

Fundamente teoretice

Terapia narativă este o abordare terapeutică dezvoltată după 1980 de către terapeuții Michael White (Australia) și David Epston (Noua Zeelandă). Influențată de idei filosofice de la scriitori cum ar fi Jacques Derrida și Michel Foucault, terapia narativă adoptă o poziție social-constructivistă, ce prezumă că modul în care oamenii se înțeleg pe ei înșiși, dar și relația lor cu ceilalți, se dezvoltă și ia formă prin raportare la interacțiunile pe care le au.

O descriere suficient de cuprinzătoare a terapiei narative este oferită de Australian Psychological Society (2007), care menționează o serie de caracteristici ale terapiei narative:

- se bazează pe înțelegerea „poveștilor” pe care oamenii le folosesc pentru a descrie viețile lor; terapeutul ascultă cum își descriu problemele oamenii și îi ajută să ia în considerare modul în care aceste relatări îi pot împiedica să depășească dificultățile actuale;
- consideră problemele ca fiind separate de oameni și îi ajută pe indivizi să recunoască gama de aptitudini, convingeri și abilități pe care (a) le au deja și le-au folosit cu succes (dar nu le pot recunoaște) și (b) pe care pot să le utilizeze în confruntarea cu problemele din viața lor;
- schimbă cadrul de raportare a poveștilor pe care oamenii le spun despre viața lor și pune un accent deosebit pe identificarea punctelor lor forte, care s-au dovedit de succes în trecut.

Într-o definiție mai succintă, terapia narativă reprezintă „o abordare cu adevărat colaborativă în care terapeutul și clientul *re-scriu* povestea problemei clientului” (Madigan, 2011).

Strategii și tehnici terapeutice

Dintre principiile ce stau la baza intervențiilor narative, două par a fi fundamentale: (1) menținerea unei poziții care denotă curiozitatea și (2) adresarea de întrebări la care în mod autentic terapeutul nu deține răspunsul.

În continuare, vom prezenta pe scurt câteva dintre strategiile utilizate în terapia narativă, adaptate după descrierea lui Morgan (2000).

Înțelegerea vieții prin intermediul poveștilor

Terapeuții narativiști sunt interesați să se alăture oamenilor, pentru a explora poveștile pe care aceștia le au despre viețile și relațiile lor, despre efectele, despre sensurile și contextul în care acestea au fost formate și concepute. Mai departe, se caută înbogățirea relatării în context terapeutic, întrucât „terapeuții narativiști sunt interesați să lucreze cu oamenii, pentru a produce și a oferi densitate unor povești care nu sprijină sau susțin probleme. În aceste noi povești oamenii trăiesc noi imagini de sine, noi posibilități pentru relații și un viitor nou” (Freedman & Combs, 1996).

Conversațiile externalizatoare: numirea problemei

Conversațiile externalizatoare stabilesc un context în care persoana se poate experimenta pe ea însăși ca fiind separată de problemă. În acest fel, problema nu le mai este definitorie despre identitatea lor sau despre cine sunt ei „cu adevărat”.

Odată ce s-a deschis o conversație prin care are loc numirea problemei și separarea de persoană, terapeutul este interesat să adreseze întrebări care investighează istoria problemei din

viața persoanei. De asemenea, el poate să exploreze și să evalueze efectele problemei, dar și să justifice evaluarea făcută.

Situarea problemei în context: deconstrucția

Conform terapiei narative, problemele supraviețuiesc și prosperă doar când sunt sprijinite și susținute de anumite idei, credințe și principii. Schimbarea cadrului de referință poate avea ca urmare un rol mai mic al problemei în preocupările clientului. Pe măsură ce clientul se separă de aceste idei dominante, se deschid noi posibilități de a le pune sub semnul întrebării și de a intra într-o „poveste nouă”.

Descoperirea rezultatelor unice (excepționale)

Atunci când terapeuții descoperă povești sau rezultate ale poveștilor într-un anumit fel unice, ei sunt interesați să le exploreze mai departe, urmărindu-le istoria și înțelegând ce înseamnă ele pentru persoana în cauză. Acestea pot reprezenta în viitor deschideri către povești noi și diferite.

Conversații de realocare a statutului de membru (re-membering conversations)

Oamenii sunt capabili să se alăture persoanelor semnificative din viața lor, în jurul valorilor, angajamentelor, preferințelor împărtășite, în modalități care contribuie puternic la construcția istoriei poveștilor alternative. Conversațiile de reconsiderare a calității de membru pot să implice decizii deliberate de a exclude anumite persoane din clubul vieții proprii, persoane care poate au contribuit la viața poveștii la un moment dat.

Alături de strategiile menționate, se pot adăuga și alte mijloace terapeutice, în funcție de natura întrevederii și de obiectivele terapeutice:

- *documentația terapeutică*: cuprinde documente, declarații, certificate, manuale, note din timpul ședințelor, casete video, liste, desene. Când oamenii își rescriu viețile și relațiile, devin mai clare anumite cunoștințe despre problemă și despre preferințele de viață ale persoanei. Pe măsură ce se ivesc noile povești preferate, se diminuează influența poveștii dominante. Documentația terapeutică înregistrează aceste preferințe, cunoștințe, angajamente, astfel încât ele sunt disponibile pentru a fi accesate oricând;

- *scrisorile terapeutice*: sunt utilizate în modalități variate pentru a oferi asistență familiilor. White și Epston (1990) au prezentat mai multe tipuri diferite de scrisori terapeutice, incluzând scrisori care rezuma conținutul ședinței, scrisori de invitație, scrisori de concediere, scrisori de referințe;

- *ritualurile și sărbătoririle*: marchează pași semnificativi în călătoria prin care ne îndepărtăm de povestea-problemă, îndreptându-ne către noua versiune preferată a vieții. Sărbătoririle pot fi formale sau informale și pot avea loc în sau în afara prezenței terapeutului;

- *grupurile de martori neimplicați*: uneori, terapeuții narativiști creează procese în care membrii audienței joacă, în modalități foarte speciale, rolul de martori la conversațiile dintre terapeut și cei care vin la terapie. Aceste procese sunt cunoscute drept „ceremonii ale definirii” (Myerhoff, 1986):

- *ceremonia definirii*: este o modalitate de structurare narativă a conversațiilor facilitată de către un cercetător-practician narativist, care permite elaborarea poveștilor membrilor prezenți în succesiuni (1) povestitor-auditoriu, (2) inversarea rolurilor: re-povestitor-nou auditoriu, (3) re-re-povestitor: re-auditoriu. Finalul „ceremoniei definirii” este compus din comentarii voluntare libere ale oricărui participant cu privire la semnificația evenimentului la care au participat.

În întâlnirile terapeutice de tip narativ nu există un standard precis privind numărul de ședințe și durata acestora. Acestea pot varia, în funcție de natura problemei. Se cunoaște că ele durează în medie 50-60 minute, însă pot merge până la 90 minute, atunci când este abordată ceremonia definirii (Payne, 2010).

Din strategii și mijloace prezentate, putem desprinde o serie de asumptii care caracterizează modalitățile narative de lucru (Morgan, 2000):

- terapeutul e responsabil să asigure o atmosferă de curiozitate, respect și transparență;
- evenimentul e problema (nu persoana e problema);
- oamenii sunt experți în ceea ce privește viețile lor;
- oamenii pot deveni autorii principali ai poveștilor vieților lor;
- până ce a venit să consulte un terapeut, persoana a încercat deja multe pentru a reduce influența problemei în viața și relațiile sale;
- problemele sunt construite în contexte culturale. Aceste contexte includ relații de putere legate de rasă, clasă, preferințe sexuale, gen biologic;
- problemele pentru care vin oamenii la consultație îi fac pe aceștia să tragă concluzii înguste cu privire la viețile și relațiile lor;
- priceperile, competențele și cunoștințele dobândite în terapie pot fi făcute disponibile pentru ei pentru a-și recâștiga viețile aflate temporar sub influența problemei;
- întotdeauna în viața unei persoane sunt ocazii în care au scăpat de influența problemei, întrucât problemele nu reușesc niciodată să intre în posesia a 100% din viețile sau relațiile oamenilor.

Ilustrare: caz clinic

La terapeut se prezintă un tânăr de 30 de ani (C.N.), împreună cu soția sa. Cuplul afirmă că la peste un an de la căsătorie, au dificultăți în a avea o relație intimă, invocând în principal lipsa lor de experiență. C.N. a fost deja la un examen de specialitate medical, care nu a identificat impedimente organice sau fiziologice.

Anamneza arată că dl. C.N. a avut în istoric o experiență sexuală eșuată la vârsta de 16 ani. Descrie acel moment drept rușinos, iar de atunci până la căsătorie nu a mai avut tentative de relații intime. Partenera sa afirmă câteva experiențe sexuale într-o relație nesatisfăcătoare emoțional. La pacient mai remarcăm mențiuni privind hiperprotecția acordată de părinții săi, la care se adaugă o cerință imperativă adresată de către mama sa înainte de căsătorie. C.N. reproduce această sugestie sub forma „mai întâi de toate, trebuie să o respect pe soția mea”.

Evaluarea psihologică a evidențiat o serie de elemente care au potențialul să afecteze dinamica relației intime, dintre care menționăm:

- memoria contactelor anterioare cu conținut emoțional intens, asociat cu rușinea, frica și afect negativ;
- restricțiile impuse de părinți și absența unor noțiuni legate de viața sexuală au condus la o serie de distorsiuni privind rolul și conotația unei relații intime.

Utilizarea tehnicilor de terapie narativă a urmărit, în acest caz, reinterpretarea unor experiențe de viață și înscrierea acestora într-o ordine logică, cu sens. Până în momentul prezentării la terapie, deși C.N. a găsit interpretări realiste la reacțiile sale, iar anxietatea sa a scăzut, ele nu au reușit să îndepărteze substanțial teama de eșec în acțiunile sale, aceasta fiind cauzată probabil și de asistența permanentă a părinților săi și hiperprotecția acestora.

Intervenția narativă a presupus:

- externalizarea problemei: ”C.N. se confruntă cu o problemă, ca și alții de fapt” (interpretare narativă) vs. „C.N. are o problemă”(interpretare clasică); „dificultățile ce apar ne afectează pe amândoi” (interpretare narativă) vs. „am o serie de dificultăți ce ar putea-o afecta pe soție” (interpretare clasică).

- înțelegerea comportamentului clientului din perspectiva unor *valori constante, meritorii și lăudabile* pe care clientul le-a internalizat în timp. Privite astfel, neinițierea de relații intime pentru a îți respecti partenera poate apărea un fapt este meritoriu, fiind un comportament în acord cu valorile proprii (și nu o credință irațională). Acțiunile sale, care ar putea fi calificate de către alte terapii drept iraționale, capătă sens din perspectiva terapiei narative, el fiind încântat că a fost constant în practicarea acestor valori.

O etapă ulterioară este aceea în care terapeutul și pacientul caută alternative comportamentale, în afara abstenenței, care ar putea păstra aceste valori (spre exemplu, tandrețea). Cei doi soți au acceptat să țină fiecare un jurnal în care să menționeze momentele de tandrețe, dar și de plăcere pe care și le oferă reciproc. În acest mod, relațiile intime au fost reîncadrate într-o plajă mai largă de comportamente, nefiind circumscrise exclusiv actului sexual. S-a creat astfel ideea unui continuum firesc, fiind evitată și presiunea de a acționa într-un fel anume. La mai puțin de 3 luni după începerea acestui jurnal, cei doi soți au reușit să parcurgă această evoluție firească, inclusiv desfășurarea de relații intime.

Indicații ale terapiei narative

În general, terapeuții narativi evită poziția de expert, astfel că nu au criterii rigide pentru a stabili dacă o persoană, cuplu sau familie vor beneficia de pe urma acestei forme de terapie (Payne, 2010). Din păcate, această flexibilitate are și un preț, în sensul că multe dintre intervențiile narative au fost dezvoltate de către practicieni preocupați mai degrabă de bunăstarea clienților sau comunităților unde lucrau, și mai puțin de strângerea unor dovezi științifice substanțiale.

Totuși, se poate aprecia că în acest moment există date din literatură care sugerează un efect benefic cert al terapiei narative într-un număr de situații:

- *entități psihiatrice*: tulburarea de stress posttraumatic, simptomele depresive, anorexia nervoasă, fobia socială, ADHD;
- *probleme sistemice familiale*, de la problemele de cuplu sau disfuncționalități familiale curente, la cele ce afectează întreg sistemul familial (decesul, doliul);
- *contexte particulare dificile din anumite comunități profesionale* (ex. sd. burnout);
- *alte situații ce afectează global o comunitate*, cum ar fi relocarea geografică, mixul cultural, atitudini discriminatorii ale grupului majoritar.

Câteva studii reprezentative

Erbes et al. (2014) constată că „multe aspecte ale terapiei narative sugerează că poate avea un mare potențial pentru a ajuta persoanele care sunt afectate negativ de experiențele traumatiche”. În acest sens, autorii au examinat evoluția simptomelor în cazul a 14 veterani diagnosticați cu tulburare de stress posttraumatic (TSPT), incluși într-un program de terapie narativă. Participanții au răspuns la interviuri de diagnostic structurate și au completat chestionare privind simptomele resimțite înainte și după 11-12 sesiuni de terapie. În final, 3 din cele 11 persoane care au terminat tratamentul nu mai îndeplineau criteriile pentru TSPT, iar alte 7 au prezentat scăderi semnificative clinic ale simptomelor TSPT, măsurate prin scala administrată de clinician. Aceste rezultate, coroborate cu scăderea ratei de abandon al tratamentului (21,4%) și un nivel ridicat al satisfacției raportate, sugerează că studiul suplimentar al terapiei narative în cazul TSPT este justificat ca o alternativă potențială la tratamentele existente.

Vromans și Schweitzer (2011) au investigat evoluția simptomele depresive și rezultatele legate de relația interpersonală după opt sesiuni de terapie narativă, în cazul a 47 adulți cu tulburare depresivă majoră. Post-terapie, 74% dintre clienți au obținut o ameliorare semnificativă a simptomelor, iar 61% se încadrau în criteriile de funcționalitate; de asemenea, s-a constatat și o îmbunătățire relativă a relațiilor interpersonale, ca urmare a terapiei, însă mai puțin substanțială decât în cazul simptomelor. Trei luni mai târziu, clienții au raportat menținerea ameliorării simptomului, dar nu și a câștigurilor interpersonale.

O serie de studii au arătat rezultate notabile în ce privește eficiența terapiei narative în construirea de competențe de relaționare, semnificații comune sau formare a identității. Dintre acestea, amintim un studiu privind eficacitatea terapiei narative în dezvoltarea deprinderilor sociale și emoționale ale elevilor de 8-10 ani (Beaudoin et al., 2016). Pe parcursul a doi ani, 353 de copii au menționat încercările lor de a rezolva conflictele din viața lor de zi cu zi, înainte și după o serie de conversații narative. Ulterior, acestea au fost comparate cu povestirile colectate în același interval de timp de la un grup de control. Rezultatele studiului arată că acei copii care au primit intervenții de terapie narativă au prezentat o îmbunătățire semnificativă a conștientizării de sine și sociale, a autocontrolului, a empatiei și a luării unor decizii responsabile, în comparație cu primele lor povestiri, dar și cu povestirile copiilor din grupul de control. Beneficiile de mai sus au fost independente de genul copilului

Medicina narativă

Suferința cronică joacă un rol important în preocupările profesioniștilor din domeniul sănătății. Trendul actual al medicinei narative subliniază importanța unor noi raporturi între furnizorii de servicii medicale și persoanele sau familiile implicate. Unul din aceste raporturi vizează o conectare la experiența pacienților și dobândirea de sensuri și semnificații care să ajute la dezvoltarea identității profesionale a personalului de îngrijire în cooperare cu pacientul.

O inițiativă care se adresează persoanelor angajate în domeniul sănătății aparține Ritei Charon, profesor la Columbia University în SUA. Ea a dezvoltat, în cadrul pregătirii rezidenților în medicină, un program care să asiste la „dezvoltarea vieții interioare” a viitorilor medici (Charon, 2006).

Charon a fost prima care a propus termenul de “medicină narativă” în anul 2001. Ulterior, au fost dezvoltate o serie de modele de medicină narativă pentru medici în SUA și Canada, programe în care fiecare participant are posibilitatea de a împărtăși și discuta aspecte ale activității sale și de a-și cunoaște și dezvolta propria identitate profesională.

În accepțiunea lui Jorro (2009), dezvoltarea profesională pare să fie un proces al interacțiunii dintre cunoștințe (*savoirs*) și identitatea profesională. Într-o viziune mai largă, dezvoltarea identității personale și profesională identitară îndrumă însăși procesul de învățare și dezvoltare de-a lungul vieții.

Charon propune ca abilitățile de comunicare să fie completate cu o „competență narativă”, prin mutarea literaturii de la marginile la centrul educației medicale (Anderson, 2009).

Charon apelează la mijloacele narrative în medicină, acuzând lipsa de structuri sau ocazii sistematice de reflecție. Ea argumentează această necesitate astfel: „Dacă pacientul tău care moare de cancer la prostată îți reamintește de bunicul tău care a murit și el de aceeași boală cu o vară în urmă și de fiecare dată când intri în rezerva pacientului tău lacrimizi la amintirea bunicului, nu poți scrie despre aceste lucruri în fișa pacientului. Nu te lăsăm să faci acest lucru. Și, cu toate acestea, ar trebui scris undeva. Îl vei scrie în Fișa Paralelă!” (Charon, 2006).

Scopul programului „fișelor paralele” este – în acest caz - de a permite rezidenților să recunoască comprehensiv experiențele pacienților lor și să reconcilieze în acest fel propriul parcurs profesional cu cariera medicală. Urmând această idee, Dr. Jean Clandinin a organizat un program al utilizării „fișelor paralele” de către medici rezidenți în medicină de familie care participau timp de 10 săptămâni la programul de dezvoltare a identității profesionale. Programul presupunea scrierea a 10 „fișe paralele”, individual, urmând ca apoi, la întâlnirile de grup să le citească și să le discute narativ cu colegii, asistați de doi facilitatori-cercetători (Clandinin & Cave, 2008).

Procesul narativ se desfășoară pe mai multe niveluri:

- colectarea observațiilor personale, individual, în „fișe paralele”;
- prezentarea și discutarea acestora în sesiunile de grup săptămânale sau la două săptămâni, prilej cu care se realizează îmbogățirea materialului narativ personal cu perspectivele celorlalți participanți, inclusiv contribuții consonante similare provocate de materialul propus de către cititor-povestitor;

- după ascultarea perspectivelor tuturor participanților, aceștia sunt invitați să dezvolte, pornind de la comentariile colegilor, o nouă rundă de reflecție, cu scopul dezvoltării poveștilor personale identitare.

Metodologia „fișelor paralele” se încadrează în ceea ce Charon și Clandinin denumesc ca fiind „abordări ale practicilor de reflecție narativă”. Aceste tehnici de „îmbogățire” a poveștilor identitare sunt promovate și în perimetrul tehnicilor psihoterapeutice din terapia narativă.

Experimentarea unui demers narativ de tip „fișe paralele” în România

Desfășurat în anii 2012-2013, acest program experimental a inclus două grupe de medici aflați în programul de rezidențiat din Centrul Universitar Iași. Aceștia se aflau în anul I, desfășurându-și activitatea în 2 secții: Neonatologie și Nefrologie.

În cadrul acestui proiect-pilot, s-a dorit ca fiecare medic rezident participant să aibă ocazia de a agrega propriile semnificații cu privire la experiențele de participare și, astfel, de a dezvolta și împărtăși aspecte ale propriei identități profesionale.

Derularea proiectului a presupus întâlniri săptămânale de grup în care au fost prezentate și discutate narativ observațiile și comentariile colectate de către fiecare participant în „fișele paralele” personale. Modul de organizare facilitată a discuțiilor narrative a urmat procedura „ceremoniilor definirii” (White, 2007).

Obiectivele de parcurs au vizat aspecte precum:

- *dezvoltarea sensibilității clinice*: sesizarea propriilor experiențe sau trăiri clinice, sesizarea impactului ascultării poveștilor altora;

- *deschiderea narativă*: capacitatea de a intra în povestea altcuiva și recunoașterea propriilor experiențe în poveștile altora, prioritizarea reflecțiilor narrative sistematice;

- *confirmarea identitară*: validarea sentimentului de „a nu fi singur”, de afiliere, de împărtășire a experienței, recunoașterea impactului dialogului explorator asupra propriei practici clinice, recunoașterea schimbării la nivel personal, recunoașterea responsabilității profesionale.

Dintre aspectele cuantificabile, am urmărit:

- elementele transformării identitare, măsurabile în conversațiile de-a lungul sesiunilor de grup;

- existența unor autoaprecieri asupra dezvoltării profesionalismului, înțelegerii empatică și conștientizării de sine.

Evaluarea programului a cuprins atât analiza cantitativă și calitativă a reflecțiilor din jurnalele personale, cât și a celor împărtășite cu ceilalți colegi în cadrul întâlnirilor. Cu titlu de exemplificare, menționăm mai jos două dintre aceste reflecții, emise la final:

- „uneori mi se părea că ceea ce gândesc eu e general valabil și datorită acestor întâlniri am realizat că unii au altă părere în legătură cu un anumit aspect și trebuie să respect asta!”

- „obișnuieți să discutăm cazul medical, uităm că pacientul e o ființă vie. [Cu ajutorul acestor întâlniri] am înțeles că trebuie acordată atenția necesară și confortului omului din fața noastră. Acesta nu e doar un pacient (...)”

Beneficiile constatate au mai inclus:

- prezența unui număr semnificativ de reflecții consemnate în jurnale sau emise pe parcursul întâlnirilor;

- schimbarea treptată a indicilor verbali care fac referire la apartenență (de exemplu, de la „pacienții din secție” s-a trecut la „pacienții noștri” sau „pacienții pe care-i am în grijă”).

Bibliografie:

1. Anderson, C. M. (2009). Narrative, memory, rhetoric, and resurrection. *Literature and Medicine* 28 (1), vi-xiv;
2. Australian Psychological Society (2007). *Better access to mental health initiative: Orientation manual for clinical psychologists, psychologists, social workers and occupational therapists*. Author: Melbourne;
3. Beaudoin, M.N., Moersch, M., Evare, B.S. (2016). The effectiveness of narrative therapy with children's social and emotional skill development: an empirical study of 813 problem-solving stories. *Journal of Systemic Therapies*, 35 (3): 42–59;
4. Charon, R. (2006). *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. Oxford University Press: New York;
5. Clandinin, D.J., Cave, M-T. (2008). Creating pedagogical spaces for developing doctor professional identity. *Medical Education* 42: 765–770;
6. Erbes, C.R., Stillman, J.R., Wieling, E., Bera, W., Leskela, J. (2014). A pilot examination of the use of narrative therapy with individuals diagnosed with PTSD, *J Trauma Stress*, 27(6): 730-733;
7. Freedman, J., Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. Norton: New York;
8. Jorro, A. (Ed.). (2009). *La reconnaissance professionnelle en education. Evaluer, valoriser, legitimer*. Presses de l'Universite d'Ottawa: Ottawa, Canada;
9. Madigan, S. (2011). *Narrative Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association;
10. Morgan, A. (2000). *What is Narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Dulwich Centre Publications: Adelaide;
11. Myerhoff, B. (1986). "Life not death in Venice: Its second life". În Turner, V. Bruner, E. (Eds.) *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press: Chicago;
12. Payne, M. (2010). *Terapia narativă*. În Dryden, W. (coord.) *Manual de terapie individuală*, Polirom: Iași;
13. Vromans, L.P., Schweitzer, R.D. (2011). Narrative therapy for adults with a major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes, *Psychotherapy Research*, 21 (1): 4-15;
14. White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton: New York;
15. White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. W. W. Norton: New York.