

Robert Jakub Chmielecki¹, Jeremi Strzałek², Agnieszka Maria Pawełczyk²

Terapia poznawczo-behawioralna pierwszego epizodu psychiatrycznego kobiety ciężarnej w przebiegu schizofrenii – studium przypadku

Cognitive behavioral therapy of the first psychotic episode of a pregnant woman in the course of schizophrenia – a case study

¹ Oddział Ogólnopsychiatryczny, Szpital im. J. Babińskiego, Łódź, Polska

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

Adres do korespondencji: Robert Jakub Chmielecki, Oddział Ogólnopsychiatryczny, Szpital im. J. Babińskiego, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, e-mail: r.j.chmielecki@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PiPK.2025.0035>

ORCID iDs

Robert Jakub Chmielecki <https://orcid.org/0009-0008-4941-8711>

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

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

Streszczenie

Schizofrenia zaliczana jest do ciężkich zaburzeń psychicznych. Zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence standardem w leczeniu schizofrenii oprócz farmakoterapii jest stosowanie psychoterapii. Chociaż skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii potwierdzono w badaniach naukowych prowadzonych od początku lat 90. XX wieku, to w piśmiennictwie bardzo rzadko pojawiają się opisy pracy terapeutycznej z kobietami będącymi w ciąży i doświadczającymi zaburzeń psychiatrycznych w przebiegu schizofrenii. Celem artykułu było przedstawienie procesu leczenia psychotherapeutycznego w nurcie poznawczo-behawioralnym u pacjentki, u której jednocześnie rozpoznano schizofrenię i stwierdzono ciążę.

Słowa kluczowe: schizofrenia, terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia psychiatryczne podczas ciąży

Abstract

Schizophrenia is classified as a severe mental disorder. According to National Institute for Health and Care Excellence guidelines, psychotherapy should be the standard for treating schizophrenia, in addition to pharmacotherapy. Cognitive-behavioural therapy since the early 1990s, thanks to scientific research, has confirmed its effectiveness in the treatment of schizophrenia. Nevertheless, in the literature on the subject, there are few descriptions of therapeutic work with pregnant women experiencing psychotic disorders in the course of schizophrenia. To present the process of psychotherapeutic treatment in the cognitive-behavioural therapy trend in a patient diagnosed with schizophrenia and pregnancy over a concurrent period of time. The following paper focuses on the presentation of psychotherapeutic work in cognitive-behavioural therapy in pregnant women experiencing psychosis.

Keywords: schizophrenia, cognitive behavioural therapy, psychotic disorders during pregnancy

WSTĘP

Schizofrenia jest chorobą psychiczną o heterogenicznym obrazie, której przebieg kliniczny charakteryzuje się obecnością zróżnicowanych objawów (Okroj, 2021). Występuje na całym świecie, a ryzykiem zachorowania obciążony jest 1% populacji (Wciórka, 2009). Ocenia się, że u 12–35% chorych objawy pojawiają się przed 20. rokiem życia, u 4% – przed 15. rokiem życia, a u 1% – przed 10. rokiem życia (Abidi *et al.*, 2017). Charakterystyczne dla schizofrenii są objawy określone w literaturze przedmiotu jako pozytywne: urojenia (występują u około 80–90% chorych) oraz halucynacje (obserwowane u 60% pacjentów). Do podstawowych objawów należą również zaburzenia toku i treści myślenia oraz zmiany w zachowaniu i zaburzenia afektu (Andersen i Flaum, 1999). Obok objawów pozytywnych występują także objawy negatywne, do których zalicza się zmniejszenie motywacji i wycofanie społeczne, które mogą następować po ostrej fazie psychotycznej (Broniarczyk-Czarnecki, 2022). Szacuje się, że objawy negatywne utrzymują się u 20–40% chorych z pierwszym epizodem schizofrenii (Wróbel i Szulc, 2019).

Rekomendowane postępowanie w schizofrenii powinno obejmować leczenie pierwszego epizodu, leczenie podtrzymujące, leczenie zaostrzeń i zapobieganie nawrotom. Za bezwzględnie konieczne uważa się stosowanie leków przeciwpsychotycznych (Janas-Kozik *et al.*, 2022), w tym najczęściej wykorzystywane są leki przeciwpsychotyczne II generacji (Schneider *et al.*, 2014). Większość rekomendacji dotyczących farmakoterapii odnosi się do pacjentów, u których nie stwierdza się bezwzględnego przeciwwskazania do jej stosowania. Choroba psychiczna nie zakłóca zdolności rozrodczych osób nią dotkniętych, choć jak wskazują badania, może przyczynić się do zmniejszenia współczynnika płodności (Rowlands i Redshaw, 2012). Powszechne stosowanie nowoczesnego leczenia farmakologicznego w znacznym stopniu przyczyniło się do poprawy jakości życia chorych na schizofrenię i zwiększyło w tej grupie odsetek kobiet decydujących się na urodzenie dziecka (Taylor *et al.*, 2003). W nielicznych doniesieniach odnoszących się do tego zagadnienia zakładano, że blisko 50% kobiet chorujących na schizofrenię może starać się o potomstwo (Robinson, 2012), co będzie wymagało odpowiedniego leczenia w okresie ciąży. Jedną z takich interwencji, obok farmakoterapii, jest zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavioural therapy*, CBT). W literaturze przedmiotu opisano jej skuteczność u osób doświadczających schizofrenii (Kingdon i Turkington, 2017), jednakże niewiele jest badań przeprowadzonych z udziałem chorych na schizofrenię w okresie ciąży. Autorom nie są też znane publikacje poświęcone tej szczególnej problematyce. Z tego względu zdecydowano się opisać proces terapii pacjentki znajdującej się pod opieką psychoterapeuty w oddziale psychiatrycznym.

W dostępnej autorom literaturze znajdują się rekomendacje dotyczące farmakoterapii zaburzeń psychotycznych w ciąży,

oparte są one głównie na danych obserwacyjnych oraz analizie bilansu ryzyka i korzyści, co nie pozwala na uznanie ich za jednoznaczne wytyczne kliniczne (Urban-Kowalczyk, 2017). W związku z tym w każdym przypadku lekarz powinien minimalizować negatywne konsekwencje wynikające z ostrych objawów choroby dla pacjentki i jej dziecka, dobierając odpowiednie dawki leków (Urban-Kowalczyk, 2017). Galbally i wsp. (2014), pisząc o stosowaniu leków przeciwpsychotycznych u ciężarnych, wskazali, że podawanie minimalnych dawek o wątpliwej i niepewnej skuteczności może stanowić ryzyko zarówno dla matki (konsekwencje niestabilnego funkcjonowania psychicznego), jak i płodu (zagrożenia związane z ekspozycją na lek).

Biorąc to pod uwagę, zasadne wydaje się stosowanie sprawdzonych metod psychoterapeutycznych wspomagających proces leczenia, pozbawionych teratogenności. Metaanalizy odnoszące się do oceny skuteczności CBT w schizofrenii i ryzyka psychoz przyniosły następujące wnioski:

- Morales-Pillado i wsp. (2023) wykazali, że zdalne interwencje (psychoedukacja, trening funkcji poznawczych) w CBT mogą stanowić postępowanie wspierające leczenie z wyboru;
- Penney i wsp. (2022) stwierdzili, że trening metapoznawczy cechuje się udowodnioną skutecznością w redukcji nasilenia urojeń;
- Yip i wsp. (2022), analizując skuteczność CBT oraz terapii akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT), wskazali, że psychoedukacja oparta na *mindfulness* wpływa korzystnie na ogólne obniżenie nasilenia objawów.

Zalecenia terapeutyczne American Psychiatric Association wskazują, że działanie pierwszego rzutu powinno opierać się na leczeniu przeciwpsychotycznym. Z kolei rekomendowane oddziaływania psychoterapeutyczne głównie opierają się na CBT (Kowalski *et al.*, 2023). National Institute for Health and Care Excellence w swych zaleceniach rekomenduje łączenie farmakoterapii z CBT. Sformułowano również wytyczne, zgodnie z którymi, przy niemożności stosowania farmakoterapii, można wykorzystać tylko CBT. Dodano przy tym zastrzeżenie o konieczności monitorowania stanu pacjenta (Kowalski *et al.*, 2023).

Skuteczność CBT w odniesieniu do leczenia zaburzeń psychotycznych potwierdzono w licznych badaniach. Na ich podstawie opracowano modele teoretyczne do pracy psychoterapeutycznej (Beck *et al.*, 2010). W opracowaniach Meehla, Phillipsa i Silversteina oraz Hoffmana i Kapura położono nacisk na to, że podłożem schizofrenii są zmiany przetwarzania poznawczego (Beck *et al.*, 2010). Model Walker i Diforia odnosi się natomiast do reakcji na stres. Opis Weinbergera skupia się na zaburzeniach neurorozwojowych, zaś Grace koncentrował się na wyjaśnieniu wskazującym, że zaburzenia myślenia wynikają ze zmniejszonej aktywności jądra półkuli przedniej (Beck *et al.*, 2010). Model opracowany przez Garety i Hemsleya (1994) posłużył autorom niniejszego artykułu do opisu pracy psychoterapeutycznej. Istotą tego modelu jest bazowanie na swoistych

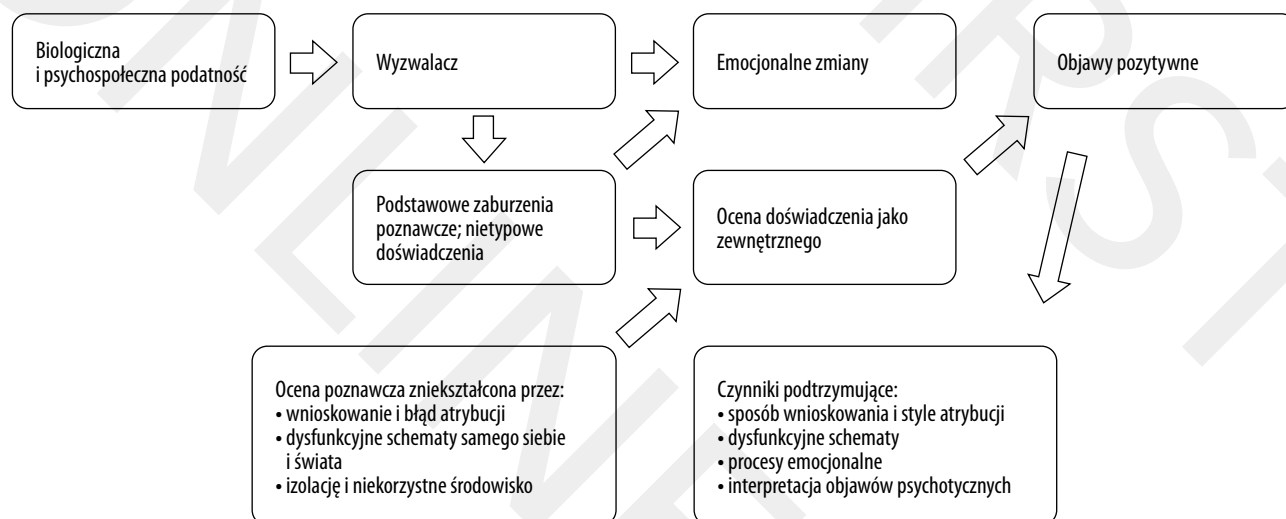
warunkach środowiskowych, które swym oddziaływaniem przyczyniają się do wywoływania silnych potencjałów emocjonalnych, co w efekcie podatności biologicznej danej jednostki na wystąpienie zaburzeń psychiatrycznych może indukować zaburzenia postrzegania i interpretacji rzeczywistości w postaci urojeń i halucynacji (Garety i Hemmley, 1994). Model objawów pozytywnych autorstwa Garety i wsp. przedstawiono na ryc. 1.

KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU

Informacje ogólne i problem zgłaszany przy przyjęciu

Pacjentka lat 38, pierwszy raz hospitalizowana psychiatrycznie, wykształcenie wyższe, rasy kaukaskiej, mieszkająca w mieście średniej wielkości. Rozwiedziona, obecnie w nieformalnym związku. Do szpitala przywieziona przez zespół ratownictwa medycznego, po wcześniejszej interwencji policji wezwanej przez osoby trzecie. Zarówno przy przyjęciu do szpitala, jak i w pierwszych godzinach pobytu w nim wykazywała znaczną dezorganizację zachowania pod postacią silnego lęku. Wyповідаła treści świadczące o toczącym się procesie psychiatrycznym – urojeniowej interpretacji rzeczywistości. Twierdziła, że jej obecność w szpitalu jest wynikiem spisku innych osób, które chcą jej zaszkodzić i ją skrzywdzić. Na personel medyczny reagowała napięciem, agresją słowną, prezentowała zachowania impulsywne i nieprzewidywalne: kopała w drzwi, uderzała rękami, próbowała uciec z oddziału. W związku z prezentowanymi objawami i ich eskalacją, zgodnie z przesłankami wynikającymi z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zastosowano czasowe unieruchomienie pacjentki i przyjęto ją do szpitala, w myśl art. 23 tej ustawy. Przy przyjęciu chorej wykonano pełny panel badań, w tym test ciążowy polegający na pomiarze stężenia podjednostki beta ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (beta-hCG). Na podstawie ujemnych

wskaźników toksykologicznych wykluczono pierwszą hipotezę, zgodnie z którą objawy psychiatryczne mogły być spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Uzyskane stężenie beta-hCG wskazywało natomiast na to, że pacjentka jest w ciąży, co skutkowało dostosowaniem leczenia farmakologicznego do jej stanu. Farmakoterapia została więc ograniczona do grupy leków o potencjalnie najniższym działaniu teratogennym i polegała na stopniowym włączaniu haloperidolu i kwetiapiny. Podczas oczekiwania na pełne efekty działania leków zdecydowano się rozpocząć oddziaływania psychoterapeutyczne, mające na celu osiągnięcie ogólnego dobrostanu psychicznego przez pacjentkę. Pierwsze oddziaływania psychoterapeutyczne stosowane w trakcie hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym były skoncentrowane na zbudowaniu relacji terapeutycznej z pacjentką. Początkowo prezentowała ona w zachowaniu duży poziom lęku, który ujawniał się w potrzebie przebywania w bezpiecznych warunkach i bezpiecznym otoczeniu. Uspokajała się w gabinecie terapeutycznym, podczas rozmowy z niewielką grupą osób ograniczającą się do lekarza lub psychoterapeuty, podczas gdy w pomieszczeniach dostępnych dla innych pacjentów prezentowała dezorganizację zachowania i poczucie zagubienia. Wówczas obserwowano u pacjentki reakcję płaczu, zaleganie w łóżku, unikania kontaktu z innymi chorymi. W chwilach najsilniejszego lęku pacjentka zwracała się wielokrotnie do poszczególnych osób z personelu medycznego z prośbą o spędzanie z nią czasu. Gdy spędzała go samodzielnie, nasilały się u niej objawy psychiatryczne pod postacią urojeniowej interpretacji. Wyповідаła następujące treści: „jestem w zagrożeniu, są tutaj obcy ludzie, którzy chcą zrobić mi krzywdę, [...] to wszystko to jakiś eksperyment, [...] muszę uciekać, ukryć się”. Przy nawiązywaniu relacji terapeutycznej istotne było uzyskanie od pacjentki informacji na temat wydarzeń, które mogły poprzedzać i wywoływać obserwowane objawy w postaci nasilonego niepokoju. Doświadczany przez nią intensywny lęk, a także tendencja do urojeniowej interpretacji



Ryc. 1. Model objawów pozytywnych Garety i wsp. (tłum. Boron-Pugaciewicz, 2021)

rzeczywistości wiązały się z czynnikami sprawczymi rozwoju psychozy, wśród których pacjentka wskazywała traumatyzujące doświadczenia: śmierć matki, brak wsparcia ze strony najbliższych oraz silne poczucie osamotnienia.

Z wywiadu zebranego po częściowej stabilizacji stanu psychicznego wynikało, że pacjentka była leczona psychiatrycznie w warunkach ambulatoryjnych jeszcze przed opisywaną w artykule hospitalizacją. Miało to miejsce w okresie sprawy rozwodowej oraz bezpośrednio po jej zakończeniu. Wówczas rozpoznano u niej zaburzenia depresyjne w przebiegu zaburzeń adaptacyjnych i zalecono farmakoterapię zgodną z leczeniem depresji pierwszego rzutu. Pacjentka nie uczestniczyła w psychoterapii, a wsparcie emocjonalne uzyskiwała głównie od matki, a okresowo również od przyjaciółek.

Profil rozwojowy i historia życia pacjentki przed terapią

Pacjentka urodziła się o czasie, była planowanym dzieckiem. Rodzice nie zdecydowali się na większą liczbę dzieci. Pacjentka wskazywała, że w domu funkcjonował taki przekaz, że matka zawsze marzyła o córce i kiedy ona przyszła na świat, nie chciała już mieć więcej dzieci. W subiektywnej ocenie pacjentki relacje między poszczególnymi członkami rodziny były poprawne. Z wywiadu wynika natomiast, że jej ojciec odgrywał wycofaną rolę, a głównie dominującą była matka. Pacjentka nie obserwowała między nimi gestów wskazujących na bliskość emocjonalną. Względem pacjentki jedynie matka wykazywała zainteresowanie rodzicielskie i opiekę.

W dzieciństwie pacjentka doświadczała trudności w budowaniu bezpiecznej relacji. Jej ojciec zmarł wcześniej i była wychowywana tylko przez matkę i dziadków od strony matki. W okresie licealnym doświadczyła pierwszej straty spowodowanej śmiercią dziadka, a niedługo później babci. W tym okresie odczuwała nasilone objawy psychosomatyczne pod postacią dolegliwości żołądkowych. W związku z tym była często zwalniana ze szkoły, pozostawała w domu i mogła liczyć na troskliwą opiekę ze strony matki. W tym okresie miała pierwszy kontakt z psychologiem, który zauważał u niej cechy zaburzeń depresyjno-lękowych. Z perspektywy czasu można stwierdzić, że więź matki i córki była bardzo silna. Kobiety nie utrzymywały kontaktu z krewnymi, w związku z czym po śmierci matki, a następnie w czasie opisywanego leczenia pacjentka nie otrzymała od nich wsparcia.

W szkole pacjentka wykazywała się spokojnym usposobieniem. Nie sprawiała trudności wychowawczych. W latach szkolnych była raczej w czołówce klasowej; jak sama podaje, dostawała dużo wsparcia od nauczycieli, którzy ceniili ją jako zdolną uczennicę. W klasie nie miała zbyt wielu bliskich znajomych, jednak była lubiana i akceptowana jako koleżanka. Do liceum poszła z jedyną swoją przyjaciółką, nie miała wówczas planów i pomysłów na przyszłość. W tamtym okresie życia poznała swojego pierwszego

chłopaka, z którym była od połowy szkoły średniej. Pacjentka po zakończeniu własnych studiów socjologicznych zdecydowała się na zawarcie małżeństwa ze swoim długoletnim partnerem, którego poznała jeszcze w czasie liceum. Małżeństwo nie trwało długo, bo dwa lata. Początkowo pacjentka wyprowadziła się z domu rodzinnego i zamieszkała z mężem. Najpierw funkcjonowali bardzo dobrze, trudności zaczęły się pojawiać mniej więcej po roku wspólnego mieszkania. W tamtym czasie zdiagnozowano u jej matki chorobę nowotworową, więc pacjentka spędzała z nią cały swój wolny czas, rezygnując z relacji z mężem. Postępująca choroba matki wpłynęła na funkcjonowanie psychiczne pacjentki. Zdiagnozowano u niej zaburzenia depresyjne – potwierdzone przez psychiatrę – pacjentka nie odczuwała przyjemności z działań, które wcześniej sprawiały jej radość. Zrezygnowała z aktywności sportowych, pojawiały się absencje w pracy. Objawy chorobowe nasilały się, co skutkowało zwolnieniem lekarskim. W tym czasie odczuwała osamotnienie, brak takiego wsparcia, jakiego by oczekiwała ze strony męża. Z perspektywy czasu oceniła ten okres jako odczuwanie strachu i beznadziejności jednocześnie. Wówczas po raz pierwszy uznała, że nie czuje się bezpiecznie w związku. Swoje problemy z poczuciem bezpieczeństwa rozwiązywała poprzez rozmowy internetowe z różnymi osobami. Nawiązała relacje z nowym mężczyzną, z którym miała romans i który po zakończeniu jej małżeństwa stał się jej nowym partnerem.

Po rozwodzie pacjentka zamieszkała z matką i opiekowała się nią, co skutkowało częstymi absencjami w pracy. Choroba matki bardzo szybko postępowała i w krótkim czasie doprowadziła do śmierci. Podczas rozmów pacjentka przyznawała, że przez dłuższy czas po odejściu matki była w częściowej dezorganizacji „i nie do końca zdawała sobie sprawę z tego, co się wokół niej dzieje”. Z perspektywy czasu określiła ten okres życia jako funkcjonowanie „w pewnej bańce, bez refleksji nad tym, co przyniesie przyszłość”. Po śmierci matki doświadczała silnych objawów lękowych. W pracy pacjentka była urojeniuowo nastawiona do wszystkich współpracowników. W związku z powyższym impulsywnie podjęła decyzję o odejściu z pracy. Po śmierci matki i zwolnieniu z pracy pacjentka wyprowadziła się z domu rodzinnego. Wynajęła mieszkanie, do którego przeprowadził się z nią jej partner. Pacjentka podaje, że początkowo dawał jej wsparcie, jednak później odczuwała, że się od niej odsuwa. Wówczas była przekonana, że nie jest dla niego atrakcyjna. Pacjentka w tamtym okresie znacznie wspierała finansowo partnera, aby ten od niej nie odszedł. Dopytywana o powody takiego postępowania stwierdzała, że chciała go sprawdzić. Jej działania nie przyniosły jednak zamierzonego rezultatu. Nasiliły się wówczas u niej objawy psychotyczne – ucieczka z domu, zamieszkiwanie po hotelach. W zaostrzeniu choroby pacjentka podjęła jednorazowy przypadkowy kontakt seksualny, którego skutkiem było zajście w ciążę. W związku z tą zdradą, już w trakcie hospitalizacji pacjentki, jej partner zdecydował o rozstaniu.

Funkcjonowanie pacjentki w realnym życiu przed terapią

Sfera zawodowa

Pacjentka pracowała od dłuższego czasu w jednym miejscu. Zajmowała się zadaniami biurowymi. Nie zmieniała firmy, gdyż czuła się w niej swobodnie i w miarę bezpiecznie. Kilka miesięcy przed hospitalizacją doświadczała poczucia negatywnego nastawienia ze strony współpracowników. Uważała, że atmosfera się popsuła, ponieważ koledzy chcą jej zaszkodzić – odsuwają ją od siebie. Prezentowała postawę ksobną, wzmożoną ostrożność, wzmocnione poczucie lęku i niepewności. Miejsce pracy przestało być dla niej bezpieczne. Niespodziewanie zwolniła się, co było dla niej działaniem całkowicie nieprzewidywalnym.

Sfera osobista

Pacjentka zawsze miała małe grono znajomych i przyjaciół. Utrzymywała kontakt z dwiema przyjaciółkami z okresu wczesnej młodości, od których otrzymywała wsparcie. Była zamężna z mężczyzną, którego poznała w okresie liceum. Małżeństwo trwało bardzo krótko, a rozwód nastąpił na skutek braku relacji między małżonkami. Po rozwodzie pacjentka nawiązała kolejną relację z mężczyzną, który wykorzystywał jej środki finansowe do zaspokajania własnych potrzeb. Kobieta miała także trudności w nadmiernie symbiotycznej relacji z matką i po jej śmierci odczuwała ogromną pustkę emocjonalną wynikającą z utraty jedynej osoby dającej jej wsparcie.

Funkcjonowanie w sferze towarzyskiej

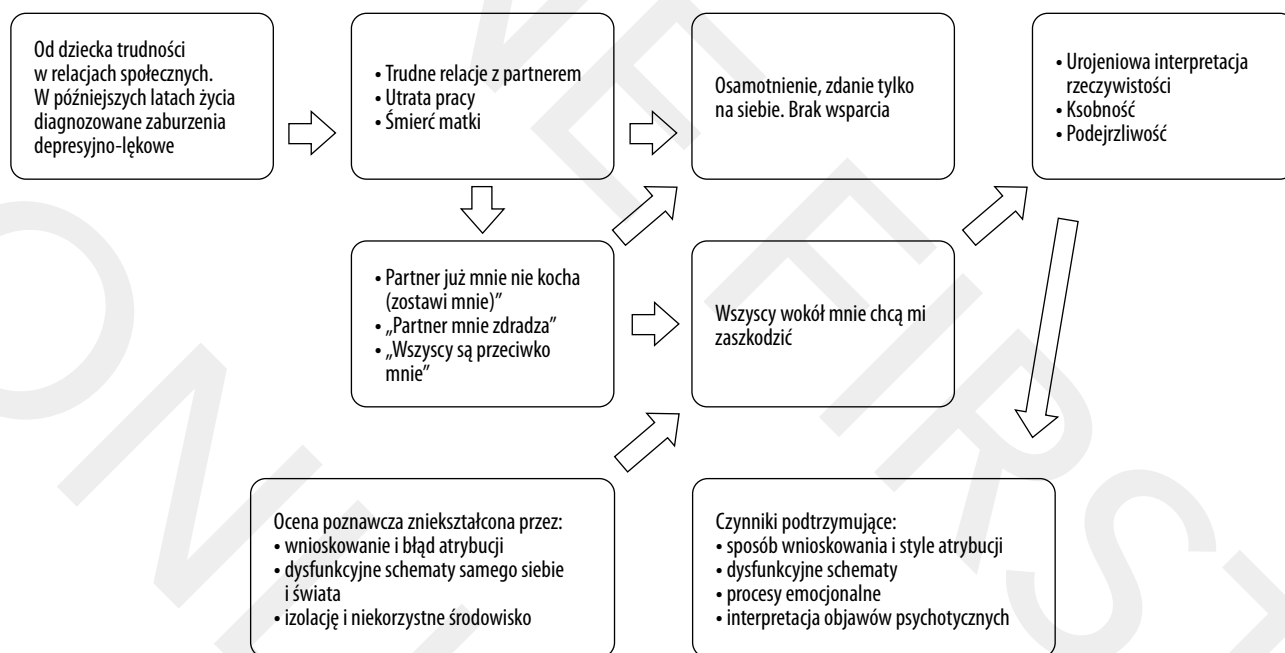
Pacjentka miała bardzo małą sieć wsparcia ze strony znajomych. Matka była jej jedyną rodziną i po jej śmierci zabrakło wsparcia ze strony bliskich. Kobieta nigdy nie utrzymywała kontaktów z krewnymi. W budowanych przez siebie – nielicznych – relacjach romantycznych nie otrzymywała wsparcia emocjonalnego od partnerów. Przed zachorowaniem na schizofrenię czas poświęcała głównie na opiekę nad matką lub spędzanie z nią czasu. Sporadycznie spotykała się z koleżankami.

Przed hospitalizacją i rozpoczęciem CBT w zachowaniu pacjentki dominowały unikanie interakcji, tendencje ucieczkowe w sytuacjach trudnych, izolowanie się, brak zaufania i poszukiwanie bezpieczeństwa. Najczęściej występującymi wówczas myślami skierowanymi do siebie było „jestem w niebezpieczeństwie”, a w myśleniu o innych osobach – „ludzie krzywdzą”. Postrzeganie świata przez pacjentkę opierało się na myśli „świat jest zagrażający”. Takie zachowanie i myślenie często było determinowane dominującymi wówczas emocjami – lękiem i strachem. Całościowe funkcjonowanie pacjentki zbudowane zostało zatem na przekonaniu kluczowym „jestem bezradna”. Przekonanie pośredniczące, potwierdzające powyższe stwierdzało natomiast „jeśli zostanę sama, to znaczy, że jestem słaba, bezbronna, narażona na zranienia”.

Opis prowadzonej terapii

Jednym z etapów pracy psychoterapeutycznej w nurcie CBT jest poznanie czynników wywołujących dane zaburzenie, a następnie określenie przekonań kluczowych, będących niejako fundamentem, na którym porusza się dany pacjent w relacjach intrapsychicznych i interpersonalnych. Rozpoznanie zachowań podtrzymujących dane zaburzenia pozwala na ich świadome rozpoznawanie przez pacjenta, modyfikację dysfunkcyjnych przekonań, a co za tym idzie wprowadzanie nowych adaptacyjnych zachowań. W dalszej części artykułu przedstawiono konceptualizację poznawczą obserwowanych u pacjentki objawów, a następnie opisano podejmowane oddziaływania terapeutyczne.

Na podstawie ryc. 2, przedstawiającej model objawów pozytywnych Garety i wsp., można stwierdzić, że pacjentka prezentowała od dziecka cechy mogące wpłynąć na rozwój zaburzeń psychiatrycznych. Na pierwszy plan wysuwają się tutaj izolacja od środowiska rówieśniczego, trudność w nawiązywaniu trwałych relacji i osamotnienie. Czynnikiem aktywizującym wystąpienie zaburzeń psychiatrycznych był silny długotrwały stres związany ze śmiercią matki, z którą pacjentka miała relację symbiotyczną. W związku z tym uaktywniło się przekonanie kluczowe pacjentki na temat własnej bezradności. Przyszłość była postrzegana w kategoriach zagrożenia. Pojawienie się zatem długotrwałego silnego stresu w jej życiu spowodowało załamanie schematu funkcjonowania i wystąpienie zaburzeń psychiatrycznych. Praca psychoterapeutyczna rozpoczęta na oddziale psychiatrycznym w pierwszej kolejności polegała na nawiązaniu relacji i zbudowaniu zaufania u pacjentki. Wraz ze stopniową stabilizacją jej stanu psychicznego podjęto rozmowę informującą ją o ciąży. W czasie tej rozmowy pacjentka wykazywała nieadekwatną reakcję na przekazaną jej wiadomość. Spontanicznie nie ujawniała zainteresowania. W czasie rozmowy sprawiała wrażenie, jakby zapominała o treści przekazywanych informacji. Jedynie w sytuacjach nakierowywania na omawiany temat, czyli ciążę, odnosiła się do tego. W swoich wypowiedziach wykazywała brak akceptacji i niedowierzanie, bagatelizowała informację o ciąży, z kolei innym razem reagowała bezkrytycznie, nieadekwatnie i infantylnie myśleniem życzeniowym, fantazjami o idealnym partnerze, który otoczy ją i dziecko opieką oraz sprawi, że całe jej życie będzie cudowne. Sytuację osobistą pacjentki dodatkowo komplikowało to, że ciąża nie była planowana. Relacja z partnerem opierała się na niewielkim wsparciu emocjonalnym i braku gotowości na ciążę. W opisywanym okresie pacjentka przeżywała trudności w rozpoznawaniu i interpretowaniu emocjonalnych sygnałów płynących z otoczenia, co wzmagало jej dezorganizację psychiczną i nasilało objawy psychiatryczne. Towarzyszyły jej niestabilne reakcje emocjonalne, których głównym źródłem był brak akceptacji ciąży. Obserwowano zmienność zachowania: od reakcji płaczu do pozytywnego myślenia o posiadaniu dziecka, oglądaniu zdjęć ultrasonograficznych, aż do całkowitego wyparcia istnienia



Ryc. 2. Model objawów pozytywnych na podstawie Garety i wsp. przedstawiający objawy opisywanej pacjentki

cięży, chęci jej usunięcia. Pacjentka twierdziła wówczas „to nie moje dziecko, nie mogę go urodzić”. W toku zbierania dodatkowych informacji od pacjentki i jej partnera okazało się, że nie planowali wspólnie dziecka, a sama ciąża nie jest wynikiem ich relacji. Pacjentka wskazała z czasem, że w zaostreniu choroby – podczas ostrej psychozy – doszło do kontaktu seksualnego z nieznanym mężczyzną, czego efektem była ciąża. Po uzyskaniu tej informacji partner pacjentki zdecydował o rozstaniu i zaprzestaniu jej wspierania. W tym czasie na pierwszy plan doświadczanych przez pacjentkę trudności wysuwały się trzy aspekty: powolne, aczkolwiek stopniowe zmniejszanie się objawów psychotycznych, informacja o ciąży i porzucenie przez partnera. W pierwszych oddziaływaniach psychoterapeutycznych koncentrowano się na zmniejszeniu u pacjentki poczucia lęku przed samotnością. Pacjentka wykazywała ambiwalencję dotyczącą utrzymania ciąży. Dominującą wówczas myślą było przekonanie, że jeśli nie będzie w ciąży, to jej partner do niej wróci. W tym miejscu istotne w pracy z pacjentką było prowadzenie wielu oddziaływań wskazujących, co jest wynikiem choroby i jakie konsekwencje mogłyby mieć podjęte działania. Pozwalało to pacjentce na zmniejszenie lęku i oswojenie się z zaistniałą sytuacją. Wykorzystywano na tym etapie prowadzonych oddziaływań psychoterapeutycznych psychoedukację opartą na modelu biopsychospołecznym. Zakłada on, że zrozumienie zdrowia i choroby pacjenta rozpatrywane jest na trzech poziomach: biologicznym, psychologicznym i społecznym. Dzięki tym trzem aspektom możliwe jest modyfikowanie zniekształconych wzorców myślenia i zachowań z jednoczesnym odniesieniem do czynników biologicznych i społecznych (Mirski, 2016).

Obserwowana podczas rozmów indywidualnych postawa pacjentki przejawiająca się unikaniem rozmowy na temat ciąży wynikała z zaburzonego wglądu – wyniku aktywnego procesu psychotycznego. Załamanie linii życiowej pacjentki, spowodowane śmiercią jedyne realnego członka rodziny – matki, brakiem akceptującej/wspierającej relacji z partnerem i brakiem pracy, wywołało duże nagromadzenie negatywnego stresu u osoby podatnej na pojawienie się psychozy. Siła oddziaływania stresorów w okresie przed hospitalizacją spowodowała, że pacjentka oceniła otaczającą ją rzeczywistość jako zagrażającą, z poziomem lęku przewyższającym jej możliwości adaptacyjne. Poczucie ciągłego zagrożenia skutkowało w konsekwencji wystąpieniem myśli, które aktywizowały sympatyczny układ nerwowy, którego działanie nazywane jest mechanizmem walki i ucieczki. W czasie ostrego stresu u ludzi następuje wzrost stężenia adrenaliny i noradrenaliny. Celem działania między innymi tych neuroprzekaźników jest szybkie podjęcie działania, co ma spowodować uwolnienie się od sytuacji stresowej (Mirski, 2016). Aktywowanie osi stresu – układu podwzgórze-przysadka-nadnercza – ma sprawić, aby organizm poradził sobie w trudnej sytuacji poprzez ocenę, podjęcie działania i kontrolę przebiegu reakcji, a w końcowej fazie – podanie impulsu do zakończenia podwyższonej gotowości. Prawidłowe działanie w zakresie tego mechanizmu odgrywa główną rolę w całościowym przebiegu i zakończeniu reakcji stresowej (Mirski, 2016). Odpowiednia wrażliwość receptorów glukokortykoidowych (GR) oraz właściwa proporcja receptorów mineralokortykoidowych (MR) i glukokortykoidowych stanowią kluczowy komponent neurobiologicznego mechanizmu regulacji odpowiedzi na stres. Dysfunkcje w tym zakresie mogą prowadzić do przedłużonej aktywacji

osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i sprzyjać rozwojowi zaburzeń psychicznych, zwłaszcza z kręgu zaburzeń afektywnych, a także wybranych schorzeń somatycznych (Landowski, 2007).

Jedną z hipotez dotyczącą przyczyn powstania i utrzymywania się zaburzeń psychiatrycznych wynika z opisanego mechanizmu biologicznego opierającego się na neuroprekaznictwie. Pacjentka pozbawiona sprzyjającego otoczenia społecznego, jak również posiadająca niski zasób umiejętności osobistych nie potrafiła poradzić sobie z długo utrzymującym się stanem stresu. Długotrwałe zmiany biologiczne istotnie wpłynęły na zaostrenie się negatywnego obrazu funkcjonowania psychicznego.

Podstawą pracy psychoterapeutycznej było stworzenie pacjentce bezpiecznych warunków, które umożliwiały stopniowe obniżanie się stresu w jej codziennym życiu. W tym przypadku przydatne okazały się metody oparte na ACT. Należy dodać, że pacjentka miała duże trudności w pracy opartej na relaksacji i wizualizacji, zatem w czasie całego pobytu w szpitalu odstąpiono od wykonywania tych technik terapeutycznych, aby nie zwiększać u niej poziomu lęku. Z dużym prawdopodobieństwem metody te mogłyby zaistnieć w długofalowym procesie terapeutycznym, który zaproponowano pacjentce po zakończonej hospitalizacji.

Interwencje dotyczące objawów pozytywnych

Należy szczególnie podkreślić, że w tej fazie pracy psychoterapeutycznej bardzo istotne jest zrozumienie pacjenta i jego perspektywy postrzegania otaczającej rzeczywistości. Jak wskazuje Lincoln, niezwykle ważne w pracy z objawami pozytywnymi choroby jest zmniejszenie u pacjenta poczucia odmienności (Lincoln, 2014). Praca psychoterapeutyczna prowadzona w obrębie doświadczanych przez pacjenta objawów wytwórczych powinna być każdorazowo bardzo ostrożna, tak aby pacjent nie odebrał pracy terapeuty jako działań nastawionych personalnie przeciwko niemu, np. jako wyśmiewania.

U pacjentki podstawowym i najdłużej utrzymującym się zaburzeniem urojeniowym było poczucie, że znajduje się w niebezpieczeństwie. Prezentowała ona przekonanie „świat jest wrogi/niebezpieczny” przy jednoczesnym przekonaniu na temat siebie „jestem słaba/bezradna”. W związku z tym interpretowała zachowania otoczenia w sposób zmieniony chorobowo. Jako przykład może posłużyć potrzeba pacjentki ukrycia się przed niebezpieczeństwem, co w efekcie przyczyniło się do hospitalizacji. Pacjentka twierdziła: „jestem w zagrożeniu, inni ludzie chcą mi zagrozić, nikt mi nie pomoże, każdy chce mnie wykorzystać”. Jednym z zastosowanych oddziaływań psychoterapeutycznych była zmiana polegająca na restrukturyzacji przekonania urojeniowego. Założenie tej techniki polega na wypracowaniu wraz z pacjentem bardziej racjonalnych wyjaśnień – względem przekonania urojeniowego – pozwalających ocenić doświadczaną przez niego rzeczywistość (Lincoln, 2014).

Za pomocą dialogu sokratejskiego pacjentka wypracowywała modyfikację dotychczasowego myślenia poprzez dostarczenie sobie myśli alternatywnych: „nikt mi tutaj nie zrobił jeszcze krzywdy, personel mi pomaga, nie stało się nic złego”. Wypracowanie myśli podważających przekonanie urojeniowe pozwala pacjentowi na zmianę pierwotnej interpretacji. W przypadku pacjentki pozwoliło to na następującą zmianę: „jestem w miejscu, w którym nie dzieje mi się krzywda, personel nie ma powodu, by mi szkodzić, szpital jest miejscem, gdzie otrzymuje się pomoc”.

Innym przykładem były błędne interpretacje dotyczące samej ciąży. Pacjentka w pewnym czasie twierdziła, że w ciąży nie może liczyć na niczyją pomoc, nikt jej nie pomoże i wydarzy się w związku z tym dla niej coś złego. Jednym z oddziaływań podejmowanych w celu zmiany doświadczanych emocji i występujących zaburzeń było wdrożenie eksperymentu behawioralnego. Zadaniem pacjentki było sporządzenie listy osób, miejsc i instytucji, do których mogłaby zwrócić się po pomoc. Następnie pacjentka kontaktowała się z wybranymi instytucjami, zbierając informacje na temat ewentualnej pomocy. W końcowym efekcie porównano zapiski sprzed podjęcia eksperymentu i po jego wykonaniu. Wniosek, jaki pojawił się na końcu zadania terapeutycznego, był w ocenie pacjentki następujący: „myśl, że jestem pozostawiona sama sobie, powodowała, że ciągle się bałam i tylko o tym myślałam. Kiedy wykonałam zadanie i rozmawiałam z fundacjami, zobaczyłam, że mogę liczyć na pomoc i w efekcie mniej o tym myślę”.

Istotną częścią pracy terapeutycznej było zajęcie się dezadaptacyjnym przekonaniem kluczowym, które pacjentka zbudowała na swój temat (Close i Schuller, 2005). W czasie oddziaływań psychoterapeutycznych pacjentka nazywała myśli i emocje, które najczęściej kierowała do samej siebie. Na ich podstawie wyodrębniono dominujące przekonanie, które w CBT określane jest jako przekonanie kluczowe na temat siebie. Pacjentka stwierdziła, iż przekonaniem tym jest „jestem bezradna, słaba”. W dalszych oddziaływaniach psychoterapeutycznych zastosowano technikę „za i przeciw danej myśli”. W czasie indywidualnych sesji pacjentka wraz z terapeutą podawała argumenty mogące potwierdzać bądź podważać analizowane przekonanie. W czasie wykonywania tego zadania koncentrowano się w dużej mierze na faktach, które podważały przekonanie kluczowe. Na ich podstawie pacjentka zbudowała nowe alternatywne przekonanie, które brzmiało: „nie jestem bezradna, gdyż fakty pokazują, że dawałam sobie radę”. Końcowy etap pracy polegał na przygotowaniu zmodyfikowanego przekonania kluczowego i zbieraniu dowodów (faktów) potwierdzających jego słuszność. W tym momencie wprowadzono również psychoedukację dotyczącą zapobiegania nawrotom objawów. Przygotowano wraz z pacjentką sposób postępowania (obejmujący sprawdzone w trakcie terapii techniki i interwencje) pozwalający poradzić sobie z powracającymi objawami i odróżnić treści związane z doświadczanymi objawami choroby od myślenia zdrowego, niezaburzonego.

Niezwykle istotnym obszarem pracy psychoterapeutycznej był obszar związany ze zniekształceniami poznawczymi. Są one rozumiane jako dysfunkcyjne sposoby interpretowania otrzymywanych z zewnątrz informacji (Murawiec, 2024). Jak wskazuje Gawęda (2017), u osób chorujących na schizofrenię bądź inne zaburzenia psychiczne zagrożeniem stają się „inni ludzie”. Pacjenci mogą interpretować ich zamiary jako zagrażające (czytanie w myślach, spiskowanie etc.) (Gawęda, 2017). Taka interpretacja rzeczywistości odczytywana jest przez osoby chorujące jako zagrażająca. W efekcie przeszukują oni poznawczo otoczenie, szukając zagrażających im czynników. Zniekształcenia poznawcze mogą zatem przekształcić się w interpretację psychotyczną (Gawęda, 2017). W opisywanym studium przypadku pacjentka prezentowała liczne zniekształcenia poznawcze, które pod wpływem silnego, długotrwałego stresu przekształciły się w zaburzenia o charakterze urojeniowym. U pacjentki zdiagnozowano następujące zniekształcenia poznawcze: błędy atrybucji – przecenianie cech stałych charakteru i bagatelizowanie czynników sytuacyjnych – „ludzie są mi nieprzychylni, chcą mi zaszkodzić”; przeskok do konkluzji – wyciąganie wniosków bez dowodów – „wydarzy się coś złego”; myślenie dychotomiczne – postrzeganie rzeczywistości na kontinuum skrajności – „jestem w ciąży, będę mamą – to nie moje dziecko”. Dodatkowo zaznaczały się nadmierna generalizacja, wyolbrzymianie i czytanie w myślach. W kolejnych oddziaływaniach psychoterapeutycznych wykorzystano trening metapoznawczy. Został on opracowany przez Moritza i Woodwarda w 2005 roku, a jego celem jest zwiększenie u pacjentów świadomości zniekształceń poznawczych oraz zwrócenie uwagi na ich połączenie z epizodem psychotycznym (Gawęda *et al.*, 2009). Trening składa się z ośmiu modułów, w których poprzez pracę poznawczą, jak również metody behawioralne oddziałuje się na poznanie, modyfikację i kontrolę zniekształceń poznawczych.

Interwencje dotyczące objawów negatywnych

W trakcie podejmowanego leczenia i obserwowanej stabilizacji stanu psychicznego następowało stopniowe wycofywanie się objawów pozytywnych choroby pod postacią urojeniowej interpretacji rzeczywistości i zachowania paranoicznego. U pacjentki rozpoznano także stopniowe – niezbyt nasilone, chociaż występujące – objawy negatywne schizofrenii.

Obserwowane objawy wynikające ze zmiany fazy choroby, zwłaszcza dotyczące trudności w podejmowaniu decyzji w najbliższej przyszłości, utrudniały podjęcie inicjatywy co do dalszego przebiegu ciąży (kolejne badania, planowanie przyszłości). W trakcie oddziaływań psychoterapeutycznych istotne było wprowadzenie psychoedukacji na temat objawów negatywnych choroby. Pacjentka w początkowym okresie pracy nad tym zagadnieniem prezentowała przekonanie, że jej brak inicjatywy oraz trudności w odczuwaniu

pozytywnych emocji powodują, że jest złą osobą i w przyszłości będzie złą matką. Takie przekonanie rozwinęło się u niej na skutek przekazów rodzinnych, które słyszała przed zachorowaniem. Według pacjentki ich treść brzmiała następująco: „każda kobieta cieszy się z ciąży i odczuwa w związku z tym w większości przyjemne emocje”. Oddziaływania terapeutyczne miały na celu zróżnicowanie u pacjentki tego, co jest wynikiem choroby, a co jej osobistym wyborem, intencją. Dzięki pracy z pacjentką mogła ona rozróżnić część odpowiedzialną za chorobę i pozytywną – zdrową, z którą mogła się utożsamiać. W celu wzmocnienia wypracowanego efektu stosowano techniki poznawcze zmieniające postrzeganie negatywnego przekonania. Jedno z pytań stosowanych w tej technice brzmiało następująco: „Jak w podobnej sytuacji mogą się czuć inne kobiety?”. Podjęcie działania mającego na celu zminimalizowanie poczucia odmienności od innych kobiet pozwoliło pacjentce zauważyć, że ludzie różnią się także pod tym względem. Choroba w tym obszarze nie jest czynnikiem negatywnie determinującym, stygmatyzującym czy wykluczającym społecznie. Prowadzone przez pacjentkę notatki podczas sesji pozwalały wrócić w czasie wolnym (pomiędzy sesjami) do zapisów myśli alternatywnych względem negatywnego przekonania, obniżając odczuwane napięcie emocjonalne i budując motywację do podejmowania działania.

Zmiana dysfunkcyjnych przekonań na temat siebie, innych osób i świata jest ściśle powiązana z występowaniem objawów negatywnych schizofrenii. Osoby, u których pojawiają się pierwsze epizody choroby, często doświadczają – zwłaszcza w obszarze objawów negatywnych – występowania myślenia „wszystko albo nic”. W historii opisywanej pacjentki duże znaczenie w odniesieniu do oddziaływań leczących miała psychoedukacja, łącznie ze stosowaniem odpowiednich technik poznawczych. Najbardziej skuteczne podczas indywidualnych oddziaływań psychoterapeutycznych okazało się zbieranie argumentów za i przeciw zniekształconemu przekonaniu – ocena korzyści i strat z podtrzymywania negatywnego przekonania oraz korekta myślenia czarno-białego, czyli „wszystko albo nic”.

Niezwykle istotne w terapii osób doświadczających pierwszego epizodu psychotycznego jest włączenie aktywizacji behawioralnej w odpowiednim momencie leczenia terapeutycznego. Wynika to z tego, że wystąpienie pierwszego epizodu psychotycznego znacząco wpływa na izolowanie się społeczne pacjentów z powodu utraty poczucia bezpieczeństwa. Długotrwała izolacja może nasilać negatywne przekonania na swój temat, a tym samym wpłynąć na wystąpienie kolejnego epizodu psychotycznego (Skórska i Makara-Studzińska, 2020).

Istotą podejmowanych w CBT schizofrenii eksperymentów behawioralnych jest nie tyle odrzucenie dotychczasowego przekonania, które mogło doprowadzić do rozwoju psychozy, ile wprowadzenie nowego – alternatywnego. Ważne jest to z punktu widzenia długoterminowego funkcjonowania pacjenta w warunkach społecznych. Umiejętność wczesnego rozpoznawania czynników wyzwalających chorobę,

a tym samym myśli automatycznych zgodnych z dysfunkcyjnym przekonaniem, umożliwia szybkie wprowadzenie korekty. W związku z powyższym eksperymenty behawioralne dają pacjentowi możliwość zbudowania nowych adaptacyjnych przekonań na podstawie bezpośredniego doświadczenia.

Odnosząc się do opisywanego przypadku, należy stwierdzić, że podjęcie przez pacjentkę nowych aktywności znacząco poszerzyło możliwości pracy terapeutycznej w zakresie zmiany myślenia o sobie i otaczającym świecie. Uczestnictwo pacjentki w zajęciach grupowych dla osób chorujących na schizofrenię umożliwiło jej doświadczanie nowych interakcji. Było to istotne z punktu widzenia skłonności do budowania relacji opartej na zależności. Niepodejmowanie przez pacjentkę nowych interakcji mogłoby spowodować wystąpienie w relacji terapeutycznej oddziaływań o charakterze jatrogennym, czyli odgrywanie sytuacji sprzed wystąpienia pierwszego epizodu, a mianowicie bezpieczeństwo oparte na relacji z jedną osobą. Dodatkowo podejmowanie podczas spotkań grupy terapeutycznej kolejnych aktywności społecznych przyczyniało się do normalizacji doświadczanych emocji i trudności od różnych osób. Ponadto cały proces przebiegu ciąży, oparty na wielu badaniach i konieczności relacji społecznych, pozwalał pacjentce na przygotowywanie się do nowych wyzwań i normalizacji doświadczanego lęku, co znacząco przekładało się na profilaktykę w zakresie kontroli wystąpienia kolejnego epizodu psychiatrycznego.

Funkcjonowanie pacjentki w realnym życiu po terapii

W sferze zawodowej

Pacjentka pozostawała na zwolnieniu lekarskim. Była po rozmowach z wcześniejszym pracodawcą, omówiła z nim swoją chorobę. Pracowała w małej firmie, w której szef zbudował rodzinną atmosferę – był pozytywnie nastawiony do pacjentki oraz chciał jej pomóc. Pacjentka uzyskała informację o możliwości powrotu do pracy. W trakcie terapii wypracowała zasady higieny pracy zawodowej dostosowane do swojego stanu zdrowia oraz zapoznała się z odpowiednimi zaleceniami.

Funkcjonowanie w sferze osobistej

Pacjentka uczestniczyła w zajęciach terapeutycznych na oddziale dziennym, co sprzyjało wzmacnianiu jej rehabilitacji społecznej. Sporadycznie spotykała się ze swoimi przyjaciółkami, z którymi okresowo wychodziła z domu. Podejmowała z nimi również aktywności sportowe. Nadal pozostawała w toksycznej relacji z partnerem. Zwiększyła swoją świadomość na temat jakości tego związku. Pacjentka nie potrafiła zdecydować się na rozstanie, nadal nie miała wsparcia ze strony rodziny. Nie podjęła ostatecznej decyzji o zatrzymaniu dziecka po urodzeniu. Akceptowała ciążę, nie występowały zaburzenia urojenio- we w tym obszarze.

Funkcjonowanie w sferze towarzyskiej

Pacjentka miała niewielkie grono znajomych. Podczas terapii na oddziale dziennym uczyła się podejmowania aktywności i rozszerzania repertuaru interakcji społecznych. Po hospitalizacji i podjętej CBT wyraźnie rzadziej unikała interakcji, również rzadziej wykazywała brak zaufania i tendencje ucieczkowe, a także izolowała się. Najczęściej występującymi myślami skierowanymi do siebie stały się „mogę o siebie zadbać”, w myśleniu o innych osobach zaczęło dominować „ludzie mogą być pomocni”. Postrzeganie świata przez pacjentkę opiera się na myśli „świat mi nie zagraża”. To zachowanie i myślenie zmieniło obraz dominujących emocji na wyciszenie/spokój. Nowym przekonaniem kluczowym stało się „jestem w stanie się obronić”. Przekonanie pośredniczące potwierdzające powyższe aktualnie brzmi następująco: „mam zasoby, żeby sobie poradzić”.

PODSUMOWANIE

Celem artykułu było przedstawienie najistotniejszych kwestii pracy psychoterapeutycznej w podejściu poznawczo-behawioralnym, odnoszącej się do pierwszego epizodu psychiatrycznego kobiety w ciąży. Należy zauważyć, że w piśmiennictwie dostępne są opisy i wytyczne do pracy w obszarze schizofrenii. Chociaż w zaleceniach i rekomendacjach nie wskazuje się potrzeby współpracy z psychoterapeutą, to do tej pory nie opublikowano randomizowanych badań kontrolowanych z udziałem ciężarnych chorujących na schizofrenię i korzystających z psychoterapii. W niniejszej pracy próbowano pokazać, jak ważne są oddziaływania psychoterapeutyczne, zwłaszcza kiedy leczenie farmakologiczne musi być ograniczone.

Różnica między pracą psychoterapeutyczną z pacjentkami chorującymi na schizofrenię i będącymi w ciąży a tymi, które nie spodziewają się dziecka, polega w pierwszym ujęciu na możliwości stosowania leczenia farmakologicznego znoszącego objawy chorobowe. W przypadku kobiet, u których nie stwierdza się ograniczeń w postaci ciąży, należy przede wszystkim ustabilizować stan psychiczny, odnosząc się do rekomendacji w zakresie stosowania leków, a następnie wdrożyć oddziaływania psychoterapeutyczne. U kobiety w ciąży doświadczającej zaburzeń psychiatrycznych możliwości farmakoterapii są ograniczone i oddziaływania CBT mogą mieć większe znaczenie. Należy każdorazowo w takiej pracy monitorować stan pacjentki. Mowa tutaj o znaczeniu treści psychiatrycznych – czy np. ciąża nie nasila objawów wytwórczych. W takich przypadkach należy każdorazowo z dużą ostrożnością oceniać kierunek rozwoju psychozy, a w sytuacjach stanowiących zagrożenie życia lub zdrowia rozważyć hospitalizację i wzmożoną obserwację stanu psychicznego pacjentki.

Praca z kobietami doświadczającymi zaburzeń psychiatrycznych i będącymi w ciąży – jak również po jej zakończeniu – powinna koncentrować się na podążaniu za potrzebami pacjentek i doborze odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych, odpowiednich do występujących

objawów schizofrenii. Jest to istotne zwłaszcza w okresie poporodowym, w którym następują kolejne znaczące zmiany życiowe, będące czynnikiem stresowym i hormonalnym, potencjalnie wyzwalającym nawrót lub prowadzącym do zaostrzenia objawów chorobowych.

Podsumowując, praca psychoterapeutyczna w nurcie CBT odnosząca się do zaburzeń psychotycznych w przebiegu schizofrenii u ciężarnych powinna koncentrować się kolejno na trzech istotnych czynnikach, przyczyniających się do utrzymania zdrowia i jakości funkcjonowania w obszarze choroby: 1) poznawczym zrozumieniu przez pacjentki mechanizmów pojawiających się objawów schizofrenii (objawów pozytywnych i negatywnych), 2) odróżnieniu, co jest częścią choroby, a za co odpowiedzialna jest pacjentka, 3) zbudowaniu – na ile to możliwe – nowego, zdrowego przekonania na temat ludzi i świata.

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; gromadzenie i/lub zestawianie danych; napisanie artykułu: RJCh. Krytyczne recenzowanie artykułu: AMP, JS. Zastwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: RJCh, JS, AMP.

Piśmiennictwo

- Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I et al.: Canadian guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in children and youth. *Can J Psychiatry* 2017; 62: 635–647.
- Andersen NC, Flaum M: Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophr Bull* 1999; 17: 27–49.
- Beck AT, Rector NA, Stolar N et al.: Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010: 43–51.
- Boron-Pugaczewicz A: Schizofrenia w ujęciu poznawczym. *Terapia Poznawczo-Behawioralna* 2021; 13: 55–75.
- Broniarczyk-Czarniak M, Gałęcki P, Kuśmerek M et al.: Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne. In: Gałęcki P (ed.): *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2022: 63–86.
- Close H, Schuller S: Objawy psychotyczne. In: Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M et al. (eds.): *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*. Alliance Press, Gdynia 2005: 220–237.
- Galbally M, Snellen M, Power J: Antipsychotic drugs in pregnancy: a review of their maternal and fetal effects. *Ther Adv Drug Saf* 2014; 5: 100–109.
- Garety PA, Hemsley DR: Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning. Psychology Press, Abingdon 1994.
- Gawęda Ł: Psychologiczne mechanizmy powstawania urojeń. *Psychiatr* 2017; 14: 262–266.

- Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A: Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych. *Psychiatr Pol* 2009; 43: 683–692.
- Janas-Kozik M, Dudek D, Heitzman J et al.: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego u chorych ze schizofrenią o wczesnym początku. *Psychiatr Pol* 2022; 56: 675–695.
- Kingdon DG, Turkington D: *Terapia poznawcza schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2017.
- Kowalski J, Blaut A, Dragan M et al.: Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023. *Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia, Warszawa* 2023: 73–79.
- Landowski J: Neurobiologia reakcji stresowej. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2007; 2: 26–36.
- Lincoln T: *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu schizofrenii*. Wydawnictwo DK Media Poland, Warszawa 2014.
- Mirski A: Typy biopsychosocjalne, wzory zachowania i osobowość w ujęciu psychosomatycznym. *Period Nauk Akad Polon* 2016; 16: 51–77.
- Morales-Pillado C, Fernández-Castilla B, Sánchez-Gutiérrez T et al.: Efficacy of technology-based interventions in psychosis: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med* 2023; 53: 6304–6315.
- Murawiec S: „Codzienna psychoza”, czyli zniekształcenia poznawcze jako dysfunkcjonalne sposoby przetwarzania informacji w schizofrenii. Opis przypadku. *Psychiatr Spersonal* 2024; 3: 29–35.
- Okroj A: Jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Innow Pielęgniarskie Nauk Zdr* 2021; 2: 21–32.
- Penney D, Sauvé G, Mendelson D et al.: Immediate and sustained outcomes and moderators associated with metacognitive training for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022; 79: 417–429.
- Robinson GE: Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012; 19: e380–e386.
- Rowlands I, Redshaw M: Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 138.
- Schneider C, Corrigan R, Hayes D et al.: Systematic review of the efficacy and tolerability of clozapine in the treatment of youth with early onset schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2014; 29: 1–10.
- Skórska M, Makara-Studzinska M: Pacjentka ze schizofrenią w ciąży – dylematy leczenia i opieki. Problem nadal nie tylko dla lekarza psychiatry. *Psychiatr Pol* 2020; 54: 715–725.
- Taylor D, Paton C, Kerwin R: Use of psychotropics in special patient groups. Drug choice in pregnancy. Breast feeding. In: *The Maudsley 2003 Prescribing Guidelines*. 7th ed., CRC Press, London 2003: 204–216.
- Urban-Kowalczyk M: Leczenie objawów psychotycznych u kobiet w ciąży. *Psychiatr Dypl* 2017; 05.
- Wciórka J: Psychozy schizofreniczne. In: Bilikiewicz A (ed.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 270–309.
- Wróbel K, Szulc A: Schizofrenia z przeważającymi objawami negatywnymi 2019 – badanie epidemiologiczno-społeczne w Polsce. *Psychiatr* 2019; 16: 107–113.
- Yip ALK, Karatzias T, Chien WT: Mindfulness-based interventions for non-affective psychosis: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Ann Med* 2022; 54: 2340–2353.