycznego relacjonował doświadczenia słyszenia dialogów w swojej głowie, w których miała miejsce walka pomiędzy wewnętrznymi reprezentacjami „psychopaty” i „dziecka identyfikującego się jako socjopata”. Ponadto opisywał urojenia prześladowcze, sugerując, że to nauczycielka – poprzez wyjaśnianie mu koncepcji związanych z psychopatią i funkcjonowaniem mózgu – wpłynęła na jego przekonanie o tym, że cierpi na psychozę. Wspominał także o sytuacji, w której po użyciu marihuany w opuszczonym budynku słyszał dziecięce głosy przypominające mu okres dzieciństwa. Głosy te czasami naśladowały jego własne wypowiedzi i wypowiedzi nauczycielki sugerującej diagnozę psychozy. Ponadto opisywał wewnętrznego „demona”, który pojawił się po przypomnieniu sobie rozmowy z poprzednim terapeutą. W relacjach pacjenta demon ten przybierał różne postaci, w tym głos terapeuty i nauczycielki, oraz nakłaniał go do wyrządzania krzywdy sobie lub innym. Dodatkowo chłopiec doświadczał urojeń ksbnych, czując się obserwowanym i wyśmiewanym przez innych, szczególnie w miejscach publicznych, takich jak galeria handlowa.

U pacjenta występowały również pseudohalucynacje słuchowe, obejmujące dialog komentujący, okresowe imperatywy, echo myśli, a także omamy cenestetyczne, manifestujące się jako pulsowanie w głowie. Zauważył on u siebie znaczną rozpraszałość uwagi i problemy z pamięcią długotrwałą,

co jego zdaniem przejawiało się w trudnościach z osadzeniem zdarzeń życiowych na siatce czasu. Potrzebował dużo czasu, aby przypomnieć sobie informacje z dotychczasowego życia. Ponadto doświadczał trudności ze snem, będących efektem lęku związanego z „poczuciem, że coś jest nie tak”. Ujawniał również zaburzenia myślenia, takie jak mantyzm, nadmierne włączanie, uskokowość i okresowe otamowania. W trakcie hospitalizacji zgłaszał nasilające się objawy, w tym urojenia owoładnięcia, które interpretował jako dążenie czegoś do przejęcia kontroli nad jego ciałem. Często powracał do wypowiedzianych przez siebie treści, które sugerowały, że ma jedną świadomość, ale dwie podświadomości, co interpretował jako przejęcie jego mózgu przez coś negatywnego. Miał także wrażenie bycia dwiema osobami jednocześnie, co manifestowało się poprzez identyfikację z różnymi częściami ciała.

Opowiadał, że kiedy patrzył w lustro, głos psychopaty mówił mu, że kontroluje jego jedno oko. Słyszając to, myślał o tym, aby wydlubać to oko, widział swoją zniekształconą twarz, która była deformowana przez obecnego w nim psychopatę. Zdarzało się, że uderzał się po twarzy otwartą dłonią, mówiąc do siebie na głos: „Nie możesz być taki słaby”. Dochodziło do tego, kiedy smucił się lub płakał. Identyfikował to jako rozkaz od jednego z głosów, w tym przypadku dziecka-socjopaty, i podkreślał, że te odczucia były nawracające. Dodatkowo pacjent relacjonował, że „demon makiawelisty i psychopaty” próbował go oszukać, twierdząc, że inni potrafią widzieć jego myśli, co wywoływało u niego silny lęk i obawę.

Podczas hospitalizacji pacjent był pod stałym nadzorem ze względu na obecność lęków i myśli samobójczych. W trakcie farmakoterapii początkowo zastosowano haloperidol, jednak ze względu na akatyżę i drżenie mięśniowe podjęto decyzję o modyfikacji leczenia poprzez zastąpienie haloperidolu rysperydonem. Stopniowo osiągnięto częściową redukcję objawów psychotycznych. Pacjent zgłaszał dodatkowo uczucia smutku, apatii, abulii i anergii oraz nadmierną senność. Kolejna modyfikacja leczenia polegała na wycofaniu rysperydonu z powodu braku oczekiwanych efektów i wprowadzeniu olanzapiny. Ze względu na utrzymującą się niechęć pacjenta do aktywności i zaburzenia motywacyjne podjęto próbę wdrożenia fluoksetyny, która okazała się nieskuteczna i została odstawiona. Anergia i apatia stopniowo ustępowały wraz z czasem trwania abstynencji oraz wpływem działań psychoterapeutycznych. Całokształt procesu terapeutycznego przyczynił się do zmniejszenia nasilenia objawów psychotycznych, a dalsza praca psychoterapeutyczna skupiała się na redukcji objawów negatywnych, takich jak trudności w motywacji i brak aktywności, co przyniosło stopniową poprawę stanu psychicznego pacjenta.

Wywiad rozwojowy

Wywiad zebrany od rodziców

Pacjent, urodzony w 40. tygodniu ciąży drogą cesarskiego cięcia z powodu zagrożenia zamartwicą, uzyskał

10 punktów w skali Apgar. W pierwszych dniach życia przeszedł fototerapię z powodu przedłużającej się żółtaczki noworodkowej. Kamienie milowe rozwoju psychomotorycznego osiągał w odpowiednich terminach. W okresie wczesnego dzieciństwa wykazywał znaczną wrażliwość na bodźce dźwiękowe, a w chwilach ekscytacji przejawiał takie zachowania, jak gryzienie rąk. W wieku 1,5 roku uczęszczał przez dwa tygodnie do żłobka, po czym rodzina przeprowadziła się do innego miasta. W tym czasie przeżył zapalenie płuc, któremu towarzyszyły drgawki gorączkowe. Następnie pod nieobecność rodziców opiekę nad dzieckiem sprawowała niania. Od 3. roku życia chodził do przedszkola, gdzie początkowo charakteryzował się spokojnym i podporządkowanym zachowaniem. Po roku pojawiły się okresowe informacje od personelu przedszkola o problemach z dyscypliną, nieposłuszeństwem i wzmożonym niepokojem ruchowym. Do 7. roku życia występowało u niego moczenie nocne. W klasach I–III szkoły podstawowej był opisywany jako zdolny, pilny i obowiązkowy.

Wywiad zebrany od pacjenta

Pacjent oznajmił, że mieszka z rodzicami i dwiema młodszymi siostrami. Relacje z rodzeństwem określał jako poprawne. Rodzice są aktywni zawodowo – matka pracuje w korporacji na stanowisku biurowym, a ojciec zajmuje się logistyką w wojsku, co wiąże się z częstymi wyjazdami zagranicznymi i skutkuje jego ograniczonym kontaktem z dziećmi i osłabioną więzią emocjonalną. Pacjent często wspominał, że w dzieciństwie odczuwał brak obecności ojca, co negatywnie wpłynęło na jego rozwój emocjonalny. W tym czasie pozostawał pod opieką matki, a po jej powrocie do pracy – opiekunki. Wspomina ten okres jako trudny, dodatkowo obciążony ujawnieniem się problemów ojca z uzależnieniem od alkoholu i pornografii, co prowadziło do licznych konfliktów między rodzicami. Pamiętał częste kłótnie, podczas których ojciec, mimo fizycznej obecności, izolował się od rodziny, a matka nie była w stanie w pełni poświęcić uwagi dzieciom, często płacząc lub kłócąc się z mężem. Twierdził, że wywołało to u niego poczucie bezwartościowości i złość, prowadząc do przekonania, że inni mają lepsze życie.

Według relacji pacjenta od IV klasy szkoły podstawowej zaczął doświadczać konfliktów z rówieśnikami, miał trudności z pracą w grupie i był wykluczany przez innych uczniów. Przejawiał wobec nich agresję, która zaczęła się również pojawiać w stosunku do ojca. W VI i VII klasie, w związku z pracą ojca, rodzina przeprowadziła się do Stanów Zjednoczonych. Pacjent opowiadał, że w tym okresie uczył się częściowo zdalnie, a częściowo stacjonarnie w szkole amerykańskiej, jednak bariera językowa uniemożliwiała mu nawiązanie głębszych relacji z rówieśnikami. Czuł się wyobcowany i izolował się, większość czasu po szkole spędzając przed komputerem. Opisywał, że w połowie tego okresu zaczął zaniedbywać higienę osobistą, odczuwał smutek i drażliwość oraz przejawiał słowną i fizyczną agresję. Rozpoczął terapię online. Po powrocie do Polski uczył się w VIII klasie

szkoły podstawowej, kontynuując zdalne spotkania z psychologiem. Deklarował, że w tym czasie zaczął częściej wychodzić z domu, spędzając czas z kolegami ze szkoły, i rozpoczął regularne używanie marihuany, początkowo 1–2 razy w tygodniu, a z czasem codziennie. Opowiadał, że spotkania z kolegami odbywały się w opuszczonym budynku, gdzie wraz z nimi urządził miejsce do palenia. Przyznał, że zdarzało mu się zabierać pieniądze rodzicom, co spowodowało, że ograniczyli mu dostęp do środków finansowych i schowali cenniejsze przedmioty.

Po zakończeniu szkoły podstawowej pacjent rozpoczął naukę w technikum o profilu elektronicznym, kontynuując jednak regularne używanie SPA. Podczas jednego z epizodów używania marihuany doświadczył silnego lęku i przekonania, że ktoś chce przejść nad nim kontrolę, co wywołało u niego głębokie przerażenie. Kiedy podzielił się swoimi obawami z kolegami, został przez nich wyśmiany. Od tego momentu zaczął pograżać się w swoich myślach, zmagając się z narastającym przekonaniem o zagrożeniu psychicznym, jednak nikomu więcej o tym nie powiedział. Po powrocie do domu próbował zasnąć, ale stan ten nasilił się, co zaniepokoiło jego rodziców. Zaczął wówczas wypowiadać treści o charakterze urojeniowym, dotyczące przekonania o kontrolowaniu jego myśli. W kolejnych dniach doświadczył trudności w szkole, twierdząc, że nauczycielka próbowała mu zasugerować, iż cierpi na psychozę (sytuacja ta nie została potwierdzona przez grono pedagogiczne ani innych uczniów). Chłopiec wspominał także, że słyszał głos swojego terapeuty, który rzekomo bronił go w dyskusji z nauczycielką. W miarę nasilania się objawów psychotycznych pacjent przestał chodzić do szkoły, zaczął izolować się od rówieśników oraz był agresywny wobec rodziców, grożąc ojcu i zastraszając go. Gdy epizody napadów lękowych stały się coraz częstsze, pacjent zaczął zasłaniać lustra w domu, reagując agresywnie na uwagi rodziców.

W tym okresie objawy psychotyczne nasiliły się, a lęk narastał. Pacjent zamykał się w swoim pokoju, nie chcąc go opuszczać, a w jego myślach dominowało przekonanie o własnej winie za wszystkie problemy w rodzinie. W jego przekonaniu źródłem tych trudności były niezdolność do podporządkowania się zasadom i postawa opozycyjna.

Konceptualizacja pacjenta

Jednym z kluczowych etapów pracy w CBT jest konceptualizacja (Turner *et al.*, 2020), czyli zrozumienie czynników wyzwalających dane zaburzenia, a także identyfikacja podstawowych przekonań, które stanowią fundament funkcjonowania pacjenta w jego relacjach wewnętrznych i społecznych (Spencer *et al.*, 2023). Analiza zachowań podtrzymujących występujące objawy umożliwia pacjentowi świadome ich rozpoznanie, co z kolei prowadzi do modyfikacji nieadaptacyjnych przekonań i wdrażania bardziej konstruktywnych wzorców zachowań. W dalszej części artykułu przedstawiono konceptualizację poznawczą objawów obserwowanych u pacjenta i zastosowane interwencje terapeutyczne.

Pierwsze negatywne przekonania pacjenta, czyli poczucie bycia bezwartościowym, wykształciły się w odpowiedzi na wczesne, trudne doświadczenia rodzinne. W szczególności brak obecności ojca, który często wyjeżdżał za granicę, oraz problemy emocjonalne matki, która nie mogła w pełni poświęcić pacjentowi uwagi, mogły prowadzić do poczucia zaniedbania. Dodatkowo konfliktowa atmosfera w domu związana z uzależnieniami ojca i częste kłótnie rodziców wytworzyły środowisko, w którym pacjent mógł rozwijać przekonania o własnej bezwartościowości. Sytuacje, w których matka była emocjonalnie niedostępna, a ojciec – mimo obecności – nie angażował się w życie rodzinne, mogły powodować, że pacjent dorastał w środowisku, w którym często spotykał się z brakiem wsparcia emocjonalnego, krytyką ze strony rodziców i porównywaniem go z innymi. W kolejnych latach, szczególnie od IV klasy szkoły podstawowej, chłopiec zaczął doświadczać problemów z rówieśnikami, był odrzucały, wyśmiewany, co wzmacniało negatywne schematy. Wykluczenie społeczne i brak umiejętności pracy w grupie były konsekwencją narastającego poczucia inności, braku zrozumienia i niedopasowania do otoczenia. Te doświadczenia mogły pogłębić wczesne przekonania o własnej bezwartościowości, jednocześnie rodząc frustrację i agresję – zarówno wobec rówieśników, jak i ojca. Z perspektywy CBT dziecko zaczęło formować negatywne schematy poznawcze, w tym głęboko zakorzenione przekonania o braku własnej wartości. Każdy konflikt w rodzinie, poczucie izolacji i brak wsparcia wzmacniały te schematy, prowadząc do przekonania, że to pacjent, jako jednostka, jest problemem. Agresywne zachowania mogły służyć jako nieadaptacyjne mechanizmy radzenia sobie z frustracją i poczuciem niesprawiedliwości. Chłopiec zaczął postrzegać innych jako mających „lepsze życie”, co sprzyjało rozwojowi przekonania, że jego cierpienie wynika z osobistych braków.

W miarę jak pacjent coraz częściej używał SPA (marihuany), zaczął doświadczać objawów psychotycznych, takich jak urojenia i halucynacje słuchowe. Dopytywany o znaczenie tych objawów interpretował je jako skutek długotrwałego stresu, braku wsparcia i nasilającego się lęku. W tym kontekście przekonanie o byciu „złym człowiekiem” można rozumieć jako pogłębienie wcześniejszych negatywnych przekonań o sobie. Według nurtu CBT mogło dojść do tzw. błędu atrybucji, czyli przekonania, że to sam pacjent odpowiada za wszystkie złe wydarzenia w swoim otoczeniu, co wzmacniało przekonanie o jego „złej naturze”. Objawy psychotyczne, takie jak urojenia ksobne (poczucie, że inni ludzie kontrolują go lub rozmawiają o nim), pogłębiały ten stan. Chłopiec zaczął postrzegać swoje myśli i zachowania jako dowody na to, że jest „zły”, co ostatecznie zaowocowało silnym lękiem i izolacją. Zaburzone postrzeganie rzeczywistości sprawiło, że nie potrafił racjonalnie ocenić sytuacji i przypisał sobie odpowiedzialność za problemy rodzinne i za własne cierpienie.

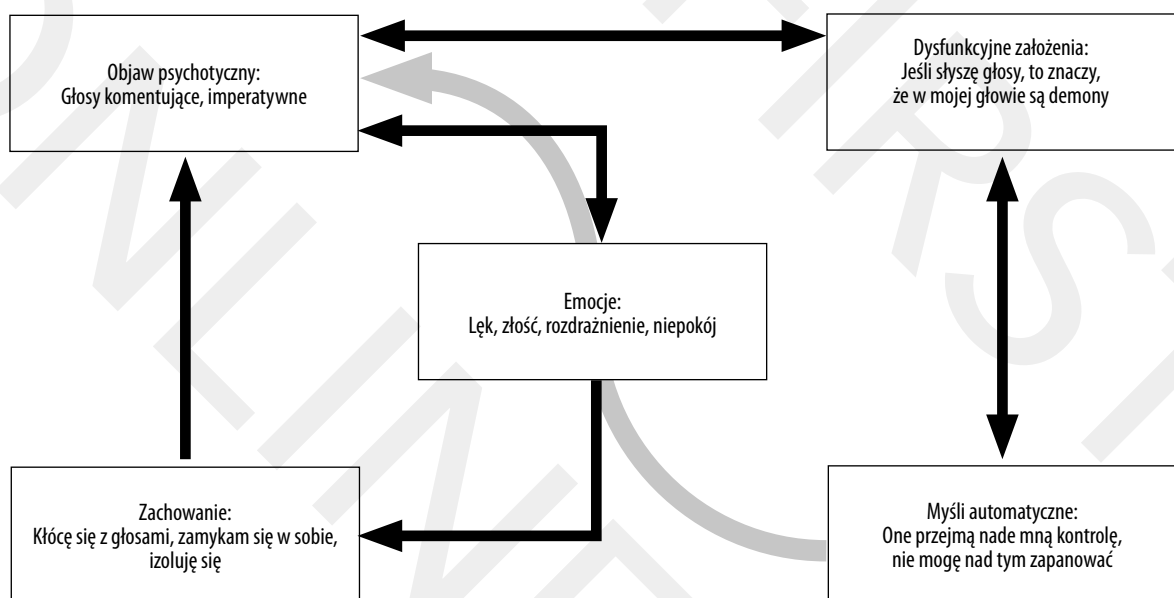
Przebieg terapii poznawczo-behawioralnej

Aby uzyskać optymalne efekty leczenia, zdecydowano o wdrożeniu regularnych spotkań terapeutycznych w nurcie poznawczo-behawioralnym.

Proces terapeutyczny rozpoczął się od przygotowania wstępnej konceptualizacji kryzysu psychotycznego pacjenta. Na ryc. 1 zaprezentowano model poznawczy objawów psychotycznych.

Następnie, zgodnie z protokołem leczenia objawów psychotycznych Kingdona i Turkingtona (2019), zawarto z pacjentem kontrakt na:

- Cele strategiczne (długoterminowe)



Ryc. 1. Poznawczy model psychozy według Becka na przykładzie pacjenta K. (Alford i Beck, 2005)

1. Stabilizacja stanu psychicznego – redukcja objawów psychozy oraz poprawa funkcjonowania społecznego i emocjonalnego pacjenta.
2. Zapobieganie nawrotom psychozy – nauka i wdrożenie strategii, które pomogą pacjentowi unikać ponownego zażywania substancji psychoaktywnych oraz kontrolować stresory, które mogą wywołać nawrót objawów.
3. Rozwój realistycznego/adekwatnego do rzeczywistości myślenia – nauka odróżniania myśli psychotycznych (np. urojeniowych) od realistycznych, racjonalnych sposobów myślenia.
4. Poprawa umiejętności radzenia sobie ze stresem – nauka zdrowych strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami, stresem i lękiem, które mogą nasilać objawy psychozy.
5. Reintegracja społeczna – wsparcie pacjenta w odbudowie relacji z rodziną i przyjaciółmi oraz w powrocie do życia szkolnego lub innej formy aktywności społecznej.
- Cele taktyczne (krótkoterminowe)
 1. Tworzenie/budowanie relacji terapeutycznej.
 2. Normalizowanie i „odstygmatyzowanie”.
 3. Psychoedukacja w modelu podatności na stres:
 - edukacja pacjenta na temat psychozy i wpływu SPA na umysł;
 - praca nad rozpoznawaniem i kwestionowaniem psychotycznych myśli (np. za pomocą techniki dyskusji poznawczej).
 4. Modyfikacja automatycznych myśli.
 5. Wprowadzenie strategii behawioralnych.
 6. Zmniejszenie objawów psychotycznych:
 - ćwiczenie uważności (*mindfulness*) oraz technik relaksacyjnych, które mogą pomóc pacjentowi w opanowaniu lęku i dezorientacji;
 - monitorowanie i analiza objawów – pacjent zapisuje swoje doświadczenia psychotyczne, by móc rozpoznawać wzorce i sygnały ostrzegawcze.
 7. Praca nad samoświadomością i kontrolą emocji:
 - nauka rozpoznawania wczesnych sygnałów stresu, które mogą prowadzić do nasilenia objawów;
 - ćwiczenia mające na celu identyfikację automatycznych negatywnych myśli oraz zastępowanie ich bardziej realistycznymi i adaptacyjnymi.
 8. Modyfikacja przekonań kluczowych.
 9. Wzmocnienie wsparcia społecznego:
 - zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny, edukacja na temat psychozy i roli wsparcia w zdrowieniu;
 - wprowadzenie pacjenta w grupy wsparcia dla młodzieży z podobnymi doświadczeniami, co może zwiększyć poczucie przynależności i zmniejszyć izolację.
 10. Tworzenie umiejętności zapobiegania nawrotom:
 - opracowanie planu dnia, który pomoże pacjentowi w strukturze i organizacji codziennych zajęć, co zmniejszy chaos i poczucie przytłoczenia;
 - stopniowy powrót do aktywności, które były ważne dla pacjenta przed psychozą (szkoła, hobby, sport);

- opracowanie listy wyzwalaczy (miejsc, sytuacji, emocji) związanych z nawrotami psychozy i uzależnienia;
- nauka zdrowych strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach i unikanie pokus związanych z używaniem SPA.

Jednym z pierwszych etapów pracy z pacjentem w psychozie ponarkotykowej jest skoncentrowanie się na budowaniu relacji terapeutycznej, która stanowi fundament skutecznej terapii. Z tego względu na początku procesu terapeutycznego szczególną wagę przywiązywano do stworzenia bezpiecznej, empatycznej i pełnej zrozumienia atmosfery. W początkowych sesjach pacjent był wielowątkowy, opowiadał historie, które nie składały się w logiczną całość. Bardzo trudno było zrozumieć, co w danej chwili próbuje przekazać. Z biegiem spotkań, po włączeniu farmakoterapii, zaczął tworzyć logiczne wypowiedzi, dopytywał o sens naszych spotkań i był nieufny w stosunku do dorosłych. Pacjent mógł mieć poczucie, że jego wcześniejsze trudności emocjonalne były ignorowane lub lekceważone przez osoby z jego otoczenia, dlatego terapeuta musiał okazać szczerze zainteresowanie i empatię wobec jego przeżyć. Celem było stworzenie przestrzeni, w której pacjent czuł się słuchany, zrozumiany i akceptowany bez oceniania, dzięki czemu mógł stopniowo otwierać się na rozmowę, bez obawy przed oceną czy naciskiem. Najważniejszym elementem było także uznanie jego obaw związanych z terapią. Młodzi ludzie często mają opory przed terapią, zwłaszcza gdy ich problemy wynikają z głębokich, negatywnych doświadczeń rodzinnych. Terapeuta musiał więc zrozumieć te wątpliwości i odpowiedzieć na nie w sposób otwarty i wspierający, podkreślając, że terapia to proces współpracy, a pacjent będzie miał pełną kontrolę nad tym, co chce omawiać. Ponadto w budowaniu relacji terapeutycznej kluczowe było ustalenie wspólnych celów terapii, co miało pomóc pacjentowi poczuć, że jego potrzeby i oczekiwania są brane pod uwagę. Omówienie jego oczekiwań związanych z terapią oraz tego, jak chciałby się czuć i jakie zmiany chciałby wprowadzić w swoim życiu, pomogło wzmocnić motywację do dalszej pracy i zaangażowanie w proces terapeutyczny.

Kolejny etap pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym z pacjentem obejmował normalizację i destygmatyzację jego doświadczeń psychotycznych – głównym elementem było uwzględnienie jego własnych treści i doświadczeń, co pozwoliło lepiej zrozumieć jego indywidualne przeżycia i wypracować spersonalizowane strategie terapeutyczne. Na wstępie chłopiec wyraził silne poczucie dezorientacji i niepokoju związanego z objawami psychozy. Mówił: „Nie rozumiem, czemu mnie to spotyka, już taki będę na zawsze” i „Czuję się, jakbym oszalał”. Terapeuta wykorzystał te wypowiedzi do wprowadzenia psychoedukacji, tłumacząc pacjentowi mechanizmy biologiczne i psychologiczne stojące za jego stanem. Wyjaśnił, że użycie SPA mogło zaburzyć równowagę neuroprzekaźników (szczególnie dopaminy), co wywołało objawy psychotyczne. Podkreślił, że tego typu reakcje mogą być przejściowe i możliwe do wyleczenia, co pomogło pacjentowi poczuć ulgę i zrozumieć, że jego objawy nie są wyjątkowe. W trakcie sesji chłopiec wspominał: „Myślałem,

że tylko ja słyszę głosy, że tylko ja tego doświadczam, zostałem wybrany”, co terapeuta wykorzystał do przekonania go o tym, że jego doświadczenia nie są wyjątkowe, podkreślając, że wiele osób, szczególnie młodych, które miały kontakt z SPA, może doświadczyć podobnych objawów, co pomogło pacjentowi zrozumieć, że nie jest sam w swoich przeżyciach. Dzięki temu przestał postrzegać swoje doświadczenia jako skrajnie nietypowe i zaczął rozumieć je jako efekt reakcji organizmu na silne stresory oraz na SPA.

Pacjent często wyrażał wstyd związany z psychozą, mówiąc: „Czuję, że już nigdy nie będę normalny” i „Ludzie będą mnie traktować jak wariata”. To wskazywało na silną autostygmatyzację. Terapeuta w tej fazie skoncentrował się na rozbiciu negatywnych przekonań chłopca o siebie samym. Terapeuta, w odpowiedzi na obawy pacjenta, podkreślił, że jego reakcje psychotyczne są związane z czynnikami zewnętrznymi, a nie z jego osobowością czy nieodwracalną „chorobą psychiczną”. Tłumaczył mu, że psychoza ponarkotykowa, choć poważna, jest możliwa do wyleczenia, a decyzja o abstynencji i podjęciu terapii pomoże mu w pełnym powrocie do zdrowia. Kiedy pacjent wyrażał obawy o to, jak będzie postrzegany przez innych, mówiąc: „Boję się, że gdy ludzie się dowiedzą, pomyślą, że jestem psycholem”, terapeuta skupił się na pracy nad zmianą przekonań. Wykorzystywał techniki poznawcze do podważania tych myśli: „Czy naprawdę wszyscy tak myślą? A co z tymi, którzy cię wspierali?” Poprosił chłopca o zidentyfikowanie sytuacji, w których jego obawy o ocenę były przesadne lub niezgodne z rzeczywistością. To umożliwiło pacjentowi zrozumienie, że stygmatyzacja, której się obawiał, jest często bardziej wewnętrzną projekcją niż faktem. W jednej z sesji chłopiec podzielił się refleksją: „Czuję się gorszy, że to mi się przydarzyło. Inni przecież tego nie przechodzą”. Terapeuta skupił się wtedy na wyjaśnieniach dotyczących reakcji na stresory i wskazał, że każdy człowiek w trudnych okolicznościach (np. w związku z presją społeczną, trudną sytuacją rodzinną czy używaniem narkotyków) może doświadczyć trudności psychicznych. Praca nad destygmatyzacją była również ukierunkowana na pomoc pacjentowi w oddzieleniu swojego „ja” od objawów: „To, że doświadczyłeś psychozy, nie definiuje cię jako osoby”. Podczas tego etapu chłopiec stopniowo zaczął mówić o swoich objawach bardziej otwarcie i z większym zrozumieniem. Zamiast traktować psychozę jako coś „obcego”, zaczął postrzegać ją jako zrozumiałą reakcję organizmu na używanie SPA, w kontekście wcześniejszych stresujących doświadczeń życiowych. Przykładowo powiedział: „Zaczynam rozumieć, że to nie oznacza, że jestem chory na zawsze, po prostu przesadziłem z tym, co brałem”. Ponadto dzięki pracy nad destygmatyzacją zaczął rozwijać bardziej realistyczne i pozytywne myślenie o sobie i swojej przyszłości, mówiąc: „Widzę, że mogę z tego wyjść, jeśli będę nad sobą pracował”. W ten sposób zyskał większe poczucie kontroli nad swoim zdrowiem psychicznym, co umożliwiło dalszą pracę nad strategią radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi i zapobieganiem nawrotom.

Następnym etapem była psychoedukacja pacjenta, co miało na celu zrozumienie przez niego procesu chorobowego, występowanie objawów oraz zaakceptowanie tego, że cierpi na pewną chorobę. Wykorzystano do tego celu model podatności na stres, który wyjaśnia rozwój zaburzeń psychicznych, w tym psychozy, poprzez interakcję predyspozycji biologicznych lub psychologicznych (podatność) i czynników środowiskowych (stresory). W przypadku opisywanego pacjenta możliwe jest wskazanie licznych czynników predysponujących i wyzwalających. Jego podatność mogła wynikać z trudnych doświadczeń w dysfunkcyjnej rodzinie. Brak więzi emocjonalnej z ojcem, jego uzależnienie oraz fizyczna i emocjonalna nieobecność mogły zakłócić prawidłowy rozwój emocjonalny dziecka, prowadząc do trudności w budowaniu więzi interpersonalnych i poczucia osamotnienia. Stresująca sytuacja domowa, związana z napięciem i stresem u matki, mogła dodatkowo obciążać pacjenta, zmniejszając jego zasoby emocjonalne potrzebne do radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami. Brak zrozumienia ze strony rówieśników oraz poczucie alienacji i wykluczenia społecznego mogły nasilić wewnętrzny dyskomfort emocjonalny, pogłębiając u niego poczucie osamotnienia i nieadekwatności. Wyjazd za granicę i roczne „wyrwanie” z dotychczasowego środowiska szkolnego i społecznego mogło wywołać dodatkowy stres, destabilizując jego poczucie tożsamości i przynależności społecznej. Z kolei czynniki wyzwalające (stresory) bezpośrednio obejmowały używanie SPA, które doprowadziły do psychozy ponarkotykowej. Substancje te, oddziałując na układ neuroprzekaźników (przede wszystkim dopaminy), mogły zakłócić równowagę neurochemiczną, co skutkowało wystąpieniem objawów psychotycznych, takich jak halucynacje, urojenia czy zaburzenia myślenia. Używanie SPA, przy istniejącej podatności emocjonalnej i biologicznej, stało się bezpośrednim wyzwalaczem epizodu psychotycznego. W ramach tego modelu rozwój psychozy u pacjenta można zrozumieć jako skutek kumulacji predyspozycji biologicznych i psychologicznych oraz ekspozycji na stresory. W tym przypadku zaburzenia relacji rodzinnych, wczesne doświadczenia traumy emocjonalnej i problemy w relacjach z rówieśnikami stanowiły istotne czynniki zwiększające jego wrażliwość na stresory. Stresory, takie jak wyjazd za granicę i używanie SPA, działały natomiast jako bezpośrednie bodźce wyzwalające psychozę (Mirski, 2016). Ponadto na tym etapie pacjent dowiedział się, jak SPA wpływają na percepcję rzeczywistości, myślenie i emocje oraz jak odstawienie kannabinoidów może stopniowo prowadzić do poprawy stanu psychicznego. Dzięki psychoedukacji zyskał większą świadomość, co pomogło mu zrozumieć, że objawy psychozy nie są trwałe, a także wzmocniło jego motywację do zmiany zachowań i udziału w terapii.

Kolejnym etapem terapii było zrozumienie myśli i przekonań pacjenta na temat występujących u niego objawów psychotycznych. Terapeuta pracował z nim, aby zidentyfikować irracjonalne treści urojeniowe w psychozie, takie jak przekonanie o tym, że pacjent ma dwie podświadomości lub

że „jego mózg został przekopiowany na drugą stronę”. Zaproponował mu ćwiczenie polegające na rozmowie z wewnętrznymi głosami. Celem tego ćwiczenia była pomoc pacjentowi w zrozumieniu i zintegrowaniu sprzecznych myśli oraz emocji, które przejawiają się w jego życiu jako „dyskusje” między głosem psychopatycznym a głosem dziecka socjopatycznego, poprzez zredukowanie wpływu tych myśli na codzienne życie i poprawę zdolności do konstruktywnego radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami. Przebieg ćwiczenia obejmował:

- Krok 1 – Przygotowanie. Usiądź w spokojnym, wygodnym miejscu, gdzie nikt nie będzie Ci przeszkadzał. Zrób kilka głębokich oddechów. Skup się na oddechu, aby się zrelaksować i wyciszyć umysł.
- Krok 2 – Zdefiniowanie głosów. Zidentyfikuj głosy. Pomyśl o dwóch głosach, które czujesz w sobie:
 - Głos A (psychopatyczny). Może być krytyczny, chłodny i pozbawiony empatii. Może sugerować działania, które są szkodliwe lub manipulacyjne. Jakie myśli i przekonania wyraża? W treści pacjenta było to: „Wydłub sobie oko, wyjdę nim i przejmę nad tobą kontrolę”.
 - Głos B (dziecka-socjopaty). Może być bardziej emocjonalny, chaotyczny i skoncentrowany na natychmiastowej gratyfikacji. Może wyrażać frustrację i pragnienie akceptacji. Jakie myśli i przekonania wyraża? W treści pacjenta: „Pozbądź się ich wszystkich! Tylko ci przeszkadzają! Wchodzą ci w drogę i nie pozwalają osiągnąć celu!”.
- Krok 3 – Wyobrażenie rozmowy. Wyobraź sobie, że te dwa głosy dyskutują ze sobą. Wizualizuj je jako postacie. Na przykład Głos A jako zimny, opanowany strateg, a Głos B jako zdenerwowane, pełne emocji dziecko. Wizualizacja: zamknij oczy i wyobraź sobie, jak te postacie wyglądają, jakie mają postawy i jak się zachowują. Pacjent opisał Głos A jako postać o niewyraźnych rysach, szarej skórze i chłodnym spojrzeniu. Mówił, że czuje duży dyskomfort, kiedy wyobraża sobie jego wygląd. Głos B natomiast opisywał jako postać z ciałem małego chłopca, ale z maskowatą twarzą, która była dla pacjenta przerażająca.
- Krok 4 – Rozmowa. Zaczynaj dialog między tymi głosami. Pozwól każdemu z nich wyrazić swoje myśli i uczucia. Według pacjenta Głos A mówił: „Nie potrzebujesz nikogo, aby czuć się dobrze. Możesz manipulować ludźmi, aby uzyskać to, co chcesz. Uczucia są słabością”, natomiast Głos B odpowiadał: „Ale czuję się samotny i zraniony! Nikt nie rozumie, przez co przechodzę. Już nigdy nie będziesz czuć się normalnie! Już zawsze będziesz miał zespół amotyacyjny!”. Pacjent poproszony o zapisanie tego dialogu na kartce powiedział, że do dyskusji dołączyły inne głosy, które pojawiły się w jego głowie. Ich rozmowa miała następujący przebieg:

Głos A: Dodali mi gówno do zioła, coś jest nie tak.
 Głos B: On jest psychopatą jednopółkulowym.
 Głos A: On, czyli kto?
 Głos B: Ja.
 Głos C: Fortunately, I can speak English.
 Głos B: Me too.

Głos A: Po ch** tu jesteś?

Głos B: Żebyś zdechł.

Głos A: Sp*****.

Głos B: Sam sp*****.

Głos B: On jest psychopatą jednopółkulowym, to jest taki głupi pan.

Głos D: Którym jesteś? Nie wiem... Nie wiem, jak to działa, na pewno nie półmózgiem.

Głos B: Debil nie rozumie sarkazmu. Czy ktoś mnie łaśkawie wypuści?

- Krok 5 – Refleksja. Otwórz oczy i zastanów się, czego właśnie doświadczyłeś. Jakie emocje się pojawiły? Co nowego odkryłeś o sobie? Czy dostrzegasz, że niektóre myśli mogą być zniekształcone? Zastanów się, które argumenty były silniejsze. Czy są jakieś prawdziwe fakty, które mogą pomóc ci w lepszym zrozumieniu samego siebie? Pacjent był skonsternowany przedstawieniem dialogu, który pojawił się w jego głowie. Martwił się, że jeden z tych głosów chce przybrać jego postać i przejąć nad nim kontrolę. Nawiązano ponownie do zrozumienia objawów psychotycznych, przypominając pacjentowi, że są to objawy choroby, na którą cierpi.
 - Krok 6 – Zamiana głosów. Spróbuj zamienić role. Weź na siebie Głos A i obroń jego stanowisko, a następnie przełącz się na Głos B i próbuj przekonać siebie, że nie musisz być psychopatą, by odnaleźć swoje miejsce w świecie. Pacjent zaczął zastanawiać się nad sensem dyskusji, która pojawiła się w jego głowie. Doszedł do wniosków, że być może głosy, które usłyszał, wynikają z lęków, że nie kontroluje swoich myśli i zachowania. Podważał przekonanie, jakoby którykolwiek z głosów mógł przejąć realnie nad nim kontrolę.
 - Krok 7 – Podsumowanie. Po zakończeniu ćwiczenia weź kilka głębokich oddechów i pamiętaj, że to ćwiczenie jest narzędziem do lepszego zrozumienia samego siebie. Zapisuj myśli, które pojawiają się w twojej głowie i prowadź z nimi podobne rozmowy. Odwołuj się za każdym razem do postrzegania tych głosów jako objawu chorobowego. Pamiętaj! Jesteś więcej niż tylko tymi myślami. Twoja wartość nie jest zdefiniowana przez te wewnętrzne głosy.
 - Refleksja po ćwiczeniu. Zachęcono pacjenta do refleksji nad tym ćwiczeniem. Zapytano, jakie nowe wnioski wyciągnął, jak może zastosować te spostrzeżenia w codziennym życiu. Pacjent rozumiał, że nie jest realne, aby ktoś przejął kontrolę nad jego ciałem lub myślami, a dialogi, które pojawiły się w jego umyśle, były zbiorem zdań i myśli lękowych, które są wytworem chorobowym. Zrozumiał, że zapisywanie i dyskutowanie z nimi, a także podważanie ich ma na celu nie tylko lepsze zrozumienie siebie, ale także redukcję wpływu wewnętrznych konfliktów na jego życie. Poprzez krytyczne analizowanie tych przekonań i poszukiwanie dowodów na ich poparcie lub obalenie terapeuta pomógł pacjentowi zrozumieć, że są one nieprawdziwe lub przesadzone.
- Kolejnym etapem było nauczanie pacjenta technik radzenia sobie z treściami urojeniowymi. Terapeuta wprowadził

go w techniki poznawcze, które polegały na uczeniu się rozpoznawania oraz kwestionowania myśli i doświadczeń. Poprzez ćwiczenia, takie jak zapisywanie myśli i ocenianie ich prawdziwości oraz testowanie alternatywnych wyjaśnień dla doświadczanych zjawisk, pacjent nauczył się dystansować od swoich urojeń. Na tym etapie jednym z zastosowanych ćwiczeń była technika „Przeglądania się myślom”, której celem było zwiększenie dystansu pacjenta do natrętnych myśli poprzez ich werbalizację i zewnętrzne przeglądanie się im, co pozwala na ich racjonalną ocenę i redukcję ich siły. Ćwiczenie wyglądało następująco:

- Instrukcja dla pacjenta – Kiedy pojawia się natrętna myśl, zamiast analizować ją wewnętrznym, spróbuj wypowiedzieć ją głośno lub napisać na kartce. Po wypowiedzeniu myśli na głos zastanów się, jak brzmi, kiedy jest wyrażona słowami. Czy wydaje się realistyczna? Czy to możliwe, że twoje przekonania są wyolbrzymione? Jeśli mówisz do siebie w myślach: „Na pewno ktoś mnie śledzi”, wypowiedz to na głos lub napisz na kartce: „Mam myśl, że ktoś mnie śledzi”. Następnie zacznij prowadzić „dialog” z tą myślą, na przykład zapytaj siebie: „Na czym opieram to przekonanie? Jakie są inne możliwe wyjaśnienia tej sytuacji?”
- Przykład pracy pacjenta – Natrętna myśl: „Ludzie w szkole rozmawiają o mnie za moimi plecami”. Wypowiedz na głos: „Mam myśl, że ludzie rozmawiają o mnie za plecami”. Potem zadaj sobie pytania: „Jakie mam na to dowody? Czy faktycznie ktoś coś powiedział, czy to tylko moja interpretacja?”. Następnie wspólnymi siłami terapeuty wraz z pacjentem doszli do myśli: „Nie słyszałem, żeby ktoś faktycznie mówił coś na mój temat, więc może to tylko moje odczucia, a nie rzeczywistość”, czego efektem było zrozumienie przez chłopca, że wypowiedzenie natrętnych myśli na głos lub zapisanie ich na papierze pozwala spojrzeć na nie z innej perspektywy. Często myśli, które wydają się bardzo realne w głowie, tracą swoją moc, gdy są werbalizowane lub zapisywane. Taki dialog z myślami może pomóc pacjentowi w racjonalizowaniu lęków i dostrzeganiu ich irracjonalnego charakteru.

Całości spotkań towarzyszyło wypełnianie przez pacjenta dzienniczka głosów i omamów. Każde spotkanie składało się ze skrupulatnego omawiania doświadczeń i odnoszenia ich do przekonań pacjenta: „Jestem złym człowiekiem” i „Jestem bezwartościowy”. Dodatkowo terapia skupiała się na wypracowaniu strategii radzenia sobie z emocjami, takimi jak lęk i smutek, które często towarzyszą psychozom ponarkotykowym. Terapeuta wyjaśnił pacjentowi model ABC Ellisa, na przykładzie którego wprowadził technikę rejestru myśli. Poprosił pacjenta, aby opisał swoje myśli z ostatniego epizodu lęku, który wystąpił na oddziale, a następnie wspólnie z nim przeanalizował ten przykład. Pacjent odczuwał silny lęk przed tym, że wszyscy go obserwują i widzą jego myśli. Terapeuta wskazał zależność pomiędzy interpretacją tej sytuacji a lękiem, który będzie nasilał objawy i intensyfikował myśli lękowe. Zaproponował pacjentowi, aby zaczął zwracać uwagę na swoje myśli i na ich podstawie

dokonywał realistycznej oceny, zanim emocje osiągną poziom paniki. Następnie terapeuta wprowadził technikę przeformułowywania myśli. Poprosił pacjenta, aby spróbował sformułować alternatywną, bardziej realistyczną myśl na podstawie tamtej sytuacji:

- Pacjent: „Może nie każdy się na mnie patrzył. Może to tylko moja wyobraźnia”.
- Początkowa myśl: „Wszyscy wiedzą, że coś jest ze mną nie tak”.
- Przeformułowana myśl: „Ludzie mogą patrzeć na mnie z wielu powodów, ale to nie znaczy, że mnie osądzają”.

Terapeuta wytłumaczył pacjentowi, że regularne stosowanie tej techniki może mu pomóc lepiej kontrolować swoje reakcje emocjonalne, i zaproponował mu, aby codziennie przez tydzień próbował ją stosować w sytuacjach, które wywołują lęk. Na następnych sesjach wprowadził pacjenta w stosowanie technik relaksacyjnych, takich jak głębokie oddychanie i progresywna relaksacja mięśni, aby zarządzać stresem i emocjami. Pacjent wydawał się zmotywowany do pracy nad automatycznymi myślami wywołanymi przez wcześniejsze doświadczenia związane z używaniem SPA. Najważniejszym elementem pracy w tym przypadku jest cierpliwe wspieranie pacjenta w budowaniu nowych, bardziej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie z emocjami oraz ciągła praca nad urealnianiem myśli, które zniekształcają jego percepcję rzeczywistości. Pacjent uczył się technik relaksacyjnych, takich jak głębokie oddychanie i progresywna relaksacja mięśni, aby zarządzać swoim stresem i lękiem. Jednym z etapów pracy z pacjentem było zaangażowanie do procesu leczenia także jego bliskich – mogą oni odgrywać istotną rolę w stabilizacji pacjenta, szczególnie na etapie wzmacniania zdrowych zachowań i unikania pokus. Uczono rodziców odnośnie do przebiegu choroby, objawów, a także rodzajów zachowań wspierających i szkodzących procesowi zdrowienia. Przekazano rodzicom, że bardzo istotnym czynnikiem jest uważanie emocji syna, które mogą być w tym czasie bardzo labilne i nieprzyjemne. W początkowej fazie terapii pacjent na spotkaniach z rodzicami był bardzo poddenerwowany. Wykrzykiwał wulgaryzmy w ich stronę, domagał się wypisu ze szpitala, groził, że zrobi sobie i im krzywdę. Przerywano te spotkania i zapraszano rodziców do gabinetu, aby wytłumaczyć im przyczynę takich zachowań oraz przedstawić zdrowe sposoby na radzenie sobie z nimi. Rodzice z biegiem czasu stawiali granice na spotkaniach z synem, co początkowo jeszcze bardziej rozdrażniało pacjenta. Kolejne spotkania pokazywały, że konsekwentne decyzje, spójność rodziców i zespołu terapeutycznego oraz liczne rozmowy na temat konieczności podjęcia leczenia w oddziale zamkniętym powodowały, że chłopiec przestał przejawiać rozdrażnienie na widok rodziców i zaczął adaptować się do pobytu na oddziale. Organizowano tam wspólne konsultacje terapeutyczne, na których uczono rodziców wspólnego rozwiązywania problemów i wzmacniano umiejętności komunikacji. Rodzina wspólnie przygotowała listę „zdrowych” aktywności, które mogą wykonywać, aby odciągnąć pacjenta od dawnych zachowań

związanych z SPA. Były to spacery, wspólne oglądanie filmów i hobby. Pacjent początkowo sceptycznie podszedł do pomysłu, jednak w przebiegu hospitalizacji zaczął otwarcie wyrażać potrzebę spędzania czasu z bliskimi.

Ostatnim etapem pracy z pacjentem była praca nad rozpoznawaniem oznak nawrotu. Chłopca zachęcono, aby odnowił kontakt z pozytywnie wpływającymi przyjaciółmi, którzy nie mają związku z używaniem SPA. Jednocześnie wprowadzano strategię unikania osób, które mogą być wyzwalaczami. Terapeuta z pacjentem przygotowali plan, jak należy zareagować, gdy dawni znajomi będą go namawiać do użycia SPA. Chłopiec był pełen obaw dotyczących takiego spotkania, terapeuta odbył z nim więc wiele rozmów o konieczności zakończenia relacji z chłopcami, z którymi palił marihuanę. Pacjent opowiadał o tym, jak pierwsze objawy psychotyczne, których doświadczył, pojawiały się przy nich, a oni je ignorowali i obśmiewali. „Mówili mi, że mam się ogarnąć, że pierdzielę głupoty, że ich przerażam. Nie chcieli ze mną wychodzić i palić, bali się, że im stanie się to samo”. Uświadomienie sobie roli znajomych w procesie uzależnienia i braku perspektyw na zdrowienie w ich towarzystwie pozwoliło pacjentowi nabrać dystansu do tych relacji i podjąć decyzję o zmianie grupy rówieśniczej. Następnie pracowano z pacjentem nad identyfikacją wyzwalaczy, aby mógł mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka nawrotu używania SPA lub objawów psychozy. Wspólnie opracowano listę obejmującą miejsca, gdzie używał SPA, uwzględniając także sytuacje stresujące, tj. w szkole, klótnie z rodzicami i emocje – nuda, smutek, złość i lęk. Plan obejmował reakcje na zdarzenia, gdy pojawi się jedna z emocji predysponujących do użycia SPA lub gdy zdarzy się coś, co może do tego prowadzić, na przykład natknięcie się na dawnych znajomych. Zaproponowano zmianę drogi do szkoły, telefon do przyjaciela, gdy spotka starą grupę rówieśniczą, bądź wcześniejsze wyjście z domu, aby uniknąć tych miejsc w godzinach, gdy są tam osoby, które kojarzą się z używaniem SPA. Unikanie wyzwalaczy to jedno, ale równie ważne jest zastąpienie dawnych, szkodliwych nawyków nowymi, pozytywnymi aktywnościami. Uczulono pacjenta, że jeśli czuje, że zaczyna się nudzić (co było wcześniej wyzwalaczem do używania SPA), może zastosować techniki rozpraszania, takie jak trening sportowy, gra na instrumencie muzycznym, medytacja, spacer, słuchanie muzyki, porozmawianie z siostrami lub rodzicami czy spotkania z przyjaciółmi. Plan działania w stresujących sytuacjach obejmował próbę ekspozycji na trudne sytuacje, odgrywanie rolę rówieśników zachęcających do użycia SPA, a następnie proszono pacjenta o zdrowe zareagowanie na tę sytuację. Pacjent uczył się stopniowo wchodzić w sytuacje, które wcześniej były dla niego wyzwalaczami, zaczynając od tych najmniej trudnych. Dzięki stopniowej ekspozycji zyskał większą kontrolę nad swoimi emocjami i reakcjami. Bardzo ważnym elementem zapobiegania nawrotom psychozy jest identyfikacja wczesnych sygnałów nawrotu. Nawroty psychozy zazwyczaj pojawiają się stopniowo, z wyraźnymi sygnałami ostrzegawczymi, które można rozpoznać i odpowiednio zareagować. W tej części terapii pacjent uczył się rozpoznawać te sygnały na wczesnym

etapie. Przykładowe ćwiczenie, jakie mu zaproponowano, to monitorowanie swoich myśli, emocji i zachowań, polegające na prowadzeniu dziennika, w którym codziennie zapisuje się swoje samopoczucie, emocje i ewentualne objawy, takie jak nagle zmiany nastroju, trudności w koncentracji, pojawianie się irracjonalnych myśli lub podejrzeń (np. myśli prześladowczych) lub zaburzenia snu. Dzięki temu możliwa jest szybka reakcja, na przykład w postaci stosowania technik relaksacyjnych lub kontaktu z terapeutą. Na wypadek wystąpienia objawów lub pojawienia się zagrożeń związanych z powrotem do używania SPA opracowano z pacjentem plan kryzysowy, który zawierał listę osób, z którymi może się on skontaktować, obejmującą rodzinę, terapeutę, przyjaciół i zaufane osoby. Wskazano również działania, które może podjąć, czyli unikanie wyzwalaczy. Podkreślono ogromny wpływ przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarza. Jeśli pacjent zauważy, że ma nawracające myśli o użyciu SPA, może zastosować technikę odwracania uwagi (np. zaczynając aktywność fizyczną lub angażując się w hobby), a także natychmiast skontaktować się z terapeutą lub rodzicem. Wprowadzono technikę o nazwie „Karta kryzysowa”, polegającą na tym, że chłopiec miał nosić przy sobie małą kartkę z przypomnieniem kroków, które powinien podjąć w przypadku zagrożenia nawrotem. Karta zawiera numery telefonów do ważnych dla niego osób, a także listę działań pomagających wrócić do równowagi.

Sesje pacjenta obejmowały także pracę nad jego funkcjonowaniem społecznym i codziennym życiem. Chłopiec spędzał czas z rówieśnikami na dogoterapii i warsztatach terapii zajęciowej, na których testował swoje przekonania o obserwowaniu przez rówieśników bądź obgadywaniu go. Pacjent uczestniczył w spotkaniach terapeutycznych w grupach, które pomagały w radzeniu sobie z sytuacjami społecznymi i budowaniu zdrowych relacji z innymi. Ponadto terapeuta pracował nad strategiami radzenia sobie z problemami codziennymi, takimi jak problemy z pamięcią i koncentracją, które mogły utrudniać normalne funkcjonowanie.

W ramach CBT ważnym krokiem jest zachęcanie pacjenta do podejmowania działań mających na celu nawiązanie nowych relacji i odbudowanie zaufania w kontaktach społecznych. Terapeuta może wprowadzać do stopniowego angażowania się w sytuacje społeczne, które umożliwią zdobycie pozytywnych doświadczeń. Poprzez małe sukcesy pacjent zacznie budować nowe przekonania dotyczące swojej wartości i kompetencji, co pozwoli na modyfikację głęboko zakorzenionych negatywnych schematów. Z czasem będzie w stanie przekonać się, że może nawiązywać zdrowe relacje, a jego przeszłe trudności nie definiują jego wartości jako człowieka.

PODSUMOWANIE

Przeprowadzona praca terapeutyczna skupiła się na głównych obszarach zarówno zapobiegania nawrotom objawów psychotycznych, jak i powrotu do używania SPA. Terapia była wieloetapowa, z naciskiem na rozpoznawanie

wyzwalaczy, wzmacnianie zdrowych strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami i budowanie silnej sieci wsparcia. W ramach terapii pacjent nauczył się identyfikować wyzwalacze, które mogły prowadzić do nawrotu psychozy lub powrotu do używania SPA. Regularnie monitorował samopoczucie za pomocą dziennika i skali samokontroli, co pozwalało mu na wczesne wykrywanie oznak zagrożenia nawrotem. Wypracował skuteczne metody radzenia sobie z trudnymi emocjami. Po zastosowaniu technik poznawczych, takich jak identyfikacja myśli automatycznych i ich zastępowanie bardziej konstruktywnymi, a także technik relaksacyjnych (np. oddychania przeponowego i progresywnej relaksacji mięśni) w trudnych sytuacjach zamiast sięgać po SPA, nauczył się wykorzystywać alternatywne formy radzenia sobie. Wraz z terapeutą opracowali szczegółowy plan kryzysowy na wypadek nawrotu. Plan ten zawierał konkretne kroki, które chłopiec może podjąć, gdy zauważy u siebie pierwsze oznaki pogorszenia stanu psychicznego, takie jak nagłe zmiany nastroju, trudności w koncentracji czy nasilenie myśli związanych z SPA. Kluczowym elementem sukcesu terapii było również zaangażowanie rodziny i stworzenie silnego wsparcia społecznego. Pacjent zyskał narzędzia do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i emocjami, a także ewentualnymi nawrotami psychozy, co zwiększyło jego odporność na pokusy związane z spożywaniem SPA. Z pomocą terapeuty stworzył „mapę wyzwalaczy”, co pomogło mu lepiej zrozumieć, jakie czynniki mogą prowadzić do nawrotu i jak ich unikać. Opracował również strategie odmawiania w sytuacjach, w których mógłby zostać namówiony do używania SPA, oraz sposoby na szybkie wycofanie się z takich sytuacji. Dzięki pracy terapeutycznej wypracował stabilne mechanizmy radzenia sobie z emocjami i sytuacjami, które wcześniej prowadziły do używania SPA i pojawienia się objawów psychotycznych. Terapia pozwoliła zbudować większą samoświadomość oraz umiejętność reagowania na wyzwalacze w sposób bardziej świadomy i kontrolowany. W czasie terapii ważnym krokiem było zachęcanie pacjenta do podejmowania działań mających na celu nawiązanie nowych relacji i odbudowanie zaufania w kontaktach społecznych. Terapeuta wprowadzał pacjenta do stopniowego angażowania się w sytuacje społeczne, które umożliwiały mu zdobycie pozytywnych doświadczeń. Poprzez małe sukcesy chłopiec zaczął budować nowe przekonania dotyczące swojej wartości i kompetencji, co pozwoliłoby w dalszym etapie terapii na modyfikację głęboko zakorzenionych negatywnych schematów. Z czasem będzie w stanie doświadczyć, że jest w stanie nawiązywać zdrowe relacje, a jego przeszłe trudności nie definiują jego wartości jako człowieka. Trudności związane z pracą z tym pacjentem opierały się na zaburzeniach poznawczych, takich jak zaburzenia uwagi, pamięci, co wpływało na trudności w realizacji zadań terapeutycznych i przyswajaniu nowych schematów myślenia, a także z niestabilnością emocjonalną, w tym niestabilnością w decyzji porzucenia poprzedniego życia. Pacjent był nietypowy ze względu na

młody wiek, co rzadko obserwuje się w psychozach ponarkotykowych. Dodatkowo jego opór wobec pracy terapeutycznej i zmienność zaangażowania były nasilone przez ograniczony wgląd i zmiany poznawcze wynikające z wpływu SPA na rozwijający się mózg. Dalsza praca z nim mogłaby dotyczyć przekonania o byciu „złym człowiekiem”, które wykształciło się u niego na tle trudnych doświadczeń rodzinnych i nasilenia objawów psychotycznych – wymaga ono wieloaspektowego podejścia terapeutycznego. CBT oferuje narzędzia pozwalające na modyfikację dysfunkcyjnych schematów poznawczych, które leżą u podstaw takich przekonań. W dalszej części pracy z opisywanym pacjentem istotne będzie zrozumienie, jak doszło do rozwoju przekonania o byciu złym człowiekiem, oraz zaplanowanie kroków, które pozwolą na jego stopniowe modyfikowanie i budowanie bardziej adaptacyjnych przekonań. Zrozumienie, że przekonanie o byciu „złym człowiekiem” jest wynikiem swoistych doświadczeń życiowych, a nie obiektywną prawdą, pozwoli pacjentowi nabrać dystansu do tego przekonania.

Pacjent został wypisany z oddziału po trzech miesiącach w poprawie stanu psychicznego, świadomy, prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie, w wyrównanym nastroju i napędzie. Negujący omamy, niewypowiadający urojeń – spontanicznie i dopytywany, bez formalnych zaburzeń myślenia, negujący myśli suicydalne, bez zachowań agresywnych i autoagresywnych, niezagrożający sobie ani innym z otoczenia. Został skierowany bezpośrednio do zamkniętego ośrodka leczenia uzależnień, gdzie deklarował motywację do współpracy. Z informacji przekazanych przez rodziców pacjenta kilka tygodni po jego wypisie wynikało jednak, że po 4 dniach pobytu w ośrodku chłopiec uciekł i był poszukiwany przez policję. Po 3 dniach został odnaleziony w lesie w pobliżu domu rodzinnego. Jego dalsze losy nie są znane autorom niniejszego artykułu.

Przedstawiony opis CBT nastoletniego pacjenta z rozpoznaniem psychozy ponarkotykowej może sugerować skuteczność tej terapii (w połączeniu z farmakoterapią) w leczeniu objawów wytwórczych po użyciu SPA. Obszar ten wymaga jednak dalszych randomizowanych badań kontrolowanych z udziałem homogennej grupy pacjentów z psychozą poin toksykacyjną. W badaniach warto uwzględnić między innymi takie zmienne, jak wiek badanych, płeć, wykształcenie, wykształcenie rodziców i inne dane socjodemograficzne oraz rodzaj używanej SPA, jej ilość i częstotliwość stosowania. Ponadto należałoby ocenić skuteczność samego protokołu terapeutycznego, a także wybranych interwencji terapeutycznych. Cenne byłoby także porównanie skuteczności CBT z innym podejściem terapeutycznym, uwzględniające cechy terapeuty i jakość relacji terapeutycznej, czyli zmienne niezależne od podejścia terapeutycznego.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt pracy; napisanie artykułu: IB. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: IB, JS, AP. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: IB, AP.

Piśmiennictwo

- Alford BA, Beck AT: Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. In: *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005: 109–130.
- Arseneault L, Cannon M, Witton J et al.: Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 84: 110–117.
- Avasthi A, Sahoo S, Grover S: Clinical practice guidelines for cognitive behavioral therapy for psychotic disorders. *Indian J Psychiatry* 2020; 62 (Suppl 2): S251–S262.
- Baldaçara L, Ramos A, Castaldelli-Maia JM: Managing drug-induced psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2023; 35: 496–502.
- Batinić B: Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment. *Psychiatr Danub* 2019; 31 (Suppl 2): 181–184.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al.: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386–389.
- Close H, Schuller S: Objawy psychotyczne. In: Bennett-Levy J, Butler G (eds.): *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych*. Alliance Press, Gdynia 2005: 220–237.
- Crebbin K, Mitford E, Paxton R et al.: First-episode drug-induced psychosis: a medium term follow up study reveals a high-risk group. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 710–715.
- Curran HV, Freeman TP, Mokrysz C et al.: Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nat Rev Neurosci* 2016; 17: 293–306.
- Fiske ST, Taylor SE: *Social Cognition: From Brains to Culture*. 3rd ed., Sage Publications, London 2017.
- Flanders SE: Delusions incorporating cannabis use in dually diagnosed patients with a primary psychotic disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 934–936.
- Galecki P, Szulc A: *Psychiatria*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
- van Gastel WA, Vreeker A, Schubart CD et al.: Change in cannabis use in the general population: a longitudinal study on the impact on psychotic experiences. *Schizophr Res* 2014; 157: 266–270.
- Guaiana G, Abbatecola M, Aali G et al.: Cognitive behavioural therapy (group) for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 7: CD009608.
- Gumley A, O'Grady M, McNay L et al.: Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 2003; 33: 419–431.
- Heider F: *The Psychology of Interpersonal Relations*. Wiley, New York 1958.
- Kingdon D, Turkington D: *Cognitive therapy of psychosis: research and implementation*. Schizophr Res 2019; 203: 62–65.
- Kingdon DG, Turkington D: *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. 1st ed., Psychology Press, 1994.
- Kuipers E, Garety P, Dunn G et al.: CBT for psychosis. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 534.
- Landa Y, Mueser KT, Wyka KE et al.: Development of a group and family-based cognitive behavioural therapy program for youth at risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10: 511–521.
- Mirski A: Typy biopsychospołeczne, wzory zachowania i osobowość w ujęciu psychosomatycznym. *Period Nauk Akad Polon* 2016; 16: 51–79.
- Morrison AP, Barratt S: What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophr Bull* 2010; 36: 136–142.
- Morrison AP, Turkington D, Pyle M et al.: Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 1395–1403.
- Newman-Taylor K, Bentall R, Ellett L: Special issue: State of the art in CBT and third-wave therapies for psychosis. *Psychol Psychother* 2024; 97: 1–3.
- Ross L: The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. *Adv Exp Soc Psychol* 1977; 10: 173–220.
- Shah D, Chand P, Bandawar M et al.: Cannabis induced psychosis and subsequent psychiatric disorders. *Asian J Psychiatr* 2017; 30: 180–184.
- Spencer HM, Dudley R, Johnston L et al.: Case formulation – a vehicle for change? Exploring the impact of cognitive behavioural therapy formulation in first episode psychosis: a reflexive thematic analysis. *Psychol Psychother* 2023; 96: 328–346.
- Starzer MSK, Nordentoft M, Hjorthøj C: Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 343–350.
- Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ: Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 365–373.
- Turner DT, Burger S, Smit F et al.: What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and delusions. *Schizophr Bull* 2020; 46: 1072–1085.
- United Nations Office on Drugs and Crime: *World Drug Report 2019*. Booklet 1. Executive Summary. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna 2019.
- Weiner B: An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychol Rev* 1985; 92: 548–573.
- Zheng SS, Zhang H, Zhang MH et al.: The effects of group-based cognitive behavioral therapy in the rehabilitation of patients with chronic schizophrenia with more than two years of community-based mental health group rehabilitation. *Technol Health Care* 2023; 31: 1911–1922.
- Zubin J, Spring B: Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86: 103–126.