



## Narracja a zaburzenia psychotyczne: badania i zastosowanie terapeutyczne

*Narration and psychotic disorders: research and therapeutic applications*

AGNIESZKA CHRZCZONOWICZ

I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

### STRESZCZENIE

**Cel:** Celem artykułu jest przedstawienie przeglądu badań i teorii zajmujących się narracją w zaburzeniach psychotycznych.

**Poglądy:** W artykule przytoczono wyniki badań zajmujących się analizą specyficznych zakłóceń w narracjach osób z zaburzeniami psychotycznymi. Przedstawiono nowe spojrzenie na te zakłócenia, jakie oferuje teoria dialogowego Ja. Omówiono narracyjne metody terapii, stosowane w zaburzeniach psychotycznych. Poświęcono także uwagę nowym zjawiskom, jakimi są perspektywa recovery i uwzględnianie społecznego kontekstu narracji w psychozach.

**Wnioski:** Dokonany przegląd badań pokazuje, że zastosowanie narracji do lepszego zrozumienia i bardziej skutecznej pomocy terapeutycznej osobom z zaburzeniami psychotycznymi jest coraz szersze. Wzrasta także liczba analiz wykorzystujących metody narracyjne. Zwrócono uwagę na to, że zarówno w kontekście indywidualnym, jak i społecznym następuje zwrot od monologu do dialogu.

### SUMMARY

**Objective.** To review studies and theories dealing with narrative in psychotic disorders.

**Review.** Research findings indicating the presence of specific disturbances in narratives of people with psychotic disorders are reported in the paper. A new approach to these disturbances provided by the dialogical Self theory is outlined. Narrative therapy techniques applied in psychotic disorders are discussed. Moreover, new developments such as the perspective of recovery and the social context of narration in psychoses are considered.

**Conclusions.** The review shows that narration is being more and more widely used in order to better understand persons with psychotic disorders and to provide them with more effective therapy. Also narrative techniques are increasingly more often used in analyses. The transition from monologue to dialogue both in the individual, and social contexts is emphasized.

---

**Słowa kluczowe:** narracja / zaburzenia psychotyczne/ dialogowe Ja/ psychoterapia zaburzeń psychotycznych

**Key words:** narration / narrative / psychotic disorders / dialogical Self / psychotherapy of psychotic disorders

---

„Jaźń jest opowiadaniem. Od czasu do czasu i w zależności od osoby, to opowiadanie różni się stopniem spójności, stabilności i stopniem, w jakim jest akceptowane przez innych jako wiarygodne” – pisze Roy Shafer [cyt. za: 1, s. 107]. To opowiadanie, inaczej – narracja – uznawane jest także przez innych teoretyków i badaczy za tożsame ze sposobem, w jaki człowiek rozumie i interpretuje rzeczywistość [2, 3, 4]. Według wielu autorów bowiem tożsamość człowieka ma charakter narracyjny [5, 6].

Wydaje się, że narracja stanowić powinna dla psychiatrii jedno z ważniejszych źródeł informacji o osobie, być narzędziem zarówno badawczym i klinicznym, jak i diagnostycznym [7]. A. Sims [cyt. za: 8 s. 11] na-

piisał: „Komunikacja i jej badanie jest istotną częścią psychiatrii. Mówienie jest oknem do umysłu.” Analiza narracji osób z zaburzeniami psychotycznymi powinna być zatem bardzo cennym źródłem informacji na temat spostrzegania i przeżywania świata przez te osoby. Możemy również zakładać, że przeżywane przez nich trudności ujawniają się właśnie w narracjach.

W tym artykule przeprowadzono przegląd badań i teorii zajmujących się narracją w zaburzeniach psychotycznych, głównie schizofrenicznych – od cech specyficznych, poprzez narracyjne metody terapii, aż po kontekst społeczny. W artykule przyjęto definicję narracji za Trzebińskim [9] – jako sposobu rozumienia i interpretowania rzeczywistości\*.

---

\* Bardziej szczegółowe informacje dotyczące definicji narracji i autonarracji, znaczenia narracji w psychiatrii i jej związków ze zdrowiem psychicznym we wcześniejszym artykule: Narracja w psychiatrii – teoria, zastosowanie, związki ze zdrowiem psychicznym. PpIn 2011; 20 (4): 283–289.

## SPECYFICZNE CECHY NARRACJI OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI

W literaturze napotykamy przede wszystkim analizę specyficznych cech narracji w schizofrenii. Najczęściej przywoływaną cechą jest niespójność. Przez wielu teoretyków i badaczy narracji spójność uznawana jest za jedną z ważniejszych cech „dobrej”, związanej ze zdrowiem psychicznym narracji [7]. W obszernej monografii „Narracja w schizofrenii” Woźniak [8] analizuje różne przejawy niespójności narracji u pacjentów ze schizofrenią, w wymiarach: gramatycznym, semantycznym i pragmatycznym. Woźniak wyodrębnia w narracji poszczególne jednostki składowe analizy: obraz, sekwencję, scenę narracyjną oraz świat narracyjny i bada ich zaburzenia w tej grupie osób. Jego badania wskazują między innymi na to, że im większa złożoność narracji, tym większa jej niespójność, chociaż niespójność można obserwować już na poziomie leksykalnym. Stopień niespójności w narracji jest także zależny od długości trwania choroby – „Świat narracji w przewlekłej psychozie ulega powolnej erozji [...] Związki przyczynowo-skutkowe, czasowe i przestrzenne przestają obowiązywać” – pisze Woźniak [8, s. 213].

Wiele badań koncentruje się wokół przejawów niespójności w języku osób cierpiących na schizofrenię, wiążą się one z pojęciem schizofazji, a więc specyficznymi zaburzeniami mowy występującymi w tej grupie pacjentów. Najczęstsze zaburzenia to właśnie te, które dotyczą spójności wypowiedzi, a więc: ubóstwo treści, nielogiczność, zbaczanie wypowiedzi, utrata celu [10]. Obrębska [11] wskazuje z kolei, że narracje osób cierpiących na schizofrenię są także uboższe pod względem leksykalnym (zwłaszcza jeśli chodzi o przymiotniki i rzeczowniki), a u osób z przewagą objawów negatywnych częściej „puste” semantycznie. Woźniak [8] stawia nawet hipotezę, że to zaburzenia językowe, w tym zaburzenia narracji są jednym z fundamentalnych i pierwotnych zaburzeń w schizofrenii i przyczyniają się do zakłóceń w innych sferach: myślenia, działania etc. Inni autorzy przyczyn niespójności narracji u osób ze schizofrenią dopatrują się między innymi w zaburzeniach poznawczych, objawach negatywnych, identyfikacji z rolą „chorego” czy „oderwaniu” od rzeczywistości i związków z innymi.

Lysaker i wsp. [12] podważają „oczywistość” wniosków o niespójności narracji w schizofrenii i zadają pytanie o to, co dokładnie jest zaburzone/niespójne w tych narracjach oraz: czy każdy rodzaj narracji jest niespójny? Na postawie analiz narracji pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi zarejestrowanych w toku psychoterapii wykazują oni, że osoby te są w stanie tworzyć spójne narracje dotyczące innych ludzi, posiadające bogatą fabułę i bohaterów, spotykanych w większości ludzkich opowiadań. Niespójność pojawia się dopiero wówczas, gdy narracja zaczyna

się odnosić do życia samego narratora, a jeszcze dokładniej do jego poczucia sprawstwa i jego własnych działań. Autorzy ci zwracają uwagę, że w analizowanych tekstach narrator jako główny bohater i protagonista jest w zasadzie nieobecny, a jeśli już – to pozbawiony zupełnie wpływu na własny los, zdany na łaskę i niełaskę sił rządzących jego życiem.

Podobnie Frankowska i Trzebiński [13] w swoich badaniach wykazują niższy stopień narracyjności w opowiadaniach osób z diagnozą schizofrenii, wyrażający się zwłaszcza słabszym stopniem wyodrębnienia głównego bohatera. Ich badania pokazują, że w narracjach osób chorujących na schizofrenię w porównaniu do osób zdrowych, główny bohater nie odgrywa tak ważnej roli, jego emocje i intencje nie są tak jasno zarysowane, nie jest również tak wyraźnie oddzielony od innych postaci opowiadania. Autorzy dowodzą, że na powyższe czynniki ma wpływ stopień wyodrębnienia i rozbudowania struktury Ja. Inaczej niż w analizie Lysakera i wsp. [12] badania te potwierdzają jednak ogólnie niższy stopień narracyjności wypowiedzi u osób z diagnozą schizofrenii, a także niższy stopień narracyjności historii opowiedzianych z perspektywy innej osoby.

Badania Raffard i wsp. [14] pokazują z kolei, że w narracjach osób cierpiących na schizofrenię występują zakłócenia w procesie tworzenia spójnych połączeń między przeszłymi doświadczeniami a obecnym Ja, innymi słowy opowiadając o swoich wspomnieniach osoby te są mniej skłonne do odnoszenia ich do swojego obecnego życia. Zakłócenia te mogą, według autorów, przyczyniać się do upośledzenia poczucia ciągłości Ja. Badania Gruber i Kring [15] wykazują, że narracje osób z diagnozą schizofrenii są mniej rozwinięte, mają mniej zrozumiałe znaczenie i brak im uporządkowania czasowego typowego dla narracji osób zdrowych. Co ciekawe natomiast, w przytoczonych badaniach, narracje osób z diagnozą schizofrenii były tak samo zaangażowane społecznie jak narracje osób zdrowych.

Mimo że wyniki badań nie są jednoznaczne, wskazują jednak na istnienie poważnych zakłóceń w narracji u osób z zaburzeniami psychotycznymi. Co w takim razie może z nich wynikać dla naszego rozumienia tożsamości osób z doświadczeniem psychozy? Jeśli spójna narracja ma tak ogromne znaczenie dla tworzenia się tożsamości, jeśli tożsamość jest opowieścią o życiu [16], to osoby z zaburzeniami psychotycznymi napotykać muszą duże trudności w konstruowaniu własnej tożsamości. Wielu autorów zwraca uwagę na to, że mając trudność w opowiadaniu spójnej i zrozumiałej historii życia, osoby z zaburzeniami psychotycznymi przestają czuć się autorami własnych narracji. Dodatkowo przestają również być tak postrzegane przez innych [12, 17]. W konsekwencji łatwo tracą poczucie sprawczości, wpływu na własne życie.

## TEORIA DIALOGOWEGO JA A ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

Konsekwencje opisanego wyżej sposobu rozumienia psychozy są znaczące, osoby na nią cierpiące można bowiem wówczas postrzegać jako pozbawione poczucia tożsamości. Część autorów [18] sprzeciwia się jednak interpretacji pojęcia tożsamości jedynie w kategoriach narracyjnych i wskazuje na to, że istnieją również inne rodzaje tożsamości, na przykład paradygmatyczna. Lysaker i Lysaker [19] zauważają z kolei, że spostrzeżenia o zakłóceniach w autonarracjach osób z zaburzeniami psychicznymi niosą poważne konsekwencje związane z piętnem, natomiast nie przybliżają do odnalezienia odpowiedzi na pytanie o istotę zakłóceń i możliwość ich naprawy. Dlatego proponują spojrzenie na zaburzenia psychiczne z punktu widzenia teorii dialogowego *Ja* Huberta Hermansa [20]. Zgodnie z tą teorią narracja nie jest dziełem jednego autora, nie musi być opowiadana jednym głosem – przeciwnie: narracja zwykle jest polifoniczna. Hermans odnosi się tutaj do pojęcia powieści polifonicznej, wprowadzonego przez Bachtina [za: 20, 21] – powieści, którą tworzą liczne, często opozycyjne punkty widzenia, ucieleśnione przez jej bohaterów. Każdy bohater jest niezależny i autonomiczny, także względem swojego twórcy, a więc autora powieści, z którym może wchodzić w równorzędną polemikę, nie zgadzać się z nim, a nawet przeciw niemu buntować. Uważa się, że od momentu, gdy Bachtin w ten sposób zinterpretował powieść Dostojewskiego, nastąpił w literaturze „kres ery wszechwiedzącego narratora”. Podobnie w myśli psychologicznej *Ja* coraz częściej rozumiane jest jako polifoniczne, zmienne, a nie jako jedność, monolit.

*Ja* definiowane jest przez Huberta Hermansa [20] jako dynamiczna organizacja autonomicznych pozycji podmiotowych. Pozycje powstają w procesie rozwoju w toku interakcji z innymi ludźmi – ich przykłady to choćby: „*ja* jako dziecko swoich rodziców”, „*ja* jako uczeń”, „*ja* jako fan piłki nożnej”. *Ja* przemieszcza się swobodnie z jednej pozycji do innej, obdarzając je głosem – jest zatem tożsamy z tym, komu w danym momencie tego głosu udziela. Każda z pozycji ma do opowiedzenia swoją historię, może zatem stanowić ośrodek autonarracji. Każda z nich wchodzi w określone interakcje z innymi pozycjami, prowadzi z nimi dialog, wymienia informacje, prowadzi dyskusje lub nawet wojny. Zdrowe *Ja* w tym ujęciu to takie, w którym z jednej strony istnieje możliwość swobodnej wymiany między pozycjami, „wewnętrzna demokracja” – każda z pozycji może dojść do głosu. Z drugiej strony zostaje zachowana pewna hierarchia, a pozycje uaktywniane są adekwatnie do sytuacji.

Jeśli zatem nie istnieje spójne *Ja*, które tworzy spójną narrację, nie możemy mówić o „rozbięciu”

*Ja* w schizofrenii – argumentują Lysaker i Lysaker [19, 22, 23, 24] – a jedynie o zakłóceniach w wewnętrznym dialogu, dialogu między poszczególnymi pozycjami *Ja*. Na podstawie analiz narracji pacjentów ze schizofrenią, zarejestrowanych w toku psychoterapii, wyróżnili trzy główne postaci takiego zaburzenia. Pierwsze z nich (*barren self*) ma miejsce wtedy, gdy dialog sprowadzony jest do minimum, odbywa się tylko w przypadku absolutnej konieczności. Aktywne są jedynie nieliczne, bardzo nieelastyczne pozycje *Ja*. Taka organizacja dotyczy osób, u których w obrazie klinicznym przeważają objawy negatywne. Kolejną możliwością zakłóceń w dialogu wewnętrznym jest proces, w którym brak hierarchii między poszczególnymi pozycjami *Ja*. Autorzy nazywają to zjawisko „wewnętrzną kakofonią” (*cacophonous self*) – każda pozycja może być „ugłośniona” bez żadnego porządku i bez odniesienia jedna do drugiej. W tym przypadku główne, dostrzegalne objawy, to dezorganizacja mowy i myślenia. Trzecia forma („*monological self*”) ma miejsce wtedy, gdy hierarchia między pozycjami jest wyjątkowo sztywna, dominuje najczęściej jedna pozycja, która nie dopuszcza do głosu innych. Dialog zamienia się wówczas w monolog – w obrazie klinicznym dominują urojenia.

Lysakerowie [19, 23, 25] podkreślają ogromną rolę psychoterapii w procesie zdrowienia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – jeśli bowiem psychoza polega w dużej mierze na zakłóceniach w dialogu wewnętrznym, dialog interpersonalny, z terapeutą wydaje się doskonałą drogą do rozwoju konwersacji wewnętrznych. Autorzy proponują różne sposoby pracy dla każdego z trzech typów zaburzenia dialogowego. Mają one jednak cechy wspólne, związane głównie z rolą terapeuty, który powinien być przede wszystkim równorzędnym partnerem dialogu, a więc wzmacniać, stymulować proces uaktywniania się pozycji *Ja* pacjenta, ale nie zastępować narracji pacjenta swoją własną. W przypadku często bardzo chaotycznej, ubogiej czy też oderwanej od rzeczywistości wypowiedzi istnieje może bowiem duża pokusa, aby terapeuta oferował pacjentowi w to miejsce własną historię, punkt widzenia, czy własną interpretację jego problemów. Rolą terapeuty ma być natomiast raczej pomoc pacjentowi w syntezie niespójnej narracji, wzmacnianie ujawniania się nowych pozycji *Ja* czy też bycie „protezą poznawczą” pacjenta w konfrontacji jego historii z rzeczywistością.

## NARRACJA W PSYCHOTERAPII

Terapia w ujęciu dialogowym jest tylko jedną z metod, rozwijaną stosunkowo od niedawna. Terapia narracyjna w przypadku osób z diagnozą schizofrenii odnosiła się początkowo głównie do terapii rodzin-

nej. Obecnie wiele jest nurtów, to co jednak wspólne i ważne zwłaszcza w odniesieniu do osób z doświadczeniem psychozy to twierdzenie, że problem powstaje wówczas, gdy istotne aspekty doświadczenia człowieka nie znajdują odzwierciedlenia w opowiedanej przez niego historii [26, 27, 28, 29]. Tak jest z pewnością w przypadku zaburzeń psychotycznych – jeśli nawet historia jest opowiadana, to jest ona najczęściej niezrozumiała a nawet niesłyszana przez innych. Celem psychoterapii jest zatem odnalezienie języka dla opisu przeżytego przez pacjenta doświadczenia. Dzięki temu doświadczenie to może zostać nazwane, zrozumiane i zintegrowane z całą historią życia, co pomaga odzyskać zakłóconą spójność. Taki cel terapii znajduje poparcie także w wielu badaniach dotyczących korzystnego wpływu tworzenia narracji o traumatycznym doświadczeniu (a takim często staje się doświadczenie kryzysu psychotycznego) na funkcjonowanie osoby, którą ono dotknęło [30, 31, 32].

Ważną rolą tworzenia narracji w terapii jest możliwość odzyskiwania poczucia ciągłości *Ja*, a więc jednej ze składowych poczucia siebie [33]. Badania pokazują, że w przypadku zaburzeń psychotycznych często następuje zakłócenie w poczuciu ciągłości własnej osoby [14]. Pacjenci i ich bliscy często opisują dramatyczną zmianę w swoim poczuciu tożsamości – jakby utracili swoje *Ja* lub też stali się zupełnie kim innym, a nowe, „chorobowe” *Ja* jest przez nich nieakceptowane [34]. Zgodnie z podejściem narracyjnym możliwa jest jednocześnie i ciągłość, i zmiana, jak pisze Baldwin: „ten okres może być zupełnie inny niż moje życie dotąd i być może zachowuję się zupełnie inaczej niż do tej pory, ale wciąż jestem tym *Ja*, które opowiada i o którym się opowiada i które próbuje (nawet jeśli w nieudolny sposób) zintegrować przeszłe i przyszłe wydarzenia we własną historię życia” [17 s.1025].

Jednym z najważniejszych celów w terapii narracyjnej jest dekonstrukcja dominującej „problematycznej” historii życia, tej, która przynosi cierpienie i wybór historii alternatywnej. Proces, który White określił jako „re-autoryzacja” [29], pozwala osobie stać się autorem własnej opowieści – wydaje się to być szczególnie ważne dla osób z zaburzeniami psychotycznymi, które często tracą poczucie sprawczości, bycia narratorem własnej historii. Warto wspomnieć, że propozycja ta różni się trochę od propozycji Lysakerów [35], którzy nie proponują szukania nowej historii ani „naprawiania” starej, ale kładą raczej nacisk na wzbogacanie narracji nieaktywnymi dotąd głosami.

Bardzo ważną konsekwencją rosnącej ilości zastosowań narracji w badaniach i psychoterapii osób z zaburzeniami psychotycznymi jest możliwość oceny wyników leczenia poprzez analizę zmian w narracji [36].

## PERSPEKTYWA RECOVERY

Znaczące wydaje się być zjawisko wykorzystywania teorii narracyjnych oraz psychoterapii narracyjnej do wzbogacania wiedzy o procesie zdrowienia (*recovery*) i popularyzacji idei z tym procesem związanych [37]. „Zdrowienie to proces indywidualnego odkrywania, doświadczania życia z chorobą, jej objawami, własną wrażliwością, wzbudzania nadziei, stawiania realistycznych celów” [38, s.50]. Idee zdrowienia w opiece psychiatrycznej miały zresztą szansę rozwinąć się właśnie dzięki narracjom, to znaczy dzięki świadectwom „z pierwszej ręki” – relacjom samych ex-pacjentów. To oni jako pierwsi zwrócili uwagę na to, że bardzo ważne na drodze do zdrowia jest odzyskiwanie autonomii, zaufanie otoczenia, podejmowanie samodzielnych decyzji dotyczących leczenia, zaszczerpanie nadziei, a więc czynniki, do których psychiatria nie przywiązywała przedtem tak dużej wagi. Koncepcje zdrowienia mają bardzo dużo punktów bliskich teoriom narracyjnym – podkreślają rolę subiektywnego nadawania znaczenia przez osobę własnym przeżyciom, rolę odzyskiwania kontroli nad własnym życiem, bycia autorem własnej historii etc. [36, 37].

## NARRACJA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI W KONTEKŚCIE SPOŁECZNYM

Przyglądając się narracji osób z zaburzeniami psychotycznymi należy pamiętać, że narracje te nie są tworzone w izolacji, jedynie przez osoby cierpiące, ale są „współkonstruowane” przez różne osoby w otoczeniu – rodzinę, lekarzy i innych. Dlatego analizując narracje trzeba wziąć pod uwagę kontekst społeczny. Po pierwsze osoba z zaburzeniami psychotycznymi jest zwykle członkiem konkretnej rodziny i dzieli z rodziną wspólne systemy znaczeń. Co prawda, jak pisze Bogacz [39], zwykle w momencie pojawienia się psychozy, narracja osoby na nią cierpiącej staje się nagle niezrozumiała, obca dla pozostałych członków rodziny. Stosunkowo szybko jednak rodzina zaczyna poszukiwać nowej narracji, która mogłaby dostarczać wyjaśnienia zmian, jakie zaszły – może to być historia o młodzieńczym buncie, o reakcji na stres, o złym wpływie otoczenia etc. Zgodnie z badaniami Sterna i zespołu [za: 40] w rodzinach osób z diagnozą schizofrenii obecne są dwa typy narracji: *historie odtworzenia i naprawy szkód* oraz *historie cechujące się chaosem i zastojem*. Pierwsze z nich pozwalają nadać sens chorobie i sprzyjają efektywnym sposobom radzenia sobie z nią, podczas gdy drugie wiążą się z brakiem takich strategii.

Bogacz [39] wskazuje na to, że najczęściej rodziny po rozpoczęciu leczenia przyjmuje medyczny, psy-

chiatryczny sposób patrzenia na psychozę. Jak pisze de Barbaro [41], narracja *BAD or MAD* zostaje zastąpiona narracją *BED & MED*. Ta medyczna narracja oferuje oczywiście możliwość lepszego rozumienia, co dzieje się z cierpiącym członkiem rodziny, pomocy mu, wiedzę o leczeniu itp. Z drugiej strony jednak niesie za sobą ogromny bagaż społecznie funkcjonujących piętnujących skojarzeń związanych z pojęciem „schizofrenia”, takich jak: deterioracja, chroniczność. Rodzina z upływem czasu przyjmuje taką opowieść jako swoją – chorego członka rodziny traktuje jako niezdolnego do zajęcia się sobą, do podejmowania odpowiedzialności, a siebie jako poświęcających się opiekunów. Zjawisko to opisał jeden z twórców psychoterapii narracyjnej Michael White [42] i nazwał je „zapędzeniem w kozi róg” – cała rodzina razem z osobą chorującą realizuje samospełniającą się przepowiednię o „karierze nacechowanej nieodpowiedzialnością” tej osoby.

Obecnie duży nacisk kładzie się na to, jak narracje osób z zaburzeniami psychiatrycznymi odbierane są przez szersze otoczenie społeczne. W literaturze podkreśla się, że narracje te są dla otoczenia niezrozumiałe, w związku z tym są odrzucane, pozostawiane na marginesie [43]. McAdams [44] zwraca uwagę na szereg wymagań, które musi spełniać narracja, aby była zrozumiała dla słuchacza i aby słuchacz był nią zainteresowany. Dostępność dla słuchacza wydaje się być najważniejszym kryterium, narracje kierowane są bowiem zawsze do kogoś. Jak wspomniano wyżej, narracje osób z zaburzeniami psychiatrycznymi często nie spełniają tego kryterium, są na przykład niespójne. Baldwin [17] uważa, że w związku z tym u osób cierpiących na choroby psychiczne następuje zjawisko „wywłaszczenia” narracyjności, to znaczy odebrania tym osobom prawa do opowiadania historii. Chorzy postrzegani są wówczas również jakby utracili własne *Ja*.

Konsekwencją niezrozumienia i odrzucenia przez otoczenie narracji osób z zaburzeniami psychiatrycznymi jest powstawanie specyficznych społecznych narracji o schizofrenii. Wisdom i współpracownicy [34] zwracają na przykład uwagę na to, że osoby z diagnozą poważnych chorób psychicznych postrzegane są jako nie mające szans na samorealizację. W badaniach Corrigan i współpracowników [45] zidentyfikowano dwie postawy wobec osób z diagnozą schizofrenii: przekonanie, że są one niezdolne do zajmowania się sobą, więc musi to robić system opieki zdrowotnej oraz przekonanie, że osoby z tym zaburzeniem są „niewinne” i „takie jak dzieci”. Takie przekonania niosą ze sobą wizerunek osoby, która traktowana jest szczególnie – przede wszystkim jako pacjent, odbiorca opieki, a nie człowiek, który pełni różne role społeczne czy przeżywa życiowe dylematy [34].

Powyższe badania czy analizy łączą jedno założenie – że *Ja* danej osoby jest konstruowane w procesie komunikacji z innymi. W związku z tym analiza

zakłóceń w narracji czy tożsamości osoby z diagnozą schizofrenii bez uwzględnienia jej otoczenia jest błędem. Bowiem, jak twierdzą na przykład Meehan i MacLachan [46], niezdolność innych ludzi do dostrzeżenia części *Ja* osoby z zaburzeniami psychiatrycznymi przyczynia się dodatkowo do ograniczenia jej *Ja*. Dlatego powinno się mówić raczej o trudnościach w komunikacji między osobami ze schizofrenią a innymi niż przyjmować dominującą opowieść o utracie *Ja* w schizofrenii.

Jeśli narracje osób z zaburzeniami psychiatrycznymi są wyłączone ze społecznego dyskursu, czy też, jak pisze Esstroff [47], obserwujemy niemożność porozumienia się, a wręcz konflikt, dwóch stron – osób cierpiących i profesjonalistów – jakie implikacje wnosi wiedza o tym do psychiatrii i psychoterapii? Co jest możliwe do zrobienia na gruncie pomocy psychiatrycznej osobom z zaburzeniami psychiatrycznymi? Wydaje się, że po pierwsze przy badaniach narracji należy brać po uwagę kontekst społeczny, na przykład w przypadku analizy narracji z sesji psychoterapeutycznych dostrzegać również wpływ terapeuty na kształtowanie tej narracji [26]. W ten sposób istnieje większa szansa uniknięcia pułapki związanej z patologizacją narracji osób z zaburzeniami psychiatrycznymi.

Baldwin [17] podkreśla, że profesjonalści pracujący z osobami dotkniętymi chorobami psychicznymi stają się również współautorami ich historii. W związku z tym wymienia kilka sposobów, które mogą przyczynić się do wzmocnienia osoby chorującej w procesie konstruowania narracji. Pierwszym z nich jest utrzymywanie narracyjnej ciągłości, a więc postępowanie zgodnie z przekonaniem, że mimo nawet dramatycznych zmian w życiu osoba pozostaje osobą, która wciąż opowiada swoją historię. W podtrzymywaniu ciągłości według autora pomoc może na przykład wspólne tworzenie historii życia czy opowieści o najważniejszych wartościach; taką funkcję spełniać może również kontrakt Ulissesa (wyznaczanie przez osobę będącą w remisji wskazówek dotyczących tego, jak chce być leczona w okresie nawrotu).

Drugim ważnym zagadnieniem jest utrzymywanie narracyjnego sprawstwa, na które składają się dwa czynniki: zdolność do konstruowania własnej historii oraz bycie współautorem historii innych ludzi (wkład własny w narracje innych). Czynnikiem pierwszym można wzmacniać poprzez rezygnację ze stawiania narracji wysokich warunków (na przykład tego, że muszą one być zbudowane zgodnie z porządkiem chronologicznym) i dopuszczanie także odmiennie zorganizowanych historii. Jeśli chodzi natomiast o czynnikiem drugim Baldwin [17] zauważa, że profesjonalści mają tendencję do traktowania osób cierpiących na choroby psychiczne jako „biorców” ich pomocy, opieki, a nawet narracyjnych struktur, a nie osoby, które wnoszą wkład we własne narracje profesjonalistów. A przecież – tutaj

Baldwin cytuje Ricoeura – „proces kompozycji nie jest ukończony w tekście, ale w jego czytelniku” [17 s. 1027]. Należy więc posługiwać się nie monastyczną, a scholastyczną metodą czytania, a więc zadawać sobie pytanie: „Co ten tekst mówi do mnie/o mnie?”.

Ważnym punktem, o którym należy pamiętać jest sprzeciw wobec dominujących (także w psychiatrii) historii, na przykład tych związanych z przekonaniem o chroniczności, deterioracji, tych wyznaczonych wyłącznie przez model biologiczny etc. Sprzeciw ten może się wyrażać choćby poprzez wspieranie odmiennych, indywidualnych, wzmacniających historii o zdrowieniu, samorealizacji (ta myśl wydaje się być bliska opisanej wyżej perspektywie *recovery*). Ostatnią, wymienioną przez Baldwina [17] wskazówką, jest zwrócenie uwagi na „małe historie” – pokazuje on, że badacze mają tendencję do koncentrowania się raczej na tych „wielkich narracjach”, a więc historiach życia, których tworzenie wymaga wielu kompetencji [7] i może być w danym momencie, zwłaszcza w sytuacji kryzysu, trudne do wykonania. Dlatego zadaniem badaczy i klinicystów powinno być także wzięcie pod uwagę „małych historii”, opowiadanych w toku interakcji z innymi, fragmentarycznych, pełnych niekonsekwencji i dwuznaczności. Historie te pokazywać bowiem mogą, jaki wysiłek wykonuje osoba, aby poprzez codzienne interakcje utrzymywać poczucie tożsamości [48].

Jednym z najtrudniej przyjmowanych przez otoczenie typów opowieści osób z zaburzeniami psychicznymi są treści urojeniowe, które najczęściej wzbudzają przerażenie, są przez otoczenie odrzucone lub też interpretowane w kontekście medycznym, jako objaw. Lorem [49] twierdzi, że również te historie powinny być analizowane tak jak narracje, a więc przyjmując hermeneutyczne założenie Gadamera [za: 49] o spójności wewnętrznej – że narracja kreuje swój własny kontekst, odrębną rzeczywistość i musi być rozumiana na swoich własnych warunkach, w tych warunkach ma bowiem sens. Jednocześnie, zgodnie z myślą Ricoeura [za: 49], że odbiorca jest współautorem narracji, urojeniom można następnie, poprzez dialog, nadawać znaczenie, które będzie zrozumiałe dla osoby i jej otoczenia.

## **NARRACJA W PSYCHOTERAPII W KONTEKŚCIE SPOŁECZNYM**

W związku z ogromnym znaczeniem, jakie ma dla tworzenia narracji w zaburzeniach psychicznych kontekst społeczny, zaczęto ten kontekst brać pod uwagę również w psychoterapii. Oczywiście, psychoterapeuci narracyjni wykorzystują kontekst społeczny od początku w pracy z różnymi zaburzeniami – na przykład poprzez metodę świadków zewnętrz-

nych, a więc zapraszanie na spotkanie terapeutyczne osób z otoczenia społecznego pacjenta (lub profesjonalistów), które wysłuchają i potwierdzą nową, preferowaną opowieść pacjenta [50].

W swoich badaniach Werbart i Levander [51] analizowali narracje dotyczące teorii na temat przyczyn wystąpienia psychozy osobno u pacjentów i u ich terapeutów. Teorie osób chorujących i profesjonalistów były najczęściej odmienne, ale okazało się, że większą poprawę odnotowano u tych pacjentów, których terapeuci respektowali ich prywatne teorie.

Ciekawym przykładem wykorzystania kontekstu społecznego w leczeniu zaburzeń psychicznych jest podejście Otwartego Dialogu, realizowane od kilku lat w Finlandii [28, 52]. Wywodzi się ono z terapii rodzinnej, ale zorientowane jest właśnie na szersze sieci społeczne, w spotkaniach biorą udział nie tylko pacjent i jego rodzina, ale także inne zaangażowane osoby z otoczenia pacjenta, zajmujący się nim obecnie i wcześniej profesjonalści itp. Podejście kieruje się trzema zasadami, jakimi są: tolerancja niepewności, dialogowość, polifonia.

Tolerancja niepewności odnosi się do zapewniania warunków, w których (zwłaszcza w pierwszym, kryzysowym, często gwałtownym okresie) możliwy będzie spokojny dialog na temat sytuacji, przeżyć każdego uczestnika. Aby udało się to osiągnąć, spotkania w pierwszym okresie odbywają się nawet codziennie, nie naciska się także na szybkie podejmowanie decyzji co do leczenia.

Druga zasada – dialogowości – odnosi się do wspólnego poszukiwania języka dla wyrażenia psychicznych doświadczeń, języka, który będzie zrozumiały dla danej sieci społecznej. Z punktu widzenia społecznego konstrukcjonizmu psychoza jest bowiem czasową, radykalną i przerażającą alienacją z dzielonej komunikacji, tak zwanym: *no man's land*, gdzie doświadczenie nie do zniesienia nie znajduje słów i przez to osoba cierpiąca nie posiada głosu ani sprawczości. W związku z tym najważniejsze jest słuchanie tego, co mówi osoba doświadczająca psychozy i próba zrozumienia – mówienie o własnych odczuciach, zadawanie otwartych pytań.

Zasada polifoniczności oznacza natomiast, że celem terapii nie jest zmiana struktury rodziny, systemu, ale udzielenie głosu każdej z osób uczestniczących. Dlatego profesjonalści nie stawiają hipotez, nie odbywają oddzielnych zebrań poza spotkaniami, wszystkie decyzje dotyczące leczenia podejmowane są w trakcie spotkań. Jeśli między uczestnikami pojawiają się różnice, nie szuka się konsensusu, nacisk kładziony jest raczej na to, żeby każdy mógł wyrazić swoje myśli, uczucia w bezpiecznej atmosferze. Autorzy prezentują wyniki leczenia, które wskazują na dużą skuteczność podejścia w leczeniu kryzysów psychicznych [52].

## PODSUMOWANIE

Przedstawiony powyżej przegląd najczęściej poruszanych w literaturze i badaniach wątków związanych z narracjami osób z zaburzeniami psychicznymi wskazuje, że zastosowanie narracji do rozumienia i pomocy tym osobom jest coraz szersze. Wzrasta także ilość analiz wykorzystujących metody jakościowe, w tym narracyjne. Można także zauważyć, że w obu kontekstach – indywidualnym i społecznym – następuje zwrot od monologu do dialogu. Podkreśla się bowiem, jak ogromną rolę w procesie terapii i zdrowienia pacjentów z doświadczeniem psychozy odgrywa dialog – zarówno interpersonalny, jak i wewnętrzny.

## PIŚMIENNICTWO:

- Rosner K. Narracja, tożsamość i czas. Kraków: UNIVERSITAS; 2006.
- Giddens A. Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. Stanford: Stanford University Press; 1991.
- MacIntyre A. Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności. Warszawa: PWN; 1996.
- Taylor Ch. Źródła podmiotowości. Narodziny tożsamości nowoczesnej. Warszawa: PWN; 2001.
- Bruner J. Life as narrative. Social Research. 2004; 71: 691–710.
- Ricoeur P. Życie w poszukiwaniu opowieści. Logos i Ethos. 1993; 2: 225–236.
- Chrzczonowicz A. Narracja w psychiatrii – teoria, zastosowanie, związki ze zdrowiem psychicznym. Post Psychiatr Neurol. 2011; 20(4): 283–289.
- Woźniak T. Narracja w schizofrenii. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2005.
- Trzebiński J. Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red.) Narracja jako sposób rozumienia świata. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
- Czernikiewicz A. Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii. Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie; 1998.
- Obrębska M. Wielkie narracje w schizofrenii. W: Straś-Romanowska M, Bartosz B, Żurko M. red. Psychologia małych i wielkich narracji. Warszawa: ENETEIA; 2010.
- 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.
- Frankowska M, Trzebiński J. Artykulacja struktury „ja” i narracyjność osobistych historii u chorych na schizofrenię. W: Fajkowska–Stanik M, Drat–Ruszczak K, Marszał–Wiśniewska M. red. Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS; 2003.
- Raffard S, D’Argembeau A, Lardi C, Bayard S, Boulenger J, Van der Linden M. Narrative identity in schizophrenia. Consciousness and Cognition. 2010; 19: 328–340.
- Gruber J, Kring AM. Narrating emotional events in schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 2008; 117: 520–533.
- McAdams D. Power, intimacy and the life story. Personological inquiries into identity. New York: Guilford Press; 1988.
- Baldwin C. Narrative, ethics and people with severe mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2005; 39: 1022–1029.
- Kociuba J. Narracja w praktyce. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B. red. Narracja. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
- Lysaker P, Lysaker J. Schizophrenia and the fate of the self. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Hermans JHM. The construction and reconstruction of a dialogical self. Journal of constructivist psychology. 2003; 16: 89–130.
- Ricoeur P. Czas i opowieść. Tom 2. Konfiguracja w opowieści fikcyjnej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
- Lysaker P, Lysaker J. Psychosis and the disintegrator of dialogical self structure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. British Journal of Medical Psychology. 2001; 74: 23–33.
- Lysaker P, Lysaker J. A typology of narrative impoverishment in schizophrenia: Implications for understanding the processes of establishing and sustaining dialogue in individual psychotherapy. Counselling Psychology Quarterly. 2006; 19: 57–68.
- Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: Recovery, narrative and psychotherapy. Psychotherapy. 2001; 38: 252–261.
- Jędrasik-Styla M, Styla R. Dialogowe podejście do psychoterapii osób chorujących na schizofrenię. W: Grzesiuk L, Suszek H. red. Psychoterapia. Problemy pacjentów. Warszawa: ENETEIA; 2011.
- Avdi E, Georgaca E. Narrative research in psychotherapy: A critical review. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2007; 80: 407–419.
- 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.
- Seikkula J, Olson ME. The Open Dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. Family Process. 2003; 42: 403–419.
- White M. Deconstruction and therapy. Dulwich Centre Newsletter. 1991; 3: 21–40.
- Crossley ML. Introducing narrative psychology: Self, trauma and the construction of meaning. Philadelphia: Open University Press; 2000.
- Pennebaker JW, Beall SK. Confronting a Traumatic Event: Toward an Understanding of Inhibition and Disease. Journal of Abnormal Psychology. 1986; 95: 274–281.
- 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.
- Sokolik M. Psychoanaliza i Ja. Kliniczna problematyka poczucia tożsamości. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza; 1994.
- Wisdom JP, Bruce K, Saedi GA, Weis T, Green CA. “Stealing me from myself”: identity and recovery in personal accounts of mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2008; 42: 489–495.
- Lysaker PH, Lancaster RS, Lysaker JT. Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2003; 76: 285–299.
- France CM, Uhlin BD. Narrative as an outcome domain in psychosis. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2006; 79: 53–67.
- Roszczyńska-Michta J, Anczewska M, Waszkiewicz J. Zdrowienie – budowanie własnej narracji. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2009.
- Anczewska M, Roszczyńska-Michta J. O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia. W: Anczewska M, Wciórka J. red. Umocnienie – nadzieja czy uprzedzenia. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
- Bogacz J. Rodzinne narracje wokół psychozy. W: Janusz B, Gdowska K, de Barbaro B. red. Narracja. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
- Chrzastowski S. „Ścieżki ku sobie i od siebie”. Separacja i jej uwarunkowania w rodzinach osób z rozpoznaniem schizofrenii. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2007.
- de Barbaro B. Jak powstaje tożsamość pacjenta psychiatrycznego. W: Oleś PK, Batory A. red. Tożsamość i jej przemiany a kultura. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2008.

42. White M. Family therapy and schizophrenia: Addressing the “in-the-corner” life-style. *Dulwich Centre Newsletter*. 1987; 14–21.
43. Holma J, Aaltonen J. Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*. 1998; 20(3): 253–264.
44. McAdams DP. The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006; 19: 109–125.
45. Corrigan PW, Edwards A, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 2001; 27: 219–225.
46. Meehan T, Maclachlan M. Self construction in schizophrenia: A discourse analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2008; 81: 131–142.
47. Estroff SE. Spór o podmiot i subiektywność: poetyka, polityka i charakterystyka pierwszoosobowych narracji osób ze schizofrenią. W: Jenkins JH, Barrett RJ. red. *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*. Kraków: LIBRON; 2005.
48. Bamberg M. Talk, small stories and adolescent identities. *Human Development*. 2004; 47: 366–369.
49. Lorem GF. Making sense of stories: the use of patients narratives within mental health care research. *Nursing Philosophy*. 2008; 9: 62–71.
50. Fox H. *Studium terapii narracyjnej*. Podręcznik. Warszawa: Centre for Narrative Practice i MABOR; 2009.
51. 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.
52. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 2006; 16(2): 214–228.

*Wpłynęło: 08.11.2011. Zrecenzowano: 28.11.2011. Przyjęto: 20.02.2012.*

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