



Narracja w psychiatrii – teoria, zastosowanie, związki ze zdrowiem psychicznym

Narration in psychiatry – theory, applications, relationship to mental health

AGNIESZKA CHRZCZONOWICZ

I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

STRESZCZENIE

Cel: Celem artykułu było przyjrzenie się roli narracji w psychiatrii, a zwłaszcza związkom sposobu tworzenia autonarracji ze zdrowiem psychicznym.

Poglądy: Przedstawiono definicje narracji i autonarracji, opisano jak pojęcia te mogą być rozumiane w psychiatrii. Przedstawiono możliwe zastosowania narracji w psychiatrii – w badaniach, w diagnostyce i terapii. Dokonano przeglądu teorii i badań oferujących odpowiedź na pytanie: jaka narracja jest „dobra”, a więc sprzyjająca zdrowiu psychicznemu. Scharakteryzowano najważniejsze kryteria „dobrej” narracji: spójność, jasna struktura, zrozumiałość, dialogowość, wyodrębnienie głównego bohatera.

Wnioski: Omówione kryteria stanowią bardzo istotną podstawę teoretyczną przy odróżnianiu narracji charakterystycznych dla dobrego funkcjonowania od tych dysfunkcyjnych, towarzyszących zaburzeniom psychicznym. Są zarazem przykładem na to, w jaki sposób psychiatria może z wiedzy narracyjnej korzystać.

SUMMARY

Objective. The aim of the paper was to explore the role of narrative in psychiatry, with the focus on the relationships between mental health and the way self-narration is created.

Views. Definitions of narration and self-narration were presented, as well as the ways these constructs can be understood in psychiatry. Possible applications of narration/narrative in psychiatry were outlined, in such domains as research, diagnostics, and therapy. Theories and research projects proposing an answer to the question “What is a “good”, or mental-health-promoting narrative?” were reviewed. The following essential criteria of a “good” narration were described: coherence, clear structure, comprehensibility, dialogicality, and distinguishing the main character.

Commentary. The criteria discussed in the paper provide an important rationale that allows to differentiate between narratives typical of good functioning and dysfunctional ones that accompany mental disorders. At the same time the criteria exemplify how the knowledge of narration can be used in psychiatry.

Słowa kluczowe: narracja / psychiatria / spójność / zdrowie psychiczne

Key words: narration/narrative / psychiatry / coherence / mental health

W ciągu ostatniego ćwierćwiecza obserwujemy ogromny wzrost zainteresowania problematyką narracji, zwłaszcza w naukach humanistycznych i społecznych. Coraz częściej pojawia się także pytanie o rolę i znaczenie narracji dla medycyny. Zdecydowanie zasadne pytanie to wydaje się w odniesieniu do psychiatrii, która jest szczególną dziedziną, zajmuje się bowiem funkcjonowaniem psychicznym człowieka, a więc także tym, jak rozumie on i interpretuje rzeczywistość, jakie znaczenia nadaje swoim przeżyciom itp. „Jeśli nie wiesz, co się dzieje z kimś złego, zapytaj go, może Ci powie” – napisał kiedyś Kelly [1] i wydaje się, że powinno to stać się jedną z naczelnych dewiz psychiatrii.

Celem niniejszego artykułu jest przyjrzenie się roli narracji w psychiatrii, a zwłaszcza związkom sposobu tworzenia autonarracji ze zdrowiem psychicznym.

Dokonano przeglądu teorii i badań oferujących odpowiedź na pytanie: jaka jest „dobra”, a więc sprzyjająca zdrowiu psychicznemu, narracja.

DEFINICJE NARRACJI I AUTONARRACJI

Narracja to przede wszystkim sposób rozumienia i interpretowania rzeczywistości [2]. Badacze narracji podkreślają, że w zasadzie we wszystkich kulturach większość aspektów rzeczywistości wyrażana jest w formie historii [3, 4, 5]. Badania pokazują, że umieszczenie danych faktów w ramach opowiadania sprawia, że lepiej je zapamiętujemy, wydają nam się bardziej prawdopodobne, silniej motywują nas do podejmowania określonych działań [2]. Zdaniem

wielu teoretyków rzeczywistość jest wręcz przeżywana jako narracja [6, 7]. Bruner [8] wyodrębnia dwa sposoby myślenia: paradygmatyczny i narracyjny. O ile pierwszy z nich służy najlepiej do opisu prawidłowości zachodzących w świecie zewnętrznym, jest językiem nauki, o tyle nie ma lepszego niż narracyjny sposobu opisu przeżywanego przez kogoś życia. „Nie ma czegoś takiego jak życie samo w sobie” – twierdzi wręcz Bruner [4], życie jest zawsze życiem opowiadany. Niektórzy teoretycy podkreślają jednak wtórność narracji wobec rzeczywistości. Na przykład według Ricoeura [9] ludzkie doświadczenie z samej swojej definicji jest niekomunikowalne, „Życie jest przeżywane, a narracje są opowiadane. Ta różnica pozostaje nieprzekraczalna” (s. 32).

Nawet jeśli zgodzimy się, że narracja ma swoje ograniczenia, że – jak pisze Tabucchi [za: 10] – słowa ludzka się tylko, że oddają rzeczywistość, pozostaje narracja jednym z najważniejszych i najbardziej podstawowych i uniwersalnych sposobów ujmowania rzeczywistości. Badania z zakresu psychologii rozwojowej pokazują dodatkowo, że jest to jeden najwcześniej pojawiających się w rozwoju dziecka sposobów rozumienia świata [11]. Jak napisał Barthes [3]: „Opowiadanie obecne jest we wszystkich czasach, we wszystkich miejscach, wszystkich społeczeństwach. Narodziło się wraz z samą historią ludzkości; nie ma, ani nigdzie nie będzie społeczeństwa nie znającego opowiadania” (s.13).

Struktury poznawcze, które odpowiadają za to, że człowiek ma tendencję do umieszczania kolejnych wydarzeń w ramach rozwijającej się historii, to tzw. schematy narracyjne, czyli: „specyficzne, złożone schematy poznawcze, opisujące zdarzenia i działania ludzi, a także związki czasowo-przestrzenne i przyczynowo-skutkowe między nimi” [12, s. 25]. Schemat narracyjny u wszystkich ludzi jest uniwersalny: „bohater z określonymi intencjami napotyka na trudności, które w wyniku zdarzeń toczących się wokół zagrożonych celów zostają bądź nie zostają przezwyciężone” [2, s. 22]. Wszelkie historie i opowiadania są zwykle wariacjami tej struktury. Bruner [4] powołując się na Burke’go, przywołuje pięć stałych komponentów każdej historii: Bohatera, Działanie, Cel, Okoliczności i Narzędzie. Szósty element – Przeszkoda – jest tym, który napędza dramaturgię i wynika z niezgodności między dwoma albo więcej z pięciu wymienionych wyżej komponentów. Oczywiście narracje zależne są w dużym stopniu od kontekstu społecznego, różne rodzaje narracji dominują w różnych kręgach kulturowych. Gergen [13] twierdzi na przykład, że w kulturze świata zachodniego występują trzy wzorce tworzenia narracji: dramat (zaczyna się od epizodów pozytywnych, a kończy negatywnymi), komedia (odwrotnie niż dramat) i saga (gwałtowne naprzemienne następowanie po sobie wydarzeń pozytywnych i negatywnych).

Szczególnie ważne z punktu widzenia psychologii i psychiatrii są autonarracje, a więc historie, które ludzie opowiadają o sobie. Autonarracje mają nierozzerwalny związek z tożsamością człowieka, wielu autorów uważa, że tożsamość ma charakter narracyjny, inaczej – tożsamość jest opowieścią o życiu [14]. Obecnie bowiem jednostki, podmiotu nie postrzegają się jako bytu zamkniętego, wyposażonego w określone właściwości, ale raczej jako byt rozwijający się w czasie. Tożsamość człowieka nieustannie się formuje, wymaga ciągłego określania, tak też człowiek rozwija historię o sobie [15]. Tożsamością narracyjną możemy więc nazwać „specyficzny (narracyjny) sposób aranżacji self, oznaczający rozumienie siebie i swojego miejsca w życiu w terminach egzystencjalnych i ujęcie siebie w opowieści o sobie” [16, s.106]. Oczywiście psychologowie wyodrębniają także inne rodzaje tożsamości, a więc przede wszystkim tożsamość określaną jako paradygmatyczna lub też deklaratywna, na którą składają się poznawcze koncepcje na temat posiadanych właściwości, wiedza typu „że” [17, 18]. Istnieje wątpliwość, na ile posiadanie tożsamości narracyjnej jest warunkiem dobrego funkcjonowania, czy konieczne jest formułowanie tożsamości poprzez opowiadanie historii o sobie [17]. Z pewnością jednak autonarracje pełnią bardzo istotną rolę w procesie kształtowania się *self*.

Na czym jednak dokładnie polega ta rola, czy też – jaką funkcję spełniają autonarracje w życiu człowieka, po co opowiadamy o sobie? McAdams [19], autor jednej z głównych koncepcji tożsamości narracyjnej wskazuje głównie na integrującą rolę autonarracji, a więc nadawania życiu spójności, ukierunkowania i sensu. W samej definicji narracji jako procesu czytamy: „autonarracja to integrowanie heterogenicznej wiedzy o sobie w sposób narracyjny w celu konstytuowania i integrowania tożsamości” [16, s.105]. Oleś [20] wymienia wiele motywów tworzenia autonarracji, związanych zwłaszcza z trzema grupami potrzeb: integracją osobowości (potrzeba ciągłości, spójności i rozumienia zdarzeń), potrzebami społecznymi (potrzeba dzielenia doświadczeń, uczestniczenia) oraz potrzebami tożsamościowymi (potrzeba samookreślenia, niepowtarzalności i nadawania życiu sensu). Trzebiński [2, 21] z kolei podkreśla ogromną rolę autonarracji w powstawaniu motywacji u człowieka – przytacza bardzo wiele badań, które świadczą o tym, że konstruowanie autonarracji sprzyja odnajdywaniu sensu zachodzących zdarzeń i własnej w nich roli, formułowaniu celów i planów stabilnych w czasie, zgodnych z wartościami i odpornych na motywy konkurencyjne. Dlatego autonarracje to nie tylko historie, które opisują nasze życie, ale także historie, które to życie kształtują, według których żyjemy.

Badania wykazują korzystny wpływ konstruowania narracji i autonarracji na dobre funkcjonowanie

człowieka, jego ogólny dobrostan i relacje z innymi ludźmi [2, 22, 23, 24]. Wielu autorów wykazało związek tworzenia spójnych autonarracji ze zdrowiem psychicznym, Giddens [25] uznaje wręcz podtrzymywanie ciągłości autonarracji za warunek konieczny zachowania zdrowia psychicznego. Wskazuje się na ogromną rolę poczucia sprawstwa, jakie związane jest z możliwością i umiejętnością bycia autorem własnej historii życia [26, 27]. W sytuacjach dużych zmian, stresu czy trudnych, traumatycznych wydarzeń w życiu człowieka stworzenie narracji na ich temat, zintegrowanie ich z całą historią życia sprzyja lepszej adaptacji – można powiedzieć, że poniekąd tym właśnie zajmuje się psychoterapia [22, 28, 29].

ZNACZENIE NARRACJI DLA PSYCHIATRII

Przy tak ogromnym zainteresowaniu narracją w ostatnich latach w dziedzinach takich jak psychologia, psychoterapia, warto zadać pytanie, jakie znaczenie ma narracja dla psychiatrii, czy psychiatria wystarczająco się narracją zajmuje, czy z niej korzysta.

Przede wszystkim zatem narrację w psychiatrii można wykorzystywać do prowadzenia badań jakościowych. Obecnie powstaje również coraz więcej ilościowych metod badania narracji (np. metody komputerowe), nadal jednak metoda narracyjna pozostaje w większości metodą jakościową. Poza tym to między innymi właśnie rozkwit badań narracyjnych zwrócił uwagę badaczy na wartość, jaką mogą wnieść do nauki badania jakościowe. Janusz i współautorzy [30] w swoim artykule wskazują na potrzebę poszerzenia zastosowań tego typu badań w psychiatrii.

Narracyjne badania jakościowe mają swoje źródła w tradycji hermeneutycznej, fenomenologicznej, antropologicznej, a także we współczesnych nurtach, takich jak konstrukcjonizm społeczny [30, 31]. Zgodnie z twierdzeniem Diltheya, jednego z twórców hermeneutyki: „Przyrodę wyjaśniamy, człowieka/umysł rozumiemy”, celem badacza nie jest odkrycie ogólnych zasad rządzących ludzkim zachowaniem, ale właśnie rozumienie, czyli rodzaj interpretacji unikalnego systemu znaczeń danej osoby. Także z tradycji fenomenologicznej i antropologicznej pochodzi zainteresowanie subiektywnym, wewnętrznym doświadczeniem człowieka, tym jak przeżywa on rzeczywistość. Dodatkowo podejścia związane z konstrukcjonizmem społecznym zwróciły uwagę na kontekst społeczny, w jakim rozgrywa się każde badanie, że jest ono wypadkową wpływu badanego i badacza [32, 33].

Zaletą badań jakościowych jest przede wszystkim głębszy kontakt z badanym, możliwość dotarcia do wielu informacji, które uykają w badaniach ilościowych. Tak jak twierdzi Straś-Romanowska „Jednym z najpewniejszych źródeł wiedzy o człowie-

ku jest jego własne, bezpośrednie, potoczne doświadczenie” [34, s.21]. Podkreśla się oczywiście także wady tego typu badań, a więc ich czasochłonność, brak możliwości generalizacji wyników, a także subiektywność [30]. Warto jednak pamiętać, że wpływ subiektywności jest często niedoceniany w badaniach ilościowych – obecnie zauważa się bowiem, że niebezpieczeństwem badań ilościowych może być tak zwana „gra w obiektywność”, czyli niedocenywanie wpływu kontekstu i badacza, który występuje nawet w pozornie „neutralnych” badaniach [32]. Spór dotyczący wyższości jednych badań nad drugimi pozostaje dyskusją akademicką, Janusz i wsp. [30] wskazują natomiast, że najlepszym rozwiązaniem w dziedzinie, jaką jest psychiatria jest łączenie obu podejść, gdyż opisanie wielu zjawisk z tej dziedziny za pomocą jednego typu badań okazuje się po prostu niemożliwe.

W przypadku zastosowania diagnostycznego korzystanie z narracji w psychiatrii wydaje się być już dużo bardziej oczywiste – psychiatria nie istniałaby bez, często bardzo obszernych, wywiadów z pacjentami oraz studiów przypadku. Jednocześnie jednak zwraca się uwagę na dużo większą koncentrację psychiatrii na objawach opisywanych z perspektywy zewnętrznej niż na tym, jak osoba doświadcza świata [35]. A przecież to sam pacjent jest w tym przypadku najważniejszym ekspertem.

Na koniec nie sposób nie wspomnieć o znaczeniu narracji w procesie leczenia i terapii. I nie chodzi tutaj tylko o rolę, jaką odgrywa obecnie terapia narracyjna [36, 37], ale zwykłe, „codzienne” zastosowanie wiedzy z zakresu narracji w kontakcie z pacjentem, a zwłaszcza pracy nad uważnością na historię własną pacjenta i wspieraniem jej, nad tym, by nie zagłuszać jej dominującą, psychiatryczną narracją itp. [38]. Niebagatelną rolę odegrały też teorie narracyjne w rozwoju idei związanych ze zdrowieniem (recovery) [39].

JAKA JEST „DOBRA” NARRACJA? – NARRACJA A ZDROWIE PSYCHICZNE

Jeśli autonarracje tak ściśle związane są z tożsamością człowieka, to jego trudności w psychicznym funkcjonowaniu powinny znajdować wyraz w sposobie, w jakim opowiada on o sobie. I rzeczywiście, badania pokazują związek między określonymi zaburzeniami a zakłóceniami w narracjach [40, 41, 42]. Aby dokładniej przyjrzeć się temu tematowi, należałoby jednak przede wszystkim odpowiedzieć sobie na pytanie, jaka jest „dobra” narracja, sprzyjająca zdrowiu psychicznemu i dobremu funkcjonowaniu człowieka? W literaturze znajdujemy bardzo wiele kryteriów dobrej narracji – po ich przeanalizowaniu można wyodrębnić najważniejsze, przywoływane przez wielu autorów obszary.

Po pierwsze ważne jest, aby struktura narracji była jasna, zgodna z tym, jak zbudowany jest schemat narracyjny w danej kulturze. W naszej kulturze oczekujemy zatem od historii, żeby miała wstęp, rozwinięcie i zakończenie, aby ujęta była w formę sekwencji zdarzeń powiązanych ze sobą czasowo-przestrzenie oraz przyczynowo-skutkowo [2, 40]. Według Paluchowskiego [43] dobra narracja powinna charakteryzować się także utrzymywaniem głównego wątku tematycznego oraz nawiązaniem zdania następującego do poprzedniego. Jednocześnie jednak ważne, aby była zróżnicowana i bogata w charakterystyki bohaterów, wątki, tematy [19]. Według McAdamsa [19] istotną cechą dobrej narracji jest także jej wiarygodność, a więc zgodność z rzeczywistością – tworzenie historii życie jest co prawda czynnością kreatywną, niemniej jednak historia musi mieć osadzenie w faktach.

Dla dobrego funkcjonowania psychicznego niezbędne jest poczucie sprawstwa i autonomii – dlatego tak ważne jest, by osoba czuła się faktycznym autorem własnej narracji [44, 45]. Baldwin [46] pokazuje, że jednym z poważniejszych skutków choroby psychicznej jest to, że osoba przestaje być zdolna do opowiadania własnej historii, zrozumiałej dla innych, przez co zostaje niejako wykluczona ze społecznego dialogu. Lysaker i współpracownicy [27] twierdzą z kolei, że w autonarracji bardzo ważna jest obecność podmiotowego bohatera, który jest zarazem jej narratorem. Także według Brunera [4] najważniejszym kryterium dobrej narracji jest stopień wyodrębnienia głównego bohatera – dobra narracja to taka, w której główny bohater jest wyraziście wyartykułowany, jego perspektywa jest czytelna dla odbiorców. Można zatem powiedzieć, że badacze zgodni są co do tego, że każdy powinien być zarazem głównym bohaterem oraz narratorem własnej autonarracji.

Powyższe założenie wiąże się z kolei z następnym kryterium dobrej autonarracji – tym, że powinna ona reprezentować ważne aspekty własnego doświadczenia osoby, odnosić się do jej stanów wewnętrznych, interpretować emocje w kontekście sytuacji i wydarzeń [2, 21, 40]. Według psychoterapeutów narracyjnych głównym źródłem problemów psychicznych i cierpienia człowieka jest właśnie stan, w którym ważne aspekty doświadczenia nie znajdują miejsca w historii przez niego opowiadanej [47].

Narracja tworzona jest zawsze w określonym kontekście społecznym, kierowana do rzeczywistego lub wyobrazonego odbiorcy. Dlatego kolejnym niezmiernie istotnym kryterium dobrej narracji jest jej zrozumiałość. Dobra narracja to taka, która odnosi się do publiczności [27], jest dostosowana do interpersonalnego kontekstu, a także bierze pod uwagę teorię umysłu odbiorcy, uwzględnia jego wiedzę etc. [40]. Jeśli bowiem historia jest niezrozumiała dla słucha-

czy, co często zdarza się w przypadku osób chorujących psychicznie, pozostawia to jej autora w społecznej izolacji [44, 45].

W ostatnich latach coraz częściej wymienia się jeszcze jedno kryterium zdrowej narracji, jakim jest dialogowość. Teoria dialogowego Ja Huberta Hermana [48] zakłada, że Ja człowieka składa się z wielu pozycji, z których każda ma swoją własną historię, punkt widzenia itp. W takim ciągle zmieniającym się układzie bardzo ważne jest, żeby możliwy był dialog między różnymi autonarracjami, swobodna wymiana między nimi. Niektórzy skłonni są uważać, że do dobrego funkcjonowania tak pojmowanego Ja niezbędne jest istnienie pewnej metapozycji, a więc pozycji, która jest nadrzędna w stosunku do pozostałych, umożliwia spojrzenie z dystansu i udziela głosu tej historii, którą w danej chwili uważa za najbardziej odpowiednią [35]. Wydaje się, że za pokrewne do kryterium dialogowości, możemy uznać kryteria takie jak: otwartość na zmiany i tolerancja dla ambiwalencji [19] czy zdolność do wyobrażenia sobie różnych alternatywnych historii [40]. Aby autonarrację można nazwać dobrą, ważna jest zatem wielość perspektyw. Ale czy przy wielości perspektyw historia ma szansę pozostać spójna i zrozumiała?

W ten sposób dotarliśmy do jednego z najważniejszych kryteriów dobrej narracji, ale także jednego z najważniejszych pojęć w teoriach narracyjnych w ogóle, a więc spójności, czy też koherencji narracji. Dla wielu autorów spójna narracja jest wręcz tożsama z dobrą narracją i definiując spójność wymieniają większość kryteriów spójnej narracji wspomnianych powyżej. Na przykład McAdams [44] twierdzi, że spójna narracja to po prostu narracja zrozumiała dla słuchacza – aby tę zrozumiałość osiągnąć narracja musi spełniać przede wszystkim wyobrażenie o dobrej historii obecne w danej kulturze. W bardziej podstawowym znaczeniu rozumieją spójną narrację Habermas i Bluck [49], wyliczając następujące jej składowe:

1. *spójność czasową* (ułożenie wydarzeń w porządku chronologicznym),
2. *kulturowy koncept biograficzny* (porządek wydarzeń zgodny z typowym dla danej kultury porządkiem życia człowieka),
3. *spójność przyczynowo-skutkową* (powiązanie pojedynczych wydarzeń w łańcuchy przyczynowo – skutkowe) oraz
4. *spójność tematyczną* (wybranie z wielu zdarzeń wątku przewodniego).

Tak rozumiane kryterium spójności stoi, jak się wydaje, w opozycji do kryterium dialogowości, jakie powinna spełniać dobra narracja. Wyobraźmy sobie na przykład osobę opowiadającą bardzo spójną historię życia, której dominującym wątkiem jest myśl, że gdziekolwiek się nie znajdzie jest odrzuca-
na, nieakceptowana przez wszystkich ludzi wokół.

Jeśli w narracji tej nie znajdzie się opis wydarzeń niezgodnych z główną tezą, a więc niespójnych tematycznie, narracja ta nie będzie zdrową, sprzyjającą dobremu funkcjonowaniu narracją. W tym przypadku spójność oznaczać będzie raczej sztywność, niemożność spojrzenia z innej perspektywy. Bowiem jak pisze McAdams [cyt. za: 45 s.215] – „historie, które poddają się tylko jednej dominującej perspektywie, nie ważne, jak wydają się spójne, nie mogą być prawdziwe. Nie udaje im się pokazać prawdziwego doświadczenia”.

Wraz z rozwojem teorii dialogowych zaczęto więc rozszerzać pojęcie spójności narracji. Obecnie teorie, które stawiają znak równości między dobrocią a spójnością narracji, włączają do składowych spójności wiele dodatkowych kryteriów. W ten sposób powstaje coraz więcej propozycji narzędzi do oceny spójności narracji. Za przykład można tutaj podać propozycję kryteriów do oceny spójności narracji zaproponowaną przez Androustoupoulou i współpracowników [50]. Za pomocą analizy jakościowej wyodrębnili oni cztery kryteria:

1. *zdawanie sobie sprawy ze sprzeczności i wyjaśnianie ich* (osoba jest świadoma i dostarcza wyjaśnień niekonsekwencji w znaczeniach swojej opowieści, nie odrzuca nieprzystających fragmentów doświadczenia),
2. *myślenie w sposób relacyjny* (podczas dokonywania atrybucji osoba unika spolaryzowanego, dogmatycznego myślenia – nie obwinia jedynie siebie, innych czy czynników zewnętrznych, tylko bierze pod uwagę różne czynniki),
3. *zdawanie sobie sprawy z potrzeb słuchacza i odpowiadanie na nie* (osoba udziela wyjaśnień, tam gdzie jest to potrzebne: „Żeby podać przykład...”, zaznacza, że wie, że temat już się pojawił: „Tak jak mówiłem wcześniej...” itp.),
4. *pozostawanie w kontakcie z emocjami* (osoba nie ignoruje ani nie rozładowuje emocji, tylko zdaje sobie sprawę z ich istnienia).

Jak można zauważyć kryteria te znacznie wykraczają poza definicję samego pojęcia spójności. Inne proponowane narzędzia do oceny spójności autonarracji czy historii życia to np. „Skala spójności historii życia” Baergera i McAdamsa [51], która zawiera cztery wskaźniki. Wskaźnik *orientacja* odnosi się do stopnia, w jaki osoba dostarcza kontekstu, parametrów do opisu wydarzeń i zachowań występujących w historii. *Struktura* to wskaźnik stopnia, w jakim narracja zawiera strukturalne elementy historii, takie jak: wydarzenie inicjujące, wewnętrzną odpowiedź, podejmowane próby, konsekwencje. *Ton emocjonalny* szacuje, w jakim stopniu opowiadający używa emocji do oceny i nadawania znaczenia wydarzeniom. Wskaźnik *integracja* mierzy stopień, w jakim narracja opowiedziana jest w integrujący

sposób. Warto także wspomnieć o narzędziu Lysakera i współpracowników [52] – „Skali stopnia narracyjnej spójności”, która składa się z trzech kryteriów: *związki logiczne*, *bogactwo szczegółów* oraz *prawdopodobieństwo*.

Powyższe kryteria dotyczą głównie sposobu, w jaki narracja jest opowiedziana, jej struktury. Oczywiście istnieją także kryteria dotyczące treści, jakie powinna spełniać dobra narracja. Trzebiński [21] wyróżnia na przykład narracje proaktywne i defensywne. Pierwsze z nich zaczynają się od opisu intencji i celu bohatera i koncentrują się wokół prób i przeszkód w jego realizacji. Narracje defensywne natomiast charakteryzują się tym, że główną motywacją bohatera jest utrzymanie *status quo*. Zaczynają się one w momencie, gdy pojawia się jakieś wydarzenie wprowadzające komplikację, z którą bohater próbuje sobie poradzić. Badania pokazują, że narracje proaktywne w większości przypadków są bardziej adaptacyjne – sprzyjają większemu zadowoleniu z siebie, większej skuteczności w realizacji własnych działań, lepszemu przystosowaniu społecznemu itd.

W ramach podsumowania rozważań o kryteriach dobrej narracji warto wspomnieć o propozycji Stemplewskiej-Żakowicz i Zalewskiego [12], aby sformułować dwa ogólne warunki dobrej narracji, które integrowałyby wiele z wymienionych powyżej teorii dobrej narracji. Pierwszy z nich to warunek korespondencji, zgodnie z którym „struktury z niższych poziomów organizacji są adekwatnie reprezentowane w strukturach z wyższych pięt”. Oznacza to na przykład, że te treści, które obecne są w doświadczeniu prenarracyjnym mogą zostać ujęte w narracjach symbolicznych. Drugi warunek – dialogu – jest spełniony wówczas, gdy narracje powstające na różnych poziomach i w różnych kontekstach relacyjnych pozostają ze sobą w interakcji. Nie ma narracji wyizolowanych, oderwanych od innych. Dzięki temu możliwa jest integracja osobowości przy jednoczesnej jej różnorodności.

PODSUMOWANIE I IMPLIKACJE KLINICZNE:

Powyższe kryteria stanowią bardzo istotną podstawę teoretyczną przy odróżnianiu narracji charakterystycznych dla dobrego funkcjonowania od tych dysfunkcyjnych. Dzięki tej wiedzy możliwe jest również wyodrębnianie cech narracji charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń psychicznych i planowanie w związku z tym odpowiednich sposobów pracy terapeutycznej [40, 41, 42]. Wydaje się, że obecnie najwięcej badań w tym obszarze dotyczy schizofrenii, zaburzeń osobowości oraz PTSD [53, 54].

Dimaggio i Semerari [40] zaproponowali klasyfikację najczęściej występujących dysfunkcyjnych form narracji w narracjach pacjentów zgłaszających się na psychoterapię (głównie z zaburzeniami osobowości typu borderline i dysocjacyjnego). Podzielili je na dwie kategorie: *Narracje zubożale* i *Narracje z deficytem w integracji*. Pierwsza kategoria opisuje narracje, które są niewystarczająco bogate i urozmaicone, aby osoba mogła efektywnie radzić sobie w świecie relacji interpersonalnych. Należą do niej subkategorie: *Narracje z deficytem narracyjnej produkcji* oraz *Narracje aleksytymiczne*, które nie odnoszą się do stanów emocjonalnych, pomijają zupełnie ten aspekt funkcjonowania. W ramach drugiej kategorii – *Deficytu integracji* – autorzy wyróżniają cztery subkategorie: *Podstawowy deficyt integracji* odnosi się do narracji, których poszczególne poziomy: emocjonalny, poznawczy, społeczny nie są ze sobą spójne. Subkategoria *Deficyt w integracji reprezentacji siebie i innych* opisuje narracje, w których widoczna jest niemożność zintegrowania sprzecznych obrazów siebie i innych. Trzecia subkategoria to *Deficyt w hierarchizacji*, czyli trudność w wybieraniu ważniejszych historii i utrzymywaniu głównego wątku danej narracji. Ostatnią formą zakłócenia w narracji, jaką zauważyli autorzy u pacjentów jest *Deficyt w atrybucji do właściwej funkcji umysłowej i w odróżnianiu rzeczywistości od fantazji* – polega on na niemożności odróżnienia rzeczywistych wydarzeń od tych ze świata snów, marzeń, planów czy fantazji.

Odrębny nurt stanowią badania nad narracjami w zaburzeniach psychotycznych. Koncentrują się one wokół specyficznych zakłóceń w tych narracjach, zwłaszcza niespójności [27, 55, 56] i braku wyodrębnienia głównego bohatera – narratora [27]. W ostatnim czasie pojawiła się bardzo ciekawa propozycja spojrzenia na narracje osób z zaburzeniami psychotycznymi przez pryzmat, wspomnianej wyżej, teorii dialogowego Ja Huberta Hermansa [47, 57] i opisanie ich nie jako niespójnych, ale jako narracji z występującymi zakłóceniami w dialogu wewnętrznym. Lysaker i Lysaker [35] wyodrębnili poszczególne postaci tych zakłóceń występujące u osób doświadczających różnych objawów psychotycznych.

Wiele badań dotyczy narracji osób po doświadczeniu traumy [23, 42, 58]. W narracjach tych obserwuje się specyficzne zakłócenia, przede wszystkim brak spójności i dezorganizację. Innym zaburzeniem jest obecność tylko jednej dominującej narracji, skoncentrowanej wokół powstałego „straumatyzowanego self”. U osób po doświadczeniu traumy obserwować można również dysocjację narracji, a więc wyłączenie traumatycznych przeżyć z historii życia. W efekcie powstaje „milcząca opowieść”, która nie może zostać zintegrowana z autonarracją [58]. Jednocześnie badania pokazują korzystny wpływ tworzenia narracji

o traumatycznym doświadczeniu na funkcjonowanie [23, 58, 59].

W przypadku wszystkich powyższych zaburzeń powstają propozycje metod psychoterapii, które mają na celu poprawę funkcjonowania osoby poprzez pracę nad zakłóceniami w narracji [35, 58, 60]. Wydaje się, że to tylko jeden z wielu powodów, dla których psychiatria powinna korzystać z wiedzy o narracji jako historii, która opisuje i kształtuje życie człowieka.

PISMIENNICTWO

1. Kelly G.A. The psychology of personal constructs. London: Routledge; 1991, s. 241.
2. Trzebiński, Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red); Narracja jako sposób rozumienia świata. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne J; 2002.
3. Barthes R. Wstęp do analizy strukturalnej opowiadań. W: M. Głowiński (red); Narratologia. Gdańsk: słowo/obraz terytoria; 2004.
4. Bruner, J. Life as narrative. Social Research, 71, 691–710;2004.
5. Trzebiński J. Problematyka narracji we współczesnej psychologii. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B (red). Narracja. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
6. Carr D. Time, narrative and history. Bloomington: Indiana University Press;1986.
7. MacIntyre A. Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności. Warszawa: PWN; 1996.
8. Bruner J. Kultura edukacji. Kraków: Universitas; 2006.
9. Ricoeur P. Narrative and interpretation. London and New York: Routledge; 1991.
10. Opczyńska M. Narracje w psychoterapii – ujęcie fenomenologiczne. W: Janusz B Gdowska K., de Barbaro B (red). Narracja. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
11. Nelson K. Narratives from the crib. Cambridge: Harvard University Press; 1989.
12. Stemplewska-Żakowicz K, Zalewski B. Czym jest dobra narracja? Struktura narracji z perspektywy badacza i klinicystów. W: Straś-Romanowska M, Bartosz B., Żurko M (red). Badania narracyjne w psychologii. Warszawa: Eneteia; 2010.
13. Gergen KJ, Gergen MM. Narrative form and the construction of psychological science. W: Sarbin T (red). Narrative psychology: The storied nature of human conduct. New York: Praeger Press; 1986.
14. McAdams D. Power, intimacy and the life story. Personological inquiries into identity. New York: Guilford Press; 1988.
15. Rosner K. Narracja, tożsamość i czas. Kraków: Universitas; 2006.
16. Soroko E. Określanie wad i zalet metod generowania autonarracji. Straś-Romanowska M, Bartosz B., Żurko M (red). Badania narracyjne w psychologii. Warszawa: Eneteia; 2010.
17. Kociuba J. Narracja w praktyce. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B (red). Narracja. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
18. Oleś PK. O różnych rodzajach tożsamości oraz ich stałości i zmianie. W: Oleś PK, Batory A (red). Tożsamość i jej przemiany a kultura. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2008.
19. McAdams DP. Personality, modernity and the storied self: A contemporary framework for studying persons. Psychological Inquiry. 1996; 7, 295–321.
20. Oleś PK. Autonarracyjna aktywność człowieka. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B (red). Narracja. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
21. Trzebiński J. Autonarracje nadają kształt życiu człowieka. W: Trzebiński J (red). Narracja jako sposób rozumienia świata. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.

22. Pennebaker JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*. 1997; 8, 162–167.
23. Pennebaker JW, Beall SK. Confronting a Traumatic Event: Toward an Understanding of Inhibition and Disease. *Journal of Abnormal Psychology*. 1986; 95, 274–281.
24. Gergen KJ. *Realities and relationships: Soundings in social constructions*. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
25. Giddens A. *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press, 1991.
26. Holma J, Aaltonen J. The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*. 1997; 19 (4), 463–478.
27. Lysaker PH, Wickett AM, Wilke N, Lysaker J. Narrative incoherence in schizophrenia. The absent agent-protagonist and the collapse of internal dialogue. *American Journal of Psychotherapy*. 2003; 57, 153–167.
28. Werbart A, Levander S. Understanding the incomprehensible. Private theories of the first-episode psychotic patients and their therapists. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2005; 69, 103–136.
29. Stiles WB, Honos-Webb L, Lani JA. Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*. 1999; 55, 1213–1226.
30. Janusz B, Bobrzyński J, Furgał M, de Barbaro B, Gdowska K. O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatria Polska*. 2010, 44, 1: 5–11.
31. Straś–Romanowska M. Psychologiczne badania narracyjne jako badania jakościowe i ich antropologiczne zaplecze. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B (red). *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
32. Stemplewska-Żakowicz K. Obiektywność i inne metodologiczne cnoty z perspektywy postmodernistycznej wrażliwości badawczej. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B (red). *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
33. Todorova I. The said and the unsaid: approaches to narrative analysis. *Cognition, Brain, Behaviour*. 2007; 11, 229–247.
34. Straś-Romanowska M. Główne idee teoretyczne i metodologiczne psychologii personalistyczno – egzystencjalnej jako dyscypliny humanistycznej. W: Straś-Romanowska M (red). *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa – Wrocław: PWN; 1995.
35. Lysaker P, Lysaker J. *Schizophrenia and the fate of the self*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
36. Józefik B. Od cybernetycznej metafory rodziny do dialogu i narracji. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B (red). *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
37. Morgan A. *Terapia narracyjna. Wprowadzenie*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2011.
38. de Barbaro B. Jak powstaje tożsamość pacjenta psychiatrycznego. W: Oleś PK, Batory A (red). *Tożsamość i jej przemiany a kultura*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2008.
39. Roszczyńska-Michta J, Anczewska M, Waszkiewicz J. *Zdrowienie – budowanie własnej narracji*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2009.
40. Dimaggio G, Semerari A. Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*. 2001; 14, 1–23.
41. France CM, Uhlin BD. Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2006; 79, 53–67.
42. Freer BD, Whitt-Woosley A, Sprang G. Narrative coherence and the trauma experience: An exploratory mixed-method analysis. *Violence and Victims*. 25, 742–755; 2010.
43. Paluchowski WJ. Komputerowa analiza narracyjności. Wybrane problemy metodologiczne. W: Straś-Romanowska M, Bartosz B, Żurko M. (red). *Badania narracyjne w psychologii*. Warszawa: Eneteia; 2010.
44. McAdams DP. The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006; 19, 109–125.
45. Singer JA, Rexhaj B. Narrative coherence and psychotherapy: a commentary. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006; 19, 209–217.
46. Baldwin C. Narrative, ethics and people with severe mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39, 1022–1029.
47. Avdi E, Georgaca E. Narrative research in psychotherapy: A critical review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2007; 80, 407–419.
48. Hermans JHM. The construction and reconstruction of a dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology*. 2003; 16, 89–130.
49. Habermas T, Bluck S. Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*. 2000; 126, 748–769.
50. Androutopoulou A, Thanopoulou K, Economou E, Bafiti T. Forming criteria for assessing the coherence of clients' life stories: a narrative study. *Journal of Family Therapy*. 2004; 26, 384–406.
51. Baerger DR, McAdams DP. Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*. 1999; 9 (1): 69 – 96.
52. Lysaker PH, Clements, CA, Plascak-Hallberg CD, Knipscheer SJ, Wright DE. Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*. 2002; 65, 197–206.
53. Dimaggio G. Disorganised narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006; 19, 103–108.
54. Hermans H, Dimaggio G (red). *The Dialogical Self in Psychotherapy*. Hove & New York: Brunner-Toutledge; 2004.
55. Frankowska M, Trzebiński J. Artykulacja struktury „ja” i narracyjność osobistych historii u chorych na schizofrenię. W: M. Fajkowska-Stanik, K. Drat-Ruszczak, M. Marszał-Wiśniewska (red). *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica; 2003.
56. Gruber J, Kring AM. Narrating emotional events in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008; 117, 520–533.
57. Hermans H, Hermans-Jansen E. *Autonarracje. Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2000.
58. Neymeyer RA, Herrero O, Botello L. Chaos to coherence: psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006; 19, 127–145.
59. Smyth J, True N, Souto J. Effects of writing about traumatic experiences: The necessity for narrative structuring. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2001; 20, 161–172.
60. Salvatore G, Conti L, Fiore D, Carcione A, Dimaggio G, Semerari A. Disorganised narratives: Problems in treatment and therapist intervention hierarchy. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006; 19, 191–207.

Wpłynęło: 08.11.2011. Zrecenzowano: 14.11.2011. Przyjęto: 21.11.2011.

Adres: Mgr A. Chrzczonowicz, I Klinika Psychiatryczna IPiN, 02-952 Warszawa, ul. Sobieskiego 9; e-mail: achrzczonowicz@ipin.edu.pl