

Joachim Kowalski¹, Martyna Niżniowska², Patryk Skowroń³

POZNAWCZO-BEHAWIORALNA PSYCHOTERAPIA TOKOFOBII

COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY OF TOKOPHOBIA

¹Pracownia Psychopatologii Eksperymentalnej, Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk

²Szpital Specjalistyczny św. Zofii, Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie

³Lazurowa Terapia Poznawczo-Behawioralna — prywatna praktyka

**prenatal care
pregnancy
phobia**

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie zjawiska tokofobii, czyli lęku przed porodem, w kontekście psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Szacuje się, że silny lęk przed porodem dotyczy 10–15% ciężarnych i może się przekładać na znaczny wzrost liczby cięć cesarskich w ostatnich latach. W pierwszej części artykułu omówiono rodzaje tokofobii, jej etiologię, miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych oraz konsekwencje dla osoby dotkniętej lękiem przed porodem i dla społeczeństwa, przede wszystkim w postaci negatywnych skutków zdrowotnych dla matek i dzieci. W kolejnej części artykułu przedstawiono i opisano mechanizmy poznawczo-behawioralne, które mogą leżeć u podłoża tokofobii: warunkowanie klasyczne i instrumentalne, nabywanie zastępcze oraz przekaz informacji lękorodnych. Opisane zostały także narzędzia diagnostyczne tokofobii i wybrane interwencje terapeutyczne, w tym oparty na ekspozycji protokół dwusesyjnej interwencji leczenia tokofobii (ang. Dual-Session Tokophobia Intervention, DSTI). Artykuł wskazuje na luki w zakresie badań nad terapią tokofobii oraz konieczność dalszych badań skuteczności metod psychoterapii tokofobii, które utrzymywałyby rygor metodologiczny pozwalający na wyciąganie wniosków obarczonych mniejszym ryzykiem tendencyjności.

Summary

The objective of this article is to present the phenomenon of tokophobia, or fear of childbirth, in the context of cognitive-behavioural psychotherapy. It is estimated that severe fear of childbirth affects 10%-15% of pregnant women, which may translate into a notable rise in the number of caesarean sections in recent years. The first section of the article examines the various forms of tokophobia, its aetiology, its place in the classifications of mental disorders, and the consequences for the individual experiencing fear of childbirth and for society in general, specifically in the form of health consequences for the mothers and children. The next part of the article presents a description of the cognitive-behavioural mechanisms that may underlie tokophobia. These include classical and operant conditioning, vicarious acquisition, and the transmission of fearful information. The article also describes diagnostic tools for tokophobia and selected therapeutic interventions, including the exposure-based Dual-Session Tokophobia Intervention (DSTI) protocol. The paper identifies

gaps in scientific research on the therapy of tokophobia and points to a need for further studies of tokophobia psychotherapy efficacy with more rigorous methods that would allow for conclusions with lesser risks of bias.

1. Tokofobia — definicja i charakterystyka zjawiska

Tokofobia (ang. *tokophobia*), czyli lęk przed porodem (ang. *fear of childbirth, fear of birth, childbirth anxiety*), nie jest oddzielną jednostką diagnostyczną w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, takich jak ICD-10 czy DSM-5. Po raz pierwszy została szerzej opisana współcześnie, w 2000 roku [1]. W klasyfikacji ICD-10 może zostać zakodowana za pomocą dwóch kategorii: albo jako fobia specyficzna (F40.2), albo jako zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego wikłające ciążę, poród, połóg (O99.3). W najnowszym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 tokofobia może być zaliczana do specyficznych fobii nieokreślonych [2]. Tokofobia może występować u osób o różnej sytuacji ginekologiczno-położniczej i życiowej, na przykład osób, które nie są aktywne seksualnie, nie planują ciąży, ale też u tych, które spodziewają się dziecka lub je planują. W niniejszej pracy koncentrujemy się na ciężarnych, wśród których około 10–15% doświadcza nasilonego lęku związanego z porodem, wyczerpującego kryteria diagnostyczne fobii [3].

Mimo rozpowszechnienia tego doświadczenia, brakuje w polskim piśmiennictwie literatury przybliżającej czytelnikom praktykującym psychoterapię syntetyczną charakterystykę zjawiska tokofobii w ujęciu poznawczo-behawioralnym (CBT) wraz z metodami pracy terapeutycznej. W artykule zostaną przedstawione charakterystyka i konsekwencje zjawiska oraz mechanizmy powstawania i utrzymywania się objawów. Omówione zostaną również dostępne w Polsce narzędzia diagnostyczne i wybrane metody pracy terapeutycznej z ciężarnymi wraz z wynikami badań dotyczących ich efektywności, zaś w szczegółach zostanie przedstawiony dwusesyjny protokół Ben-Rafael i współpracowników [2], który ze względu na swoją skoncentrowaną formę i niską kosztochłonność może znaleźć zastosowanie na oddziałach położniczo-ginekologicznych.

Uważa się, że lęk przed porodem ma postać kontinuum i przyjmuje formy od obaw i lęków związanych z porodem, które nie wpływają na funkcjonowanie, do klinicznej tokofobii, która prowadzi do nasilonego dystresu i unikania wszelkich sytuacji mogących kojarzyć się z ciążą [2]. Etiologia tokofobii jest wieloczynnikowa. Badania wskazują na kilka charakterystyk, które korelują z występowaniem tokofobii, jak ogólne nasilenie objawów lękowych [4], depresyjnych, nieplanowana ciąża [5], zmniejszona tolerancja na ból [6] czy doświadczenia seksualnej traumy [7]. Tokofobię obserwuje się częściej u kobiet, które są niezamężne lub nie mają stałego partnera oraz tych o niższym wykształceniu oraz statusie socjoekonomicznym [8]. Istotne są również czynniki kontekstualne, jak dostępność informacji na temat zdrowia reprodukcyjnego i przebiegu ciąży [9] czy specyficzna dla Polski sytuacja prawna dotycząca zagrożonych ciąż [10].

Zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie przyszłej matki mają istotny związek z prawidłowym przebiegiem ciąży oraz samego porodu. U kobiet, które charakteryzują się wysokim poziomem lęku oraz stresu, notuje się wyższe wskaźniki poronień oraz częstsze występowanie przedwczesnych i opóźnionych porodów [8]. Obserwuje się również dłuższy czas akcji porodowej [11]. Ponadto zauważono, że kobiety, u których podczas ciąży występują niepokój

i złe samopoczucie, częściej wyrażają chęć zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego [12]. Wynika to z przekonania, że ta metoda pozwala urodzić dziecko bez bólu, szybko, w konkretnym czasie, we wcześniej zaplanowany sposób i w dobrym stanie. Niemniej jednak cesarskie cięcie wiąże się z wieloma komplikacjami dla matki i dziecka [13]. Kobiety poddane cięciu cesarskiemu są bardziej narażone na infekcje, krwotoki oraz komplikacje związane z gojeniem się rany pooperacyjnej, przechodzą dłuższą rekonwalescencję. Do długofalowych negatywnych skutków cięcia cesarskiego należą zrosty pooperacyjne, przewlekłe dolegliwości bólowe w obrębie miednicy, problemy z płodnością, problemy z łożyskiem w kolejnych ciążach. Dzieci urodzone drogą cesarskiego cięcia mogą mieć zaburzony rozwój odporności, zmniejszony mikrobiom jelitowy, zwiększone ryzyko wystąpienia w przyszłości astmy, alergii czy otyłości.

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników silny lęk przed porodem należy do grupy wskazań pozapołożniczych do cięcia cesarskiego [14, 15]. Co za tym idzie — konsekwencją tokofobii jest również rosnąca liczba cesarskich cięć bez wyraźnych wskazań położniczych. W Rządowym programie kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021–2023 podaje się, że cesarskim cięciem kończy się około 43% porodów, co stanowi jeden z najwyższych wskaźników dotyczących liczby cesarskich cięć w Europie. Według WHO liczba cesarskich cięć dokonanych ze względu na ryzyko wystąpienia powikłań powinna wynosić od 10% do 15% wszystkich ciąż [16]. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na to, że nasilona tokofobia może być również powodem zdecydowania się na zabieg sterylizacji (w Polsce prawnie zakazany dla kobiet) lub, w przypadku stałego partnera seksualnego, wazektomii [1]. Nasilona tokofobia może utrudnić przygotowanie się do porodu, a także wprowadzić komplikacje w prowadzeniu ciąży oraz w komunikacji i współpracy między personelem medycznym a pacjentką.

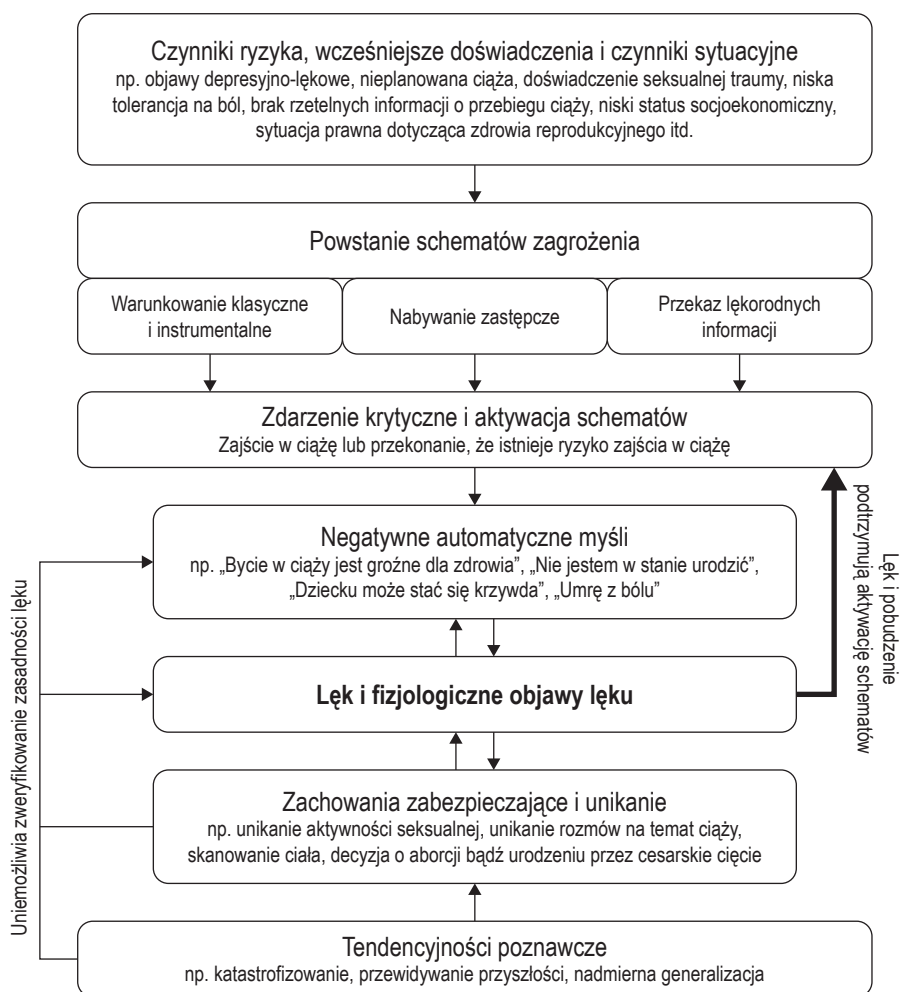
Wyróżnia się trzy rodzaje tokofobii [1, 15]. Postać pierwotna występuje wówczas, kiedy strach przed porodem rozwija się od okresu adolescencji. U kobiet, które doświadczają pierwotnej postaci tokofobii, wyobrażenia dotyczące porodu lub bycia w ciąży wywołują nasilony lęk i obawy, często mimo chęci posiadania potomstwa. Tokofobia wtórna występuje u kobiet, które doświadczyły porodu, ale ten wiązał się z ogromnym dystresem lub miał charakter doświadczenia traumatycznego. Postać wtórna zaburzenia łączy się z objawami poporodowego zespołu stresu pourazowego oraz reakcją depresyjną. Trzecia postać to tokofobia w przebiegu depresji w okresie ciąży. W tej postaci charakterystyczne są intruzywne myśli o tym, że nie będzie się w stanie urodzić dziecka lub umrze się w trakcie porodu.

Do objawów tokofobii należą te charakterystyczne dla zaburzeń lękowych, jak bóle brzucha, nudności, ucisk w klatce piersiowej, ogólne napięcie ciała, koszmary senne, trudności z koncentracją, niepokój, ataki paniki, zamartwianie się, rozdrażnienie czy podenerwowanie. Osoby doświadczające tokofobii mogą też zmieniać swoje zachowanie czy porzucać dotychczas wykonywane zajęcia ze względu na obawy. Przykładem może być unikanie kontaktów seksualnych w obawie przed zajściem w ciążę albo, po zajściu w ciążę, unikanie myślenia i rozmów o dziecku, z ukrywaniem ciąży włącznie. W niektórych przypadkach mogą to być próby doprowadzenia do poronienia [1]. Nasilony lęk związany z ciążą, porodem i położeniem może skutkować pojawieniem się myśli o aborcji, porzuceniu dziecka lub oddaniu dziecka do adopcji [1, 11, 17]. W okresie okołoporodowym lęk odczuwany przez kobiety zazwyczaj ma swoje źródło w przewidywanym bólu towarzyszącym akcji porodowej, zmartwieniu o zdrowie swoje i dziecka, obawach o brak kompetencji personelu medycznego oraz w obawie

utraty kontroli nad sobą [6, 18]. Analiza poznawczo-behawioralnych mechanizmów tokofobii może pomóc zintegrować relację między czynnikami wyzwalającymi reakcję lękową, kontekstem psychospołecznym oraz nasilonymi objawami lękowymi.

2. Poznawczo-behawioralne mechanizmy tokofobii

W ujęciu poznawczo-behawioralnym (CBT) tokofobia rozumiana jest jako fobia specyficzna. Na Rysunku 1 zaprezentowany został model tokofobii, który może służyć jako podstawowy schemat konceptualizacji tego rodzaju objawów. Model został oparty o ujęcie interakcji czynników ryzyka i kontekstualnych, schematów poznawczych, nabywania lęku



Rys. 1. Model i podstawowa konceptualizacja objawów tokofobii.

i błędnych kół uniemożliwiających wygaszenie reakcji lękowej, które jest podstawowym sposobem konceptualizacji zaburzeń lękowych w CBT [19]. Poniżej szczegółowo omówione zostały przedstawione na Rysunku 1 mechanizmy nabywania lęku przed porodem.

Zgodnie z modelem warunkowania lęku [20] możemy założyć, że objawy tokofobii mogą być skutkiem trzech ścieżek nabywania obaw. Pierwszym mechanizmem jest warunkowanie klasyczne i wzmacnianie lęku przez warunkowanie instrumentalne. W takiej sytuacji lęk staje się reakcją warunkową na warunkowy bodziec sytuacji ciąży, która jest skojarzona z bezwarunkowymi, silnie awersyjnymi przeżyciami, na przykład bólem w trakcie porodu. Taki mechanizm może wyjaśniać wtórną tokofobię, w której poród będący naturalnym zjawiskiem, ale skojarzonym zazwyczaj z silnymi, często ambiwalentnymi emocjami, zostaje sprzężony z doświadczeniem dyskomfortu czy traumy. Następnie, w wyniku warunkowania instrumentalnego, unikanie bodźców związanych z ciążą i porodem może dostarczać negatywnych wzmocnień, które będą utrudniać wygaszenie reakcji pierwotnego warunkowania klasycznego.

Drugim mechanizmem może być nabywanie zastępcze (ang. *vicarious acquisition*) [2, 10]. W tym przypadku osoba z tokofobią obserwowała bezpośrednio albo pośrednio osoby, które miały awersyjne doświadczenia związane z ciążą i porodem i w ten sposób wyuczyła się lękowych, awersyjnych skojarzeń. Przykładem może być tutaj bycie świadkinią trudnego porodu i/lub późniejszego połogu bliskiej osoby.

Trzeci mechanizm zakłada, że tokofobia może rozwijać się przez przekaz lękorodnych informacji (ang. *transmission of fear-inducing information*), za pomocą kontaktów społecznych czy korzystania z mediów, które eksponują na rozmowy czy materiały medialne dotyczące negatywnych aspektów porodu. Warto zaznaczyć, że tak jak negatywne opowieści o porodach (ang. „*horror stories*” za: Sheen i Slade, 2018) [9] mogą przyczyniać się do nabywania lęku, tak podobną rolę ma również brak rzetelnych informacji na temat przebiegu porodu i połogu [9]. Należy zaznaczyć, że te trzy mechanizmy mogą współwystępować ze sobą, a nawet mieć addytywny efekt jeśli chodzi o powstanie i utrzymywanie się objawów tokofobii.

3. Narzędzia diagnostyczne

Istnieje kilka narzędzi do oceny lęku przed porodem. Skupiliśmy się na tych, które są dostępne w języku polskim. Z ich własnościami psychometrycznymi można zapoznać się w Tabeli 1. Najpopularniejszym narzędziem do badania lęku przed porodem jest Kwestionariusz doświadczeń porodowych Wijma (ang. *The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*, W-DEQ) [4]. W-DEQ to kwestionariusz, który składa się z 33 pozycji. Narzędzie jest powszechnie używane przez badaczy, którzy stosują różne punkty odcięcia [21], wynik ≥ 85 przyjmuje się jako najbardziej odpowiedni dla poważnego lęku przed porodem [22]. W polskiej adaptacji została użyta wersja przedporodowa, która ma zadowalające własności psychometryczne do stosowania w badaniach oraz diagnostyce [5].

Skala lęku przed porodem (ang. *Fear of Birth Scale*, FOBS) [23] składa się z dwóch pytań, które dotyczą oceny poziomu obaw związanych z nadchodzącym porodem, każde pytanie jest oceniane na wizualnej skali analogowej w postaci odcinka o długości

100 mm. Pacjentka zaznacza punkt pomiędzy „spokojna” a „zmartwiona” oraz między „brak lęku” a „silny lęk”. Wynik FOBS stanowi średnią arytmetyczną obu wartości, a 60 i wyżej oznacza wysoki poziom lęku przed porodem. Skala wyróżnia się prostotą i krótkim czasem potrzebnym do jej wypełnienia, co czyni z niej dobre narzędzie przesiewowe do zidentyfikowania kobiet z nasilonym lękiem przed porodem.

Kolejnym narzędziem mającym zastosowanie w ocenie lęku przed porodem w polskiej populacji jest PRAQ-R2 (ang. *Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire — Revised 2*) [24]. Jest to dziesięciopitemowe narzędzie służące do oceny lęku związanego z ciążą, a lęk przed porodem stanowi jedną z trzech podskal (pozostałe dwie dotyczą obaw, że dziecko będzie niepełnosprawne fizycznie lub intelektualnie oraz niepokoju związanego z własnym wyglądem w ciąży), ale wynik sumaryczny kwestionariusza może również być używany jako wskaźnik lęku przed porodem. Warto zaznaczyć, że istnieją dwie niezależne od siebie polskie wersje tego narzędzia [25, 26].

Powstało również polskie narzędzie do oceny tokofobii — Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II) [27]. Według autorów KLP II jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru natężenia lęku porodowego, mogącym znaleźć zastosowanie w badaniach przesiewowych, jednak wielkość próby (niespełna 60 kobiet) oraz brak miarodajnych analiz własności psychometrycznych poza spójnością wewnętrzną nakazywałyby podchodzić do tych wniosków z rezerwą.

Tabela 1. Przegląd narzędzi kwestionariuszowych mierzących nasilenie objawów tokofobii

Narzędzie	Polska wersja	Własności psychometryczne polskiej wersji		
		struktura czynnikowa	spójność wewnętrzną	stabilność czasowa
The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) [4]	Kwestionariusz doświadczeń porodowych Wijma (W-DEQ) [5]	1-czynnikowa struktura, analogiczna do oryginalnej	$\alpha = 0.93$	b.d.
Fear of Birth Scale (FOBS) [23]	Skala lęku przed porodem (FOBS) [28]	b.d.	$\alpha = 0.93$	b.d.
Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised 2 (PRAQ-R2) [24]	PRAQ-R/R2 [25]	3-czynnikowa struktura, analogiczna do oryginalnej	$\alpha = 0.70 - 0.94$ dla poszczególnych podskal oraz odpowiednio 0.77 i 0.87 dla całkowitego wyniku pierworódek i wieloródek	b.d.
	PRAQ-R2 [26]	b.d. (narzędzie analizowane jako 1-czynnikowe)	$\alpha = 0.85$	$r = 0.70$ (tygodniowy odstęp)
Kwestionariusz Lęku Porodowego – KLP II [27]	oryginalnie polskie narzędzie	b.d.	$\alpha = 0.69$	b.d.

Nilsson i współpracownicy [21] w przeglądzie z 2018 roku zalecają, by do badania tokofobii stosować W-DEQ z punktem odcięcia ≥ 85 , dokładniej przetestowaną wersję FOBS lub trzypunktową skalę (nie boję się, trochę się boję, bardzo się boję) pomiaru lęku przed porodem z użyciem jednego pytania („Czy boisz się porodu?”), co umożliwiłoby porównania międzypopulacyjne. Badacze zwracają też uwagę na potrzebę walidacji narzędzia, które dotyczyłoby wyłącznie lęku przed porodem i byłoby prostsze do zastosowania niż W-DEQ.

4. Wybrane interwencje stosowane w przypadku tokofobii

Do tej pory trwa poszukiwanie skutecznych metod redukcji lęku u kobiet w ciąży [29], w tym doświadczających tokofobii. Jedną z najczęściej stosowanych metod w przypadku lęku przed porodem jest psychoedukacja i/lub doradztwo prowadzone przez położną [30]. Ze względu na specyfikę sytuacji osób w ciąży, opisywane w literaturze oddziaływania terapeutyczne są krótkoterminowe. Badania wskazują na skuteczność psychologicznych oddziaływań w tokofobii, ale jednocześnie podkreślana jest mała liczba badań i duża heterogeniczność jeśli chodzi o badane populacje, protokoły i metody badawcze [29]. Przykładowo, w przeglądzie Cochrane Library [30] uwzględniono tylko siedem randomizowanych badań z grupą kontrolną sprawdzających efektywność oddziaływań psychologicznych. Osoby zainteresowane badaniami nad skutecznością interwencji dotyczących tokofobii mogą zapoznać się z dostępnymi przeglądami systematycznymi i metaanalizami [29–33]. Celem niniejszej pracy nie jest przegląd systematyczny, więc ograniczyliśmy się do przedstawienia wybranych badań, które prezentują zróżnicowane podejścia w pomocy osobom doświadczającym tokofobii, zarówno w ramach CBT i podejść trzeciej fali, jak i ogólnych interwencji psychoedukacyjnych. Szczegóły tej analizy zawarte są w Tabeli 2. Warto nadmienić, że terapie oparte na CBT są na ogół metodami z wyboru w przypadku leczenia zaburzeń lękowych [34].

Wnioski, które można wyciągnąć z tej analizy, są spójne z wcześniejszymi przeglądami [30], wskazują na zróżnicowanie w zakresie metod badawczych i uzyskiwanych wyników. Przykładowo, w części badań rekrutowano wszystkie ciężarne, niezależnie od poziomu nasilenia objawów tokofobii [np. 35], a w jednym z badań pomiar zmiennych wynikowych miał miejsce tylko po zakończeniu terapii, co uniemożliwiło kontrolowanie efektu czasu [36], dodatkowo w większości opisywanych badań nie była stosowana procedura zaślepienia.

W niektórych przypadkach autorzy badań konkludują, że sprawdzane przez nich metody były bezpieczne, ale nie miały wystarczająco korzystnych efektów w porównaniu z warunkami kontrolnymi, żeby móc rekomendować je jako interwencje dla ciężarnych doświadczających tokofobii, jak internetowa CBT [37] czy EMDR [38]. Większą skuteczność obserwowano w przypadku psychoedukacji telefonicznej [39] lub grupowych form wsparcia, jak psychoedukacja z elementami relaksacji opartej na uważności (ang. *mindfulness*) [36], ACT [35] czy terapia oparta na dialogu motywującym [40].

Tabela 2. Przegląd wybranych badań dotyczących interwencji psychoedukacyjnych i psychoterapii tokofobii

Badanie	Metoda			Wyniki	
	Schemat badania	Zastosowane oddziaływania	Wielkość i opis grupy badanej	Pomiar efektów	Główne wyniki
Toohill i in., 2014 [39]	Randomizowane, wielośrodkowe badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary w drugim trymestrze ciąży oraz w 36. tygodniu ciąży	Telefoniczna psychoedukacja w nieokreślonym wymiarze czasowym [41] polegająca na m.in. normalizacji emocji, przekazywaniu rzetelnych informacji i wzmacnianiu wsparcia społecznego; warunkiem kontrolnym było TAU	Kobiety z wynikiem ≥ 66 w W-DEQ-A; $n = 170$ w grupie z interwencją i $n = 169$ w grupie kontrolnej	W-DEQ-A, CBSEI oraz EPDS	W 36. tygodniu ciąży uczestniczki w grupie z interwencją miały niższe wyniki w W-DEQ-A ($d = 0.59$) oraz CBSEI ($d = 0.46$) w porównaniu z grupą kontrolną, ale nie w EPDS ($d = 0.13^*$)
					Opisane obok analizy oparte są na danych uczestniczek, które ukończyły badanie (completers), tj. $n = 101$ dla kobiet w grupie z interwencją i $n = 97$ dla kobiet w grupie kontrolnej
					$n = 90$ kobiet zdecydowało się na udział w grupowych sesjach. Opisane obok analizy oparte są na danych intention to treat $n = 76$ uczestniczek z grupy kontrolnej korzystających z konsultacji z lekarzem lub położną w związku z nasilonym lękiem przed porodem, a $n = 30$ uczestniczek w zajęciach przygotowawczych prowadzonych przez wyspecjalizowaną położną. Jedynie w wynikach dla EPDS został uwzględniony czynnik czasu (interakcja grupa x czas), analizy dla MAMA i W-DEQ-B to analizy jednego punktu czasowego w 3. miesiącu po porodzie
Rouhe i in., 2015 [36]	Randomizowane badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; uczestniczki badania były przydzielane do warunków losowo w proporcji 1:2; pomiary w połowie ciąży, miesiąc przed planowanym porodem oraz trzy miesiące po porodzie	Sześć grupowych sesji psychoedukacyjnych z relaksacją mindfulness oraz jedna dodatkowa 6-8 tygodni po porodzie; warunkiem kontrolnym było TAU, w którym pacjentki mogły wedle potrzeby odbywać indywidualne konsultacje z lekarzami i położnymi	Pierworódki z wynikiem ≥ 100 w W-DEQ-A; $n = 131$ w grupie z interwencją i $n = 240$ w grupie kontrolnej	MAMA, W-DEQ oraz EPDS Dodatkowo, w osobnym artykule opisano wyniki położnicze [42]	Trzy miesiące po porodzie uczestniczki w grupie z interwencją miały wyższe wyniki w MAMA ($d = 0.51$), niższe wyniki w W-DEQ-B ($d = 0.35$) oraz niższe wyniki w EPDS ($d = 0.28$) w porównaniu z grupą kontrolną. Efekt interwencji na EPDS wykazał niższe, ale nieistotne statystycznie, nasilenie objawów depresyjnych u uczestniczek w grupie z interwencją ($d = 0.19^*$) w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki położnicze [42]: kobiety w grupie z interwencją częściej przechodziły przez spontaniczny poród pochwowy niż te z grupą kontrolną (63.4% vs 47.5%) oraz miały mniej cesarskich cięć (22.9% vs 32.5%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rondung i in., 2018 [37]	Randomizowane, wielośrodkowe badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary w połowie ciąży, miesiąc przed planowanym porodem oraz rok po porodzie	Osiem modułów wspomaganiej intermetowej terapii opartej na zintegrowanym protokole CBT (Unified Protocol) oraz dodatkowy moduł po porodzie; warunkiem kontrolnym było TAU, które różniło się między ośrodkami, ale zostało scharakteryzowane jako na ogół 2–4 spotkania z położną, ginekologiem i/lub psychologiem	Kobiety z wynikami ≥ 60 w FOBS; $n = 127$ w grupie z interwencją, $n = 131$ w grupie kontrolnej	FOBS	Miesiąc przed planowanym porodem FOBS było niższe w grupie TAU ($d = -0.14$), a w pomiarze po roku było niższe w grupie z interwencją ($d = 0.28$)	Należy zwrócić uwagę na małe zaangażowanie uczestników w interwencję; tylko 10% z nich skorzystało z więcej niż z czterech dostępnych modułów terapeutycznych. Osoby autorskie zaznaczają we wnioskach, że „Wynik [badania] był trudny do interpretacji biorąc pod uwagę niskie zaangażowanie uczestników i szeroki zbiór potencjalnych mediatorów, moderatorów i czynników zakłócających obecnych podczas porodu i w pobję. Tak więc, wspomaganie CBT, tak jak przedstawiona w tym badaniu, nie wydaje się być wykonalnym i akceptowalnym podejściem leczenia tokofobii”. Badanie jakościowe przeprowadzone z udziałem uczestników tego projektu opisuje dogłębnie ograniczenia i trudności związane z tą metodą terapeutyczną [43].
Vakilian i in., 2019 [35]	Randomizowane badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary przed rozpoczęciem terapii, po czterech tygodniach (tj. zakończeniu terapii) oraz miesiąc później	Osiem grupowych sesji ACT opartych o zmodyfikowany protokół leczenia leku o zdrowie; warunkiem kontrolnym było TAU określone jako „rutynowa opieka związana z ciążą”	Kobiety w drugim lub trzecim trymestrze ciąży; $n = 22$ w grupie z interwencją, $n = 22$ w grupie kontrolnej	PRAQ	Grupa uczestników interwencji miała niższe wyniki w każdej podskali PRAQ w porównaniu z grupą kontrolną (zakres $d = 1.46 - 1.87^*$) oraz wynikiem ogólnym kwestionariusza ($d = 2.10^*$) po zakończeniu terapii oraz analogiczne wyniki w powtórnych pomiarach po miesiącu od zakończenia terapii ($d = 1.29 - 1.89^*$ dla podskali $d = 2.19$ dla wyniku ogólnego)	Diagnoza tokofobii nie była warunkiem włączenia do badania

Abdollahi i in., 2020 [40]	Randomizowane badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary przed rozpoczęciem terapii oraz po pięciu tygodniach (tj. zakończeniu terapii)	Pięć grupowych sesji w oparciu o Dialog Motywujący z tematem przewodnim redukcji lęku przed porodem; warunkiem kontrolnym było TAU scharakteryzowane jako typowa opieka prenatalna	Kobiety w 6–7. miesiącu ciąży; n = 35 w grupie z interwencją i n = 34 w grupie kontrolnej	W-DEQ-A, NuPDQ oraz skala poczucia własnej skuteczności w trakcie porodu	Grupa uczestniczek interwencji miała niższe wyniki w każdej podskali W-DEQ-A w porównaniu z grupą kontrolną (zakres d = 0.38 – 1.15*) oraz wynikiem ogólnym kwestionariusza (d = 1.14*). Analogiczne wyniki uzyskano dla podskali (zakres d = 0.84 – 1.38*) i wyniku ogólnego NuPDQ (d = 1.39*), z wyjątkiem podskali dotyczącej stresu dotyczącego objawów fizjologicznych (d = 0.30*). Różnice międzygrupowe na skali poczucia własnej skuteczności w trakcie porodu nie były istotne (d = -0.39*)	Diagnoza tokolemii nie była warunkiem włączenia do badania. Około 70% uczestniczek miało wynik ≥ 60 punktów w W-DEQ-A
Baas i in., 2022 [38]	Wieloośrodkowe, randomizowane badanie z grupą kontrolną z zaślepieniem przeprowadzających pomiary; pomiary przed rozpoczęciem terapii oraz w 32–34. tygodniu ciąży	Do trzech grupowych sesji EMDR; warunkiem kontrolnym było TAU scharakteryzowane jako typowa opieka prenatalna	Kobiety między 8. i 20. tygodniem ciąży z wynikiem ≥ 85 w W-DEQ-A; n = 70 w grupie z interwencją i n = 71 w grupie kontrolnej	W-DEQ-A Dodatkowo, w osobnym artykule opisano wyniki porównawcze [44]	Grupa uczestniczek interwencji miała niższe, ale nieistotnie statystycznie wyniki w W-DEQ-A w porównaniu z grupą kontrolną (d = 0.39). Obie grupy nie różniły się istotnie w zakresie parametrów położniczych [44]	z n = 70 zrandomizowanych kobiet zdecydowało się na udział w grupowych sesjach, a finalnie terapię ukończyło n = 54 Opisane obok analizy oparte są na danych intencjon to treat Podsumowanie autorów: „Wyniki potwierdzają, że EMDR jest bezpieczną i skuteczną metodą terapii tokolemii u ciężarnych, jednakże bez znaczących korzyści ponad efekty [TAU]. W związku z tym, obecne wyniki nie uzasadniają stosowania EMDR jako dodatkowej metody leczenia w tym konkretnym settingu”

TAU — treatment as usual; W-DEQ — Wijima Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (wersja A przed porodem oraz wersja B po), CBSEI — Child-birth Self-Efficacy Inventory, EPDS — Edynburska Skala Depresji Poporodowej, MAMA — The maternal adjustment and maternal attitudes questionnaire, FOBS — Fear of Birth Scale, ACT — Terapia Akceptacji i Zaangażowania, PRAO — Van den Bergh's Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire, NuPDQ — revised Prenatal Distress Questionnaire Uwaga: ujemne wartości wielkości efektu wskazują na korzystniejsze efekty w grupach kontrolnych

* Wielkości efektu oszacowane na podstawie danych z artykułów za pomocą kalkulatora https://www.psychometrica.de/effect_size.html

Warto zaznaczyć, że w opisie wyników uwidacznia się efekt, który był już obserwowany w innych pracach dotyczących efektywności psychoterapii. Mianowicie w badaniach prowadzonych w krajach globalnego Wschodu na ogół uzyskuje się wyższe wskaźniki efektywności w porównaniu z krajami zachodnimi [np. 45, 34]. Oznacza to, że efekty terapeutyczne, które mogłyby zostać uzyskane w przyszłych polskich badaniach, byłyby bardziej zbliżone do tych obserwowanych w badaniach niderlandzkich lub szwedzkich niż tych prowadzonych na przykład w Iranie. Należy wspomnieć też o systemowych i indywidualnych trudnościach, które mogą utrudniać skorzystanie z psychoterapii w przypadku doświadczania tokofobii. Prowadzenie psychoterapii wymaga specjalnie wyszkolonego personelu, co może wpływać na zmniejszoną dostępność tego rodzaju leczenia. Z tego powodu korzysta się ze wsparcia personelu położniczego, który prowadzi interwencje pod superwizją wykwalifikowanej kadry psychologicznej. Na ogół oddziaływania psychoterapeutyczne są długotrwałe, w zależności od nurtu trwają od kilkunastu do kilkudziesięciu tygodni, co w przypadku bliskiej daty porodu utrudnia skorzystanie z tego rodzaju wsparcia. Przykłady opisanych w tym podrozdziale interwencji pokazują, że są one krótkie (kilka spotkań) oraz mają zwiększoną intensywność (np. dwie sesje tygodniowo). Dostępne dane wskazują też, że część osób doświadczających nasilonego lęku przed porodem uważa, że nie potrzebuje wsparcia psychoterapeutycznego lub że ich lęki nie są wyleczalne [43]. Dodatkowo udział w sesjach, które uwzględniają ekspozycję na traumatyczne doświadczenia związane z porodem może być na tyle dużym wyzwaniem, że osoby w ciąży nie będą skłonne skorzystać z takiej formy psychoterapii.

5. Dwusesyjny protokół leczenia tokofobii Ben-Rafael i współpracowników

Alternatywą dla wyżej opisanych interwencji o zróżnicowanej skuteczności oraz innych psychoterapii, których skuteczność nie była weryfikowana w badaniach, może być dwusesyjny protokół leczenia tokofobii (ang. *Dual-Session Tokophobia Intervention, DSTI*) opracowany przez Ben-Rafael i współpracowników [2]. Zdecydowaliśmy się na przedstawienie tego protokołu w osobnym podrozdziale ze względu na jego mocne zakorzenienie w poznawczo-behawioralnym modelu etiologii fobicznego lęku (Rys. 1, s. 32) oraz wykorzystanie technik ekspozycyjnych, które są podstawową metodą redukcji nasilenia objawów tego rodzaju [19, 34]. Należy jednak zaznaczyć, że efektywność, wykonalność i bezpieczeństwo tego protokołu są dopiero weryfikowane.

DSTI przeprowadza się w trakcie dwóch dwugodzinnych sesji z jednotygodniową przerwą pomiędzy nimi. Jego głównym elementem jest ekspozycja, w której ciężarna kobieta w trakcie sesji mierzy się z sytuacją porodu w kontrolowanych warunkach, przy wsparciu osoby prowadzącej interwencję. Kontrolowane konfrontowanie się z bodźcem lękorodnym i wytrzymanie narastającego dyskomfortu oraz powstrzymanie się od unikania i zachowań zabezpieczających powoduje, że poziom lęku zaczyna maleć. Procedura ta ma za zadanie zmodyfikować uwarunkowaną reakcję lękową i związane z nią przekonania.

Protokół ten jest skierowany do kobiet w trzecim trymestrze ciąży i ma na celu szybkie zredukowanie objawów lęku tuż przed porodem, aby zwiększyć komfort rodzenia. Dzięki

swojej prostej formule może być stosowany przez osoby bez bazowego wykształcenia psychoterapeutycznego, po odbyciu szkolenia i przy wsparciu osoby superwizującej.

DSTI złożony jest z pięciu modułów. Pierwsza część polega na zebraniu podstawowych informacji dotyczących nasilenia lęku i wiąże się z oceną konkretnych sytuacji związanych z porodem na skali od 0 do 100, gdzie 0 oznacza brak lęku, a 100 jego maksymalną intensywność. Jest to też czas na zbudowanie wstępnego zaufania w relacji specjalistka — pacjentka.

Drugi etap polega na przeprowadzeniu psychoedukacji. Podczas tego etapu uzasadnia się zastosowanie poszczególnych interwencji, opisuje się, czym jest lęk przed ciążą oraz jaki charakter w podtrzymywaniu zaburzenia mają unikanie oraz zachowania zabezpieczające, tłumaczy się przyczyny występującego lęku oraz normalizuje sytuację porodu.

Trzecia faza obejmuje naukę relaksacji — oddychanie przeponowe oraz ćwiczenie uważności (ang. *mindfulness*). Trening relaksacji jest nagrywany. Ćwiczenie uważności skupia się na defuzji poznawczej, czyli dystansowaniu od doświadczeń wewnętrznych, takich jak myśli czy emocje, poprzez przyjęcie obserwującej perspektywy.

Czwarta faza, która obejmuje większość obu sesji, to ekspozycja, którą poprzedza psychoedukacja dotycząca samej techniki oraz restrukturyzacja poznawcza myśli, które pojawiają się w sytuacjach lękowych. Wprowadza się model poznawczy obejmujący współoddziaływanie myśli, emocji i zachowania, omawia aspekty lęku (emocjonalny, somatyczny, behawioralny, poznawczy) oraz to, jak wpływają one na siebie nawzajem w błędnym kole, które podtrzymuje lęk.

Podczas tej fazy wprowadza się ekspozycje za pomocą szczegółowych opowieści o procesie porodu oraz oglądania animacji dotyczących porodu. Następuje podsumowanie i zadanie pracy osobistej (ćwiczenie ekspozycji samodzielnie między sesjami). Druga sesja zaczyna się od omówienia pracy osobistej i obejmuje kontynuację ekspozycji — wizytę na sali porodowej, ekspozycję na ból (test *cold pressor*) oraz obejrzenie filmu z porodu. Zwieńczeniem drugiej sesji jest ekspozycja wyobraźniowa, podczas której ciężarna proszona jest o wyobrażenie sobie swojego własnego porodu ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji wzbudzających największy lęk. Przed każdą ekspozycją pacjentka proszona jest o ocenę lęku/dystresu w skali od 0 do 100. Na koniec ekspozycji następuje omówienie wniosków z eksperymentów oraz weryfikacja prawdziwości przewidywań dotyczących efektów ekspozycji (np. negatywnych emocji, dyskomfortu itp.). Mierzy się ponownie poziom dyskomfortu. W przypadku, gdy przekracza 60, wraca się do omawiania błędnego koła, dialogu sokratejskiego oraz restrukturyzacji. Zaleca się stosowanie tych ekspozycji samodzielnie w domu lub szpitalu w celu utrwalenia nowych spostrzeżeń i wniosków.

Dwusesyjny protokół zamyka część podsumowująca, polegająca na udzieleniu krótkich informacji na temat cesarskiego cięcia, porodu drogami natury, ale również emocjonalnych i fizjologicznych potrzeb kobiety zaraz po urodzeniu dziecka. Zadaniem osoby prowadzącej sesję jest normalizacja często spotykanych w położu trudności.

Ograniczenia podejścia zaproponowanego przez Ben-Rafael i współpracowników [2] obejmują kilka aspektów. Pierwszym, najbardziej oczywistym, jest to, że ma ono charakter eksperymentalnej interwencji, której bezpieczeństwo i efektywność nie były na razie weryfikowane w badaniach ilościowych. Oznacza to, że należy zachować ostrożność w oferowaniu tej metody pracy ciężarnym pacjentkom. Niemniej jednak wcześniejsze

badania dotyczące EMDR wskazują, że techniki ekspozycyjne mogą być bezpiecznie stosowane w tej grupie [44]. Kolejnym ograniczeniem jest to, że zaproponowany protokół został dostosowany do pacjentek z pierwotną tokofobią, więc może nie być odpowiedni dla ciężarnych z wtórną postacią tokofobii, w przypadku których źródłem objawów jest lęk wdrukowany w trakcie bardzo obciążającego lub traumatycznego doświadczenia wcześniejszego porodu. Oferowane w protokole ekspozycje odnoszą się do przebiegu porodu w ogóle i ich cel można określić jako redukcję lęku przez uczynienie tego, co nieznanne lub wyobrażone bardziej znanym, a to może nie być wystarczające do redukcji lęku w przypadku wtórnej tokofobii.

6. Podsumowanie

Wciąż trwają badania nad znalezieniem optymalnej metody pomagania kobietom zmagającym się z tokofobią. Do jej poszukiwania skłania ponaddwukrotny wzrost liczby cesarskich cięć na przestrzeni ostatnich lat. Tokofobia staje się istotnym problemem położniczym, zwłaszcza wśród pierworódek [16]. Ważnym aspektem porodu jest postrzeganie go jako sytuacji stresowej, naznaczonej lękiem, przy czym charakterystyczną cechą jest brak poczucia kontroli nad tym wydarzeniem [46]. Oddziaływania psychoterapeutyczne, które stosuje się w pracy z pacjentami lękowymi, pozwalają zmniejszyć nasilenie objawów tokofobii. Innowacyjny protokół dwusesyjny oparty na ekspozycji wymaga badań, aby potwierdzić jego bezpieczeństwo i skuteczność. Solidne podstawy teoretyczne i empiryczne, jasno określona struktura sesji oraz krótki czas potrzebny na przeprowadzenie ciąży przez protokół mogą jednak świadczyć na jego korzyść.

Finansowanie i konflikt interesów:

Praca ta nie była finansowana. Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *Br J Psychiatry*. 2000; 176(1): 83–85.
2. Ben-Rafael S, Bloch M, Aisenberg-Romano G. Dual-Session Tokophobia Intervention, a Novel Ultrashort Cognitive Behavioral Therapy Protocol for Women Suffering From Tokophobia in the Third Term of Pregnancy. *Cogn Behav Pract* 2023; 30(3): 520–538.
3. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F i wsp. Tokophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *J Psychosom Res*. 2019; 116: 37–43.
4. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1998; 19(2): 84–97.
5. Iłska M, Brandt-Salmeri A, Kołodziej-Zaleska A, Banaś E, Gelner H, Cnota W. Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Sci Rep*. 2021; 11(1): 4397.

6. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1997; 18(4): 266–272.
7. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(4): 435–440.
8. Guskowska M. Lęk przed porodem i determinujące go czynniki — przegląd literatury. *Perinat Neonatol Ginekol.* 2012; 5(3): 154–161.
9. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2018; 27(13–14): 2523–2535.
10. Bąbel P, Ostaszewski P, Suchowierska M. Naśladowanie a uczenie się przez obserwację. Porównanie perspektywy analizy zachowania i teorii społecznego uczenia się. *Psychol Rozw.* 2014; 19(3).
11. Billert H. Tokofobia — problem multidyscyplinarny. *Ginekol Pol.* 2007; 78: 807–811.
12. Onik J, Rusin M, Materkowska A, Gryboś A, Gryboś M. Tokofobia ciężarnych — mit czy rzeczywistość? W: Żurawicka D, Łuczak I, Wojtal M, Siekierka J, red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny.* Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu; 2019; 7: 207–215.
13. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. *J Perinat Med.* 2020; 49(1): 5–16.
14. Wielgoś M, Bomba-Opoń D, Bręborowicz GH, Czajkowski K, Dębski R, Leszczyńska-Gorzelak B i wsp. Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesarean sections. *Ginekol Pol.* 2018; 89(11): 644–657.
15. Holka-Pokorska J, Jarema M, Stefanowicz A, Piróg-Balcerzak A, Wichniak A. Efektywne cięcie cesarskie ze wskazań psychiatrycznych — analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(2): 357–373.
16. Santorek N, Biłas K, Tokarska A, Zarzycka K, Kasprzak P, Kwiatkowski S i wsp. Cięcie cesarskie. Rosnący odsetek i zmiana trendów we wskazaniach. *Varia Med.* 2019; 3(4): 279–288.
17. Melender RHL. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth.* 2002; 29(2): 101–111.
18. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2002; 23(4): 229–235.
19. Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide.* Chichester: Wiley & Sons, Incorporated, John; 2013.
20. Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behav Res Ther.* 1977; 15(5): 375–387.
21. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M i wsp. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1): 28.
22. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: A feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2016; 37(2): 37–43.
23. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery.* 2011; 27(4): 560–567.
24. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire – revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health.* 2016; 19(1): 125–132.

25. Michalik A, Wójcicka L, Zdun-Ryżewska A, Czerwińska-Osipiak A, Krzemiński M, Olszewska J, Klasa-Mazurkiewicz D, Huizink A. Polish Adaptation of the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire — Revised 2 for All Pregnant Women. *Healthcare*. 2021; 9(7): 917.
26. Mikolajkow A, Fuchs T, Małyszczak K. Polish Adaption of Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire — Revised 2 (PRAQ-R2). *Psychiatr Polska*. 2023: 1–10.
27. Paciorek M, Putyński L. Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II) Wersja Zrewidowana: konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Univ Lodz Folia Psychol*. 2008; 12: 129–133.
28. Iłska M, Kołodziej-Zaleska A, Brandt-Salmeri A, Preis H, Lobel M. Pandemic-related pregnancy stress assessment—Psychometric properties of the Polish PREPS and its relationship with childbirth fear. *Midwifery*. 2021; 96: 102940.
29. Aguilera-Martín Á, Gálvez-Lara M, Blanco-Ruiz M, García-Torres F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *J Clin Psychol*. 2021; 77(3): 525–555.
30. O’Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O’Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 7(7): CD013321.
31. Striebach S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia — A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018; 61: 97–115.
32. Najafi TF, Dashti S, Bolghanabadi N, Rezvanifard M, Andaroon N, Abadibavil D i wsp. Evaluation of the effect of cognitive behavioral therapy on tocophobia: a systematic review and meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021; 35(3): 255–260.
33. Evans K, Rennick-Egglestone S, Cox S, Kuipers Y, Spiby H. Remotely delivered interventions to support women with symptoms of anxiety in pregnancy: mixed methods systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022; 24(2).
34. Kowalski J, Blaut A, Dragan M, Farley D, Pankowski D, Sanna K, Śliwerski A, Wiśniowska J. Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia; 2024.
35. Vakilian K, Zarei F, Majidi A. Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety and Quality of Life During Pregnancy: A Mental Health Clinical Trial Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2019; 21(8).
36. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding EL, Saisto T. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Amp Gynecol*. 2015; 36(1): 1–9.
37. Rondung E, Ternström E, Hildingsson I, Haines HM, Sundin Ö, Ekdahl J, Karlström A, Larsson B, Segeblad B, Baylis R, Rubertsson C. Comparing Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy With Standard Care for Women With Fear of Birth: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*. 2018; 5(3): e10420.
38. Baas MA, van Pampus MG, Stramrood CA, Dijkman LM, Vanhommerig JW, de Jongh A. Treatment of Pregnant Women With Fear of Childbirth Using EMDR Therapy: Results of a Multi-Center Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry*. 2022; 12.
39. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creed DK, Buist A, Turkstra E, Ryding E. A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth*. 2014; 41(4): 384–394.

40. Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrazhi M, Gholinia H. Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychol.* 2020; 11.
41. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL, Jarrett V, Toohill J. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13(1).
42. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG.* 2013; 120(1): 75–84.
43. Baylis R, Ekdahl J, Haines H, Rubertsson C. Women’s experiences of internet-delivered Cognitive Behaviour Therapy (iCBT) for Fear of Birth. *Women Birth.* 2020; 33(3): e227–e233.
44. Baas MA, Stramrood CA, Dijkman LM, Vanhommerig JW, de Jongh A, van Pampus MG. How safe is the treatment of pregnant women with fear of childbirth using eye movement desensitization and reprocessing therapy? Obstetric outcomes of a multi-center randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023; 102(11): 1575–1585.
45. Ciharova M, Karyotaki E, Miguel C, Walsh E, de Ponti N, Amarnath A, van Ballegooijen W, Riper H, Arroll B, Cuijpers P. Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *J Affect Disord.* 2024; 359: 92–99.
46. Dembińska A, Wichary E. Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego — znaczenie dla praktyki położniczej. *Sztuka Leczenia.* 2016; 1: 4–54.

Adres: jkowalski@psych.pan.pl