

Bartłomiej Taurogiński^{1,2}

ROLA UPRAWOMOCNIENIA W PSYCHOTERAPII PACJENTÓW Z ZABURZENIEM OSOBOWOŚCI BORDERLINE

THE ROLE OF VALIDATION IN PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

¹Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży,
Katedra Psychiatrii UJ CM

²Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**borderline personality disorder
validation
dialectical behavior therapy**

Streszczenie

W artykule przedstawiono znaczenie uprawomocnienia (ang. validation) w psychoterapii pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline (ang. Borderline Personality Disorder — BPD). Autor zwraca uwagę na specyficzną pozycję epistemiczną, w której psychoterapeuta — przyjmując otwartą, dialektyczną postawę wobec wielości perspektyw — łączy zrozumienie biologicznych i psychospołecznych uwarunkowań funkcjonowania pacjenta z poszanowaniem subiektywnego wymiaru jego doświadczeń, co stanowi istotny warunek skuteczności uprawomocnienia. Ukazane jest ono jako strategia terapeutyczna znajdująca zastosowanie niezależnie od stosowanej modalności psychoterapeutycznej, która wspiera budowanie przymierza terapeutycznego, ułatwia regulowanie emocji oraz tworzenie pola relacyjnego umożliwiającego refleksję i samopoznanie. W opracowaniu przywołano wyniki badań eksperymentalnych wskazujących na istotny wpływ unieważnienia na poziom pobudzenia fizjologicznego oraz relacjonowanego przez badanych poziomu negatywnego afektu, co dodatkowo uwypukla znaczenie uprawomocnienia w procesie terapeutycznym. Podkreślono przy tym, że efektywność uprawomocnienia w ostatecznym rozrachunku zależy od tego, czy pacjent rzeczywiście odczuwa zrozumienie i wsparcie ze strony terapeuty. W podsumowaniu autor wskazuje na konieczność pogłębionych badań nad mechanizmami i długoterminową skutecznością tej strategii w psychoterapii.

Summary

The article presents the importance of validation in the psychotherapy of patients with borderline personality disorder (BPD). The author emphasizes the specific epistemic position in which the psychotherapist, adopting an open, dialectical stance toward multiple perspectives, combines an understanding of the biological and psychosocial factors influencing the patient's functioning with respect for the subjective dimension of their experiences. This is a crucial condition for the effectiveness of validation. Validation is presented as a therapeutic strategy applicable regardless of the psychotherapeutic modality used; it supports the establishment of a therapeutic alliance, facilitates emotion regulation, and creates a relational space that allows reflection and self-discovery. The paper

cites experimental research findings indicating a significant effect of invalidation on the level of physiological arousal and on participants' self-reported negative affect, which further highlights the importance of validation in the therapeutic process. It is also emphasized that the effectiveness of validation ultimately depends on whether the patient truly feels understood and supported by the therapist. In conclusion, the author points to the need for further research into the mechanisms and long-term effectiveness of this strategy in psychotherapy.

Wprowadzenie

Prowadzenie psychoterapii u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline (ang. *Borderline Personality Disorder* — BPD) jest szczególnie wymagające ze względu na złożony i wielowymiarowy charakter ich trudności w obszarze emocji, relacji interpersonalnych oraz motywacji do podjęcia i utrzymania wysiłków terapeutycznych. Ich emocjonalność charakteryzuje się chwiejnością, wysoką intensywnością uczuć oraz szczególną podatnością na bodźce wywołujące reakcje emocjonalne. Nawiązywanie relacji terapeutycznej opartej na obustronnym zaufaniu oraz współpracy utrudniają między innymi intensywne zjawiska przeniesieniowe, gwałtownie zmieniające się sposoby postrzegania terapeuty (od idealizacji po dewaluację) czy lęk specjalisty przed możliwością wystąpienia autodestrukcyjnych zachowań typu *acting-out* ze strony pacjenta. Dodatkowym wyzwaniem jest niejednoznaczna i zmienna motywacja do terapii: pacjenci z BPD z jednej strony szukają ulgi w cierpieniu i zrozumienia dla swoich przeżyć, z drugiej zaś potrafią w krótkim czasie wycofać się z procesu terapeutycznego, podważać jego sens albo kwestionować umiejętności i profesjonalizm psychoterapeuty. Z uwagi na odmienne sposoby konceptualizowania BPD w różnych podejściach terapeutycznych, warto zaznaczyć, że przedstawiony obraz kliniczny pozostaje zgodny z aktualnie obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi. Treść niniejszego artykułu odnosi się zatem do tych sposobów rozumienia BPD, które pozostają w spójności z DSM-5 [1] oraz ICD-10 [2].

Specyfika pacjentów z BPD wymaga zatem od terapeuty rozwinięcia warsztatu terapeutycznego dopasowanego do tej problematyki. W tym celu może on czerpać z dotychczasowych osiągnięć różnych klinicystów badaczy, gdyż ostatnie dekady przyniosły w obszarze psychoterapii tej grupy pacjentów znaczący rozwój. Powstały bowiem dedykowane podejścia terapeutyczne, precyzyjnie odpowiadające na złożoną problematykę osób z BPD. Do takich empirycznie potwierdzonych metod terapeutycznych można zaliczyć dialektyczną terapię behawioralną (ang. *Dialectical Behavioural Therapy* — DBT) [3, 4], terapię opartą na mentalizacji (ang. *Mentalisation Based Treatment* — MBT) [5, 6], terapię opartą na przeniesieniu (ang. *Transference Focused Therapy* — TFP) [7], terapię schematów (ang. *Schema Focused Therapy* — SFT) [8, 9], terapię poznawczo-behawioralną (ang. *Cognitive Behaviour Therapy* — CBT) [10, 11], a także nieprzeniesione dotąd na grunt polski podejścia *Good Psychiatric Management* (GPM) [12] oraz *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS) [13]. W każdym z wymienionych podejść interwencje terapeutyczne przeprowadza się w oparciu o model teoretyczny stanowiący matrycę dla rozumienia obserwowanych trudności pacjenta. Mimo tej różnorodności, okazuje się, że wymienione podejścia terapeutyczne więcej łączy niż dzieli. Do czynników wspólnych zalicza się m.in. jasne i ustrukturyzowane ramy prowadzonej terapii, zwięks-

szoną aktywność ze strony terapeuty, interwencje terapeutyczne ukierunkowane na relację terapeutyczną oraz interwencje terapeutyczne ukierunkowane na emocje [14].

Jedną z interwencji terapeutycznych, która w różnym stopniu i na różny sposób charakteryzuje większość nurtów psychoterapii jest uprawomocnienie. Odgrywało ono rolę w wielu podejściach: zorientowanym na klienta [15], egzystencjalnym [16], poznawczo-behawioralnym [17], behawioralnym [18], opartym na mentalizacji [6] oraz dialektyczno-behawioralnym [3, 4]. To właśnie w ramach dialektycznej terapii behawioralnej zostało ono w szczególny sposób wyróżnione i zoperacjonalizowane, co stanowi fundament niniejszego opracowania, bazującego w największej mierze na ideach i doświadczeniach płynących z praktyki DBT. Jednocześnie uprawomocnienie pozostaje uniwersalną umiejętnością, która wzbogaca praktykę terapeuty w każdej modalności — od terapii poznawczo-behawioralnej, przez psychoterapię psychodynamiczną, aż po podejścia systemowe czy humanistyczne.

Uprawomocnienie — próba zdefiniowania pojęcia

Uprawomocnienie (ang. *validation*) jest terminem spopularyzowanym w obszarze psychoterapii przez Marshę Linehan, twórczynię dialektycznej terapii behawioralnej, która o uprawomocnieniu pisze tak: „Istota uprawomocnienia jest następująca: terapeuta komunikuje pacjentce, że jej reakcje są sensowne i zrozumiałe w jej *aktualnym* kontekście lub sytuacji. Terapeuta aktywnie akceptuje pacjentkę i komunikuje jej tę akceptację. Terapeuta bierze poważnie jej reakcje, nie lekceważąc ich ani nie bagatelizując. Strategie uprawomocnienia wymagają od terapeuty poszukiwania, rozpoznawania i komunikowania pacjentce prawomocności tkwiącej w jej reakcjach na zdarzenia. W przypadku niesfornych dzieci rodzice muszą uchwycić moment, kiedy zachowują się one właściwie, żeby wzmocnić ich zachowanie; podobnie terapeuta musi odkryć prawomocność w reakcji pacjentki, niekiedy wyolbrzymić ją, a następnie wzmocnić” [3, s. 222].

W innym miejscu Linehan uprawomocnienie określa jako zestaw strategii akceptacji i wyróżnia sześć jej poziomów: 1) słuchanie i obserwowanie, 2) trafne odzwierciedlanie, 3) werbalizowanie tego, co niewypowiedziane, 4) uprawomocnianie w kontekście (niekiedy niekiedy prawomocnych) przyczyn, 5) uprawomocnienie czegoś jako zrozumiałego w danej chwili, 6) radykalna autentyczność [19]. W tym ujęciu uprawomocnienie obejmuje liczne formy wyrażania akceptacji i wsparcia — od komplementów, utrzymywania kontaktu wzrokowego czy dotyku (omówienie stanowiska przedstawicieli poszczególnych podejść terapeutycznych odnoszących się do kwestii dotyku w psychoterapii przekracza ramy niniejszego opracowania, a temat ten prowadzi do refleksji nad granicami oraz etyką zawodu psychoterapeuty; ciekawym przykładem ćwiczenia uważności stosowanym w terapii DBT, które autor poznał na jednym z warsztatów terapii DBT z prof. Alanem Fruzzettim, jest nawiązująca swoją nazwą do filmu Stevena Spielberga „uważność E.T.”, która polega na zetknięciu czubków palców wskazujących pacjenta i terapeuty oraz uważne obserwowanie powstających wrażeń sensorycznych), po wszelkie przejawy empatii mogące dawać poczucie bycia zrozumianym, docenionym lub zauważonym. W takim ujęciu niemal każda pozytywna interakcja może być postrzegana jako uprawomocniająca.

W obliczu tak szerokiej definicji niektórzy autorzy [20] postulują jej zawężenie do świadomego, intencjonalnego, werbalnego lub niewerbalnego zakomunikowania pacjentowi, że jego sposób myślenia, przeżywania lub zachowania jest zrozumiały w kontekście jego historii oraz aktualnej sytuacji, co odpowiadałoby czwartemu i piątemu poziomowi uprawomocnienia wg Linehan. Ograniczenie definicji uprawomocnienia do przekazu „to ma sens” pozwala na wyodrębnienie tej techniki jako konkretnego narzędzia klinicznego i ułatwia zarówno nauczanie go w sposób systematyczny, jak i rzetelne badanie jego efektów w pracy terapeutycznej [21].

Uprawomocnienie stanowi kluczowy element tworzenia i podtrzymywania relacji terapeutycznej opierającej się na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa. Skutecznie obniża poziom napięcia emocjonalnego u pacjenta, szczególnie w obliczu przeżywanego przez niego wstydu czy lęku [22]. Pacjent wobec uprawomocniającego terapeuty nie musi bronić się przed krytyką czy próbować „udowodniać” zasadności swoich doświadczeń, a zamiast tego otrzymuje zrozumienie, które ułatwia mu samoregulację. W przypadku wystąpienia nieporozumień lub zachwiania przymierza terapeutycznego uprawomocnienie ułatwia dokonanie skutecznej naprawy relacji.

Ważne jest przy tym rozróżnienie, że uprawomocnienie nie oznacza zgody ani aprobaty dla zachowań czy poglądów pacjenta. Oznacza natomiast uznanie subiektywnej ważności i sensowności jego przeżyć w danym momencie czy kontekście życiowym. Terapeuta może w pełni uprawomocniać emocje i myśli pacjenta przy jednoczesnym wyraźnym komunikowaniu, że nie wszystkie działania wynikające z tych emocji są słuszne lub korzystne. Co więcej — uprawomocnienie, które nie jest komplementarnie połączone ze strategiami ukierunkowanymi na zmianę życia pacjenta na lepsze, jest samo w sobie unieważniające. Shireen L. Rizvi porównuje uprawomocnienie do smaru, który utrzymuje „maszynę zmian” w ruchu. Zbyt mała ilość uprawomocnienia może prowadzić do zacinania się mechanizmu, podczas gdy jego nadmiar sprawia, że koła zębate ślizgają się po sobie [23].

Postawa epistemiczna sprzyjająca uprawomocnieniu

Uznanie doświadczeń pacjenta jako sensownych wymaga z jednej strony przyjęcia deterministycznej perspektywy, która zakłada, że rzeczywistość działa zgodnie z logiką przyczynowo-skutkową i każdy stan rzeczy wynika z poprzedzającego go. W praktyce oznacza to akceptację, że wszystko, czego pacjent doświadcza i co relacjonuje — niezależnie od tego, czy wydaje się to dziwaczne, niezrozumiałe czy pozornie bezsensowne — jest w jakiś sposób uwarunkowane.

Podobną ideę można odnaleźć w tradycji buddyjskiej, gdzie nazywa się ją „współzależnym powstawaniem” (ang. *interdependent co-arising*, sans. *pratītyasamutpāda*). Zgodnie z tą doktryną wszystkie zjawiska pojawiają się i znikają w wyniku współzależności przyczyn i warunków — są wzajemnie powiązane i nieuchronnie wynikają z wcześniejszych stanów [24]. Nawiązanie do buddyzmu jest nieprzypadkowe, gdyż to właśnie filozofia buddyjska stanowiła istotną inspirację dla Linehan w formułowaniu dialektycznego poglądu na psychoterapię. Niemniej podobna perspektywa w pewnym stopniu dotyczy większości podejść terapeutycznych, począwszy od teorii psychoanalitycznych Freuda

[25]. Przykładowo Agnieszka Leźnicka-Łoś, w podręczniku *Podstawy terapii psychoanalitycznej* pisze o determinizmie następująco: „Determinizm zakłada, że wszystko ma swoją przyczynę. Jeżeli to założenie odniesiemy do funkcjonowania psychiki, oznaczać ono będzie, że w naszym umyśle nic nie zdarza się przypadkowo. Każda myśl, fantazja, każde nasze działanie jest ogniwem w łańcuchu przyczynowo-skutkowym. Na przykład sen, który po przebudzeniu wydaje się w żaden sposób niezwiązany z naszymi myślami i uczuciami, po bliższym zbadaniu okazuje się zakorzeniony w naszych głęboko skrywanych pragnieniach oraz wydarzeniach dnia poprzedniego. Uczucie lęku, które towarzyszy nam od rana, pozornie bez powodu, ma także swoją przyczynę” [26, s. 16]. W kontekście konceptualizacji uwarunkowań różnice pomiędzy nurtami terapeutycznymi wyrażać się będą w tym, jaki aspekt „poprzedzającego stanu rzeczy” wpływa na „aktualny stan rzeczy” (czy są to procesy nieświadome, wpływy systemowe, procesy uczenia się, schematy myślowe, czynniki biologiczne czy inne) oraz w sposobie pojmowania wolności (czy jest ona głównie wynikiem „uświadomienia” sobie swoich uwarunkowań, czy raczej nauczania się nowych zachowań i schematów myślowych).

Pacjenci z BPD często doświadczają trudności w rozpoznawaniu i rozumieniu własnych stanów emocjonalnych oraz w łączeniu ich z konkretnymi bodźcami wywołującymi. Gwałtowność i zmienność tych emocji mogą utrudniać im dostrzeżenie czy uchwycenie wyraźnych powiązań przyczynowo-skutkowych. W efekcie perspektywa skrajnie deterministyczna, która podkreśla, że „wszystko z czegoś wynika”, może być dla nich trudna i odczuwana jako unieważniająca, ponieważ nie uwzględnia chaosu i subiektywnego przeżywania charakterystycznego dla ich funkcjonowania. Gdy terapeuta zbyt silnie akcentuje mechanistyczne zależności i przyczynowość, pacjent może odcieść wrażenie, że jego skomplikowane, nie zawsze uchwytne doświadczenia emocjonalne są upraszczane lub pomniejszane, co dodatkowo wzmacnia poczucie niezrozumienia i może pogłębiać problemy w relacji terapeutycznej.

Z drugiej strony wiele współczesnych podejść terapeutycznych (szczególnie tych określanych jako ponowoczesne) skłania się ku pluralistycznej, konstruktywistycznej postawie epistemicznej. Dla terapeutów konstruktywistycznych kluczowe stają się niewiedzenie (ang. *not-knowing*), kontekstualność i wieloperspektywiczność. Istotny wkład w rozwój tych perspektyw wnieśli Harlene Anderson i Harry Goolishian, którzy niewiedzenie uczynili centralnym elementem swojego warsztatu terapeutycznego [27].

Postawa niewiedzenia i wielowersyjności, choć często opisywana jako sprzyjająca otwartości i wspierająca relację terapeutyczną, może w pewnych sytuacjach być odbierana przez pacjentów z BPD jako unieważniająca. Dotyczy to szczególnie sytuacji, w których brakuje odpowiedniej wrażliwości i uważności na specyficzne potrzeby tej grupy pacjentów. Niewiedzenie, które zakłada, że terapeuta nie ma wszystkich odpowiedzi, może być przez pacjentów interpretowane jako brak kompetencji lub zaangażowania, co potęguje ich poczucie chaosu i lęku. Taka sytuacja może wzmacniać poczucie niezrozumienia, które jest szczególnie bolesne dla osób z BPD. Często zmagają się oni z trudnościami w tworzeniu spójnej narracji o sobie. Dlatego podkreślanie wielości wersji rzeczywistości może być dla nich dezorientujące i podważać ich subiektywne doświadczenie. Ze względu na wyjątkową wrażliwość na sygnały odrzucenia i unieważnienia, perspektywa uznająca różne interpretacje może nasilać ich ból emocjonalny, zamiast go redukować.

Do rozważań nad postawą epistemiczną warto dodać perspektywę wyłaniającą się z założeń heglowskiej filozofii dialektycznej, która zakłada, że rzeczywistość rozwija się poprzez ścieranie się przeciwieństw (tezy i antytezy), prowadząc do powstania syntezy — „nowego stanu rzeczy” będącego jakościowo odmiennym rezultatem wcześniejszych napięć [28, 29]. Z tej perspektywy rzeczywistość, choć deterministycznie uwarunkowana, pozostaje w stanie ciągłych zmian i przekształceń, co ostatecznie uniemożliwia jej pełne poznanie. Proces tych zmian nie jest prostym, liniowym ciągiem przyczynowo-skutkowym, lecz raczej dynamicznym i nieprzewidywalnym procesem, w którym wyłaniają się nowe jakości, ukazując emergentny charakter zjawisk otaczającego nas świata.

W obliczu tak złożonego, wielowymiarowego i trudnego do uchwycenia procesu zmian, filozofia dialektyczna inspiruje psychoterapeutów do przyjęcia specyficznej pozycji epistemicznej — uznania, że pełne zrozumienie wszystkich uwarunkowań rządzących funkcjonowaniem pacjenta jest niemożliwe. W procesie „dochodzenia do prawdy” nie chodzi zatem o wykluczanie czy odrzucanie którejkolwiek z perspektyw, lecz o twórcze włączanie różnych punktów widzenia i stałe dążenie do ich rozwoju. Dzięki temu dialektyczne podejście pozostaje otwarte na kolejne możliwości interpretacyjne, rozbudowuje się o nowe perspektywy i nieustannie pogłębia zrozumienie omawianych zagadnień, unikając skrajnych lub jednostronnych wniosków.

Taka postawa epistemiczna („trochę wiem i rozumiem, dużo nie wiem i nie rozumiem, dążę do wiedzy i zrozumienia, ale z pokorą uznaję, że sprawy mogą być zbyt skomplikowane by je w pełni poznać i zrozumieć”) wydaje się zręczną syntezą uniwersalizmu („świat jest jednowersyjny, istnieje obiektywnie niezależnie od percepcji i wszystko w nim jest zdeterminowane”) i pluralizmu („świat jest wieloversyjny i możliwe są różne, subiektywne wersje rzeczywistości”). Pozwala ona na jednoczesne dążenie do zrozumienia świata w sposób systematyczny i obiektywny oraz na akceptację tego, że nasza wiedza jest zawsze częściowa i kontekstualna. Pozwala na gromadzenie i systematyzowanie wiedzy na temat funkcjonowania człowieka, przy jednoczesnym uznaniu złożoności rzeczywistości oraz pokorze wobec ograniczeń ludzkiego poznania. Postawa ta unika pułapki redukcjonizmu (jednowersyjnego upraszczania świata) i relatywizmu (całkowitej rezygnacji z poszukiwania uniwersalnych prawidłości), oferując dynamiczne i zrównoważone podejście do eksplorowania i rozumienia rzeczywistości. Subiektywne doświadczenia pacjenta, subiektywne doświadczenia psychoterapeuty, zgromadzona przez psychoterapeutę wiedza i doświadczenie — biorą udział w niekończącym się tańcu poznania i „dochodzenia do prawdy”.

To właśnie taki pogląd na rzeczywistość wydaje się najbardziej sprzyjać uprawomocnieniu doświadczeń pacjenta wrażliwego na przejawy braku zrozumienia i akceptacji ze strony terapeuty. Taki terapeuta uznaje, że zachowania czy stany emocjonalne pacjenta nie biorą się „znikąd”, lecz wynikają z całego ciągu powiązanych ze sobą czynników biologicznych, społecznych czy psychologicznych. Jednocześnie unika roszczenia sobie prawa do ostatecznych, niepodważalnych wyjaśnień, pozostając otwartym na różnorodność interpretacji i subiektywność przeżyć.

Uprawomocnienie — dane eksperymentalne

Rola uprawomocnienia w budowaniu relacji międzyludzkich oraz łagodzeniu reakcji emocjonalnych to nie tylko postulat wywodzący się z praktyki klinicznej, lecz także fakt udokumentowany eksperymentalnie. W badaniu, w którym brało udział 90 ochotników zaobserwowano, że otrzymywanie unieważniających komunikatów przez badanych wiązało się z wyraźnym wzrostem ich pobudzenia fizjologicznego i psychologicznego oraz osłabieniem ich zaangażowania społecznego [30]. W innym badaniu odnotowano, że osoby z trudnościami z regulacją emocji z większym prawdopodobieństwem zachowują się agresywnie w obliczu unieważnienia niż osoby, które zasadniczo dobrze radzą sobie z regulacją stanów pobudzenia [31]. Ta sama grupa badaczy w innym eksperymencie wykazała, że osoby o niższym poziomie ugodowości i sumienności (szczególnie te o podwyższonym neurotyzmie) stają się bardziej agresywne po doświadczeniu unieważnienia, co może wskazywać, że pewne cechy osobowości związane z agresją ujawniają się w szczególności w warunkach braku uprawomocnienia [32].

Na szczególną uwagę zasługują w tym kontekście wyniki badania przeprowadzonego przez Chada Shenka oraz Alana Fruzzettiego [33], którzy postanowili sprawdzić, jak zmieniają się przeżycia emocjonalne oraz poziom aktywności układu współczulnego, w zależności od tego, czy osoba badana, znajdując się w stresującej sytuacji, doświadcza uprawomocnienia czy unieważnienia. Po losowym przydzieleniu do jednej z dwóch grup (jednej doświadczającej uprawomocnienia, drugiej unieważnienia) sześćdziesięciu badanych zostało poproszonych o rozwiązanie w pamięci zadań arytmetycznych, które wykorzystano jako stresor poznawczy. W trakcie rozwiązywania zadań badani byli trzykrotnie proszeni o opisanie swojego stanu emocjonalnego. W odpowiedzi na te opisy eksperymentator udzielał komentarzy: w jednej grupie były to wypowiedzi uprawomocniające i normalizujące ich emocje (np. „Rozwiązywanie zadań matematycznych bez kartki i długopisu jest frustrujące”, „Większość innych uczestników wyraziło dokładnie to samo odczucie” lub „Ja również czułbym się zdenerwowany, gdybym to ja wykonywał to zadanie”), natomiast w drugiej grupie komentarze kwestionowały zasadność lub nasilenie odczuwanych emocji (np. „Nie rozumiem, dlaczego pan/pani tak się czuje”, „Nie ma potrzeby tak się denerwować” lub „Ludzie byli sfrustrowani, ale nie tak bardzo jak pan/pani”). Deklarowane przez uczestników badania nasilenie negatywnych uczuć, a także pomiary tętna i przewodnictwa skóry wskazały, że osoby unieważniane przez eksperymentatorów doświadczały istotnie wyższego pobudzenia, aniżeli osoby uprawomocniane, a warto podkreślić, że na początku badania nie odnotowano istotnych różnic między grupami pod względem monitorowanych zmiennych. Wraz z trwaniem eksperymentu poziom pobudzenia w grupie unieważnianej wzrastał znacząco, podczas gdy w grupie uprawomocnianej nie obserwowano istotnych zmian. Analizy nachyleń wykazały, że wzrost poziomu negatywnego afektu w grupie unieważnianej był znaczący i wyraźny, co stanowi potwierdzenie silnego wpływu unieważniających interakcji na doświadczenia emocjonalne uczestników. Twórcy badania dokonali następującego podsumowania swoich obserwacji: „wyniki tego badania sugerują, że oprócz uwzględniania roli czynników indywidualnych w regulacji emocji, istotne znaczenie mają również czynniki społeczne w zrozumieniu, w jaki sposób kształtowana jest indywidualna reaktywność emocjonalna

i regulacja emocji, a także jak można projektować interwencje psychologiczne, mając na celu poprawę ich skuteczności” [33, s. 180–181].

Dlaczego uprawomocnienie jest tak ważne w psychoterapii pacjentów z BPD?

Na istotność uprawomocnienia jako strategii terapeutycznej w leczeniu pacjentów z BPD wskazuje postulowany model teoretyczny opisujący mechanizm powstawania uporczywej dysregulacji emocji w tej grupie osób. W modelu tym, zwanym modelem biospołecznym lub transakcyjnym, centralną rolę odgrywają tzw. unieważniające reakcje środowiska, w którym zachodził rozwój danej osoby. Unieważniające środowisko rozwojowe to takie, które ignoruje, pomija, minimalizuje, neguje lub wręcz karze uczucia, myśli, potrzeby i doświadczenia jednostki. Uporczywe trudności z regulacją emocji i wynikające z nich trudności behawioralne, poznawcze i interpersonalne, rozumiane są zatem jako skumulowany efekt złożonych interakcji pomiędzy dzieckiem a jego otoczeniem, które (świadomie lub nie) unieważnia jego reakcje emocjonalne, doprowadzając do ich postępującej dysregulacji.

Wskazuje się, że szczególnie narażonymi na rozwój trudności w regulacji emocji są osoby, u których występują specyficzne, wrodzone cechy temperamentalne. Opisuje się trzy charakterystyczne cechy temperamentu, które czynią daną osobę podatną na zakłócenia w rozwoju emocjonalnym: 1) wrażliwość emocjonalną, 2) reaktywność emocjonalną i 3) powolny powrót do emocjonalnej równowagi. *Osoba wrażliwa emocjonalnie* reaguje na bodźce i sygnały, które przez innych mogą być uznane za błahe lub nieznaczące. Łatwo popada we frustrację, odczuwa lęk czy płacze. *Osoba reaktywna emocjonalnie* reaguje intensywnymi emocjami, które w odbiorze zewnętrznego obserwatora mogą być nieadekwatne do okoliczności. Zamiast smutku, przeżywa rozpacz, zamiast złości — wściekłość, a zamiast lęku — przerażenie. Dla takiej osoby większość emocjonalnych przeżyć jest dotkliwa i bolesna. *Osobie doświadczającej długotrwałych emocji* wydobyć się z emocjonalnego pobudzenia sprawia wielką trudność. Pozostaje ono w jej ciele i umyśle jeszcze przez długi czas. Emocjonalne doznania mogą ujawniać się w postaci przykrych wspomnień, tendencji do rozpamiętywania czy też nawracających koszmarów sennych. Jeżeli osoba przejawiająca jedną lub więcej powyżej wskazanych cech temperamentu jest wychowywana w niesprzyjających okolicznościach rodzinnych czy społecznych, jej zdolność do regulowania emocji maleje, a tym samym rośnie częstotliwość występowania i ciężar stanów dysregulacji emocji [3, 34].

W świetle teorii biospołecznej osoby z BPD w okresie rozwojowym doświadczały intensywnych emocji i często nie otrzymywały adekwatnych reakcji na swoje przeżycia, co sprzyjało wykształceniu dysfunkcyjnych wzorców regulacji emocji. W takiej sytuacji uprawomocnienie stanowi specyficzną formę „naprawy” wcześniejszych doświadczeń braku zrozumienia. Stanowi ono także punkt wyjścia dla kształtowania umiejętności pacjenta do samouprawomocnienia. Poprzez spójne, empatyczne i akceptujące odzwierciedlenie przeżywanych emocji oraz doświadczeń, pacjent uczy się po pierwsze rozpoznawać własne potrzeby, myśli i uczucia, a po drugie odnajdować w nich prawomocność i sens w kontekście swojej życiowej historii. Ta stopniowo nabywana świadomość, że własne

stany emocjonalne mogą być zrozumiałe i prawomocne, przekłada się bezpośrednio na zdolność do samouprawomocnienia w codziennym życiu. Dzięki regularnemu przeżywaniu w terapii doświadczenia bycia wysłuchanym i rozumianym, pacjent zaczyna samodzielnie weryfikować realność swoich emocji, myśli czy potrzeb, co zmniejsza podatność na wątpliwości i krytykę zewnętrzną.

Uprawomocnienie w doświadczeniu pacjenta — kluczowa rola subiektywnej perspektywy

Uprawomocnienie jako strategia kliniczna jest aktem relacyjnym, umieszczonym w kontekście wymiany emocjonalnej pomiędzy pacjentem a psychoterapeutą, a jej skuteczność zależy zarówno od warunków pozostających po stronie nadawcy, jak i odbiorcy. Tak jak piękno nie istnieje wyłącznie obiektywnie, lecz ujawnia się w subiektywnym odbiorze obserwatora, tak uprawomocnienie nie sprowadza się do samego komunikatu „Twoje emocje są ważne”. W istocie uprawomocnienie jest procesem poznawczo-emocjonalno-relacyjnym, w którym pacjent faktycznie czuje, że jego przeżycia i potrzeby zostały uznane za sensowne oraz prawomocne. Empatyczne formułowanie słów czy gestów przez terapeutę może być obiektywnie poprawne, a zarazem pozostać nieodebrane jako uprawomocniające, o ile nie rezonuje z indywidualnym przeżyciem pacjenta. W przypadku niektórych pacjentów nawet największe starania psychoterapeuty, by zakomunikować mu sensowność jego reakcji, nie skutkują poczuciem bycia uprawomocnionym. Ostatecznie o skuteczności uprawomocnienia decyduje to, czy w wewnętrznym odczuciu pacjenta doszło do faktycznego uznania jego doświadczeń. Bez subiektywnego poczucia bycia zrozumianym, nawet najlepsza intencja terapeuty pozostaje nieskuteczna.

Różne osoby mogą w odmienny sposób reagować na podobne interwencje terapeutyczne — dla jednych kluczowe będą komunikaty werbalne, dla innych zaś cenna okaże się powściągliwość w komentarzach przy jednoczesnym zachowaniu uważnej obecności. W każdej relacji terapeutycznej uprawomocnienie powinno zatem przybrać formę dostosowaną do unikalnych potrzeb pacjenta. Podobnie jak dzieło sztuki może wzbudzać różnorodne emocje w różnych odbiorcach, tak samo najistotniejsze znaczenie w psychoterapii zyskuje to, co pacjent odbiera jako prawdziwie wspierające i akceptujące.

Kwestia relacji terapeutycznej jest także nie do przecenienia. Wpływają na nią czynniki związane z historią pacjenta, stylem pracy terapeuty, bieżącą fazą procesu terapeutycznego i inne. Można powiedzieć zatem, że poczucie uprawomocnienia nie jest aktem jednostkowym, ale dojrzewa ono w specyficznym kontekście spotkania pacjenta z terapeutą. Często zatem nie wystarczy jednokrotnie zadeklarować pacjentowi akceptację — jej realne pojawienie się jest efektem procesu współtworzenia przestrzeni relacyjnej, w której pacjent może autentycznie poczuć się dostrzeżony i rozumiany. Dopiero w tym wspólnym, relacyjnym polu może narodzić się prawdziwe uprawomocnienie, w ramach którego terapeuta reaguje empatycznie, dostrajając się do potrzeb pacjenta, a pacjent zaczyna doświadczać swoich emocji jako ważnych i uzasadnionych.

Podsumowanie

Umiejętność uprawomocnienia pozwala terapeutce nawiązać głębszy kontakt z pacjentem i budować atmosferę zaufania, która jest fundamentem skutecznej terapii. Kiedy pacjent czuje się zrozumiany i akceptowany, łatwiej mu otworzyć się na eksplorację trudnych tematów, a także przyjąć nowe perspektywy czy zmierzyć się z wyzwaniami. Uprawomocnienie jest także potężnym narzędziem wspierającym regulację emocji, które terapeuta może modelować w relacji terapeutycznej, pokazując pacjentowi, jak on sam może lepiej radzić sobie ze swoimi trudnymi uczuciami. Uprawomocnienie nie oznacza jednak, że terapeuta zgadza się ze wszystkim, co pacjent mówi lub robi. Chodzi raczej o uznanie, że pacjent działa, myśli i czuje w sposób, który ma dla niego wewnętrzną logikę, nawet jeśli prowadzi to do destrukcyjnych rezultatów.

Kluczową umiejętnością terapeuty jest strategiczne stosowanie uprawomocnienia, co oznacza, że powinien on poddawać ciągłej ocenie zasadność uprawomocnienia w konkretnym momencie dialogu terapeutycznego oraz monitorować jego skutki.

Uprawomocnienie prowadzi bowiem zazwyczaj do deeskalacji pobudzenia emocjonalnego i złagodzenia napięcia pojawiającego się w relacji terapeutycznej. Może także zwiększać zaufanie pacjenta do terapeuty i wzmacniać jego poczucie bezpieczeństwa w terapii. Jednocześnie, zgodnie z teoriami behawioralnymi, uprawomocnienie stanowi swoistą nagrodę zwiększającą prawdopodobieństwo wystąpienia zachowania, które je poprzedza, lub którego ono dotyczy. Używane trafnie i strategicznie będzie zatem wzmacniać np. dokonywanie przez pacjenta adekwatnej ekspresji jego stanów wewnętrznych.

W tym miejscu należy także zaznaczyć, że uprawomocnienie nie jest strategią, z której należy korzystać zawsze i wszędzie. Jeśli nie towarzyszą mu interwencje terapeutyczne ukierunkowane na wywoływanie zmiany terapeutycznej u pacjenta, terapię może charakteryzować brak postępu. Ważne jest także, by terapeuta był uważny na to, by nie uprawomocnić tego, co nieprawomocne (i w ten sposób nie wzmacniał niefunkcjonalnych zachowań pacjenta). Przykładowo w interakcji z pacjentem dokonującym samookaleczeń można uprawomocnić jego pragnienie redukcji napięcia (jeśli występuje), bez uprawomocniania (a czasem wręcz z unieważnieniem) samego aktu uszkodzenia skóry.

Mimo że dotychczasowe prace badawcze oraz obserwacje kliniczne wskazują na istotną rolę uprawomocnienia w procesie terapeutycznym i rozwoju zdrowej regulacji emocji, obszar ten wciąż wymaga pogłębionych analiz. Szczególnie przydatne mogą być badania prowadzone na surowych, jakościowych danych, dzięki czemu można uzyskiwać większe wejście w złożoną, współzależną mechanikę interakcyjną procesu psychoterapii. Lepiej zrozumiane mechanizmy działania uprawomocnienia mogą przełożyć się na bardziej precyzyjne modele teoretyczne oraz ulepszone protokoły postępowania w różnych modalnościach psychoterapeutycznych. Dalsze, dobrze zaprojektowane badania — zwłaszcza o charakterze longitudinalnym — pozwoliłyby na weryfikację efektywności różnych form uprawomocnienia i określenie czynników sprzyjających utrwalaniu pozytywnych zmian u pacjentów. Ponadto zgromadzenie solidnych dowodów naukowych może pomóc w rozszerzeniu wykorzystania uprawomocnienia także poza klasyczne obszary terapii, na przykład w edukacji, doradztwie czy wsparciu psychospołecznym, wzmacniając skuteczność interwencji i przyczyniając się do poprawy jakości życia wielu osób.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®. 5th ed. Wrocław: Edra Urban & Partner, 2013.
2. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wydanie II, uzupełnione. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Linehan MM. Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
4. Linehan MM. Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT®). Trening umiejętności. Podręcznik terapeuty. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
5. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016.
6. Bateman A, Fonagy P, red. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
7. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide. Washington: American Psychiatric Publishing. A Division of American Psychiatric Association; 2015.
8. Arntz A, van Genderen H. Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.
9. Farrell JM, Shaw IA. Grupowa terapia schematów w leczeniu borderline. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.
10. Beck AT, Davis DD, Freeman A, red. Terapia poznawcza zaburzeń osobowości. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
11. Beck AT, Freeman A, Davis DD, red. Terapia poznawcza zaburzeń osobowości. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
12. Gunderson JG, Links PS. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Publishing. A Division of American Psychiatric Association; 2014.
13. Black DW, Blum NS, red. Systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder: implementing steps around the globe. New York: Oxford University Press; 2017.
14. Beatson J, Rao S. Psychotherapy for borderline personality disorder. Australas Psychiatry 2014; 22: 529–532.
15. Rogers CR. O stawianiu się osobą. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 2002.
16. Binswanger L. Existential analysis and psychotherapy. W: Fromm-Reichmann F, Moreno JL, red. Progress in psychotherapy. New York: Grune & Stratton; 1956, s. 144–168.
17. Safran JD, Segal ZV. Interpersonal process in cognitive therapy. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers Inc.; 1996.
18. Kohlenberg RJ. Functional Analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships. New York: Springer; 2007.
19. Linehan MM. Validation and psychotherapy. W: Bohart AC, Greenberg LS, red. Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy. Washington: American Psychological Association; 1997.
20. McMillen C, Doyle A, Claypool E. Validation as a clinical strategy. J. Soc. Work Pract. 2023; 37: 325–338.

21. Carson-Wong A, Rizvi S. Reliability and validity of the DBT-VLCS: A measure to code validation strategies in dialectical behavior therapy sessions. *Psychother. Res.* 2016; 26: 332–341.
22. Krawitz R. Behavioural treatment of chronic, severe self-loathing in people with borderline personality disorder. Part 1: interrupting the self-loathing cycle. *Australas Psychiatry* 2012; 20: 419–424.
23. Rizvi SL. Analiza łańcuchowa w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2021.
24. Sangharakshita. Czym Jest Dharma? Podstawy Nauki Buddy. Kraków: Wydawnictwo A; 2005.
25. Freud S, Jekels L, Ivánka H i wsp. Psychopatologia życia codziennego. Marzenia senne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
26. Leźnicka-Łoś A. Podstawy terapii psychoanalitycznej: teoria i praktyka. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2012.
27. Anderson H, Goolishian H. The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. W: McNamee S, Gergen KJ, red. *Therapy as social construction*. London: Sage Publications, 1992; s. 25–39.
28. Fruzzetti AR, Fruzzetti AE. Dialectics in cognitive and behavior therapy. W: O’Donohue WT, red. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: Wiley; 2009, s. 230–239.
29. Fruzzetti AE. Dialectical thinking. *Cogn. Behav. Pract.* 2022; 29: 567–570.
30. Greville-Harris M, Hempel R, Karl A i wsp. The power of invalidating communication: receiving invalidating feedback predicts threat-related emotional, physiological, and social responses. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2016; 35: 471–493.
31. Herr NR, Jones AC, Cohn DM i wsp. The impact of validation and invalidation on aggression in individuals with emotion regulation difficulties. *Person. Disord. Theory, Res. Treat.* 2015; 6: 310–314.
32. Herr NR, Meier EP, Weber DM i wsp. Validation of emotional experience moderates the relation between personality and aggression. *J. Exp. Psychopath.* 2017; 8: 126–139.
33. Shenk CE, Fruzzetti AE. The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2011; 30: 163–183.
34. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan’s theory. *Psychol. Bull.* 2009; 135: 495–510.

Adres: bartlomiej.tauroginski@gmail.com