

Psychoterapia w ujęciu psychodynamicznym

Przypadek kompulsywnej masturbacji u pacjenta z rysem osobowości obsesyjno-kompulsywnej

Ewelina Kamasz*

*Katedra Psychologii Klinicznej, Rozwoju i Edukacji,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

0000–0003–3192–3951

Natalia Pilarska**

Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

0000–0002–5545–1752

STRESZCZENIE

Cel

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie przypadku pacjenta cierpiącego z powodu rysu osobowości obsesyjno-kompulsywnej z towarzyszącą kompulsywną masturbacją oraz ukazanie metod pracy terapeutycznej z pacjentem w ujęciu psychodynamicznym.

Metoda

Przedstawiono najważniejsze elementy wywiadu diagnostycznego oraz metody pracy bazujące na podejściu psychodynamicznym. Obszar pracy psychoterapeutycznej koncentrował się wokół problematyki lęku i poczucia winy związanych z bliskością seksualną oraz kompulsywną masturbacją i konsumowaniem treści pornograficznych.

Wyniki

Pacjentowi udało się osiągnąć część założonych wraz z psychoterapeutką celów. W wyniku dotychczasowego postępowania terapeutycznego mężczyzna uzyskał lepszy wgląd w czynniki kształtującego jego funkcjonowanie i pożycie seksualne.

* Adres do korespondencji: Ewelina Kamasz, Katedra Psychologii Klinicznej, Rozwoju i Edukacji, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, ul. Prawocheńskiego 13, p. 302B, 10–447 Olsztyn, e-mail: ewelina.kamasz@uwm.edu.pl.

** Adres do korespondencji: Natalia Pilarska, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Staffa 1, 85–867 Bydgoszcz, e-mail: pilarska@ukw.edu.pl.

Konkluzje

Wczesnodziecięca sytuacja psychologiczna pacjenta miała istotne znaczenie dla rozwoju jego dziecięcej seksualności, co ostatecznie miało swoje odzwierciedlenie w konstrukcji jego osobowości i dysfunkcjach seksualnych, z jakimi mierzył się w dorosłym życiu.

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, masturbacja, rys osobowości obsesyjno-kompulsywnej, psychoterapia psychodynamiczna

WPROWADZENIE

Termin *masturbacja* wywodzi się od łacińskiego słowa *manus* 'ręka' i *stupratio* 'zabrudzenie, zanieczyszczenie, splamienie' (Beisert, 2022). Masturbacja w historii ludzkości była traktowana jako coś niepożądanego, ale na przestrzeni ostatnich lat jej społeczna stygmatyzacja zmalała (Bancroft, 2009). Masturbacja odnosi się do wszystkich samotnych form autostymulacji skupiających się na narządach płciowych (Lehmiller, 2017). Praktyki masturbacyjne różnią się w zależności od płci biologicznej i osobistych preferencji. Masturbacja wśród kobiet może obejmować manipulację lechtaczką i wargami sromowymi, stymulację piersi lub penetrację pochwy za pomocą zabawki seksualnej. Wśród mężczyzn masturbacja najczęściej polega na używaniu jednej ręki lub obu rąk do stymulacji penisa. Mężczyźni czasami wykorzystują również zabawki seksualne. U osób różnych płci nawyki masturbacyjne różnią się pod względem ruchu, prędkości i siły nacisku, jak również tego, czy towarzyszy im pornografia (np. erotyczne zdjęcia, filmy lub opowiadania) (Lehmiller, 2018). Aktualnie obserwuje się nasilenie zachowań masturbacyjnych wśród Polaków i wskazuje się je jako ważny element zdrowia (Izdebski, 2020).

Masturbacja jest typową formą ekspresji seksualnej w dzieciństwie, jest także predyktorem prawidłowo przebiegającego rozwoju dziecka (Beisert, 2022). Zachowania masturbacyjne dotyczą wszystkich faz rozwoju psychoseksualnego, jednak ich intensywne utrzymywanie się w późniejszych etapach życia może być wyrazem zastępczej formy zaspokajania popędu seksualnego czy redukcji lęku (Lew-Starowicz, 2001). Kompulsywna masturbacja może być też opisywana jako autoerotyzm patologiczny lub anankastyczny, który stanowi nawykowe, przymusowe samopobudzanie seksualne, często bez wystąpienia potrzeby seksualnej (Smaś-Myszczyszyn, 2019). Każdy rodzaj napięcia będzie rozładowywany w takim przypadku poprzez kompulsywną masturbację.

Według koncepcji psychoanalitycznych to nieświadome mechanizmy odgrywają największą rolę w powstawaniu dysfunkcji seksualnych. Psychoterapia psychoanalityczna i psychodynamiczna koncentrują się głównie na wczesnodziecięcych doświadczeniach i związanych z nimi lękach, zahamowaniach i regresjach (Cierpiałkowska i in., 2017). Przyczyn nadmiernej masturbacji można dozukiwać się w zaburzeniach struktury *self*, wczesnodziecięcej depriwacji oraz dziecięcej traumie i nadużyciu (Smaś-Myszczyszyn, 2019). Dysfunkcje seksualne mogą być formą wycofania się z nieświadomie przeżywanych konfliktów, a trudności relacyjne wiązać się z licznymi mechanizmami obronnymi pacjentów, które

powodują, że popędy seksualne są wyrażane w formie kompensacyjnej (Jakima, Małachowska, 2010). Psychoterapia psychodynamiczna w dysfunkcjach seksualnych pełni rolę leczenia pomocniczego dla osób, które nie mogą lub nie chcą korzystać z terapii behawioralnej, poznawczo-behawioralnej, terapii par lub terapii grupowej (Lew-Starowicz, 2022).

Problematyka zaburzeń seksualnych bywa ujawniana w trakcie psychoterapii zaburzeń osobowości i w takim przypadku jej celem jest: rozwijanie rozumienia własnych cech osobowości, które mają wpływ na występowanie dysfunkcji seksualnych, kształtowanie motywacji do podjęcia terapii zaburzeń seksualnych oraz integracja terapii zaburzeń seksualnych z terapią zaburzeń osobowości (Kokoszka, 2017). Ponieważ zaburzenia osobowości wpływają na sposób, w jaki dana osoba postrzega nie tylko siebie, lecz także otaczający ją świat, jest oczywiste, że cechy osobowości (oraz zaburzenia osobowości jako najbardziej intensywne i widoczne formy cech osobowości) oddziałują na wybór partnera seksualnego, strategie seksualne i relacje interpersonalne. Osoby z pewnymi zaburzeniami osobowości będą miały duże problemy z zakończeniem związku, nawet jeśli nie są z niego zadowolone (np. zależne zaburzenie osobowości), podczas gdy inne będą miały skłonność do krótkich, bardzo intensywnych relacji z innymi (np. zaburzenia osobowości typu borderline). Część chorych będzie przeżywać trudności związane z okazywaniem zainteresowania potencjalnym partnerem (np. schizoidalne lub obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości), a jeszcze inni będą postrzegać relacje jako bardziej intensywne i intymne niż są w rzeczywistości (np. histrioniczne zaburzenie osobowości) (Arbanas, 2021).

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie historii relacji terapeutycznej, w której widoczne są czynniki nieprawidłowego rozwoju psychoseksualnego. Ich obecność skutkowałą zaburzeniem nawyku w sferze seksualnej (kompulsywna masturbacja) i nieprawidłowo funkcjonującą osobowością (rysem osobowości obsesyjno-kompulsywnej). Wczesnodziecięca sytuacja psychologiczna pacjenta miała bowiem istotne znaczenie dla rozwoju jego dziecięcej seksualności (Freud, 1999), co ostatecznie znalazło swoje odzwierciedlenie w jego dorosłym życiu. Ponadto ukazano rozumienie psychodynamiczne objawów, znaczenie superwizji w procesie terapeutycznym oraz trudności, z jakimi można mierzyć się w pracy psychoterapeuty w obliczu silnej perwersyjności pacjenta. Dbając o anonimowość pacjenta, zmieniono przytoczone w tekście imiona. Psycholog prowadzący pacjenta był jednocześnie psychoterapeutą. Artykuł zakończono dyskusją, a także refleksjami wokół funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości w relacjach seksualnych.

METODA

W pracy wykorzystano metody wywiadu diagnostycznego oraz techniki pracy w psychoterapii psychodynamicznej (głównie analizę przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniową). Obszar pracy psychoterapeutycznej koncentrował się wokół problematyki lęku i poczucia winy, powiązanych z bliskością seksualną oraz kompulsywną masturbacją i konsumowaniem treści pornograficznych.

Procedura badawcza

Pacjent został zakwalifikowany do wglądowej psychoterapii długoterminowej w nurcie psychodynamicznym bez dookreślenia czasu jej zakończenia. Za cel psychoterapii przyjęto redukcję objawów poprzez bardziej konstruktywne wyrażanie emocji, pracę nad samooceną oraz poprawę relacji społecznych. Sesje odbywały się raz w tygodniu w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Wywiad

Na konsultację psychologiczną zgłosił się 21-letni mężczyzna, nieleczonej wcześniej psychoterapeutycznie i psychiatrycznie. Do wizyty namówiła go partnerka, a pacjent za powód zgłoszenia się przyjął „walkę bądź obronę przed uzależnieniem”, które polegało na nałogowym korzystaniu z pornografii i kompulsywnej masturbacji.

Pacjent został urodzony o czasie, bez powikłań w trakcie ciąży i porodu. Był drugim dzieckiem swoich rodziców. Pierwsze miesiące życia pacjenta zbiegły się w czasie z chorobą nowotworową i śmiercią babci, która pozostawała pod stałą opieką jego matki. Pacjent wychowywał się w pełnej rodzinie z matką, ojcem i starszą o 8 lat siostrą. Oboje rodzice pracowali: matka jako technik laboratoryjny, ojciec był policjantem, pracował również jako taksówkarz. Mężczyzna do 7. roku życia spał w jednym łóżku z rodzicami, zajmując tam centralną pozycję. W dzieciństwie były obecne zachowania o charakterze obsesyjno-kompulsywnym, takie jak dotykanie palcami obu rąk danego przedmiotu, liczenie i preferowanie parzystych liczb, wykonywanie czynności dwiema stronami ciała czy porządki w jego własnym pokoju w nocy, który uniemożliwiał mu zaśnięcie. Z tego powodu jednak nie był nigdy wcześniej pod opieką psychologiczną.

Pacjent uczęszczał do przedszkola, później planowo ukończył 6-letnią szkołę podstawową. W II klasie gimnazjum zmienił szkołę rejonową na szkołę sportową ze względu na swoje osiągnięcia w koszykówce. Zmiana ta jednak wiązała się z trudnością w adaptacji do nowego środowiska. Pacjent czuł się odrzucony przez zgraną klasę, musiał udowadniać swoją wartość poprzez pokazywanie swojej siły i męskości w postaci licznych bójek szkolnych. Po ukończonym gimnazjum wybrał się do liceum, a później na studia stacjonarne, nie wyprowadził się z domu rodzinnego. W trakcie nauki w szkole średniej miał kilkumiesięczne relacje z dziewczętami (bez zaangażowania emocjonalnego i seksu genitalnego). Mężczyzna w momencie rozpoczęcia terapii pozostawał w związku intymnym z kobietą. W chwili zgłoszenia się był studentem II roku lingwistyki stosowanej z językiem angielskim i arabskim. Podczas terapii rozpoczął drugi kierunek studiów. Oprócz studiowania pracował dorywczo: najpierw w kinie, później jako korepetytor angielskiego i sędzieja meczów koszykówki. Dodatkowo podejmował się dorywczych prac wakacyjnych, m.in. pracując w firmie szwagra (siostra usamodzielniana, założyła rodzinę). Pacjent wspominał także o regularnym i sporadycznym paleniu marihuany na przestrzeni kilku lat, co dawało mu sposobność izolacji od przeżywanego stresu.

Mężczyzna zgłaszał, że w jego ocenie bardzo często masturbuje się (co najmniej raz dziennie) oraz korzysta z materiałów pornograficznych (filmy, zdjęcia, książki). Czuł potrzebę powstrzymania się od tych zachowań, ponieważ sam dostrzegał, że zaczęły się one przekształcać w zachowania rutynowe, mające na celu rozładowanie jego emocji. Zachowania takie praktykowane były przez niego od okresu adolescencji. Pacjentowi trudno było dostrzec granicę, kiedy zaczęło być to dla niego problemem. W chwili zgłoszenia się do psychologa wskazywał, że zachowania te wiążą się z uczuciem wstydu, poczuciem winy i zawodu. Widział, że krzywdzi przez to zarówno siebie, jak i swoją partnerkę. Miał poczucie utraty kontroli w tym obszarze. W związku z zaistniałą sytuacją relacja między partnerami, zarówno na płaszczyźnie seksualnej, jak i emocjonalnej, również stanowiła dla mężczyzny obszar będący źródłem braku satysfakcji. Pacjent upatrywał przyczyn swych zachowań we frustracji związanej z małą częstotliwością stosunków seksualnych ze swoją partnerką. Ponadto zgłaszał trudności w obrębie poczucia własnej wartości, czego źródeł doszukiwał się w dzieciństwie, szczególnie w zakresie relacji z rówieśnikami. Intensyfikacja objawów nastąpiła w późnej adolescencji i wczesnej dorosłości, co wiązało się z podejmowaniem ważnych, życiowych decyzji oraz z rozwojem seksualnym i wejściem w intymną relację z kobietą. Z jednej strony pacjent widział siebie jako zagubionego i potrzebującego wsparcia, a także lęklivego, niepewnego oraz unikającego odpowiedzialności. Mówił o poczuciu zmęczenia, smutku i rezygnacji. Z drugiej jednak strony odczuwał dużą potrzebę, aby chronić siebie i innych w sytuacjach zagrożenia. Potrafił też dostrzec swoje zasoby: wytrwałość, znajomość języków obcych czy sprecyzowaną hierarchię wartości, która stanowiła o jego tożsamości. Określał siebie jako zależnego od rodziców, co powodowało jego niezadowolenie. Cenił wierność, co jednak stało w opozycji do jego fantazji erotycznych z innymi kobietami. Matkę pacjent postrzegał jako troskliwą, ciepłą, życzliwą, pomocną, ale jednocześnie nadopiekuńczą i ograniczającą jego wolność. Ojciec natomiast w oczach mężczyzny był zawsze silniejszy niż on sam, co powodowało, że w porównaniu z nim wypadł gorzej. Pacjent wyrażał pragnienie bycia podobnym do ojca. Chciał w dzieciństwie tak samo jak dziadek i ojciec zostać policjantem. Wnoszone obrazy rodziców miały charakter ambiwalentny i uwzględniały złożoność ich obrazów.

O partnerce pacjent mówił niewiele, tak jakby starał się jej obraz w sobie chronić. Bardzo zależało mu na tej relacji, kochał ją, chciał założyć z nią w przyszłości rodzinę i zamieszkać razem, jednocześnie bał się, że ją straci. Ponadto marzył o tym, aby w przyszłości zdobyć dobrą pracę i wybudować dom w zacisznym miejscu, w którym mógłby odnaleźć spokój.

Rozpoznanie wg ICD-10

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 postawiono diagnozę *Innych zaburzeń nawykowych i popędów (impulsów)* – F63.8, która odnosi się do stale powtarzającego się niedostosowanego zachowania. Mieści się w tej kategorii kompulsywna masturbacja. Psycholog zaleciła pacjentowi przed rozpoczęciem psychoterapii kontakt z seksuologiem i rozważenie podjęcia terapii stricte seksuologicznej w celu integracji terapii zaburzeń

seksualnych z terapią zaburzeń osobowości. Ponadto zalecono konsultację z lekarzem psychiatrą w celu rozważenia włączenia leczenia farmakologicznego ze względu na zgłaszany spadek nastroju oraz lęki. Mężczyzna jednak nie zdecydował się na podjęcie leczenia w tych kierunkach – bał się pomimo rozważania tych opcji.

Rozpoznanie organizacji osobowości w teorii relacji z obiektem O. Kernberga

Koncepcja osobowości Kernberga (1976) nawiązuje do koncepcji psychoanalityków, jednocześnie wykracza poza teorie psychoanalityczne. Opiera się przede wszystkim na relacji z obiektem (Izdebska, 2015). Stosowane przez pacjenta mechanizmy obronne były oparte na wyparciu, jego tożsamość była względnie skonsolidowana. Sztywność i ograniczenia w funkcjonowaniu pacjenta przyjmowały głównie formę zahamowań realizacji pragnień. Testowanie rzeczywistości było nietknięte i stabilne. Powyższe obserwacje sugerowały neurotyczny poziom organizacji osobowości (NPO). Ponadto pacjent postrzegał siebie przez pryzmat innych, w jego oczach lepszych od niego osób, co skutkowało obniżonym poczuciem własnej wartości, niską samooceną i niezadowoleniem z siebie. Prezentował nadmiernie silną kontrolę impulsów. Powyższe wskazywało na perfekcjonistyczne superego (Izdebska, 2015), typowe dla NPO. Pacjent rozwinął bardzo bliską relację z matką, ojciec natomiast był przez niego postrzegany jako źródło lęku i obaw: pacjent z jednej strony podziwiał ojca, z drugiej natomiast bardzo się go bał, co mogło być interpretowane jako potrzeba triumfu nad nim, która zarazem stanowiła źródło lęku przed odwetem. Specyfika przeżywania w taki sposób rodziców odzwierciedlała obecny w jego przeżyciach konflikt edypalny. Typową oznaką słabości ego pacjenta był brak tolerancji lęku. Pacjent bał się własnej wrogości, co spowodowało przemieszczenie popędu seksualnego z relacji z partnerką na samowystarczalne formy gratyfikacji seksualnej. Ponadto odczuwał lęk przed nadmierną miłością związaną z osobą jego matki, przejawiał lęki kastracyjne na skutek relacji z ojcem, a także bał się utraty ważnych dla siebie obiektów oraz miłości tych obiektów. Wydawało się, że zgłaszane przez pacjenta objawy miały charakter egodystoniczny i stanowiły dla niego źródło cierpienia. Trudno było dostrzec wtórne korzyści jego objawów.

WYNIKI

Historia relacji terapeutycznej

Relacja psychoterapeutyczna trwała 2 lata i 3 miesiące. W jej obrębie wyodrębniono trzy fazy pracy ze względu na zmiany, jakie obserwowane były w relacji terapeutycznej:

- 1) fazę powierzchownej eksploracji problemu i oporu,
- 2) fazę analizy i interpretacji objawów,
- 3) fazę silnego rozwoju przeniesienia, która pojawiła się po przełomowym momencie w terapii.

Faza powierzchownej eksploracji problemu i oporu

Pornografia i masturbacja. Większość początkowych sesji koncentrowało się na monitorowaniu przez pacjenta częstotliwości korzystania z materiałów pornograficznych i związanej z tym masturbacji. mężczyzna starał się powstrzymać od wyżej wspomnianych zachowań, ponieważ widział jego niszczący wpływ na relację z partnerką. Twierdził, że powoduje to u niego obniżenie samooceny w sferze seksualnej, a także obniżenie własnej wartości jego partnerki. Ojciec partnerki pacjenta korzystał również z pornografii, co powodowało w oczach pacjenta poczucie podwójnego obciążenia kobiety trudnymi dla niej przeżyciami. Pacjent wniósł temat wyrażania przez siebie złości w formie autodestrukcyjnych zachowań (uderzenie się w głowę), ukazując tym samym również możliwy karzący mechanizm masturbacji. Przejawiał opór przed zajmowaniem się swoimi trudnościami na różne sposoby. Przez pół roku rozważał zasadność pracy terapeutycznej, zdarzało się, że nie przychodził na sesje i starał się ograniczać wnoszone przez siebie treści. Postanowił odrębnie traktować korzystanie z pornografii i masturbację, dając sobie przyzwolenie na masturbację przy jednoczesnym powstrzymywaniu się od oglądania filmów pornograficznych. Takie rozwiązanie jednak budziło w nim ambiwalentne odczucia. Ponadto w okresie sesji egzaminacyjnej racjonalizował swoje zachowania z odczuwanym napięciem. Mężczyzna niejednokrotnie zastanawiał się, czy faktycznie musi z tego zrezygnować. Zgłaszał pozorne poczucie kontroli, które zostało zweryfikowane na kolejnych sesjach. Niejednokrotnie przyznawał się, że przez tydzień bądź nawet dłuższy okres udawało mu się nie oglądać materiałów pornograficznych i nie masturbować się, jednak dzień przed psychoterapią często swoich założeń nie dotrzymywał. W odpowiedzi na to psychoterapeutka koncentrowała się na zgłaszanych problemach, starając się wraz z pacjentem poszukiwać ich rozwiązania. Mężczyzna miał trudność w przyjmowaniu interwencji psycholog, stąd i terapeutka nie zajmowała się głębszą eksploracją problemów. Rozważał nawet zakończenie terapii po kilku miesiącach jej trwania, ponieważ obawiał się zajmowania się trudniejszymi dla niego tematami.

Seks partnerski. Przez okres wakacyjny pacjent często wyjeżdżał ze swoją partnerką Zosią (byli m.in. na festiwalu muzycznym), jednak ciągle towarzyszyło mu fantazjowanie o innych kobietach. Wraz ze zmniejszeniem częstotliwości masturbacji zgłaszał polepszenie życia seksualnego. Bardzo zależało mu na seksualnym zaspokojeniu swojej partnerki. Opowiadał o zorganizowanym w tym czasie przyjęciu dla niej, które chciał zakończyć zbliżeniem, jednak doświadczane wskutek tego presja i stres zniwelowały jego plany. Pacjent szukał w internecie usług prostytutek, zgłaszał, że z dużym prawdopodobieństwem jego szwagier korzysta z tego typu usług. Pragnieniu przyglądał się z moralnym dylematem. Momentem przełomowym na tym etapie pracy było wniesienie pragnienia pacjenta, aby do relacji terapeutycznej wprowadzić osobę jego partnerki: „Pomyślałem, że może byłoby lepiej, gdyby Zosia była tutaj z nami, to przecież po części nasz wspólny problem”. Miałoby to według niego ustrzec go przed dalszym i głębszym etapem terapii, ponieważ w odbiorze pacjenta zgłaszane objawy nie stanowiły już kluczowej trudności w życiu. Wnosząc treści dotyczące Zosi i potrzebę kończenia relacji, mężczyzna ukazał

mechanizm, w którym poprzez wprowadzenie osoby trzeciej mógłby rozładować napięcie. Określenie tej sytuacji umożliwiło zakończenie podejmowania tematu kończenia terapii i dało początek w miarę stabilnej pracy. Korzystanie z superwizji na tym etapie leczenia umożliwiło psycholog dostrzeżenie własnych trudności w obrębie eksploracji myśli, fantazji i wyobrażeń dotyczących sfery erotycznej, co wiązało się z lękiem przed własną perwersyjnością. Ponadto postawa psychoterapeutki wobec pacjenta (wchodzenie w rolę doradcy i edukatora) ukazała pewną analogię do relacji z matką. Zachęcono psycholog do zajęcia się przeciwprzeniesieniem w formie omówienia, a nie rozgrywania tego w działaniu oraz do omówienia relacji z partnerką i rodzicami. Ponadto ukazano psychoterapeutce przyjmowanie roli kontrolującej, co uniemożliwiało wprowadzenie na sesję tematu popęduwości i seksualności, a także chroniło przed własną perwersyjnością. Uświadomienie sobie powyższego oraz permanentne pokonywanie oporu umożliwiło rozpoczęcie właściwej pracy.

Faza analizy i interpretacji objawów

Problemy dzieciństwa. Pacjent zgłaszał, że często w swoim życiu pozostawał bierny, co ostatecznie budziło jego niezgodę na taką postawę. Widział siebie jako niepewnego. Przycoczył wydarzenie z dzieciństwa, w którym został pobity przez innego chłopca i nie potrafił się zrewanżować, wobec czego pozostał bezradny. Ponadto mężczyzna przytaczał sytuacje ze swojego okresu adolescencji, kiedy to bał się ponoszenia odpowiedzialności, chociażby podczas gry zespołowej. Niezadowolony z życia wiązał z nadopiekuńczością matki i niemożnością doświadczenia zadowolenia z własnych działań. Deklarował, że matka była dla niego najważniejszą osobą w życiu, jednak obok miłości, jaką do niej odczuwał, istniał silny lęk, że matka przekracza jego granice. Pierwsze wspomnienie pacjenta, jakie zapisało się w jego przeżyciach, dotyczyło pobytu w przedszkolu. Mężczyzna pamiętał, że wraz z innymi dziećmi oglądali wzajemnie swoje miejsca intymne. Towarzyszyła temu karząca postawa nauczycielki. W dzieciństwie został przyłapany na zabawie o tematyce seksualnej również przez swoją matkę.

Problemy dorosłości. Pacjent niejednokrotnie zgłaszał kompulsywną potrzebę poprawiania projektowanych przez siebie gier komputerowych. Oceniając siebie jako mało męskiego, chciał poprzez masturbację unikać przedwczesnego wytrysku i bardziej zaspokajać swoją partnerkę. Zgłaszał lęki związane z dorosłym życiem, samodzielnością i odpowiedzialnością. Dwukrotnie musiał odwołać wizytę z powodu egzaminów na studiach. Przerwa w terapii spowodowała, że pacjent czekał na spotkanie i czuł, że tego potrzebuje. Jednak cieszył się, że nie pozostając w kontakcie z psychoterapeutką, udało mu się samodzielnie podjąć trafne decyzje.

Motyw ojca. Gdy pojawił się temat ojca, mężczyzna wskazał na swoje podobieństwo do niego w sferze depresyjności. Pewnego dnia znalazł materiały pornograficzne, które były własnością ojca, zatem i pod tym względem dostrzegł

podobieństwo do niego, jednak chciał być lepszy niż ojciec. Ze względu na to, że ojciec widziany był przez pacjenta jako źródło lęku i zagrożenia, pojawiały się fantazje o uśmierceniu go w sferze wyobrażeń, co wtórnie budziło lęk. Rozmowa o ojcu była dla niego trudna, ucieszył się nawet, gdy skończył się czas sesji, co spowodowało, że nie musiał dalej eksplorować tego tematu. Powrócił jednak do tematu ojca na kolejnej wizycie. Przyznał, że ojciec był kluczową osobą w jego życiu. Ocenianie siebie jako gorszego i słabszego było podyktowane w dużej mierze opowiadaniem przez ojca historii, w których to ojciec okazywał się bardzo silny, brutalny i agresywny. Celem ojca było motywowanie syna do podobnych aktywności, jednak pacjent dostrzegał przeciwny tego skutek. Mężczyzna widział siebie jako słabego i biernego w konfrontacji z innymi. Postrzeganie siebie w kontekście osoby ojca mogło przyczynić się do rozwoju obniżonego poczucia własnej wartości. W dzieciństwie pacjent rzadko otrzymywał prezenty, jednak wspomnienie zabawki superbohatera spowodowało, że bardzo się wzruszył. Sądził, że ojciec mógł czuć się winny za jego słabości. Chciał mu to tym nawet powiedzieć, jednak w obawie przed złością dziadka wobec ojca zależało mu na rozmowie po śmierci dziadka. Bardzo bliska relacja matki z dziećmi, szczególnie z pacjentem, spowodowała, że ojciec został odsunięty od matki. Pacjent mówił: „Matka traktowała nas jak tarczę przed ojcem”. Edypalny konflikt interpretowano na poziomie lęku kastracyjnego i konieczności udowodnienia sobie męskości poprzez kompulsywną masturbację.

Fantazje seksualne. Pacjent nie pamiętał, aby był obserwatorem stosunku seksualnego rodziców, jednak niejednokrotnie fantazjował na temat ich seksu, umiejscawiając siebie w roli obserwatora. Zauważył, że bliska relacja z matką mogła oddziaływać na jego relacje z kobietami. Niejednokrotnie fantazjował o innych kobietach, w tym o prostytutkach. Na jednej sesji podzielił się fantazjami erotycznymi o kobiecie, która jest od niego niższa, rozmawia z nim otwarcie o sferze seksualnej, jest dla niego atrakcyjna fizycznie i inteligentna, co zostało zinterpretowane w kontekście relacji terapeutycznej. Zdarzało się, że fantazjował na temat seksu swojej partnerki z innymi mężczyznami. Temat aktualnej partnerki był słabo eksplorowany przez pacjenta. Była to pierwsza kobieta, z którą pacjent współżył i z którą łączył go bliski stosunek emocjonalny. Na początku ich życia seksualnego zachowywał się w sposób agresywny, władczy i dominujący. W czasie trwania terapii partnerka pacjenta miała dolegliwości bólowe podczas stosunków. Pomimo tego, że partnerzy pragnęli bliskości, wydawała się ona niemożliwa i zakazana. Zdarzało się, że oprócz bycia opiekuńczym i ochraniającym mężczyzna był oschły dla kobiety i nią niezainteresowany. Przyznał, że w seksie podniecało go bycie uwielbianym i pożądanym oraz dominacja, jednak własne zaspokojenie bądź zaspokojenie partnerki czy widok spermy wzbudzały w nim poczucie winy.

Obawy pacjenta. W rozmowach z psychologiem pacjent wracał do tematu masturbacji, postrzegając ją jako skutek lęku i stresu. W przeszłości dokonywał samouszkodzeń (uderzanie się w głowę), co stanowiło mechanizm przemieszczenia

gniewu z karzącego i surowego ojca i innych mężczyzn na samego siebie. Pacjent deklarował silną potrzebę samodzielności i niezależności, jednak bardzo się obawiał etapu kończenia studiów, miał problem, aby dokończyć pracę dyplomową, żywił obawę przed podjęciem pracy zawodowej. Na jednej z sesji mężczyzna wniósł fantazję, w której widział siebie jako nagiego, wchodzącego do rwącej rzeki, w której prowadzi go jej nurt. Obraz ten odzwierciedlał to, co działo się pomiędzy pacjentem a jego rodzicami. Narzucali mu podjęcie studiów magisterskich na kierunku, na którym ukończył studia pierwszego stopnia, czego nie chciał robić. Obawiał się rozczarowania rodziców, ponieważ wcześniej zawsze postępował zgodnie z ich wolą. W konsekwencji podjął naukę na dwóch kierunkach studiów: jeden realizował dla siebie, drugi dla rodziców. Realizowanie oczekiwań rodziców i trudność w sprzeciwieniu się im ukazują ograniczenia pacjenta w obrębie autonomii ego. Jedynie sfera seksualna była obszarem, w którym czuł się pozornie wolny.

Relacja pacjenta z psychoterapeutką. Pacjent wносił informacje z trudem, czasem układał sobie w głowie gotowe scenariusze, których później nie był w stanie wypowiedzieć. Mówił, że czuje ciężar po sesjach. Czasem wydawał się zdziwiony, a nawet przerażony własnymi reakcjami i wypowiedziami, które były wcześniej poza jego świadomością. Przyznawał się, że nie wносił na sesję wszystkich treści, ponieważ straciłby w takiej sytuacji poczucie tajemnicy, odczuwał przy tym zahamowania i był zawstydzony. Nieobecności zdarzały się znacznie rzadziej niż w poprzedniej fazie terapii, pacjent starał się je usprawiedliwiać. Zdarzyło się, że zapomniał o planowanym urlopie psychoterapeutki. Korzystanie z superwizji na tym etapie umożliwiło psycholog dostrzeżenie, że w swym przeciwprzeniesieniu funkcjonuje nadal jak nadopiekuńcza matka, co wiązało się z przeniesieniem komplementarnym. W kontakcie bardzo odczuwalne było podniecenie seksualne pacjenta, które nazywał „dziwnymi emocjami”, ostatecznie ignorowane przez psychoterapeutkę i zastępowane interpretacjami objawów pacjenta. Mężczyzna w tej fazie pracy wniósł nawet swoje pragnienie, aby umówić się z terapeutką „na piwo”, co zostało przez nią zignorowane i nie stało się obszarem do eksploracji. W efekcie superwizji zasugerowano pozostawienie pacjentowi więcej przestrzeni na jego aktywność i odnoszenie się do relacji terapeutycznej, a nie tylko do rozumienia objawów, co na skutek treści perwersyjnych było dla psychoterapeutki trudne.

Faza silnego rozwoju przeniesienia

Seksualizacja osoby psychoterapeutki. Po urlopie psychoterapeutki pacjent skonfrontował się ze zmianą nazwiska psycholog, nie skomentował tego, wydawał się urażony. Zgłosił zadowolenie ze swego funkcjonowania psychicznego podczas urlopu psychoterapeutki, po czym na kolejne dwie sesje nie dotarł, skontaktował się z nią telefonicznie. Ujawnił, że gdy ktoś staje się dla niego bardziej niedostępny, jest zarazem bardziej atrakcyjny. Zobrazowaniem tych pragnień był obraz, jaki pacjent z trudem, wstydem, zahamowaniem i nieśmiałością wniósł na sesję: „Wyobrażam sobie panią i siebie nagich leżących na pani biurku. Pani leży na

plecach, a ja wtulam się w pani piersi. Jest mi tak bezpiecznie i ciepło.” Kilka sesji później mężczyzna zaproponował oddanie swojej sesji koledze, co miało na celu wprowadzenie nowej osoby do kontaktu i ponownie stworzenie trójkątnej relacji w celu redukcji napięcia. Pacjentowi zależało niejednokrotnie na tworzeniu triadycznych relacji, co z jednej strony redukowało lęk, a z drugiej koncentrowało się wokół rywalizowania. Tuż po tym przyznał się do zapomnienia o sesjach, na które jednak docierał. Wiązał to z obrazem matki, silnie przeżywał to emocjonalnie, nie potrafił jednak tego wytłumaczyć.

Realizacja własnych potrzeb. Pacjent zaangażował się w uczelniane projekty polegające na tworzeniu gier komputerowych, zorganizował uczelnianą imprezę na ten temat, która okazała się ogromnym sukcesem. Nie odebrał jednak podziękowań na zakończenie, mając przeświadczenie, że realizacja własnych potrzeb doprowadziłaby do katastrofy. Projektował gry komputerowe – tworzył postacie, z którymi się identyfikował (wilk, dziecko, młodzieniec). Ich interpretacja umożliwiła ponowne ujście potrzeb pacjenta: wolności, bez troski, agresywności. Mężczyzna zainteresował się grupami prepersów. Coraz odważniej zaczął wyrażać złość wobec rodziców, zależało mu na tym, aby się od nich wyprowadzić. Podjął decyzję o rezygnacji ze studiów, które były wyborem rodziców. Obawiał się wyrzucenia z domu, jednak zaskoczyła go akceptacja decyzji ze strony ojca. Matka natomiast, jego zdaniem, czuła się urażona. Pacjent miał problem, aby zapamiętać nowe nazwisko psychologa, trudno było mu mówić o relacji terapeutycznej, porównywał ją do swojej partnerki. Często mówił o matce, którą widział nie tylko jako osobę opiekuńczą i kochającą, lecz także jako oschłą, zamkniętą i niedostępną. Przybycie na sesję w złej kondycji fizycznej (po całonocnej imprezie) spowodowało regresję pacjenta i ujawnienie potrzeby bycia otoczonym opieką, co w konsekwencji spotkało się z jego uczuciem wstydu. Pacjent obserwował inne kobiety z silnym pożądanym seksualnym. Opowiadał o śnie, w którym odwetowo zareagował wobec rodziców. Pacjent powiedział: „Byłem z Zosią u mnie w domu, w kuchni, robiliśmy to i zobaczyli to rodzice. Cieszyłem się, że to zobaczyli”. Pacjent udowodnił w ten sposób swoją męskość i czuł satysfakcję na skutek zakłopotania rodziców. Przyznawał, że chciał być przez psychoterapeutkę wypytywany, nie ujawniał pewnych treści, aby ona o niego zabiegała. Wraz z upływającym czasem pojawiały się częstsze i bardziej satysfakcjonujące kontakty seksualne z partnerką. Towarzyszyła temu jednak irytacja na partnerkę i myśli o rozstaniu. Mężczyzna miał fantazję, w której jego ojciec współżył z jego partnerką. Pacjent zgłaszał polepszenie nastroju, zmniejszenie lęku w relacji z ojcem oraz większą samodzielność w relacji z matką. Wciąż jednak utrzymywały się trudności w zakresie dookreślenia własnych potrzeb, uczucie braku wolności oraz nieprzyznawanie się do przeżywanych emocji, co w jego odbiorze było oznaką słabości. Pacjent chciał być wolny, samodzielny i niezależny, jednak jednocześnie bardzo się tego bał.

Porzucenie terapii. Po kolejnym miesięcznym urlopie psychoterapeutki pacjent nie wrócił do kontaktu, jedynie w rozmowie telefonicznej wyjaśnił

nieobecność. Otrzymał pracę w Warszawie i postanowił się tam przeprowadzić. W związku z tym psychoterapia została przerwana ze wskazaniem kontynuacji u innego psychoterapeuty. Na tym etapie pracy psycholog skorzystała dwukrotnie z superwizji w celu otrzymania wsparcia i wskazówek do dalszej pracy przy towarzyszącym procesowi silnym przeciwprzeniesieniu. Dalsze losy pacjenta nie są psycholog znane.

DYSKUSJA

Osobowość obsesyjno-kompulsywna występuje jedynie u 25% pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (Pozza i in., 2021) i dotyczy od 3 do 8% populacji ogólnej (Diedrich, Voderholzer, 2015). W pracy z osobami z zaburzeniami osobowości ważna jest ocena typu osobowości lub zaburzeń osobowości pacjentów i partnerów, ponieważ mogą one wpływać na ich umiejętności komunikacyjne, nastawienie do terapii, przestrzeganie planu terapii, oczekiwania wobec terapeuty oraz ich życie seksualne. W relacjach międzyludzkich osoby z osobowością obsesyjno-kompulsywną są zdystansowane, mogą mieć problem z okazywaniem uczuć, a ich perfekcjonizm, kontrola i sztywność w kontaktach mogą dominować nad spontanicznym okazywaniem uczuć. Ze względu na te przyczyny nie dziwi fakt, że osoby te rzadziej angażują się w aktywność seksualną (Cogan, Cochran, Velarde, 2007). Seksualność jest u nich zahamowana, ponieważ stosują wiele neurotycznych mechanizmów obronnych (tj. formacja reaktywna, izolacja afektu, intelektualizacja) (Gabbard, 1994). Mężczyźni (częściej niż kobiety) z osobowością obsesyjno-kompulsywną twierdzą, że cierpią na niezadowolenie małżeńskie, prawdopodobnie z powodu tego, że doświadczają zbyt wielu emocji pochodzących od partnerek, co ich przytłacza (Porcerelli, Cogan, Hibbard, 2004).

Kiedy osoby z zaburzeniami osobowości mają dysfunkcje seksualne, są leczone seksuologiczne w taki sam sposób jak osoby bez zaburzeń osobowości (w literaturze nie znajdziemy specyficznych technik dla poszczególnych zaburzeń osobowości). Należy pamiętać, że osoby z zaburzeniami osobowości będą postrzegać terapeutę, oferowane procedury i cały proces terapeutyczny przez pryzmat swoich zaburzeń osobowości. Z tego powodu terapia seksuologiczna osób z zaburzeniami osobowości może nastęrczać wielu trudności. Dla uzyskania najlepszych wyników w wyżej opisanym przypadku wskazane byłoby, aby pacjent pozostający w procesie skorzystał nie tylko z usług psychoterapeuty, lecz także seksuologa i psychiatry. Niestety, pomimo sugestii psychoterapeutki, pacjent nie podjął konsultacji u wskazanych specjalistów.

W procesie psychoterapeutycznym dominowało przeniesienie komplementarne, w którym mężczyzna kierował wobec psychoterapeutki pragnienia związane ze swoją matką (Caligor i in., 2017). Triumf nad ojcem (a w niektórych kwestiach nawet wykluczenie go) generował lęk przed odwetem. Ten nierozwiązany konflikt edypalny, nieustanne zmagania z seksualnością i agresywnością oraz niemożność realizacji popędów w konfrontacji z bliskością seksualną, wzbudzały w pacjencie masywny lęk i poczucie winy, a także niemożność skojarzenia

seksualności z czułością i miłością. Nieprawidłowy przebieg fazy praktyki w obrębie separacji – indywiduacji (Mahler, 1972) uniemożliwił mu konstruktywne rozwiązanie kryzysu edypalnego i poskutkowało wykształceniem się następujących cech: niezdecydowanie, wahanie, nieśmiałość i lękliwość. Pragnienia edypalne intensywnie odżyły ponownie w fazie wczesnej dorosłości, kiedy pacjent wszedł w intymną relację z kobietą (Freud, 1999). Mężczyźnie zależało na tworzeniu triadycznych relacji skupiających się wokół rywalizowania z kimś w celu zdobycia kogoś upragnionego dla obu stron. Depresyjność matki w obliczu choroby i śmierci jego babci mogła z jednej strony skutkować pewną formą niezauważania go przez matkę, z drugiej natomiast powodować niemożność wytrzymania nawet minimalnej frustracji i nadmierną reaktywność na wszelką aktywność pacjenta (Chrzan-Detkoś, 2017). Wczesna relacja matki z dzieckiem wymaga m.in. odpowiedniej dawki stymulacji (Stern, 2015), mentalizacji (Fonagy, 1997), a także zdolności odczytywania sygnałów i potrzeb dziecka (Beebe i in., 1997). W rozwoju pacjenta nie doszło do ważnego aspektu rozwiązania kompleksu Edypa (Freud, 1999), którą jest deseksualizacja relacji z obiektem. Charakteryzowało go bardzo karzące i wymagające superego. Stosowane przez niego mechanizmy obronne były oparte na wyparciu (przemieszczenie, izolacja afektu, racjonalizacja, neurotyczna projekcja, reakcja upozorowana i intelektualizacja), jego tożsamość była względnie dobrze skonsolidowana, obecne było nietknięte i stabilne testowanie rzeczywistości, jednak dała się zauważyć sztywność reakcji, obsesyjność w obrębie intrapsychicznych konfliktów oraz kompulsywność w obszarze zachowań seksualnych.

Postawiona wcześniej diagnoza była podawana w wątpliwość, gdyż pewne kwestie pozostawały niejasne, szczególnie po drop-oucie pacjenta. W opowieściach mężczyzny ujawniła się nadopiekuńczość i agresywny wątek wczesnodziecięcych doświadczeń, które miały niewątpliwie znaczenie dla konsolidacji jego tożsamości (która wciąż przecież się rozwijała), obrazu świata, modulacji afektu, impulsywności czy integracji sprzecznych pragnień (Kernberg i in., 2018). Celem procesu było wzmocnienie ego i osiągnięcie dojrzałej tożsamości. Choć widać pewną konsekwencję w działaniach pacjenta, to przerwanie psychoterapii może sprzyjać myśleniu, że jego osobowość miała charakter pograniczny. Takiej diagnozie może sprzyjać interpretacja zachowań pacjenta jako efekt przeniesienia paranoidalnego. Ponadto bardzo silne i odporne na zmianę przeciwprzeniesienie terapeutki oraz lęki pacjenta, które można interpretować jako preedypalne, mogłyby wesprzeć hipotezę o pogranicznej organizacji jego osobowości. W obrazie pacjenta dominowały jednak zahamowania, przeniesienie erotyczne (nie erotyzowane, typowe dla BDP), stale obecne konflikty, które były znacznie bardziej wyraziste niż jego deficyty, a zastosowane ostatecznie techniki polegające na interpretacji przeniesienia i przeciwprzeniesienia przyniosły efekty w postaci umiarkowanej poprawy w zakresie objawów.

Trudności diagnostyczne w obrębie organizacji osobowości, zarówno wśród psychoterapeutów, jak i naukowców (Cierpiałkowska, Marszał, 2013), świadczą o ogromnej złożoności funkcjonowania jednostki, szczególnie gdy w procesie dochodzi do zdrowienia lub dekompensacji pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

- Arbanas, G. (2021). Personality Disorders. W: M. Lew-Starowicz, A. Giraldi, T. H. C. Kruger (red.), *Psychiatry and sexual medicine. A comprehensive guide for clinical practitioners* (s. 309–319). Cham: Springer.
- Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Beebe, B., Lachmann, F. M., Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self- and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 133–182.
- Beisert, M. (2022). *Masturbacja dziecięca. Od diagnozy do interwencji* (s. 14–15). Warszawa: PWN.
- Caligor, E., Kernberg, O., Clarkin, J. (2017). *Podręcznik psychoterapii psychodynamicznej w patologii osobowości z wyższego poziomu*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej.
- Chrzan-Dętkoś, M. (2017). Doświadczenie depresji matki przez dziecko. Studia przypadków. *Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce*, 4, 206–215.
- Cierpiałkowska, L., Marszał, M. (2013). Patologia organizacji osobowości w teorii relacji z obiektem O. Kernberga, *Czasopismo Psychologiczne*, 19(1), 47–56.
- Cierpiałkowska, L., Turbaczewska-Brakoniecka, I., Groth, J. (red.), (2017). *Seksualność i problemy seksualne z perspektywy psychodynamicznej*. Warszawa: PWN.
- Cogan, R., Cochran, B. S., Velarde, L. C., Calkins, H., Chenault, N. E., Cody, D. L., Kelley, M. D., Kubicek, S. J., Loving, A. R., Noriega, J. P., Phelan, K., Seigle, S., Stout, T. I., Styles, J. W., Williams, H. A. (2007). Sexual fantasies, sexual functioning, and hysteria among women: A test of Freud's (1905) hypothesis. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 697–700.
- Diedrich, A., Voderholzer, U. (2015). Obsessive-Compulsive Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(2). DOI: 10.1007/s11920-014-0547-8.
- Fonagy, P. (1997). Can we use observations of infant-caregiver interactions as the basis for a model of the representational world? commentary on paper by beebe, lachmann, and jaffe. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 207–213.
- Freud, S. (1999). *Życie seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Izdebska, A. (2015). Assessment of personality according to Otto Kernberg's conception. *Current Issues in Personality Psychology*, 3(2), 65–83. DOI: 10.5114/cipp.2015.52105.
- Izdebski, Z. (2020). *Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 18–49 lat w 2017 roku. Studium badawcze na tle przemian od 1997 roku*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Jakima, S., Małachowska, E. (2010). Psychoterapia w leczeniu zaburzeń seksualnych. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 320–333). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601–620.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. (1998). Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kokoszka, A. (2017). Podejście psychodynamiczne w kontekście badań skuteczności psychoterapii zaburzeń seksualnych. W: L. Cierpiałkowska, I. Turbaczewska-Brakoniec, J. Groths (red.), *Seksualność i problemy seksualne z perspektywy psychodynamicznej* (s. 142–143). Warszawa: PWN.
- Lehmiller, J. L. (2018). *The Psychology of Human Sexuality*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Lew-Starowicz, Z. (2001). *Encyklopedia erotyki*. Warszawa: MUZA SA.
- Lew-Starowicz, Z. (red.) (2022). *Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.
- Mahler, M. S. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 53(3), 333–338.
- Porcerelli, J. H., Cogan, R., Hibbard, S. (2004). Personality characteristics of partner violent men: a Q-sort approach. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 151–62 .
- Pozza, A., Starcevic, V., Ferretti, F., Pedani, C., Crispino, R., Governi, G., Luchi, S., Gallorini, A., Lochner, Ch., Coluccia, A. (2021). Obsessive-compulsive personality disorder co-occurring in individuals with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(2), 95–107. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000287.
- Smaś-Myszczyszyn, M. (2019). Kompulsywne zachowania seksualne. W: M. Rawińska (red.), *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna* (s. 289–310). Warszawa: PZWL.
- Stern, D. (2015). *Pamiętnik dziecka. Co twoje dziecko widzi, czuje i czego doświadcza*. Warszawa: Wydawnictwo IPS.