

Lidia CIERPIAŁKOWSKA

e-mail: lcierp@amu.edu.pl

Afiliacja: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Anna FRĄCZEK

e-mail: anna.fraczek@centrumat.eu

Afiliacja: Centrum Analizy Transakcyjnej

Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej

Jak cytować [how to cite]: Cierpiałkowska, L., Frączek, A. (2017). Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 6, 129–144.

Streszczenie

Aktualne badania nad efektywnością psychoterapii pokazują, że zależy ona w istotnym stopniu zarówno od specyficznych, jak i wspólnych czynników leczących, czyli od jakości relacji i przymierza terapeutycznego. Przymierze terapeutyczne w podejściu transteoretycznym definiuje się w kategoriach więzi między terapeutą i pacjentem, uzgodnionych między nimi celów i zadań terapii (Bordin, 1994). Osoby z zaburzeniami osobowości wiązki A, B i C według DSM-5 (APA, 2013), z różnych względów, mają ogromne trudności w utrzymywaniu trwałych relacji interpersonalnych, co znajduje odzwierciedlenie w budowaniu i utrzymywaniu odpowiedniego poziomu sojuszu terapeutycznego.

Założyliśmy, że koncepcja transakcji jawnych i ukrytych oraz procesu terapii w analizie transakcyjnej pozwala na nowatorskie opisanie i wyjaśnienie problemów związanych z fluktuacją przymierza terapeutycznego z pacjentami z różnymi zaburzeniami osobowości. Celem przedstawionych w artykule rozważań było: 1) opisanie charakterystycznych dla pacjentów z zaburzeniami osobowości wiązki A, B i C trudności w relacji terapeutycznej; 2) wskazanie na typowe gry transakcyjne między pacjentami z różnymi zaburzeniami osobowości i terapeutą oraz ich wpływu na fluktuację siły sojuszu oraz 3) zaprezentowanie założeń koncepcji Paula Ware'a (1985) „drzwi wejściowych, drzwi celu i drzwi pułapki” w psychoterapii, wraz z wynikającymi z niej zaleceniami co do kolejności stosowania strategii terapeutycznych.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, przymierze terapeutyczne, transakcje jawne i ukryte.

Aktualnie badania nad efektywnością psychoterapii zaburzeń psychicznych i zachowania, zwłaszcza zaburzeń osobowości są jednym z najważniejszych wyzwań podejmowanych zarówno w nurcie *evidence-based practice* (EBP), jak i konkretnych szkołach psychoterapii. Wyniki metaanalizy Adama Horvatha i Lestera Luborskiego wraz z zespołem (1993), a później Marka Lipseya i Davida Wilsona (2001) jednoznacznie pokazały, że wielkość wpływu wspólnych czynników leczących na skuteczność psychoterapii jest porównywalna ze specyficznymi czynnikami leczącymi. W wypadku psychoterapii zaburzeń osobowości wpływ wspólnych czynników leczących wynosi od 0,21 do 0,26 wielkości efektu końcowego (np. por. Safran, Muran, Proskurov, 2009). Wynika stąd, że skuteczność psychoterapii pozostaje pod znaczącym wpływem jakości relacji i przymierza terapeutycznego, czyli tego, jak przebiega relacja pomiędzy terapeutą a pacjentem.

Od początku obecnego stulecia wyniki kolejnych badań pokazywały, że nie tyle typ czy rodzaj zaburzenia psychicznego, co jakość i przebieg aktualnych i przeszłych relacji interpersonalnych pacjentów wpływają na siłę przymierza terapeutycznego i efektywność psychoterapii (np. Hersoug i in., 2002; Gibbons i in., 2003). Doświadczenia kliniczne terapeutów, a także badania poczynione na wielkich grupach wskazują, najogólniej rzecz ujmując, na inne trudności w konstytuowaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych z pacjentami z zaburzeniami osobowości wiązki A (schizotypowe, paranoidalne i schizoidalne zaburzenia osobowości) i B (antyspołeczne, borderline, histrioniczne i narcystyczne zaburzenia osobowości), którzy najczęściej ujawniają różne mechanizmy ekstermalizacji problemów, a jeszcze inne z osobami z wiązki C (unikające, lękowe i obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości), wykazującymi tendencje do internalizacji trudności (Blais, Hopwood, 2006). Każdy z tych typów mechanizmów regulacji emocjonalnej powoduje odmienne problemy w przebiegu i jakości transakcji interpersonalnych z najbliższymi, co znajduje odzwierciedlenie w relacji terapeutycznej pacjenta z terapeutą.

W artykule podjęto próbę analizy różnych aspektów relacji i przymierza terapeutycznego między terapeutą a pacjentami z zaburzeniami osobowości w perspektywie modeli transteoretycznych i analizy transakcyjnej. Po zdefiniowaniu relacji i przymierza terapeutycznego w obu koncepcjach zaprezentowano następujące grupy zagadnień: 1) opisano najbardziej typowe trudności w konstytuowaniu sojuszu terapeutycznego u pacjentów z zaburzeniami osobowości wiązki A, B i C; 2) pokazano, w świetle wyników badań i obserwacji klinicznych, jaka jest dynamika fluktuacji siły sojuszu między pacjentem z zaburzeniami osobowości z wiązki A, B i C a terapeutą oraz 3) wskazano na zalecenia analizy transakcyjnej co do strategii postępowania terapeutycznego, gdy pojawia się zagrożenie przerwania przymierza i relacji terapeutycznej. Ostatni z problemów wydaje się szczególnie istotny, ponieważ nietrafne interwencje terapeutyczne mogą być powodem przerwania terapii.

Przymierze terapeutyczne w modelu transteoretycznym i w analizie transakcyjnej

Od początku psychoanalizy relacja terapeutyczna, obok strategii wolnych skojarzeń i analizy snów, pozostawała w kręgu zainteresowań Sigmunda Freuda (1912/1958). Opisując relację terapeutyczną, zwrócił uwagę na trzy jej główne aspekty: (a) przeniesienie ze strony pacjenta, polegające na nieświadomym przeżywaniu relacji z terapeutą w kontekście uaktywnionych, wypartych w okresie edypalnym konfliktów intrapsychicznych, (b) przeciwprzeniesienie ze strony terapeuty, przejawiające się w postaci uaktywniania wobec pacjenta doświadczeń związanych ze znaczącymi osobami i nierozwiązanymi konfliktami intrapsychicznymi oraz (c) bardziej świadome nastawienie pacjenta wobec terapeuty, który doświadczany jest jak znaczące i pozytywne osoby z przeszłości. Większe znaczenie dla trwałości relacji terapeutycznej Freud przypisywał pozytywnemu przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu niż świadomej decyzji powziętej przez ego pacjenta. Znaczenie tego aspektu osobowości pacjenta w tworzeniu i stabilizowaniu relacji z terapeutą opisywali i wyjaśniała Elizabeth Zetzel (1956), a kilka lat później Ralph Greenson (1965).

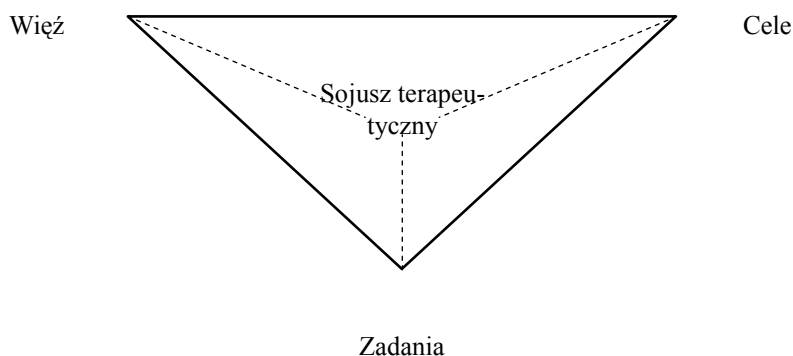
Równie znaczący wkład do zrozumienia istoty przymierza terapeutycznego wniósł Carl Rogers (1951), twórca terapii skoncentrowanej na kliencie. W swojej koncepcji zmiany pod wpływem terapii uznał, że najistotniejszym czynnikiem leczącym jest relacja klienta z terapeutą, w której klient doświadczył odpowiedniego poziomu spójności (kongruencji), empatii oraz bezwarunkowej, pozytywnej akceptacji. Takie doświadczenia są warunkiem koniecznym i wystarczającym dla uaktywnienia się u klienta naturalnych, wewnętrznych procesów samoakceptacji, szacunku do siebie i samorozwoju.

Rozwój koncepcji i modeli sojuszu terapeutycznego ewoluował w kierunku podejścia transteoretycznego, które pozwoliło na dokonanie porównań między szkołami psychoterapii, a także tworzenie pewnych uogólnień, które nie byłyby możliwe, gdyby konceptualizacja zagadnień pozostała w obszarze konkretnych szkół psychoterapii. Na początku lat 70. pojawia się transteoretyczna koncepcja przymierza terapeutycznego Edwarda Bordina (1979), w której wyodrębniono trzy ważne aspekty relacji między klientem a terapeutą – więź, cele i zadania terapii.

W ślad za tą koncepcją pojawiają się nowe narzędzia badawcze (np. *Working Alliance Inventory*, WAI; Horvath i in., 1991, Horvath i in., 1994), które umożliwiły porównanie sposobu konceptualizacji przymierza w różnych szkołach psychoterapii i pokazanie różnic w ujmowaniu specyficznych i wspólnych czynników leczących w kontekście skuteczności terapii. Bordin zakładał, że rozwój przymierza terapeutycznego jest niezbędny we wszystkich rodzajach i formach psychoterapii, chociaż poziom porozumienia między klientem a terapeutą co do trzech wyodrębnionych aspektów, tj. więzi, celów i zadań terapii,

traktowany był odmiennie. Choć różnice między szkołami terapeutycznymi były znaczące, to współcześnie terapeuci prawie wszystkich szkół, powołując się na wyniki badań empirycznych, zdecydowanie większe znaczenie przypisują każdemu z aspektów przymierza terapeutycznego. Znajduje to odzwierciedlenie w założeniach i praktyce klinicznej w terapii poznawczo-behawioralnej (Raue, Marvin, 1994), interpersonalnej (Henry, Strupp, 1994) oraz opartej na doświadczeniu (Watson, Greenberg, 1994).

Bordin (1994) założył, że jakość przymierza terapeutycznego zależy od poziomu współpracy klienta z terapeutą, która zdeterminowana jest nie tylko siłą więzi między nimi (afektywny komponent przymierza – poczucie bycia lubianym, akceptowanym i rozumianym), ale też poziomem współuczestnictwa klienta w uzgodnieniu kluczowych celów terapii (komponent poznawczy), a także ważniejszych zadań istotnych dla osiągnięcia celów. Ustalanie celów terapii odbywa się w procesie negocjacji, przy znaczącym współudziale pacjenta, natomiast zadania terapeutyczne określa zazwyczaj terapeuta, ponieważ pozostają one w ścisłym związku z założeniami konkretnej szkoły psychoterapii.



Rys. 1

Trzy aspekty przymierza terapeutycznego – więź, cele i zadania terapii

Źródło: opracowanie własne.

Analitycy transakcyjni, co podkreślają Helena Hargaden i Charlotte Sills (2002), podzielają założenia koncepcji Bordina na temat trzech aspektów przymierza terapeutycznego i podejmują próby ich zdefiniowania zgodnie z założeniami Erica Berne'a (1961). Cele i zadania to znacząca część kontraktu między terapeutą i pacjentem. W teorii i praktyce analizy transakcyjnej ów kontrakt uznaje się za fundamentalny dla właściwego przebiegu leczenia. W procesie ustalania kontraktu terapeutycznego między terapeutą a klientem następuje uzgodnienie i zdefiniowanie celów i zadań terapii, jeśli to tylko możliwe, zarów-

no na poziomie behawioralnym, jak i intrapsychicznym, czyli skryptowym. O więzi między terapeutą i klientem wnioskuje się na podstawie emocjonalnych doświadczeń powstałych w relacji, zwłaszcza poziomu wzajemnej sympatii, zaufania, szacunku i możliwości komunikowania się (Hargaden, Sills, 2002; Dye, 2014).

Choć w analizie transakcyjnej w przypadku osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi większą wagę poświęca się ustalaniu celów i zadań terapii, to w praktyce klinicznej ogromne znaczenie nadaje się jakości więzi między klientem a terapeutą. Analitycy transakcyjni pracują zgodnie z ogólnym założeniem, że – obok wzajemnej sympatii i szacunku – stopień wynegocjowanych i podzielanych przez klienta i terapeutę celów i zadań terapii stanowi o skuteczności wspólnej pracy nad zmianą (Dye, 2014).

Zaburzenia osobowości a przymierze terapeutyczne

Osoby z różnymi typami zaburzeń osobowości, zgodnie z opisem objawów przedstawionych w klasyfikacji ICD-10 (ŚOZ, 1997) oraz DSM 5 (APA, 2013), charakteryzują się konkretnymi sposobami funkcjonowania społecznego, które obejmują wzorce nawiązywania relacji społecznych, ich przebiegu (fluktuacji) i zakończenia. Wzorce relacji mają bardziej lub mniej dezadaptacyjny charakter. Donna Bender (2005), uwzględniając obraz kliniczny zaburzeń osobowości wiązki A, B i C, opisała te wzorce relacji, które stanowią szczególne zagrożenie, oraz te, które można uznać za pewną szansę na utworzenie i ustabilizowanie relacji i przymierza terapeutycznego między terapeutą i klientem.

W analizie transakcyjnej relacje między klientem i terapeutą są rozważane w kontekście modelu jawnych i ukrytych transakcji Claude'a Steinera (1974). Założenia tego modelu pozwalają na diagnozowanie u klienta zarówno możliwości wchodzenia w relacje intymne, jak i tendencje do inicjowania/wchodzenia w gry transakcyjne, zmierzające do uzyskania wypłat na poziomie tak behawioralnym, jak i skryptowym. Potwierdzenie skryptu stanowi doniosłą motywację do inicjowania i wchodzenia w gry transakcyjne ze znaczącymi osobami, w tym z terapeutą. Na podstawie tego modelu dokonano charakterystyki funkcjonowania klientów o różnych zaburzeniach osobowości (por. Kahler, 2008; Dye, 2014) w relacji terapeutycznej i procesie budowania i podtrzymywania przymierza terapeutycznego.

Osoby o zaburzeniach osobowości z wiązki A (zaburzenia osobowości paranoicznej, schizotypowej i schizoidalnej) przejawiają dziwaczne i ekscentryczne zachowania, a występujące problemy w relacjach międzyludzkich mają związki z ich podejrzliwością, nieufnością, nieracjonalnością. Te doświadczenia emocjonalne i mentalne w relacjach społecznych ujawniają się albo w postaci agresywnych, albo zdystansowanych, ucieczkowych zachowań. W relacji terapeu-

tycznej ta grupa pacjentów przeżywa wysoki poziom dyskomfortu, a ustalenie z nimi sojuszu jest ogromnym wyzwaniem dla terapeutów. Są podejrzliwi wobec pozytywnych intencji pomagającego, nadwrażliwi na uzyskiwane informacje zwrotne, np. w postaci odzwierciedlenia, co postrzegają jako krytykę. Doszukują się „drugiego dna” nawet w pozytywnych informacjach zwrotnych i zachowaniach lojalnościowych.

Charakterystyczne dla tej grupy osób jest przyjmowanie pozycji Prześladowcy lub Ofiary w grach transakcyjnych. W sposób nieświadomy, w relacji z terapeutą, podobnie jak z innymi ludźmi, posługują się różnymi przynętami (zaproszeniami, fortelami) i/lub haczykami zachęcającymi do gier transakcyjnych. Spośród różnych transakcji ukrytych najczęściej inicjują takie gry, jak: *Tu Cię mam*; *Jak się stąd wydostać?* (która nosi też nazwę – *Koziróg*); *Wada* oraz *Kopnij mnie!* Pacjenci z zaburzeniami osobowości wiązki A najczęściej mają tendencje do wchodzenia w transakcje z pozycji Prześladowcy, czyli często Rodzica Normatywnego negatywnie użytego, lub Ofiary, czyli Dziecka Uległego negatywnie użytego (por. tab. 1).

Tabela 1

Wyzwania w relacji terapeutycznej a funkcjonowanie interpersonalne osób z zaburzeniami osobowości

Zaburzenie osobowości	Cechy osobowości i wyzwania w kształtowaniu sojuszu	Przykłady typowych gier transakcyjnych ujawnianych podczas terapii
Paranoiczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Spodziewają się, że zostaną wykorzystani i oszukani – Nadwrażliwi na krytykę – Wycofują się z relacji lub reagują gniewem i atakiem 	<i>Jak się stąd wydostać?</i> <i>Gdyby nie Ty, to ja ...</i> <i>To wszystko przez Ciebie!</i> <i>Wada</i>
Schizotypowe zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Podejrzeli/paranoiczni – Dziwaczne spostrzeganie i doznania fizyczne – Silny lęk w sytuacjach społecznych 	<i>Zobacz co mi zrobisz!</i> <i>Tu Cię mam!</i>
Schizoidalne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Nie przywiązują się do innych – Emocjonalnie obojętni – Izolują się od innych – Nieczuli na krytykę i pochwałę 	<i>Tak, ale ...</i> <i>Jak się stąd wydostać?</i> <i>Kopnij mnie</i> <i>Gdyby nie Ty, to ja ...</i>
Borderline zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Niestabilny emocjonalnie i poznawczo – Przywiązuje się mocno do innych i obawia się porzucenia – Szybko się nudzi i odczuwa pustkę 	<i>Jak się stąd wydostać?</i> <i>Tak, ale ...</i> <i>Bijcie się ...</i>
Narcystyczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Przekonanie o własnej wielkości i potrzeba bycia podziwianym – Ma poczucie szczególnych praw – Wyniosły i arogancki wobec innych 	<i>Moje lepsze</i> <i>A tu cię mam, taki synu</i> <i>Beze mnie sobie nie poradzisz</i> <i>Kopnę cię</i>

Tabela 1 (cd.)

Zaburzenie osobowości	Cechy osobowości i wyzwania w kształtowaniu sojuszu	Przykłady typowych gier transakcyjnych ujawnianych podczas terapii
Histrioniczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Oczekuje bycia w centrum zainteresowania innych – Dwuznaczny i uwodzicielski – Labilny emocjonalnie 	<i>Kopnij mnie</i> <i>Wada</i> <i>Struganie wariata</i> <i>Gwałt</i>
Antyspołeczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Kłamie, oszukuje i manipuluje innymi – Brak empatii i szacunku dla innych – Narażają siebie i innych na niebezpieczeństwo 	<i>Złap mnie, jeśli potrafisz...</i> <i>Policjanci i złodzieje</i>
Unikowe zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Spodziewają się krytyki i odrzucenia – Tendencje do przezywania wstydu i upokorzenia – Niechęć do ujawniania informacji o sobie 	<i>Kopnij mnie</i> <i>Struganie wariata</i> <i>Zobacz, co mi zrobiłeś!</i>
Zaburzenie osobowości zależnej	<ul style="list-style-type: none"> – Lęk przed odrzuceniem i separacją – Brak pewności siebie, wymaga zachęt i porad – Podporządkowanie prowadzi do pseudo przymierza 	<i>Co bym ja bez Ciebie zrobiła!</i> <i>Udręczona</i> <i>Drewniana noga</i>
Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Skoncentrowana na kontroli siebie i innych – Perfekcyjny i wymagający wobec siebie i innych – Obawia się krytyki ze strony terapeuty – Niespontaniczni 	<i>Co Ty byś beze mnie zrobiła</i> <i>Wada</i> <i>Trzeba tylko</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Morrison, 2016; Dye, 2014; Cierpiałkowska, 2008.

Osoby z zaburzeniami osobowości z wiązki B (zaburzenia osobowości antyspołeczne, *borderline*, narcystyczne i histrioniczne) są nadmiernie emocjonalne i ekspresyjne („dramatyczne”), niestabilne emocjonalnie i nieprzewidywalne oraz wykazują zachowania przesadne i teatralne. Tworzenie sojuszu terapeutycznego jest znacznie utrudnione, ponieważ odznaczają się w relacji z terapeutą wysoką chwiejnością emocjonalną – łatwo przechodzą od zachwyty do niechęci i negacji kompetencji terapeuty, domagają się szczególnych praw i traktowania, oczekują ciągłego potwierdzania ich ważności, łatwo przekraczają granice wyznaczone relacją terapeutyczną. Zamiast rozmawiać o różnych emocjach i stanach wewnętrznych, łatwo przechodzą do rozgrywania, inicjując i prowokując do wejścia w gry transakcyjne. Poza antyspołecznymi zaburzeniami osobowości osoby z zaburzeniami histrionicznymi, narcystycznymi i *borderline* uaktywniają gry transakcyjne naprzemiennie z pozycji Ofiary i Prześladowcy (por. Hargaden,

Sills, 2002). Z pozycji Prześladowcy to gry typu – *Zobacz, co przez Ciebie zrobiłem!*; *Kopnę Cię!* oraz *Jak się stąd wydostać?*, natomiast z pozycji Ofiary – *Tak, ale ...*; *Kopnij mnie!* oraz *Wada*.

Osoby o zaburzeniach osobowości z wiązki C (zaburzenia osobowości zależnej, unikającej i obsesyjno-kompulsyjne) są pełne niepokoju, emocjonalnie zahamowane i za wszelką cenę próbują nie dopuścić do powstania konfliktu interpersonalnego. O ile osoby o osobowości zależnej stosunkowo szybko wiążą się z terapeutą i oczekują od niego ochrony i opieki, o tyle osoby z pozostałymi typami zaburzeń są raczej zdystansowane i kontrolujące. Budowanie sojuszu z tymi klientami wymaga uwzględnienia ich podatności na zawstydzenie, ponieważ są oni bardzo wrażliwi na krytykę, której dopatrują się także w pozytywnych informacjach zwrotnych. Są raczej zahamowani, mało spontaniczni i bardzo kontrolujący się. Zasadniczy, konkretni i bardzo skrupulatni. Taki sposób przeżywania siebie i drugiej osoby powoduje, że są bardziej skoncentrowani na kontroli niż na możliwości budowania autentycznego związku terapeutycznego.

O ile osoby z osobowością zależną ujawniają tendencje do gier transakcyjnych typu *Co ja bym bez Ciebie zrobiła*; *Udęczona* oraz *Kopnij mnie!*, o tyle osoby z osobowością obsesyjno-kompulsywną – *Trzeba tylko, Co Ty byś beze mnie zrobiła*, *Wada*. Pierwsza grupa klientów wychodzi z pozycji Ofiary, czyli często ze stanu Ja Dziecka Uległego negatywnie używanego, poszukując terapeuty skłonnego do przyjęcia pozycji Ratownika, druga odwrotnie, wychodzi z pozycji Ratownika lub Prześladowcy i poszukuje terapeuty z tendencjami do przyjęcia pozycji Ofiary.

W analizie transakcyjnej, zwłaszcza w części poświęconej teorii skryptów, zakłada się, że opisane powyżej stany intrapsychiczne i zachowania osób z zaburzeniami osobowości są wynikiem wczesnodziecięcych decyzji skryptowych powstałych na podstawie doświadczonych zakazów i nakazów oraz późniejszych przekazów od znaczących emocjonalnie osób (Cornell, 1988).

Dynamika przymierza terapeutycznego i jego rozumienie w analizie transakcyjnej

Zjawisko fluktuacji, zakłócenia siły sojuszu terapeutycznego, polegające raz na osłabieniu, innym razem na jego wzmocnieniu, jest czymś nieuniknionym i występuje częściej niż zauważają to klinicyści i terapeuci. Wielu terapeutów podkreśla, że należy odróżnić fluktuacje od załamania się siły przymierza terapeutycznego, zjawiska, które grozi przerwaniem terapii. Fluktuacje siły przymierza są bardziej naturalnym procesem na różnych etapach terapii i stanowią, do pewnego stopnia, konsekwencję aktywowanych przez terapeutę strategii oddziaływania, natomiast tendencje do załamania się przymierza są częściej rozpatrywane w kontekście występujących u pacjentów zaburzeń psychicznych

i współwystępujących z nimi trudności w utrzymaniu relacji interpersonalnych bądź właściwościami i kompetencjami zawodowymi terapeutów (Cierpiałkowska, 2016). W związku z przedstawionymi celami artykułu, poniżej przedstawiono przede wszystkim kwestie fluktuacji i załamania się przymierza w związku z cechami klientów, pomijając udział terapeutów.

Zmiany siły przymierza pod wpływem zastosowanych strategii terapeutycznych opisał Lester Luborski wraz ze współpracownikami (1975, s. 94). Stwierdził, że można zaobserwować dwa jego typy: typ 1 – pojawia się od pierwszych sesji w konsekwencji doświadczania przez klienta terapeuty jako osoby rozumiejącej, wspierającej i przynoszącej ulgę w cierpieniu; typ 2 – występuje zazwyczaj po kilku sesjach (po wprowadzeniu przez terapeutę interwencji prowadzących do zmiany) i łączy się u klienta z pojawieniem się większego zaangażowania i współpracy na rzecz zmiany oraz poczucia odpowiedzialności za osiągnięte efekty leczenia. Interwencje terapeuty polegające na słuchaniu i rozumieniu wzmacniają siłę przymierza, natomiast interwencje typu odzwierciedlenie, konfrontacja czy interpretacja często najpierw ją osłabiają, a dopiero później wzmacniają (gdy pacjent uzna, że interwencje te nie są skierowane przeciwko niemu i zauważy konkretne efekty terapii). Na późniejszych etapach terapii terapeuta powinien analizować siłę przymierza terapeutycznego, gdy stosuje interwencje poszerzające świadomość, które, jeśli stosowane są trafnie, jednocześnie osłabiają działanie mechanizmów obronnych i podwyższają poziom lęku i/lub innych negatywnych emocji (szerzej: Cierpiałkowska, 2017).

Wyniki wielu badań pokazują, że w przypadku niektórych zaburzeń psychicznych i zachowania występuje wysokie prawdopodobieństwo załamania się przymierza terapeutycznego. Dotyczy to głównie tych grup pacjentów, którzy doświadczają symptomów zaburzenia jako egosyntonicznych, czyli pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, z psychozami i zaburzeniami osobowości. Przeglądy badań nad zjawiskiem przerwania psychoterapii przez pacjentów z zaburzeniami osobowości pokazują, że jest to grupa od 38 do 57% leczących się, podczas gdy średnia przerwania terapii w przypadku osób z innymi, egodystonicznymi zaburzeniami psychicznymi wynosi od 15 do 22% (Leichsenring i Leibing, 2003).

W modelu załamania się przymierza terapeutycznego Jeremy Safran i Christopher Muran (1996, 2009) wyodrębnili dwa wzorce zachowania się pacjentów: pierwszy polega na wycofaniu się z relacji, drugi na konfrontacji i walce z terapeutą. Wycofanie się może przyjąć bardziej lub mniej bezpośredni charakter: od niedzielenia się ważnymi informacjami (np. z powodu lęku, strachu, poczucia upokorzenia podczas przeżywania bezradności), po „zagadywanie”, poruszanie banalnych tematów i świadome unikanie dzielenia się ważnymi doświadczeniami. Ten rodzaj załamania się przymierza występuje najczęściej w zaburzeniach osobowości zależnej i obsesyjno-kompulsyjnej. Natomiast załamanie się przy-

mierza terapeutycznego poprzez konfrontację jest najczęściej jawne, pacjenci skarżą się na brak postępów lub krytykują terapeutę za różne działania lub ich brak. Sesje bywają wówczas bardzo dramatyczne i burzliwe, połączone z ekspresją negatywnych emocji w postaci gniewu i wściekłości. Nierzadko towarzyszą im groźby pod adresem terapeuty. Po takiej konfrontacji może dojść do zerwania relacji terapeutycznej, co najczęściej ma miejsce w wypadku pacjentów z bardzo kruchym ego, czyli osób z zaburzeniami osobowości *borderline*, narcystycznej, schizotypowej i paranoicznej.

W analizie transakcyjnej zjawisko fluktuacji siły przymierza terapeutycznego i zagrożenia jego przerwania przedstawił Paul Ware (1985) w koncepcji „drzwi wejściowych, drzwi celu i drzwi pułapki” w psychoterapii. Sformułował założenia, które powstały na bazie wieloletnich obserwacji poczynionych w pracy terapeutycznej również z osobami z zaburzeniami osobowości, na temat konieczności zachowania pewnej kolejności uaktywnianych procesów zmiany u klienta. Na podstawie analizy literatury przyjęliśmy, że założenia te dotyczą trzech zasadniczych kwestii, które pokazują, co należy uwzględnić i jak powinna przebiegać relacja z pacjentem. Po pierwsze, terapeuta w procesie terapii poprzez konkretne strategie terapeutyczne odnosi się do jednego z trzech systemów skryptowo-behawioralnych, tj. systemu przekonań na temat siebie i innych ludzi, systemu emocjonalno-motywacyjnego lub behawioralnego (wzorce zachowań). Na początku terapii odnosi się do tego systemu, który jest najbardziej bezpiecznych i dostępny dla klienta (tzw. drzwi wejścia), unika zaś tych, które mogą uaktywnić przeniesienie negatywne. Po drugie, dla utrzymania relacji terapeutycznej konieczne jest uwzględnienie zasady „nieatakowania” najważniejszych obron (tzw. drzwi pułapka), utrzymujących niektóre systemy, np. przekonania o sobie i innych ludziach, pragnienia i uczucia oraz zachowania w nieświadomości. Coraz większa świadomość obron i lęków pozwala pacjentowi na zniesienie pewnego poziomu niespójności w obrębie wzorców kompensacji. W końcu po trzecie, ostatecznym celem terapii jest zintegrowanie owych trzech systemów intrapsychiczno-behawioralnych (tzw. drzwi celu).

Przekładając owe twierdzenia na postępowanie terapeutyczne należy za Ware'm (1985) przyjąć, że terapeuta w pracy z klientem z określonym typem zaburzenia osobowości powinien rozpoczynać od kontaktu w obszarze (systemie) stosunkowo bezpiecznym tzw. drzwi wejściowe, unikać, przed ustaleniem silnego przymierza terapeutycznego, tych obszarów, których aktywowanie naruszy najistotniejsze mechanizmy obronne i pobudzi silne lęki tzw. drzwi pułapki. Odnoszenie się do tego materiału klienta drastycznie zwiększa prawdopodobieństwo zerwania relacji terapeutycznej. W końcu zmierzać do powolnego integrowania wszystkich trzech aspektów skryptu i funkcjonowania osoby, tzw. drzwi celu. W Tab. 2 przedstawiono zalecenia terapeutów transakcyjnych, zwłaszcza Ware'a (1985) oraz Dominik Dye, (2014), co do najbardziej bezpiecznej kolejności (sekwencyjności) aktywowania procesów i materiału klienta, pochodzącego z trzech różnych systemów intrapsychiczno-behawioralnych.

Tabela 2

Kolejność interwencji aktywujących określone procesy i doświadczenia klienta w psychoterapii zaburzeń osobowości w Analizie Transakcyjnej

Zaburzenie osobowości	Drzwi wejścia	Drzwi końcowe celu	Drzwi pułapka
Paranoiczne zaburzenie osobowości	Myślenie	Emocje	Zachowania
Schizotypowe zaburzenie osobowości	Zachowanie	Myślenie	Emocje
Schizoidalne zaburzenie osobowości	Zachowanie	Myślenie	Emocje
Borderline zaburzenie osobowości	Zmienne	Zmienne	Zmienne
Narcystyczne zaburzenie osobowości	Zmienne	Zmienne	Zmienne
Histrioniczne zaburzenie osobowości	Uczucia	Myślenie	Zachowanie
Antyspoleczne zaburzenie osobowości	Zachowania	Uczucia	Myśli
Unikowe zaburzenie osobowości	Zmienne	Zmienne	Zmienne
Zaburzenie osobowości zależnej	Zmienne	Zmienne	Zmienne
Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	Myślenie	Uczucia	Zachowania

Źródło: opracowano na podstawie Ware (1985) i Dye (2014).

Rozpatrzmy dwa przykłady. Pierwszy opisuje i wyjaśnia zasadność zachowania pewnej sekwencji interwencji terapeutycznych celem budowania i ochrony określonego poziomu przymierza terapeutycznego i relacji terapeutycznej w kontakcie z osobami o schizoidalnym zaburzeniu osobowości (wiązka A), drugi dotyczy osób z obsesyjno-kompulsywnym zaburzeniem osobowości.

Zdaniem Ware'a (1985), terapeuci na początku pracy terapeutycznej z klientami o schizoidalnych zaburzeniach osobowości, u których pierwotne mechanizmy obronne skierowane są przeciwko uświadomieniu sobie bólu, przerażenia i wściekłości na najbliższych z powodu odrzucenia i przekazu „nie istnieje!”, powinni koncentrować się na analizie zachowań i sposobu ich funkcjonowania na różnych płaszczyznach życia (tzw. drzwi wejścia). Zanim nie zostanie ustalony pewien poziom siły przymierza terapeutycznego, nie należy aktywować u pacjenta różnych emocji i pragnień, ponieważ stanowi to, z oczywistych względów, zagrożenie przerwania relacji terapeutycznej (tzw. drzwi pułapka) na skutek naruszenia obron i nasilenia się lęków. Dopiero po jakimś czasie pracy nad analizą wzorców zachowań oraz pobudzanych w relacjach z innymi ludźmi przekonań (myśli) o sobie i o nich można przechodzić do strategii odsłaniających różne negatywne emocje i uczucia oraz leżące u ich podłoża pragnienia i potrzeby. Integracja trzech systemów – poznawczego, emocjonalno-motywacyjnego i zachowania – jest ostatecznym celem terapii analizy transakcyjnej.

W przypadku osób z zaburzeniem osobowości obsesyjno-kompulsywnej naturalne drzwi wejścia stanowi analiza przekonań i myślenia o sobie i innych ludziach, zaś drzwiami pułapką jest uaktywnianie różnych emocji, ponieważ są

one traktowane jako słabość i poddanie się pragnieniom zależności. Ze względu na zakaz „nie bądź blisko!” i „nie czuj!” sposobem na bycie w relacji jest utrzymywanie przekonania, że osoba kontroluje i planuje przebieg relacji interpersonalnej. Gdyby wraz z pacjentem skierować się w stronę jego uczuć, wtedy doświadczy on chaosu i niezrozumienia siebie, co nasili jego lęki przed bezradnością, zależnością i poddaniem się. Koncentracja na zachowaniu to ostatni krok w psychoterapii pacjentów z tym typem zaburzenia osobowości, co wynika stąd, że kompensacja służy obronie przed uświadomieniem sobie pragnienia bliskości i uczuć z nim związanych. Pozbawianie klienta od samego początku terapii obron często prowadzi do narastania lęku i złości, w konsekwencji oporu przed zmianą i załamania przymierza terapeutycznego.

Oczywiście posłużyliśmy się pewnymi uproszczeniami, ale były one niezbędne dla charakterystyki sposobu conceptualizowania modelu kolejności stosowania pewnych strategii terapeutycznych, w celu uzyskania z pacjentem oczekiwanej zmiany. W analizie transakcyjnej wskazuje się na ogólne kompetencje terapeutów w zakresie prowadzenia analizy i diagnozy siły przymierza terapeutycznego. Może warto spojrzeć na ostatnie osiągnięcia w tym obszarze zespołu Jeremiego Safrana i Johna Murana (2000). Badacze ci opracowali założenia terapii skoncentrowanej na sojuszu, którą nazwali krótkoterminową terapią relacyjną (*brief relational therapy*, SRT) oraz treningu skoncentrowanego na przymierzu (*alliance focused training*, AFT), którego celem jest poszerzenie umiejętności terapeutów w zakresie naprawy sojuszu terapeutycznego (Safran, Muran, Safran, Samstag i Winston, 2005). Obie formy pracy terapeutyczno-treningowej odwołują się do kilku najważniejszych założeń i zasad dotyczących postawy i sposobu funkcjonowania terapeuty. Najogólniejsza zasada to stwierdzenie, że terapeuta i pacjent w procesie terapii i tworzenia relacji terapeutycznej w istotnym stopniu oddziałują na siebie wzajemnie. Ponadto terapeuta powinien: a) koncentrować się na relacji terapeutycznej *tu i teraz*; b) rozumieć terapię jako proces, w którym występuje ciąg następujących po sobie aktów współpracy między nim a pacjentem w zakresie eksplorowania ich wkładu w relację terapeutyczną; c) koncentrować się na pogłębionej analizie interakcji terapeutycznej i identyfikowaniu zachowań oraz motywacji do przerwania sojuszu; d) odpowiedzialnie wykorzystywać interwencje polegające na ujawnianiu własnych doświadczeń czy przeżyć (*self-disclosure*) w relacji z klientem; e) reflektować, że własna ocena relacji i zjawisk w niej występujących jest subiektywna i może być nietrafna oraz (f) uznać, że interwencje odnoszące się do relacji między nim a pacjentem mają zasadnicze znaczenie (Safran, Kraus, 2014, s. 381).

Zakończenie

Aktualne rozważania teoretyczne i badania w ramach analizy transakcyjnej dotyczą ustalenia pewnych kryteriów diagnozy siły przymierza terapeutycznego,

wskazania na źródła jego fluktuacji, ale także zidentyfikowania tych umiejętności terapeuty, które są konieczne do odbudowy załamującego się przymierza i współpracy na rzecz uzyskania oczekiwanego efektu terapii. Próbowaliśmy pokazać, że teoria jawnych i ukrytych transakcji w relacji terapeutycznej, zwłaszcza konceptualizacja gier transakcyjnych, wniosła znaczącą wiedzę o obliczach trudności w relacji terapeuty z pacjentami z zaburzeniami osobowości. Natomiast stworzona wiele lat temu przez Ware'a koncepcja „drzwi wejściowych, drzwi celu i drzwi pułapki” może znajdować szerokie zastosowanie w diagnozowaniu fluktuacji przymierza terapeutycznego między pacjentem i terapeutą w procesie psychoterapii.

Konieczne są jednak dalsze analizy kliniczne i realizacje nowych projektów badawczych, które pokazałyby, jakie należy kształcić i rozwijać kompetencje terapeutów dla odbudowy załamującego się przymierza. Zaobserwowano, że terapeuta powinien nie tylko posiadać umiejętności analizy procesu i zjawisk występujących w relacji terapeutycznej, ale także kompetencje adekwatnego komunikowania tych obserwacji pacjentom. Zwłaszcza jeśli dotyczą one załamania się przymierza terapeutycznego i niebezpieczeństwa przerwania terapii.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Wyd. 5, Arlington). VA: American Psychiatric Association.
- Bender, D.S. (2005). The therapeutic Alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatry Practice*, 11 (2), 73–87.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Blais, M.A., Hopwood, Ch.J. (2016). Model-based approaches for teaching and practicing personality assessment, *Journal of Personality Assessment*. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1195393>, 136–145.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy. Theory Research and Practice*, 16, 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (s. 13–37). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cierpiałkowska, L. (2008). Relacja i przymierze terapeutyczne a efektywność psychoterapii. W: J. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zdrowia i kliniczna. Problemy diagnozy, teorii i praktyki* (s. 140–159). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Cierpiałkowska, L. (2016). Efektywność poradnictwa psychologicznego i psychoterapii. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red), *Psychologia kliniczna* (s. 727–738). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cornell, W.F. (1988). Life script theory: A critical review from a developmental perspective. *Transactional Analysis Journal*, 18 (4), 270–282. <https://doi.org/10.1177/036215378801800402>.
- Dye, D. (2014). *Transactional Analysis for advanced therapists*. Clermont: unpublished paper.
- Freud, S. (1912/1958). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. W: J. Strachey (red.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (t. 12; s. 122–144). London: Hogarth Press.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Cristoph, P., de la Cruz, C., Barber, J.P., Siqueland, L., Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59–76. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg007>.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155–181. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x>.
- Hargaden, H., Sills, Ch. (2002). *Transactional Analysis: A Relational Perspectives*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Henry, W.P., Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 51–84). New York: Wiley.
- Hersoug, A.G, Monsen, J., Havik, O.E, et al. (2002). Quality of working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18–27. <https://doi.org/10.1159/000049340>.
- Horvath, A.O., Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561–73. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. W: J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 25–69). New York: Oxford University Press.
- Horwitz, L. (1974). *Clinical Prediction in Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139–149. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>.

- Horvath, P. (1994). Empirical validation of bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (s. 109–130). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- ICD-10 (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kahler, T. (2008). *The Process Therapy Model The Six Personality Types with Adaptations*. Little Rock: Taibi Kahler Associates, Inc.
- Leichsenring, F., Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217–228. <https://doi.org/10.1348/147608306X117394>.
- Lipsey, M.W., Wilson, D.B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks. CA: Sage.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. W: J.L. Cleghorn (red.), *Successful psychotherapy* (s. 92–116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes?”. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>.
- Raue, P.J., Goldfield, M.R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (s. 131–152). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 447–458. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>.
- Safran, J.D., Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, 51 (3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for potential treatment failures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 512–531. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.512>.
- Safran, J.D., Muran, J.Ch., Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. W: R.A. Levy, J.S. Ablon (red.), *Handbook of Evidence-*

- Based Psychodynamic Psychotherapy* (s. 201–225). Humana Press.
https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_9.
- Steiner, C.M. (1974). *Scripts people. Transactional Analysis of live scripts*. New York: Grove Press.
- Watson, J.C., Greenberg, L.S. (1994). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (s. 153–172). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ware, P. (1983). Personality Adaptation (Doors to Therapy). *Transactional Analysis Journal*, 13 (1), 11–19. <https://doi.org/10.1177/036215378301300104>.
- Zetzel, E.R. (1956). Current concept of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–378.

Lidia CIERPIAŁKOWSKA
Anna FRĄCZEK

Therapeutic Alliance in Personality Disorders Therapy from the Perspective of Transactional Analysis

Summary

The present research on the effectiveness of psychotherapy demonstrates that it is dependent to a great extent on both specific and common treatment factors, i.e. on the quality of the therapeutic relationship and alliance. Therapeutic alliance within the transtheoretical approach is defined in terms of the therapist-patient bond as well as the agreed therapy goals and tasks (Bordin, 1994). Since persons with personality disorders from clusters A, B and C according to DSM-5 (APA, 2013) for various reasons have great difficulties in maintaining stable interpersonal relationships, which is reflected in building and maintaining of the adequate level of the therapeutic alliance.

We have assumed that the conception of overt and ulterior transactions in Transactional Analysis allows a novel description and explanation of problems related to the fluctuations of the therapeutic alliance with patients suffering from different personality disorders. The considerations presented in the article aim at: 1) the description of difficulties in the therapeutic relationship characteristic of patients with personality disorders from clusters A, B and C; 2) the indication to typical transactional games between patients with various personality disorders and the therapist and their influence on the fluctuation of the strength of alliance and 3) the presentation of Paul Ware's (1985) conception of "open door, target door and trap door" in psychotherapy along with the resulting recommendations as regards the order of applied therapeutic strategies.

Keywords: personality disorders, therapeutic alliance, overt and ulterior transactions.