

Sylwia Michałowska

ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE NA TLE ORIENTACJI SEKSUALNEJ W PROCESIE PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ — STUDIUM PRZYPADKU

SEXUAL ORIENTATION OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY — A CASE STUDY

Uniwersytet Szczeciński, Instytut Psychologii

**obsessive-compulsive disorder
cognitive-behavioural therapy
case study**

Streszczenie

Rozpoznanie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego jest jedną z diagnoz, której obraz w przestrzeni publicznej jest mocno stereotypowy i pozostaje związany z obawami przed zarazkami i zakażeniem, któremu zapobiegać ma nadmiarowa higiena, unikanie i kompulsyjne mycie rąk. Czy w rzeczywistości pacjenci odwiedzający gabinety psychiatryczne i psychoterapeutyczne nie prezentują innego obrazu tego zaburzenia? Praktyka pokazuje, że spektrum objawów jest niezwykle szerokie, a ich dogłębne rozumienie pozwala na adekwatną diagnozę i zastosowanie skutecznych oddziaływań terapeutycznych, redukujących realne cierpienie pacjenta. Celem niniejszego doniesienia jest ukazanie zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu pacjentki z diagnozą zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego związanego z orientacją seksualną. Jako metodę przyjęto opis oraz konceptualizację przypadku 36-letniej pacjentki. Zaprezentowano proces psychoterapii opartej na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji. Opisano zastosowane techniki terapeutyczne oraz uzyskane dzięki nim efekty. Pomimo że konieczne są dalsze badania z udziałem wskazanej grupy pacjentów, warto zwrócić uwagę na możliwości i szanse, jakie daje zastosowanie metody, mającej gruntownie potwierdzoną skuteczność w leczeniu innych odmian zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Summary

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a diagnosis that is heavily stereotyped in the public sphere, often associated with fears of germs and contamination, which are countered by excessive hygiene, avoidance, and compulsive hand washing. However, do patients visiting psychiatric and psychotherapeutic offices present a different picture of this disorder in reality? Practice shows that the spectrum of symptoms is extremely broad, and a thorough understanding of these symptoms allows for an accurate diagnosis and the application of effective therapeutic interventions that reduce the patient's real suffering. The aim of this study is to demonstrate the application of cognitive-behavioural therapy (CBT) in treating a patient diagnosed with OCD related to sexual orientation. The method involved the description and conceptualisation of the case of a 36-year-old female patient and the process of psychotherapy based on exposure and response prevention. The therapeutic techniques used, and the

effects achieved through them are described. Although further research involving the indicated group of patients is necessary, attention should be drawn to the possibilities and opportunities offered by a method that has been thoroughly proven effective in treating other forms of OCD.

Wprowadzenie

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne w praktyce klinicznej

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ang. obsessive-compulsive disorder, OCD) związane są z występowaniem trudnych, intruzywnych myśli, impulsów czy obrazów, ocenianych przez pacjenta jako niechciane, egodystoniczne, określanych jako obsesje [1]. Dążąc do redukcji lęku, niepokoju oraz napięcia związanego z treścią obsesji pacjent podejmuje działania, których celem jest ich neutralizacja, poprzez np. unikanie, upewnianie się co do określonych obsesyjnych wątpliwości powiązanych z zaburzeniem i sprawdzanie lub stosowanie rytuałów oraz schematów działania, nazywanych kompulsjami [1]. Mogą one przybierać postać jawnego zachowania, możliwego do zauważenia przez zewnętrznego obserwatora, jednak warto pamiętać także o występowaniu kompulsji mentalnych, realizowanych w umyśle chorego, niewidocznych w obserwacji. Są one przykładem strategii niejawnych, mających na celu radzenie sobie. Badania wskazują, że jedną z najbardziej powszechnych strategii niejawnych, typową dla pacjentów z OCD, jest tłumienie myśli [2]. Kiedy wskazane tłumienie kończy się niepowodzeniem pacjenci przyjmują za jego przyczynę czynniki wewnętrzne, np. są przekonani, że niewystarczająco się starali, aby powstrzymać obsesję [3, 4]. Badanie skupione na określeniu częstości występowania rytuałów mentalnych w próbie niemal tysiąca pacjentów z OCD wykazało ich obecność u ponad 50% uczestników, co sugeruje, że są one dość powszechne [5]. Analizy podłużne oceniające wpływ rytuałów mentalnych na nasilenie i przewlekłość OCD potwierdziły ich związek z większym nasileniem objawów klinicznych, gorszym funkcjonowaniem w momencie przyjęcia oraz przewlekłym przebiegiem choroby (leczenie trwało średnio o 1 rok dłużej, niż w przypadku pacjentów bez kompulsji mentalnych) [6]. Biorąc pod uwagę te wnioski niezwykle istotne wydaje się uwzględnianie w diagnozie występowania kompulsji mentalnych oraz wprowadzanie w terapii strategii ukierunkowanych na ich wygaszanie.

Według współczesnej wiedzy na temat etiologii OCD za przyczyny zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych należy uznać komponenty neurobiologiczne, w tym genetykę. Wskaźnik zgodności w przypadku występowania objawów zaburzenia u bliźniąt jednojajowych wynosi od 20% do 50% [7]. Prawdopodobieństwo wystąpienia OCD u osoby spokrewnionej z inną osobą zdiagnozowaną wynosi między 45% a 65% w przypadku dzieci i między 27%–45% u dorosłych [8]. Badacze wskazują także na znaczenie strukturalnych i czynnościowych anomalii mózgu w obszarze kory oczodołowo-czołowej, kory przedniego zakrętu obręczy czy prążkowiec [9]. W rozumieniu zaburzenia zwraca się uwagę również na możliwe deficyty serotoniny lub trudności w zakresie jej metabolizowania [10]. Obecnie nie dysponujemy jednak pełną wiedzą na temat przyczyn OCD.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne może przybierać postać różnego typu. Zawsze jednak jego objawy stanowią przyczynę istotnego cierpienia pacjenta, nawet jeśli on sam ocenia ich treść jako irracjonalną lub mało prawdopodobną. Szczególną odmianą zaburzenia ob-

sesyjno-kompulsyjnego jest to, w którym objawy ogniskują się wokół orientacji seksualnej (ang. sexual orientation obsessive-compulsive disorder, SO-OCD). W obrazie zaburzenia obserwujemy wówczas u pacjentów obsesyjne, trudne do zniesienia myśli i wątpliwości dotyczące własnej orientacji seksualnej oraz kompulsyjne czynności (także mentalne) redukujące niepokój i dyskomfort. Intruzje dotyczące orientacji seksualnej są dla pacjentów z SO-OCD egodystoniczne, połączone z lękiem i niepokojem, a ich bezpośredni związek z zachowaniami kompulsywnymi i unikaniem odróżnia ten typ zaburzenia od procesu kwestionowania swojej seksualności. W repertuarze zachowań pojawia się m.in. unikanie przebywania w obecności konkretnych osób, sprawdzanie, czy w określonych relacjach intymnych występuje seksualne pobudzenie. Unikanie oraz wykonywanie rytuałów przejściowo redukują niepokój, wpisując się w klasyczny mechanizm utrwalania zaburzenia. Co ważne, u pacjentów z SO-OCD doświadczenie lęku nie jest związane z obawami dotyczącymi odrzucenia czy braku akceptacji ze strony bliskich [11], a sama uciążliwość myśli jest w dużej mierze powiązana z trudnością w tolerancji niepewności oraz lękiem przed popełnieniem błędu („a co, jeśli pomyliłem/pomyliłam się co do własnej orientacji?”), charakterystycznymi dla zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. W kontekście diagnostycznym odróżnienie to jest istotne z uwagi na fakt, że wiele osób z SO-OCD jest błędnie diagnozowanych jako „przeżywające kryzys tożsamości seksualnej” [12]. Dla specjalistów pomocne w diagnozie może być wykorzystywanie kwestionariuszy ukierunkowanych na ocenę objawów SO-OCD. Przykładem takiego narzędzia jest Skala Obsesyjno-Kompulsyjnej Orientacji Seksualnej [13] o dobrych właściwościach psychometrycznych dla wersji włoskiej. Niestety w Polsce nie przeprowadzono dotychczas walidacji tego kwestionariusza.

Poznawczo-behawioralne rozumienie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

W modalności poznawczo-behawioralnej terapii, tworząc konceptualizację trudności pacjenta, odwołują się do modeli teoretycznych. Wyróżniamy wiele poznawczych modeli teoretycznych OCD. Należą do nich kolejno powstające: model Carra [14], McFall'a i Wollersheima [15], Salkovskisa [16], Rachmana [17], Wellsa [18] oraz model Van Oudheusdena i współpracowników [19].

Model Carra [14] stanowił pierwszą poznawczą próbę konceptualizacji pacjentów z OCD. Uwypuklał on przede wszystkim zagrażające interpretacje nadawane intruzywnym treściom poznawczym występujące w połączeniu z generalnym wysokim poczuciem zagrożenia. Według autora takie połączenie skutkuje przecenianiem prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych zdarzeń oraz negatywnych konsekwencji. Rozwinięcie modelu stanowią prace McFall'a i Wollersheima [15], w których zaznaczono, że charakterystyczne dla osób z OCD poczucie zagrożenia jest efektem pierwotnej oceny poznawczej, w której pacjent spostrzega dane zdarzenie jako zagrażające, a samego siebie jako osobę, która nie ma zasobów i zdolności do poradzenia sobie. Lęk u pacjentów z OCD narasta wskutek dokonanej oceny pierwotnej, podczas gdy ocena dotycząca możliwych konsekwencji prowadzi do kompulsji. Pacjent podejmuje działania kompulsyjne, aby zapobiec katastrofie, której się spodziewa.

Według modelu poznawczo-behawioralnego OCD zaproponowanego przez Salkovskisa [16] pacjenci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym przyjmują wiele dysfunkcyjnych

założeń podtrzymujących objawy i koniecznych do uwzględnienia w procesie terapii. Należą do nich:

1. Przekonanie, że posiadanie konkretnych myśli jest tożsame z wykonywaniem działań zgodnych z tymi myślami (np. myślenie, że jest się homoseksualnym jest równoznaczne z byciem homoseksualnym).
2. Przekonanie, że nieskuteczność w zapobieganiu negatywnym zdarzeniom jest równoznaczna ze spowodowaniem ich (np. „jeśli nie zapobiegłam przytuleni mi przez osobę tej samej płci, jestem winna spowodowania tej sytuacji”).
3. Przekonanie, że inne czynniki nie łagodzą odpowiedzialności (np. „nawet jeśli poszłam w miejsce, w którym nigdy nie musiałam być sam na sam z osobą tej samej płci, ale jeden raz tak się wydarzyło, to jestem za to odpowiedzialna”).
4. Przekonanie, że niewykonanie rytuałów jest równoznaczne z próbą lub chęcią doprowadzenia do negatywnych wydarzeń (np. „jeśli nie powtórzyłam w myślach 3 razy słów »nie jestem lesbijką« to znaczy, że chcę nią być”).
5. Przekonanie, że można oraz należy kontrolować swoje myśli (np. „jeśli bardzo będę się starać, aby nie mieć myśli o byciu lesbijką, to nie będę ich mieć”).

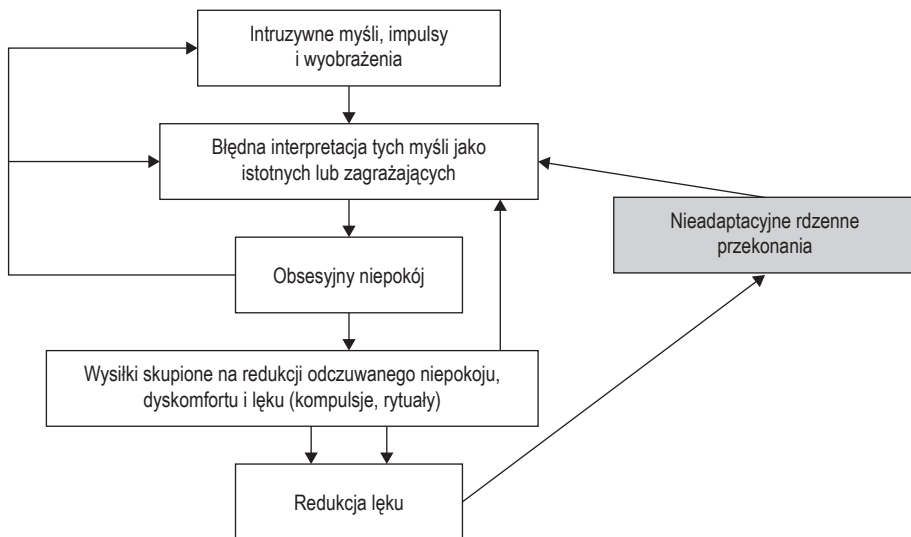
W kontekście zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego na tle orientacji seksualnej na uwagę zasługuje także model Rachmana [17], zgodnie z którym pacjenci cierpią, ponieważ dokonują fuzji myśli z działaniami, przyjmując, że myślenie o czymś jest równoznaczne z robieniem tego. Zgodnie z takim ujęciem, myślenie o własnej odmiennej orientacji seksualnej czy też pojawiające się w tym zakresie wątpliwości są identyfikowane jako potwierdzenie i usankcjonowanie przeżywanego obaw. Osoba przyjmuje wówczas, że jest innej orientacji niż dotychczas rozpoznana i praktykowana, a to powoduje cierpienie. Pacjent zwiększa więc wysiłki ukierunkowane na sprawdzenie, jaka jest jego faktyczna orientacja, poprzez np. oglądanie filmów pornograficznych i weryfikację, czy pojawia się u niego zainteresowanie nimi lub podniecenie. Możliwe jest także stosowanie unikania (np. próba zmniejszenia jakichkolwiek interakcji z osobami tej samej płci w przypadku obaw dotyczących orientacji homoseksualnej) lub poszukiwanie otuchy u innych (np. próba potwierdzania swojej seksualności poprzez zwiększanie liczby czy częstotliwości kontaktów seksualnych).

Należy wyraźnie zaznaczyć, że SO-OCD różni się od naturalnych, przejściowych czy rozwojowych wątpliwości oraz myśli na temat własnej seksualności i orientacji. Różnica ta związana jest przede wszystkim z brakiem seksualnego zainteresowania, które byłoby zgodne z obawami. W procesie diagnozy należy jednak zweryfikować, jaki jest charakter obaw pacjenta oraz identyfikować funkcje, jakie pełnią podejmowane zachowania neutralizujące. Warto zwrócić uwagę również na kryterium czasu. W zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym diagnostyczne nie jest samo pojawianie się epizodycznych myśli, ale nadawanie im istotnego znaczenia, dyskomfort związany z ich treścią oraz czas poświęcany analizie myśli i zachowaniom powiązanim z nimi (sprawdzanie, upewnianie, unikanie itd.). Zwykle SO-OCD dotyczy osób heteroseksualnych, które nie odczuwają pociągu do osób tej samej płci, jednak dręczą je obsesyjne myśli dotyczące tego, że być może jednak są homoseksualni (mimo że nic na to nie wskazuje) [20]. Warto zwrócić uwagę na to, czy cechy intruzywnych myśli i związane z nimi interpretacje są spójne z przedstawionymi

podstawami teoretycznymi. W przypadku, SO-OCD pacjent, u którego pojawiają się wątpliwości dotyczące orientacji seksualnej przecenia zagrożenie związane z tymi myślami, czuje się odpowiedzialny za ich pojawianie się oraz wykazuje nadmierną kontrolę myśli [21]. Nie jest to związane z wrogością czy nienawiścią do osób homoseksualnych [20]. Zgodnie z wnioskami z dotychczasowych badań pacjenci, którzy zmagają się z obawami co do własnej orientacji seksualnej, prezentują czarno-białe przekonania na temat seksualności, np. „heteroseksualna kobieta nigdy nie powinna czuć podniecenia w obecności innej kobiety”, co powoduje niepokój, kiedy te wysokie i sztywne standardy nie zostają spełnione i pojawia się przymus neutralizacji dyskomfortu [20].

Model teoretyczny Wellsa [18] uwzględnia metapoznawczy aspekt zaburzenia, czyli nadawanie znaczenia swoim intruzywnym myślom. Natomiast w modelu Van Oudheusdena i współpracowników [19] uwzględnić należy również związek pomiędzy poczuciem ograniczenia dobrowolności działań a przymusem wykonywania czynności.

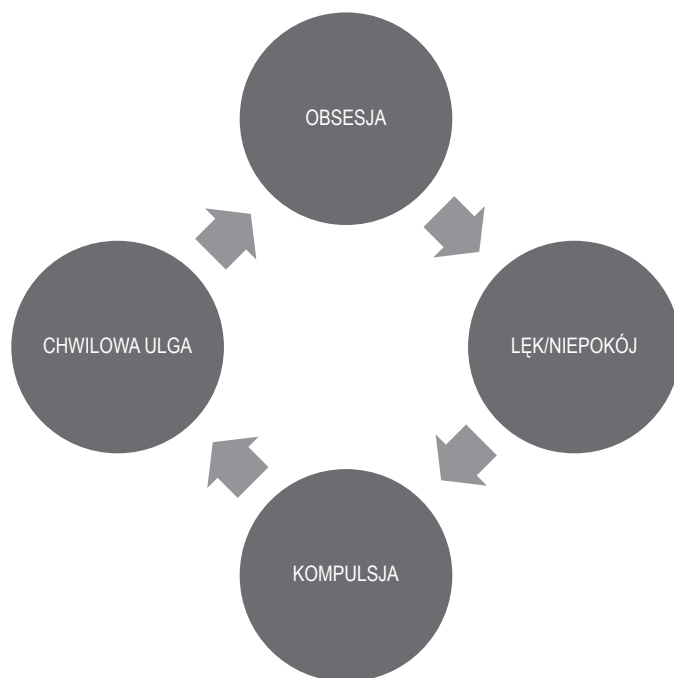
Co ważne, pojawianie się trudnych, intruzywnych myśli występuje w populacji dość powszechnie, dlatego współczesne modele teoretyczne skupiają się przede wszystkim na zagrażającej interpretacji i znaczeniu, jakie pacjenci z OCD nadają swoim myślom. Rozwijając objawy zaburzenia spostrzegają pojawiające się myśli czy wyobrażenia jako niezwykle znaczące lub niebezpieczne [22]. Syntezę elementów poznawczych i behawioralnych w konceptualizacji pacjentów z diagnozą OCD dobrze obrazuje poniższy model:



Rysunek 1. Poznawczo-behawioralny model OCD

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie Abramowitz [23].

Zgodnie z zaprezentowanym modelem, przejściowa redukcja lęku i niepokoju potwierdza rdzenne i nieadaptacyjne przekonania pacjenta prowadząc do utrwalenia wzorca zachowań kompulsyjnych. Problem polega na tym, że przejściowe zmniejszenie dyskomfortu będące konsekwencją wykonywania kompulsji uniemożliwia pacjentowi nie tylko falsyfikację przekonań, ale także naukę tolerowania dyskomfortu [24–26], co przy kolejnym doświadczeniu obsesji wzmacnia przymus wykonania konkretnej czynności i utrwała mechanizm błędnego koła.



Rysunek 2. **Błędne koło OCD**

Źródło: Opracowanie własne

Biorąc pod uwagę opisany związek pomiędzy występowaniem obsesyjnych myśli i nadawaniem im istotnego znaczenia oraz podejmowaniem czynności kompulsyjnych nasilających obecność owych myśli, opracowano protokół terapeutyczny oparty na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji, wspomagający przerywanie błędnego koła i zmniejszenie objawów [27]. Istnieją liczne dowody empiryczne ukazujące skuteczność i zasadność stosowania tego podejścia w psychoterapii OCD, co potwierdzają rekomendacje instytucji takich, jak Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (ang. American Psychological Association, APA) [28] czy Narodowy Instytut Doskonałości Zdrowia i Opieki (ang. National Institute for Health and Care Excellence, NICE) [29]. Badania dotyczące

zastosowania indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu OCD wykazały, że metoda ta przyczynia się do redukcji objawów [30, 31]. Istotne znaczenie ma w tym procesie ekspozycja z powstrzymaniem reakcji, a rozwój nowoczesnych technologii i współczesne doniesienia z badań sugerują, że technika ta może być rozwijana i udoskonalana w przyszłości [32].

W niniejszej pracy zaprezentowano konceptualizację przypadku pacjentki z diagnozą SO-OCD oraz opis przeprowadzonej psychoterapii poznawczo-behawioralnej i uzyskanych efektów.

Opis i konceptualizacja przypadku

Pani X — informacje wstępne i historia życia

Pacjentka lat 36, wykształcenie wyższe, od 10 lat w związku, od 7 lat mężatka, po ślubie w obrządku katolickim. Matka 5-letniej dziewczynki. Aktywna zawodowo. Pochodzi z rodziny katolickiej, bardzo zaangażowanej w praktyki religijne, sama również regularnie uczestniczy w nabożeństwach, deklaruje wyznanie tożsame z wyznaniem rodziców. Rodzina pacjentki skupia dużą uwagę na tym, aby wieść życie zgodne z wartościami, takimi jak prawda, uczciwość, lojalność oraz skromność. Wskazane wartości mają równie istotne znaczenie dla pacjentki i stara się ona praktykować je w codziennym życiu. Pacjentka od zawsze była osobą bardzo sumienną, dla której poczucie odpowiedzialności stanowiło podstawę obrazu własnej osoby. Pani X już jako dziecko dbała o to, aby się nie spóźniać, przynosić dumę rodzicom, nie łamać zasad, otrzymywać dobre oceny z nauki oraz z zachowania. Za taką postawę była chwalona zarówno przez rodziców, jak i przez otoczenie rodziny. Pacjentka wszystkie obowiązki realizuje zawsze na czas i poświęca im dużo uwagi, nie toleruje w swojej pracy błędów, nawet jeśli wykonanie jakiegoś zadania wymaga od niej poświęcenia czasu wolnego. Czuje się także odpowiedzialna za funkcjonowanie całej rodziny — zawsze samodzielnie przygotowuje zdrowe posiłki, robiąc zakupy, czyta etykiety produktów, dokładnie zna harmonogram pracy męża, skrupulatnie planuje wspólne aktywności (sprawdza daty, godziny, połączenia komunikacyjne, robi rezerwacje, zawiera umowy ubezpieczeniowe itd.). Pani X ma młodszego o 6 lat brata, z którym utrzymuje cykliczne i serdeczne relacje.

Pacjentka urodziła się o czasie, z ciąży przebiegającej prawidłowo. Nie była nigdy hospitalizowana, diagnozowana psychiatrycznie ani leczona z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. Członkowie rodziny nigdy nie leczyli się psychiatrycznie. Pani X nie potwarzała klas, była dobrą i lubianą uczennicą. Ma przyjaciół jeszcze z czasów studiów. Swoje relacje rodzinne i towarzyskie opisuje jako dobre. Życie zawodowe i rodzinne stanowi dla pacjentki źródło satysfakcji i spełnienia. Pacjentka neguje obecność chorób somatycznych, deklaruje dobre zdrowie ogólne. W historii życia nie rozpoznano wydarzeń o potencjalnie traumatyzującym.

Diagnoza

Pacjentka zgłosiła się na konsultację psychoterapeutyczną z powodu doświadczania silnych i nieprzyjemnych myśli, powodujących obniżenie nastroju i związanych z przymusem unikania konkretnych okoliczności, sytuacji oraz zachowań. W momencie zgłoszenia objawy te występowały od około roku. Wskazane myśli oraz związane z nimi reakcje według szacunków pacjentki zajmowały około 2 godzin każdego dnia, z okresowo pojawiającymi się zaostrzeniami. Momentem wystąpienia objawów był czas, kiedy pacjentka poznała obecną narzeczoną swojego brata i spędzała z nią dużo czasu. Wówczas zaczęła dostrzegać, jak bardzo atrakcyjna jest jej przyszła szwagierka (pani Y), co wiązało się z występowaniem nagłych, intruzywnych myśli typu „dlaczego tak dużo myślę o jej wyglądzie?”, „dlaczego ona tak mi się podoba?”, „czy jestem lesbijką?”, „co, jeśli jestem homoseksualna?”. Myśli te pacjentka oceniała jako bardzo znaczące, a jednocześnie wiązały się one z doświadczeniem silnego niepokoju i dyskomfortu, który pani X starała się zmniejszać poprzez unikanie towarzystwa wskazanej kobiety, siadanie podczas spotkań rodzinnych jak najdalej od niej, wdawanie się w rozmowy z mężem, podczas których celowo opisywała wady wizualne i słabości charakteru przyszłej szwagierki oraz powtarzanie w myślach zdania „nie jestem lesbijką”, początkowo raz, a następnie od 3 do 9 razy. W konsekwencji przeprowadzonego wywiadu, w oparciu o kryteria klasyfikacji DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) rozpoznano u pacjentki zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne z następującymi objawami:

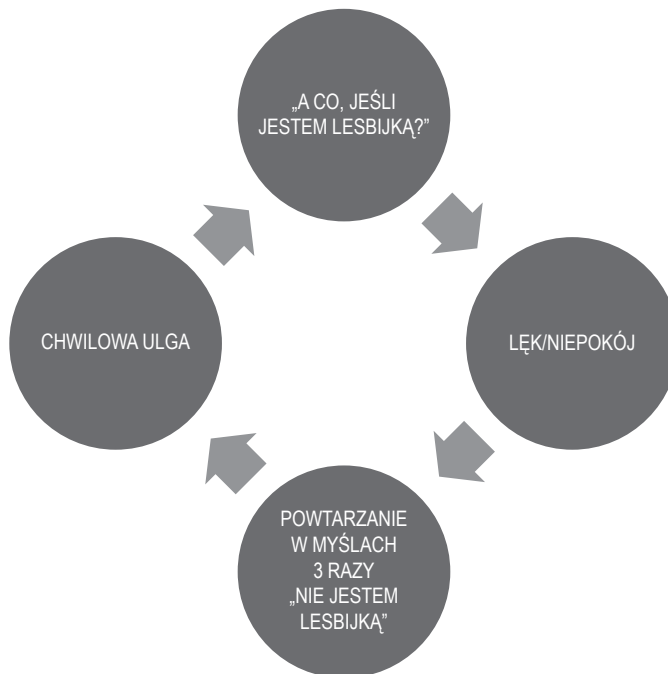
1. Występowaniem obsesyjnych, intruzywnych myśli dotyczących możliwości bycia osobą o orientacji homoseksualnej.
2. Występowaniem kompulsyjnych zachowań jawnych oraz ukrytych (mentalnych) mających na celu redukcję niepokoju, lęku i dyskomfortu, takich jak sprawdzanie, pocieszanie (w myślach) oraz unikanie.
3. Zaangażowaniem w skupienie na obsesyjnych myślach i kompulsyjnych czynnościach (analizowanie, sprawdzanie, unikanie, neutralizowanie, rytuały), pochłaniające od 2 do 4 godzin każdego dnia.
4. Doświadczaniem istotnego cierpienia związanego z obniżeniem nastroju, uczuciem smutku oraz wstydu, wpływającymi na codzienne funkcjonowanie pacjentki — rozkojarzenie, wycofanie z relacji z mężem, problemy ze snem.

Pani X wykazywała zadowolający wgląd dotyczący objawów. Przez większość czasu prezentowała świadomość irracjonalności swoich obaw oraz wysoką motywację do leczenia.

Model poznawczy podstawowego rozpoznania pacjentki

Uwzględniając modele teoretyczne opisywane w podejściu poznawczo-behawioralnym dokonano konceptualizacji przypadku. Przyjęto, zgodnie z modelem Salkovskisa [16] i Rachmana [17], że pacjentka interpretuje występowanie myśli natrętnych jako wskazówkę/dowód na to, że opisują one rzeczywistość (fuzja myśli i działania) oraz że będzie odpowiedzialna za możliwe jej negatywne konsekwencje (rozpad rodziny, zranienie męża, cierpienie córki, rozczarowanie rodziców), chyba że podejmie działanie,

które może temu zapobiec (będzie unikać kobiety budzącej zainteresowanie, umniejszy jej zalety czy też pocieszy/przekona samą siebie, że nie jest lesbijką, będzie sukcesywnie tłumić niepokojące myśli). Reakcje ukierunkowane na zmniejszenie poczucia odpowiedzialności i dyskomfortu podtrzymują przekonania pacjentki. Nawracanie natrętnych myśli staje się wówczas jeszcze bardziej prawdopodobne. Podejmowane przez panią X dążenie do neutralizowania myśli rozwija rytuały, czyli czynności, które redukują poczucie odpowiedzialności, co okresowo obniża niepokój. W rezultacie stosowania rytuałów częstotliwość myśli natrętnych nasila się, zwiększając konieczność stosowania zachowań neutralizujących. Prowadzi to do podtrzymywania objawów. Pacjentka zaczyna unikać sytuacji związanych z ryzykiem zainteresowania innymi kobietami, poszukuje zapewnień (że nie jest lesbijką) u bliskich lub próbuje wygaszać myśli intruzyjne. Konsekwencją jest podtrzymywanie objawów poprzez rozwijanie nowych rytuałów (np. pocieszanie się w myślach, zwiększanie liczby powtórzeń) i podniesienie poziomu niepokoju [33]. Pani X jako osoba wychowana w rodzinie, dla której wartości, takie jak prawda i uczciwość były wysoko cenione, dokonała internalizacji wskazanych wartości. W momencie pojawienia się trudnych, obsesyjnych myśli zostały one zinterpretowane jako niebezpieczne, ponieważ zagrażały stabilności obrazu siebie, w którym wskazane wartości są nie tylko wysoko cenione, ale także sumiennie praktykowane. W konsekwencji niepokój i dyskomfort



Rysunek 3. Treści pani X w błędnym kole OCD

Źródło: Opracowanie własne

związane z doświadczanymi myślami były oceniane przez panią X jako niemożliwe do zniesienia i kiedy podejmowane przez nią zachowania kompulsyjne zapewniały choćby przejściową ulgę, aktywności te utrwały się w mechanizmie błędnego koła. Dodatkowo, silne poczucie odpowiedzialności pacjentki motywowało ją do podejmowania działań, których celem było zapobieganie potencjalnemu nieszczęściu, jakim dla pani X byłoby potwierdzenie obsesyjnych obaw.

Rdzenne i pośredniczące przekonania pacjentki oraz strategie radzenia sobie

W rozwoju i utrwaleniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u pani X istotną rolę odegrały przekonania oraz specyficzne treści poznawcze mające charakter zniekształceń. Wiodącym z nich jest myślenie dychotomiczne, odzwierciedlone w spostrzeganiu sytuacji w kategoriach skrajnych, np. jeden błąd przekreśla wszelkie starania. W treściach poznawczych pacjentki zidentyfikować można także myślenie magiczne, oparte na wierze, że pomiędzy przypadkowymi okolicznościami zachodzi logiczny związek przyczynowo-skutkowy, np. założenie, że jeśli 3 razy powtórzy w myślach „nie jestem lesbijką” to nią nie jest.

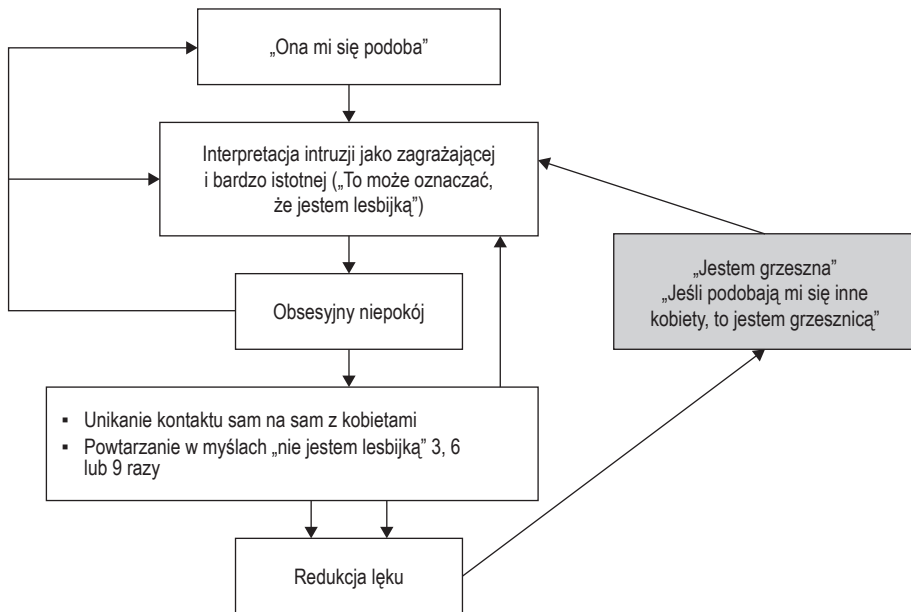
Konceptualizacja pacjentki, w której uwzględnić należy także przekonania rdzenne oraz pośredniczące poszerza rozumienie źródeł OCD oraz aspektów, które uwrażliwiły panią X na wystąpienie zaburzenia. Podstawowym, sztywnym przekonaniem pacjentki jest najpewniej przekonanie „jestem grzeszna”, którego źródło stanowią sztywne wzorce moralności i religijności połączone z poczuciem istotnej odpowiedzialności za szczęście i spełnienie nie tylko własne, ale także rodzinne. Myślenie o innej kobiecie w sposób grzeszny („podoba mi się”), zgodnie z modelem Rachmana [17], jest równoznaczne z popełnianiem grzesznych czynów (fuzja myśli z działaniem), co wiąże się z uczuciem napięcia i wymusza stosowanie neutralizacji w postaci unikania („nie rozmawiam z innymi kobietami »sam na sam«”) oraz rytuałów („powtarzam w myślach 3, 6 lub 9 razy »nie jestem lesbijką«”).

Tabela 1. Przekonania i strategie radzenia sobie pani X

Intruzja	Interpretacja	Przekonanie pośredniczące	Przekonanie rdzenne	Neutralizacja
Ona mi się podoba	Co ze mnie za żona, skoro myślę tak o drugiej kobiecie	Jeśli podobają mi się inne kobiety, to jestem grzesznicą	Jestem grzeszna	Unikanie: przestają rozmawiać z bratową Rytuał: powtarzam w myślach 3 razy „nie jestem lesbijką”

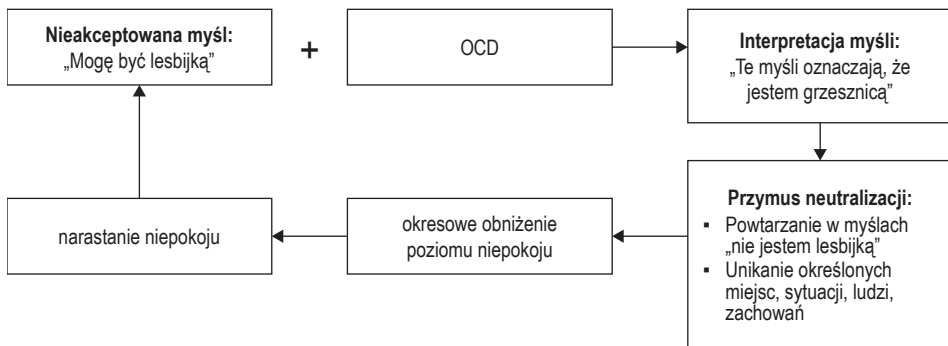
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bryńska [33]

W obszarze przekonań dotyczących świata oraz innych ludzi wyodrębnić można takie treści poznawcze, jak: „Inni ludzie są wymagający i krytyczni”, „Świat jest pełen zepsucia”. Opisane powyżej aspekty z jednej strony uczyniły pacjentkę podatną na rozwój zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, z drugiej strony utrwalają mechanizm błędnego koła. Graficzne podsumowanie konceptualizacji pacjentki w modelach teoretycznych zaprezentowano na rysunku 4 oraz 5.



Rysunek 4. Treści poznawcze pacjentki w modelu teoretycznym Abramowitza

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Abramowitz, 2009 [23].



Rysunek 5. Treści poznawcze pacjentki w modelu teoretycznym Salkovskisa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Salkovskis, 1985 [16]

Podsumowanie konceptualizacji obrazuje poniższy diagram.

Wczesne doświadczenia przyczyniające się do tworzenie przekonań rdzennych:			
Wysokie i sztywne standardy moralne rodziny			
Nagradzanie odpowiedzialności za siebie i innych			
Zinternalizowane znaczenie moralności i kontroli własnego zachowania			
Przekonanie kluczowe: „Jestem grzeszna”			
Przekonanie pośredniczące: „Jeśli podobają mi się inne kobiety, to jestem grzeszna”			
Sposób radzenia sobie z przekonaniem: Unikanie (kontaktu, relacji, swoich grzesznych myśli, zagrażających okoliczności)			
	Sytuacja: Przyszła bratowa próbuje przytulić pacjentkę		Sytuacja: pacjentka przypadkiem patrzy na prawie nagą kobietę w szatni sportowej
	Myśl: „Czy wyglądam na lesbijkę?”		Myśl: „Na pewno myślę, że jestem lesbijką”
	Emocja: lęk		Emocja: lęk, złość
	Zachowanie: Pacjentka szybko wychodzi do łazienki		Zachowanie: Pacjentka patrzy w ziemię, powtarza w myślach 3 razy „nie jestem lesbijką”

Źródło: opracowanie własne

Proces terapii

Pacjentka nie zdecydowała się na wdrożenie leczenia poprzez zastosowanie farmakoterapii, jednak zgodnie z zaleceniem odbyła konsultację psychiatryczną, w trakcie której potwierdzono postawioną diagnozę SO-OCD. W porozumieniu z panią X sformułowano cele terapeutyczne. Opracowano oraz przedstawiono pacjentce plan leczenia w oparciu o przyjęty protokół terapeutyczny, rekomendowany w leczeniu pacjentów z diagnozą OCD. Zastosowano protokół leczenia autorstwa Foa, Yadin i Lichner [34] oparty na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji. Przyjęty sposób pracy przewiduje stosowanie dwóch typów ekspozycji (czyli wystawiania się na doświadczanie dyskomfortu, którego pacjent się obawia): wyobrażeniową (realizowaną w umyśle, w postaci wyobrażeń) oraz *in vivo* (w życiu, realizowaną w rzeczywistości). Wskazane ekspozycje stanowią część sesji (realizowane są w gabinecie lub poza nim w ramach spotkania z terapeutą) oraz element tzw. prac osobistych, czyli zadań do wykonania przez pacjenta pomiędzy sesjami, które są wspólnie planowane, a następnie omawiane podczas spotkań. W trakcie wykonywania ekspozycji pacjent wypełnia formularze samoobserwacji, stanowiące rejestr praktyki wła-

snej oraz umożliwiające ocenę nasilenia objawów i monitorowanie skuteczności terapii. Ekspozycje realizowane są w oparciu o tzw. hierarchię, czyli uporządkowanie dotyczące np. zachowań związanych z OCD i koniecznych do redukcji wraz z oceną tzw. subiektywnych jednostek poczucia dyskomfortu (ang. The Subjective Units of Discomfort/ Distress Scale, SUDS). Odwołanie do SUDS pozwala oszacować, jak znaczącym wyzwaniem dla pacjenta jest powstrzymanie się od konkretnego zachowania czy też poczucie konieczności unikania określonej sytuacji. Im wyższy poziom SUDS, tym wyższy dyskomfort pacjenta we wskazanych okolicznościach.

Tabela 2. **Protokół leczenia OCD: ekspozycja z powstrzymaniem reakcji**

Sesja 1	Sesja 2	Sesja 3	Sesja 4	Sesje pośrednie	Sesja ostatnia
Wstępne informacje o charakterze objawów i historii zaburzenia	Omówienie formularza samoobserwacji	Omówienie formularzy samoobserwacji, wniosków z poradnika	Omówienie formularzy samoobserwacji	Ocena samoobserwacji i pracy osobistej, wnioski	Ocena postępów
Psychoedukacja, czym jest OCD	Zebranie szczegółowych informacji na temat objawów	Stworzenie hierarchii ekspozycji	Omówienie prac osobistych, wnioski	Prowadzenie ekspozycji in vivo oraz poznawcze ich omawianie	Przygotowanie do powrotu do codziennych zachowań
Przedstawienie uzasadnienia dla terapii i programu terapeutycznego	Ocena objawów według skali dyskomfortu i stworzenie hierarchii ekspozycji	Przeprowadzenie ekspozycji in vivo	Omówienie ekspozycji wyobraźniowej	Prowadzenie ekspozycji wyobraźniowych oraz poznawcze ich omawianie	Omówienie zapobiegania nawrotom. Zakończenie terapii
Wyjaśnienie, na czym polega samoobserwacja	Opracowanie programu terapii	Wskazówki dotyczące samodzielnego przeprowadzania ekspozycji	Przeprowadzenie ekspozycji in vivo	Ocena postępów	
	Zawarcie kontraktu terapeutycznego	Zapoznanie z zasadami powstrzymywania reakcji	Przekazanie wskazówek do samodzielnej ekspozycji	Prace osobiste — samoobserwacja, ekspozycje, ocena SUDS, psychoedukacja	
	Wyznaczenie pracy osobistej — samoobserwacja, przeczytanie poradnika	Praca osobista — ekspozycja in vivo z powstrzymaniem reakcji, przeczytanie o jej zasadach, formularz samoobserwacji	Praca osobista — ekspozycja in vivo i ocena poziomu niepokoju wg skali SUDS w formularzu, samoobserwacja		

Źródło: Zmodyfikowano na podstawie Foa, Yadin, Lichner [34]

W procesie terapii pani X stosowano zarówno ekspozycję wyobrażeniową, jak i *in vivo* w gabinecie, a także planowano ekspozycje możliwe do wykonania w ramach prac osobistych pacjentki pomiędzy sesjami. Z uwagi na specyfikę objawów konieczne było poszerzenie protokołu Foa [34] o techniki proponowane przez Hershfielda i Corboya [35] przeznaczone dla pacjentów z OCD na tle orientacji seksualnej. W związku z powyższym prowadzono ekspozycje wizualne, takie jak oglądanie przedmiotów wywołujących niepożądane myśli (np. zdjęcia pani Y) przy jednoczesnym powstrzymywaniu się od wykonywania mentalnych rytuałów. Realizowano także ekspozycje wyobrażeniowe, takie jak wyobrażenie coming outu czy poszukiwanie partnerki. Uzasadnienie dla wykorzystania ekspozycji wyobrażeniowych we wskazanych obszarach stanowiła specyfika obaw pacjentki. Stosowane ekspozycje przedstawiono w tabeli 3. Zgodnie ze wskazaniami Hershfielda i Corboya [35] ekspozycje wizualne, podobnie jak wyobrażeniowe, wspomagały konfrontację z wyzwalaczem oraz zapewniały pacjentce możliwość powstrzymywania się od kompulsji w ramach treningu w gabinecie i pomiędzy sesjami, z wysoką częstotliwością (praktyka ekspozycji z powstrzymaniem reakcji odbywała się codziennie).

Tabela 3. Ekspozycje stosowane w terapii pani X

Przykład ćwiczenia opartego na ekspozycji	Rodzaj ekspozycji
Doświadczenie reakcji bliskich na coming out pacjentki	Ekspozycja wyobrażeniowa
Przebieg pierwszej homoseksualnej randki	Ekspozycja wyobrażeniowa
Oglądanie zdjęć z wakacji pani Y	Ekspozycja wizualna
Oglądanie filmików z całującymi się kobietami	Ekspozycja wizualna
Rozmowa sam na sam z atrakcyjną kobietą	Ekspozycja sytuacyjna
Odwiedzenie baru popularnego wśród osób homoseksualnych	Ekspozycja sytuacyjna

Źródło: Opracowanie własne

W trakcie ekspozycji wykorzystywano powstrzymywanie mentalnych rytuałów poprzez poinstruowanie pacjentki na temat konieczności informowania terapeuty o momencie pojawienia się rytuału oraz blokowanie go z wykorzystaniem słowa „STOP”. Przeprowadzone ćwiczenia połączono z pracą poznawczą dotyczącą przekonań pani X, których celem było dokonanie restrukturyzacji w zakresie znaczenia nadawanego własnym myślom oraz katastroficznych przewidywań dotyczących powstrzymania się od kompulsji. Pacjentka obawiała się, że jeśli przestanie wykonywać czynności neutralizujące, to intensywność i częstotliwość jej myśli zwiększą się, przez co objawy zaostrzą się. Celem restrukturyzacji przekonań prowadzono ekspozycję wraz z omówieniem w oparciu o skonstruowaną na sesji hierarchię ekspozycji z oceną SUDS.

Tabela 4. Hierarchia ekspozycji pacjentki X

Sytuacja	Poziom SUDS
Dotyk pani Y	90
Siedzenie obok pani Y	85

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Bycie w damskiej szatni po zajęciach fitness	75
Rozmowa z panią Y przy mężu	70
Pocałunek męża	60
Widok homoseksualnych kobiet	55

Źródło: Opracowanie własne

W przebiegu procesu terapii tworzone liczne hierarchie ekspozycji i w oparciu o nie prowadzono ekspozycję wyobrażeniową oraz *in vivo* wraz z omówieniem. Pacjentka regularnie praktykowała ekspozycję z powstrzymaniem reakcji oraz przezwyciężała unikanie sytuacji budzących dyskomfort, np. przebywanie w damskiej szatni po zajęciach fitness. Wśród zastosowanych ekspozycji wyobrażeniowych znalazły się także wyobrażenie momentu, kiedy pacjentka informuje rodzinę, że jest homoseksualna, czy też przebieg pierwszej homoseksualnej randki. Ekspozycje realizowane były od niższych ku wyższym poziomom SUDS z zachowaniem uważności na doświadczenia pacjentki. W procesie terapii dokonywano ewaluacji jednostek SUDS, monitorując osiąganą zmianę, co zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Ewaluacja jednostek SUDS w przebiegu terapii

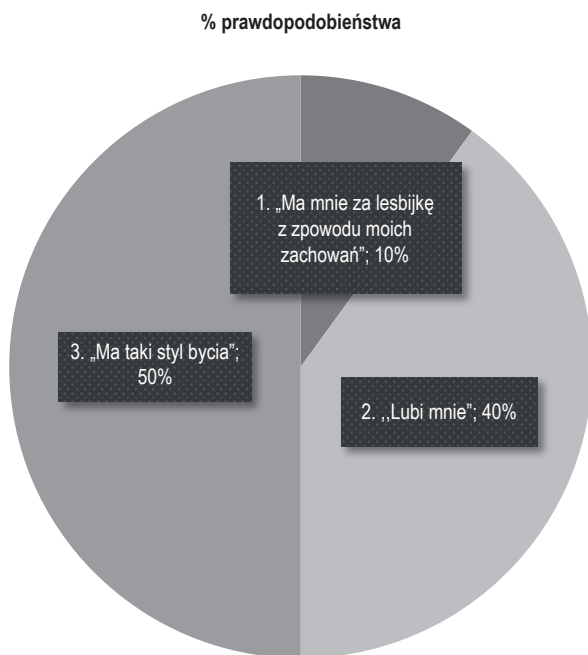
Przykład ekspozycji	SUDS na początku terapii	SUDS po 10. sesji	SUDS po 20. sesji	SUDS po 30. sesji
Oglądanie zdjęć z wakacji pani X	70	60	35	10
Oglądanie filmików z całującymi się kobietami	85	70	50	30
Przebywanie w damskiej szatni po zajęciach fitness	75	60	45	20
Wyobrażenie swojej homoseksualnej randki	60	55	40	20

Źródło: Opracowanie własne

Po przeprowadzeniu ekspozycji w trakcie sesji prowadzono rozmowę odwracającą uwagę w celu powstrzymania kompulsywnej reakcji neutralizującej. Cały czas monitorowano poziom SUDS. Jednocześnie pacjentka nagrywała ekspozycje wyobrażeniowe realizowane w trakcie sesji terapeutycznej i odsłuchiwała je pomiędzy spotkaniami w ramach pracy własnej. Stosowano techniki behawioralne wspomagające ekspozycję z powstrzymaniem reakcji [33], takie jak wyolbrzymianie (zwielokrotnianie obaw pacjentki werbalnie lub na piśmie) oraz blokowanie (głośne wypowiedanie „STOP” przy pojawieniu się rytuału mentalnego).

Zrealizowane ekspozycje *in vivo* obejmowały m.in. przebywanie w towarzystwie innych kobiet, także tych o zdeklarowanej orientacji homoseksualnej (w tym wyjście do baru dla lesbijek) czy spędzanie czasu z panią Y bez unikania kontaktu, w tym serdecznego, przyjacielskiego dotyku, takiego jak przytulenie. Dokonano restrukturyzacji

poznawczej dychotomicznych myśli, takich jak to, że „heteroseksualnej kobiecie nigdy nie spodoba się druga kobieta” czy to, że „jeśli będę spędzać czas z innymi kobietami chętnie i często to będzie stanowiło dowód, że jestem lesbijką”. Celem restrukturyzacji poznawczej wprowadzano m.in. psychoedukację opartą na modelu poznawczym, wykorzystywano techniki paradoksalne, np. tworzenie najczarniejszego, najtrudniejszego do zniesienia scenariusza zdarzeń, których obawiała się pacjentka [33]. Podejmowano pracę poznawczą w odniesieniu do myśli automatycznych poprzez dyskusję myśli, np. analizując argumenty potwierdzające prawdziwość danej myśli oraz argumenty zaprzeczające jej prawdziwości. W przypadkach, gdy myśli automatyczne pacjentki dotyczyły poczucia odpowiedzialności, realizowano technikę poznawczą opartą na poszukiwaniu alternatywnych możliwych przyczyn wskazanych okoliczności. Przykład takiej pracy poznawczej obrazuje wykres 1 i dotyczy sytuacji, w której pani Y przytuliła panią X na pożegnanie, co wiązało się z myślą automatyczną „Ma mnie za lesbijkę z powodu moich zachowań”. Wspólnie z pacjentką sporządzono listę możliwych alternatywnych przyczyn zachowania pani Y oraz oceniono, na ile procent prawdopodobne jest, że poszczególne z nich mogły stanowić powód jej reakcji.



Wykres 1. Możliwe przyczyny przytulenia pani X przez panią Y

Źródło: Opracowanie własne

W procesie terapii wykorzystano rozmaite oddziaływania — zarówno poznawcze, jak i behawioralne. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na dość długi czas trwania terapii, będący efektem złożonych trudności i licznych ekspozycji dokonywanych na drodze zmiany — zarówno poznawczej (katastroficzne interpretacje, trudność w tolerancji niepewności, przekonania utrwalające zaburzenie), jak i behawioralnej (złożony zestaw czynności neutralizujących oraz rytuałów). Wyzwanie stanowiła także psychoedukacja męża pacjentki na temat specyfiki objawów, co było konieczne z uwagi na podejmowane przez nią codzienne praktyki ekspozycji z powstrzymaniem reakcji o różnym charakterze — wizualne, sytuacyjne i wyobrażeniowe.

Wnioski

W wyniku opisanej w niniejszej pracy terapii poznawczo-behawioralnej opartej na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji, uzyskano redukcję objawów pacjentki oraz dokonano restrukturyzacji przekonań stanowiących źródło rozwoju zaburzenia. Cały proces terapeutyczny trwał 10 miesięcy i obejmował 38 sesji indywidualnych trwających każdorazowo 50 minut i realizowanych raz w tygodniu. W momencie zakończenia terapii pacjentka zgłaszała epizodycznie pojawiające się myśli obsesyjne, których czas trwania nie przekraczał łącznie 30 minut dziennie. Pani X zaprzestała stosowania zachowań neutralizujących. Opisany proces sugeruje wartość i znaczenie terapii ekspozycji z powstrzymaniem reakcji w leczeniu pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym na tle orientacji seksualnej. Wartościowe wydaje się także wykorzystywanie nie tylko ekspozycji wyobrażeniowych oraz *in vivo*, ale także ekspozycji wizualnych opartych na obrazach, zdjęciach czy filmach. Dodatkowo, zaprezentowana praca ukazuje, że niekiedy konieczne są modyfikacje klasycznych protokołów terapeutycznych lub ich uzupełnienie o elementy mające znaczenie w kontekście trudności pacjenta (np. bardziej szczegółowa czy dłuższa psychoedukacja męża). Warto uwzględnić, że już w samym procesie diagnostycznym niezwykle ważne jest rozumienie mechanizmu powstawania zaburzenia oraz diagnoza różnicowa czy też odróżnienie naturalnych ludzkich obaw i lęków od objawów wpisujących się w kryteria klasyfikacji diagnostycznych. Jednocześnie trzeba pamiętać, że przedstawiona analiza dotyczy pojedynczego przypadku, a dotychczasowy stan badań naukowych nad wykorzystaniem ekspozycji z powstrzymaniem reakcji na grupie pacjentów z SO-OCD jest wciąż niewystarczający i wymaga dalszych pogłębionych analiz.

Piśmiennictwo

1. The National Institute of Mental Health (NIMH). Obsessive-compulsive disorder. www.nimh.nih.gov. 2023.
2. Belloch A, Carrió C, Cabedo E, García-Soriano G. Discovering what is hidden: The role of non-ritualized covert neutralizing strategies in obsessive-compulsive disorder. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2015; 49(Pt B): 180–187. DOI:10.1016/j.jbtep.2015.02.006.

3. Purdon C. Empirical investigations of thought suppression in OCD. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2004; 35(2): 121–136. DOI: 10.1016/j.jbtep.2004.04.004.
4. Grisham JR, Williams AD. Cognitive control of obsessional thoughts. *Behav. Res. Ther.* 2009; 47(5): 395–402. DOI: 10.1016/j.brat.2009.01.014.
5. Ferrão JVB, do Rosário MC, Fontenelle LF, Ferrão YA. Prevalence and psychopathology features of mental rituals in patients with obsessive-compulsive disorder: A descriptive exploratory study of 1001 patients. *Clin. Psychol. Psychother.* 2023; 30(6): 1520–1533. DOI: 10.1002/cpp.2890.
6. Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Prevalence and clinical characteristics of mental rituals in a longitudinal clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Depress. Anxiety.* 2011; 28(10): 892–898. DOI: 10.1002/da.20869.
7. Manley MRS. *Psychiatria. Praktyczny podręcznik kliniczny*. Wrocław: Elsevier, Urban & Partner; 2011.
8. Chacon P, Bernardes E, Faggian L, Batistuzzo M, Moriyama T, Miguel EC, Polanczyk GV. Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Braz. J. Psychiatry* 2018; 40(4): 388–393.
9. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J, red. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
10. Sinopoli VM, Burton CL, Kronenberg S, Arnold PD. A review of the role of serotonin system genes in obsessive-compulsive disorder. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2017; 80: 372–381. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.05.029.
11. Petersen JM, Twohig MP. Sexual orientation intrusive thoughts and well-being: the mediating role of psychological inflexibility. *J. Cogn. Psychother.* 2023; 37(2): 142–155. DOI: 10.1891/JCP-2021-0005.
12. Glazier K, Swing M, McGinn LK. Half of obsessive-compulsive disorder cases misdiagnosed: vignette-based survey of primary care physicians. *J. Clin. Psychiatry* 2015; 76(6): e761–e767. DOI: 10.4088/JCP.14m09110.
13. Melli G, Moulding R, Gelli S, Chiorri C, Pinto A. Assessing sexual orientation-related obsessions and compulsions in Italian heterosexual individuals: development and validation of the Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Scale (SO-OCS). *Behav. Ther.* 2016; 47(4): 431–443. DOI: 10.1016/j.beth.2016.03.004.
14. Carr AT. Compulsive neurosis: A review of literature. *Psychol. Bull.* 1974; (81): 311–318.
15. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cogn. Ther. Res.* 1979; (3): 333–348.
16. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985; (23): 571–583.
17. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav. Res. Ther.* 1993; (31): 149–154.
18. Wells A. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 2010.
19. Oudheusden van LJB, Draisma S, Salm van der S, Cath D, Oppen van P, Balkom van AJLM i wsp. Perceptions of free will in obsessive-compulsive disorder: A quantitative analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 400.
20. Melli G, Gelli S, Moulding R, Stopani E, Pinto A. Specific and general cognitive predictors of sexual orientation-obsessive compulsive disorder. *J. Obsessive. Compuls. Relat. Disord.* 2018; 18(1): 39–45.
21. Izadi R, Asgari K, Neshatdust HT, Abedi MR. Assessment of obsessive beliefs in individuals with obsessive-compulsive disorder in comparison to healthy sample. *Int. J. Psychol. Beh. Sci.* 2012; (4): 81–85.

22. Frost RO, Steketee G (red.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Amsterdam: Elsevier; 2002.
23. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive compulsive disorder. *Lancet* 2009; (374): 491–499.
24. Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and compulsions*. Englewood, NJ: Prentice-Hall; 1980.
25. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37(Suppl 1): 33.
26. Williams MT, Wetterneck C, Tellawi G, Duque G. Domains of distress among people with sexual orientation obsessions. *Arch. Sex. Behav.* 2015; 44(3): 783–789. DOI: 10.1007/s10508-014-0421-0.
27. Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues. Clin. Neurosci.* 2010; (12): 199–207.
28. Koran L, Simpson H. Guideline Watch (March 2013): Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. W: *APA Practice Guidelines*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.; 2013, str. 5–53.
29. NICE. Obsessive-compulsive disorder: evidence update September 2013. NICE Clinical Guideline 31. 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/evidence-update-194847085> [dostęp: 5 maja 2024].
30. Kathmann N, Jacobi T, Elsner B, Reuter B. Effectiveness of individual cognitive-behavioral therapy and predictors of outcome in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.* 2022; 91(2): 123–135. DOI: 10.1159/000520454.
31. Voderholzer U, Favreau M, Rubart A, Staniloiu A, Wahl-Kordon A, Zurowski B, Kathmann N. Therapie der Zwangsstörungen: Empfehlungen der revidierten S3-Leitlinie Zwangsstörungen. *Nervenarzt* 2022; 93(7): 678–687. DOI: 10.1007/s00115-022-01336-9.
32. Lohse L, Jelinek L, Moritz S, Blömer J, Bücker L, Miegel F. Efficacy of exposure and response prevention therapy in mixed reality for patients with obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychol.* 2023; 11(1): 113. DOI: 10.1186/s40359-023-01116-3.
33. Bryńska A. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
34. Foa EB. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Terapia ekspozycji i powstrzymanie reakcji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.
35. Hershfield J, Corboy T. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Poradnik z ćwiczeniami opartymi na uważności i terapii poznawczo-behawioralnej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.

Adres email: sylwiimichalowskiej@gmail.com

Serdecznie zapraszamy na konferencję
„WZRASTANIE W RELACJI JA, TY, MY”

z okazji 25-lecia Katowickiego Instytutu Psychoterapii

Konferencja odbędzie się w dniach:

27–29 września 2024 roku w Katowicach

i będzie wyjątkowym wydarzeniem, gromadzącym wiele wybitnych osobistości
z dziedziny psychiatrii i psychoterapii.

- ❖ **Prof. Bogdan de Barbaro,**
- ❖ **Prof. Jan Czesław Czabała,**
- ❖ **Lek. spec. psychiatrii Ewa Dobiała,**
- ❖ **Dr hab. Grzegorz Iniewicz prof. UJ,**
- ❖ **Dr n. med. Sławomir Jakima,**
- ❖ **Dr n. społ. Bogusława Piasecka,**
- ❖ **Dr n. med. Lidia Popek,**
- ❖ **Ks. dr Jacek Prusak,**
- ❖ **Kathryn Rossi Ph.D.**

Konferencję poprzedza warsztat

„Życie wolne od strachu. Hipnoza terapeutyczna odkryta na nowo”

prowadzony przez Kathryn Rossi — światowej sławy psychoterapeutkę,
nauczycielkę, autorkę i współautorkę wielu publikacji z dziedziny
psychoterapii, hipnozy klinicznej i neurobiologii.

Warsztat odbędzie się w dniach:

25–26 września 2024 r.

Miejsce: siedziba Muzeum Śląskiego w Katowicach.

Całość wydarzenia (warsztat przedkonferencyjny i konferencja) obejmuje daty:

25–29 września 2024 r.

Więcej informacji na stronie:

www.ja-ty-my.com