



10

**TERAPIA NARRATIVA DE
REAUTORIA**

*João Batista / Carina Magalhães / Patrícia Pinheiro
António Ribeiro / Catarina Rosa / Joana Silva
Miguel M. Gonçalves*

História e/ou Contexto de Emergência

A Terapia Narrativa da Reautoria (TN) surgiu no fim dos anos 80 do século XX, tendo sido inicialmente formulada por Michael White e David Epston (White & Epston, 1990), dois terapeutas familiares oriundos da Austrália e da Nova Zelândia, respetivamente. De acordo com Michael White (Bubbenzer, West & Boughner, 1994), a TN originou-se a partir do seu interesse pelo trabalhos de Gregory Bateson, da sua influência na terapia familiar e de Michel Foucault (Gonçalves, 2008).

A TN resulta da integração de diferentes áreas de conhecimento, constituindo-se como um olhar inovador sobre a psicopatologia e a psicoterapia (McLeod, 2000). Tem sido desenvolvida por diversos autores (Freedman & Combs, 1996; McLeod, 1997; Parry & Doan, 1994), tornando-se um modelo usado em diferentes contextos, como a adição (Gardner & Poole, 2009), o trauma (Beaudoin, 2005), a violência nas relações de intimidade (Gonçalves, Matos & Santos, 2009) ou a depressão (Lopes et al., 2014). É também utilizada com diferentes populações, nomeadamente, crianças, adultos, casais e famílias. Existem diversos modelos terapêuticos de inspiração narrativa, mas atendendo à limitação de espaço, nesta secção vamos focar-nos nas bases teóricas e nos objetivos da TN formulados por White (2007) e por White e Epston (1990).

Bases Teóricas da TN

A TN não se formou a partir do discurso psicológico, constituindo uma síntese de contribuições de diversas ciências sociais e humanas (Besley, 2002). No entanto, os autores que influenciaram a TN participaram, de alguma forma, na construção do paradigma pós-estruturalista. O pós-estruturalismo evidencia a participação humana na construção do conhecimento, assumindo a natureza relativa (contextual) do significado (Sexton, 1997). Desta forma, a TN foi influenciada pelas noções de que as realidades humanas são construídas socialmente, constituídas através da linguagem e organizadas na forma de narrativas (Freedman & Combs, 1996).

No clássico livro de White e Epston (1990), *Narrative Means to Therapeutic Ends*, que lançou as bases deste modelo, os autores identificam Bateson, Bruner e Foucault como as suas principais influências. Outros autores, como Derrida, Goffman, Geertz ou Wittgenstein, influenciaram igualmente a génese e estrutura da TN (Freedman & Combs, 1996). De seguida, apresentam-se as noções que influenciaram a TN.

Do mapear à narrativa: a influência de Bateson e Bruner

Gregory Bateson, um dos proponentes da chamada primeira cibernética da terapia sistémica (Relvas, 2000), foi uma influência central da TN. De acordo com Bateson (1972;1999), conhecemos a partir de um processo de comparação e distinção entre dois

campos de significação, como num contraste entre figura e fundo. A criação de contrastes ao longo do tempo permite, assim, o mapeamento dos acontecimentos e a sua distinção (Gonçalves, 2008). Outra influência de Bateson na TN refere-se à noção de “constrangimentos de redundância” (White & Epston, 1990). Este conceito pode exprimir-se na ideia de que há constrangimentos ao longo do tempo que se traduzem na probabilidade aumentada de um determinado acontecimento ocorrer em detrimento de outros. Bateson refere-se a este tipo de explicação como uma explicação negativa e, ao longo da sua obra (1972;1999), assume que as ciências humanas não deveriam procurar explicações positivas, como acontece quando se conceptualiza um comportamento como resultado de uma fixação ou aprendizagem (p.ex.: alguém está persistentemente triste, porque tem características depressivas de personalidade). Sugere, alternativamente, que se procurem explicações negativas, mapeando as circunstâncias e constrangimentos que tornaram os comportamentos mais prováveis.

Apesar da influência destas noções na TN, Michael White (White & Epston, 1990) começou a interessar-se pela metáfora narrativa, por ser mais dinâmica e próxima da forma como os clientes falam em terapia. O interesse pelo uso da metáfora narrativa iniciou-se na década de 80 do século XX, com autores como Bruner (1986), Sarbin (1986) ou Polkinghorne (1988). Como refere Bruner (1986), é a partir desta altura que o significado se torna um aspeto central nas ciências sociais, valorizando-se a forma como se interpreta o mundo e os códigos que regulam essa atribuição de significado.

Bruner (1990) propõe que os seres humanos dispõem de duas formas de estruturar o conhecimento: o modo paradigmático e o modo narrativo. O modo paradigmático baseia-se na lógica e na racionalidade, visando identificar explicações gerais para os fenómenos humanos. O modo narrativo baseia-se na verosimilhança e na plausibilidade de uma dada versão da realidade. Ou seja, certas explicações e versões dos acontecimentos são preferenciais em função da versão cultural que partilhamos com os outros, e não por qualquer critério externo e fixo de verdade (Bruner, 1990). Os seres humanos podem operar nestes dois modos em função dos contextos em que se movem. Por exemplo, se estamos a estudar psicoterapia, podemos dizer que é verdade que White se inspirou em Bateson e Foucault (aqui, a verdade é dos factos históricos). Se estamos a imaginar como será o dia de amanhã, ou a nossa vida daqui a 10 anos, estamos a operar no modo narrativo. É fácil percebermos a relevância do modo narrativo, se recordarmos um acontecimento inesperado. É virtualmente impossível fazer sentido do mesmo mobilizando o modo paradigmático, já que, nestas circunstâncias, a partilha desse acontecimento ou a memorização do mesmo envolve a criação de narrativas de vida (o que os psicólogos cognitivos designam por memória autobiográfica [Nelson & Fivush, 2004]).

Em psicoterapia é mais importante o modo narrativo do que o modo paradigmático, já que uma parte significativa do processo de construção da realidade subjetiva (i.e., do conhecimento humano no quotidiano) ocorre através da atribuição de significado às experiências, tendo um carácter aberto, contextual e partilhado (Bruner, 1990). Ou seja, a interpretação da experiência ocorre de uma forma partilhada com os outros, fundada a partir dos

discursos vigentes na cultura a que a pessoa pertence (Haré-Mustin, 1994). Como referem White e Epston (1990), no esforço de atribuir sentido à vida, as pessoas encaram a tarefa de configurar as suas experiências em sequências temporais, de forma a alcançar um relato coerente de si mesmas e do mundo que as rodeia. Ao mesmo tempo, a narração de eventos de vida implica uma seleção dos aspetos a historiar, havendo sempre experiências que não são narradas (Freedman & Combs, 1996). Como se irá verificar na descrição do processo terapêutico, este carácter aberto e indeterminado da narrativa é uma noção central da TN, que está na base da possibilidade (ou inevitabilidade) dos seres humanos mudarem ao longo das suas vidas.

Considera-se, assim, que as narrativas de vida organizam os eventos de vida da pessoa, estabilizando ou ordenando provisoriamente a sua identidade (Gonçalves, 2003), e que nesse processo há sempre uma interpretação dominante da experiência e eventos que são excluídos, não sendo narrados por não se encaixarem na interpretação dominante da experiência (Bruner, 1986). Considere-se, a título de exemplo, uma interpretação dos eventos de vida centrada nas premissas "eu não tenho valor" ou "sou uma falhada". As experiências de vida que confirmem estas noções serão privilegiadas na narração desta pessoa, enquanto aquelas experiências que não se enquadrem nestas premissas serão negligenciadas ou excluídas das narrativas de vida.

A adoção da metáfora narrativa permite, desta forma, evidenciar diferentes constrangimentos, de forma semelhante ao proposto por Bateson (1972; 1999), a vários níveis, desde a cultura à história pessoal. Esta metáfora facilita igualmente a compreensão da forma como determinados eventos de vida são privilegiados e outros negligenciados na interpretação da experiência.

A análise do poder e a desconstrução: a influência de Foucault

A metáfora narrativa serve igualmente de ponte entre o território da significação e do conhecimento enquanto poder. Considerando a existência de múltiplas histórias (com múltiplos significados) sobre uma pessoa e as suas relações, White e Epston (1990) sugerem que há narrativas que promovem o bem-estar e o sentimento de competência e outras que constrangem, desqualificam e patologizam. A história que prevalece ou domina a atribuição de significado aos eventos quotidianos determina, em larga medida, a natureza da nossa experiência vivida e os nossos padrões de ação. É esta ideia da prevalência de histórias patologizantes nas pessoas em sofrimento psicológico que torna relevante a exploração do conhecimento enquanto poder (White & Epston, 1990).

Michel Foucault aprofundou a forma como os processos de construção histórico-cultural constrangem os pressupostos que organizam a nossa vida, tendo influenciado a TN a este nível (Gonçalves, 2008). Na perspectiva de Foucault (1986), o poder é constitutivo, na medida em que molda a vida, as ideias e as relações das pessoas. Mais ainda, a linguagem é um instrumento de poder, organizando-se em discursos, formatando as escolhas

das pessoas em relação aos eventos de vida que podem ser historiados e à forma como o "devem" ser (Freedman & Combs, 1996). Os discursos valorizados pelo poder num determinado contexto histórico-cultural tornam-se, portanto, "verdades" que definem normas em torno das quais as pessoas são incitadas a constituir as suas vidas (Foucault, 1979; 1984).

Esta forma de poder normativo, emergente a partir do século XVII, foi sendo internalizada, organizando a conduta das pessoas, e criando modos de subjetivação que indicam, nomeadamente, o que é adequado e normal, organizando assim a nossa subjetividade, especificando o que é aceitável e o que será marginalizado (Gonçalves, 2008; Monk & Gerhart, 2003). Por exemplo, nas sociedades ocidentais é normal as pessoas pensarem a sua experiência a partir de um discurso psicologizado em que dominam termos como autoconceito, autoestima, determinação pessoal, etc. É fácil de perceber que estes termos só podem ser organizadores da conduta após o Iluminismo (Danziger, 1990). Este discurso abre novas possibilidades de significação da experiência, mas cria também importantes limitações.

Finalmente, Foucault (1974; 1984) sugeriu de igual forma que o resgate de conhecimentos marginalizados e negligenciados e a criação de um espaço adequado para que possam ser desempenhados conduz, necessariamente, ao questionamento dos conhecimentos dominantes. Resumidamente, a dupla influência de Foucault na formulação da TN assenta, por um lado, na análise de como os discursos dominantes se constituem verdades que ocultam outras possibilidades; por outro lado, no modo como a recuperação de conhecimentos previamente negligenciados pode permitir às pessoas recuperar possibilidades alternativas preferenciais (White & Epston, 1990).



Objetivos

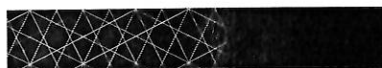
Contrariamente ao que acontece com outros modelos de psicoterapia, a TN não parte de uma teoria do funcionamento psicológico que oriente os objetivos e práticas clínicas. Pelo contrário, organiza-se a partir de uma série de pressupostos teóricos que evidenciam o carácter contextual e hermenêutico da psicoterapia. Nesse sentido, os objetivos deste modelo não são formulados numa linguagem centrada no funcionamento psicológico (p.ex.: melhorar o humor ou a autoestima), mas na centralidade dos processos de atribuição de significado (interpretação) da experiência e na influência no indivíduo das relações de poder nos contextos em que está inserido.

Como foi referido, as narrativas de vida incorporam diferentes interpretações da realidade, influenciadas pelos discursos dominantes numa dada cultura, dando coerência à vida da pessoa (White & Epston, 1990). Quando uma narrativa de vida deixa de conseguir integrar as diferentes facetas da experiência, tornando-se inflexível e limitadora, estamos perante o que White e Epston (1990) designaram por narrativa problemática ou saturada pelo problema. Este tipo de narrativa, por estreitar o campo da significação e da ação, gera sentimentos de impotência, sofrimento ou desalento, podendo resultar no pedido de ajuda psicoterapêutica (White & Epston, 1990).

Esta noção não só evidencia a dimensão opressiva dos discursos culturais, mas também pressupõe uma perspetiva alternativa da psicopatologia. De facto, White (1994) considera a conceção tradicional de psicopatologia, assente na noção de défice, como uma forma de objetivação da experiência. Por contraponto, a TN propõe que os problemas psicológicos assentam na aceitação de verdades e pressupostos que se tornam opressivos, não possibilitando à pessoa o perspetivar de formas mais satisfatórias de interpretar a experiência e construir a sua identidade (White & Epston, 1990).

Um objetivo central da TN decorre desta conceção de problema psicológico como o domínio de uma narrativa problemática, e consiste na identificação e desconstrução dos pressupostos impostos à pessoa, bem como dos discursos culturais subjacentes (Parry & Doan, 1994). Com a desconstrução, evidencia-se o carácter construído das narrativas culturais dominantes, o seu poder na vida das pessoas e a forma como estas foram internalizadas (Freedman & Combs, 1996).

Uma das consequências das narrativas dominantes é a severa limitação imputada à interpretação das experiências de vida, uma vez que todos os eventos excluídos ou negligenciados por esta narrativa não são narrados nem partilhados, sendo esquecidos (Gonçalves, 2008; White & Epston, 1990). Desta noção decorre outro objetivo central da TN, o de recuperar os conhecimentos subjugados pelos discursos dominantes, de forma a gerar histórias alternativas que incorporem aspetos importantes da experiência até então negligenciados (White & Epston, 1990). O poder transformador da narrativa baseia-se, assim, na capacidade de a pessoa se relacionar de formas preferenciais e mais satisfatórias com os eventos de vida, no contexto de novos significados (Anderson & Goolishian, 1992). À medida que se abre a possibilidade de desempenhar as histórias alternativas, outros aspetos satisfatórios e previamente preteridos da experiência da pessoa podem ser postos em circulação nos seus diferentes contextos de vida (White & Epston, 1990). Ou seja, as histórias alternativas terão, então, de ser consolidadas pelo seu desempenho e validação no espaço social da pessoa (Gonçalves & Gonçalves, 2001).



Fases da TN

A TN considera que os problemas se iniciam e são alimentados pelas histórias opressivas que dominam a vida das pessoas. Neste contexto, o processo terapêutico envolve a criação de espaço para a autoria de narrativas alternativas, que criem possibilidades de a pessoa assumir poder sobre a direção da sua vida (Carr, 1998). Assim, a TN é desenvolvida através da descoberta da história dominante da problemática, da sua compreensão e subsequente reautoria (Gardner & Poole, 2009). Neste processo, o questionamento terapêutico assume particular relevância, não se limitando à recolha de informação, mas permitindo conhecer as formas de significação habituais da

pessoa, examinar os constrangimentos a que está sujeita e explorar formas alternativas de interpretar as experiências de vida (Freedman & Combs, 1996).

White e Epston (1990) propõem que o processo terapêutico se desenrola em três fases: desconstrução, reconstrução e consolidação. Na primeira fase, da desconstrução, é utilizado um conjunto de estratégias que permite o questionamento das "verdades" que sustentam a narrativa problemática (White, 1994). A segunda fase, de reconstrução, consiste na construção de narrativas alternativas que permitem ao cliente ensaiar novas formas de se relacionar com o problema. Por último, a terceira fase envolve a consolidação da narrativa de mudança (Gonçalves, 2008). Após o desenvolvimento de uma nova história, congruente com as preferências, esperanças e valores da pessoa, promove-se a sua expansão de uma forma estruturada.

De salientar que não existe uma separação clara, ou estanque, das três fases, havendo, pelo contrário, um movimento dinâmico entre elas, de forma a potenciar e interligar as mudanças obtidas em cada uma delas (Gonçalves, 2008). De seguida descrevem-se as fases da TN em pormenor.

Fase 1: Desconstrução

Como foi mencionado, esta abordagem assume que as pessoas chegam à terapia devido aos constrangimentos impostos pela narrativa dominante, procurando situar-se o problema "fora" das pessoas. Trata-se de uma perspetiva alternativa face às abordagens tradicionais em psicoterapia, em que o problema é percecionado como estando internalizado, isto é, dentro da pessoa (Gonçalves & Henriques, 2000). Se o problema domina a vida da pessoa e é considerado um défice interno, é mais facilmente percecionado como inultrapassável (Gonçalves & Henriques, 2000). Partindo deste pressuposto, a externalização do problema assume-se como uma técnica central da TN.

A externalização pretende reverter a compreensão interna do problema, permitindo a sua objetivação (White, 2007). O problema deixa de ser a pessoa e passa a ser o problema, tornando as opções para o resolver mais visíveis e acessíveis (White, 2007). A formulação de questões externalizadoras permite ao terapeuta não só distinguir a pessoa do problema, mas também mapear os efeitos do problema na vida da pessoa. Pretende-se, assim, compreender quais os recursos que o problema utiliza para exercer o poder sobre a pessoa e de que forma esta poderá reagir, anular ou diminuir o seu impacto (Gonçalves & Henriques, 2000). Embora a externalização não tenha por objetivo conduzir a pessoa a comportar-se de forma diferente, na liberdade conferida pela construção de múltiplas relações com o problema há um convite implícito para que a pessoa se comporte de modo a não dar poder ao problema, recuperando, assim, a autoria sobre a sua vida. Desafiar a narrativa problemática pode permitir a diminuição da culpa que a pessoa sente por não conseguir mudar, fomentar a compreensão das estratégias que o problema utiliza para ter poder, evitar que a identidade da pessoa se confunda com o problema e, deste modo, facilitar a mudança (Gonçalves & Henriques, 2000).

Nesta fase inicial, é importante compreender a narrativa de vida da pessoa segundo a sua perspectiva, com recurso à escuta ativa e empática, com uma utilização cuidada de questões (Anderson & Goolishian, 1992; White & Epston, 1990). De seguida, apresenta-se um conjunto de tópicos (Tabela 10.1) que podem guiar a formulação de questões no processo de externalização.

TABELA 10.1 Construção da externalização (adaptado de Freedman & Combs, 1996)		
Tópicos externalizadores	Objetivos	Exemplos
História da relação com o problema	Perceber como o problema se instalou na vida da pessoa.	"De que forma a sombra tem vindo a ganhar poder na sua vida?"
Influências contextuais	Aceder ao papel das práticas culturais dominantes que suportam o problema.	"Que características do meio onde vive dão apoio ao funcionamento da sombra?"
Efeitos	Aceder ao impacto do problema nos vários domínios da vida da pessoa e nos seus relacionamentos.	"Que efeitos tem a sombra na sua relação com os seus filhos?"
Estratégias	Explorar as estratégias através das quais o problema influencia a vida e as relações da pessoa.	"Que argumentos usa a sombra para a levar a fazer algo que é contrário ao seu bem-estar?"
Objetivos	Compreender o que pretende o problema para a vida da pessoa.	"Qual é o objetivo da sombra para a sua vida?"
Inter-relação	Mapear o modo como os diversos problemas se apoiam uns nos outros.	"De que modo a sombra se alia com o perfeccionismo para a ter sob controlo?"

Este tipo de questões permite que a pessoa pense e sinta a influência do problema de forma externalizada, começando a perspetivar como poderia ser a sua vida sem o problema. Neste contexto, quando a externalização é bem sucedida começam a surgir exceções ao problema – resultados únicos, a partir dos quais será possível construir a reautoria da história de vida (Carr, 1998). De seguida, apresenta-se uma vinheta clínica que ilustra o uso da externalização. As vinhetas apresentadas pretendem apenas exemplificar as estratégias que o terapeuta pode utilizar no contexto da TN. Na prática deste modelo é importante apoiar o cliente na elaboração das suas metáforas e histórias de vida específicas. O nome da cliente é ficcional.

Vinheta clínica 1 – Da internalização à externalização

Cliente (C): Sou uma pessoa com baixa autoestima, sem confiança em mim própria [discurso internalizador].

Terapeuta (T): Como é que este problema tem afetado a sua vida, Luísa [reformula e explora efeitos do problema]?

TERAPIA NARRATIVA DE REAUTORIA

C: Vivo angustiada. No trabalho sinto muita falta de confiança. Estou sempre a pensar que a qualquer momento vou cometer um grande erro e que vou ser despedida. No meu casamento também. Muitas vezes passa-me pela cabeça que não é justo para o meu marido ter ao lado uma pessoa como eu, que está sempre em baixo [discurso internalizador].

T: OK, então este problema tem contaminado diferentes áreas da sua vida. Convince-a de que a Luísa não é boa o suficiente para manter coisas que são importantes para si, é isso [reformulação externalizadora]?

C: Sim, está presente em vários contextos, persegue-me [discurso externalizador]. Estou sempre a pôr em causa o meu valor [discurso internalizador].

T: Pode explicar-me melhor como é que este problema a persegue [explora estratégias do problema]?

C: Segue-me para todo o lado, como se fosse a minha sombra [discurso externalizador].

T: Acha que "sombra" é um bom nome para o problema [negoceia o rótulo externalizador]?

C: Talvez. Acho que há sempre qualquer coisa que me impede de estar bem [discurso externalizador].

T: OK. Como é que a "sombra" a impede de se sentir bem [explora estratégias do problema]?

C: Penso sempre que não faço nada bem [discurso internalizador].

T: Fale como se fosse a sombra, "tu..." [solicita que assuma a voz do problema].

C: "Tu não fazes nada em condições, não vales nada" [discurso externalizador].

T: Tem ideia de quando é que a "sombra" a começou a tentar convencer de que não tinha valor [explora história da relação com o problema]?

C: Não sei bem, mas acho que a "sombra" já me persegue há alguns anos, só não tinha tanta força como agora [discurso externalizador].

Apesar da externalização ser considerada a técnica de desconstrução por excelência da TN, pode não ser a mais indicada (White, 1989), sobretudo quando não há um problema fortemente internalizado. Em situações de práticas opressivas, como violência ou abuso sexual, White (1989) sugere que a externalização deverá ser usada em relação às atitudes, crenças e estratégias que mantêm a opressão. É preciso ter em consideração que, para além da externalização, há uma diversidade de estratégias que podem ser utilizadas no processo de desconstrução. A título de exemplo, enunciamos três estratégias adicionais de desconstrução: a identificação dos pressupostos que sustentam o problema, as questões da "experiência da experiência" e a escrita de cartas.

A identificação dos pressupostos que sustentam o problema consiste na análise da forma como a história é narrada, de modo a identificar igualmente os temas implícitos. Terapeuta e cliente são convidados a imaginar o mundo sem as pressuposições da narrativa dominante ou com pressuposições alternativas (Gonçalves, 2008). Algumas questões

podem orientar o terapeuta neste desafio dos pressupostos: "Que formas de narração seriam potenciadas por pressupostos alternativos? Como seriam posicionados o narrador e os outros atores envolvidos? O que se torna mais central numa história com estes pressupostos subjacentes?" (Gonçalves, 2008). Estas questões podem ser formuladas ao cliente, adequando a linguagem (p. ex.: "Imagine que tínhamos o poder de reprogramar no seu funcionamento, agora sem estas ideias ou obrigações. Como seria o seu dia a dia?").

Por sua vez, as questões da experiência da experiência permitem a ativação de conhecimentos ou experiências esquecidas ou negligenciadas pela narrativa dominante. O cliente é convidado a imaginar o que outras pessoas significativas na sua vida estão capazes de ver em si (p. ex., qualidades, competências), e que para si se encontra oculto (Gonçalves, 2008). A experiência da pessoa é assim perspectivada a partir da experiência de outro significativo (que valide a pessoa).

No mesmo sentido, também na escrita de cartas (Madigan, 1997; Nylund & Ceske, 1997) é usada a perspectiva de outros significativos, ou da própria pessoa noutro tempo histórico. O cliente é convidado a escrever uma carta com um conjunto de questões, dirigida a alguém significativo, para obter versões alternativas à sua. Algumas dessas questões poderão ser: "De que modo o problema X está a ocultar as melhores capacidades do/a ____?; Que recursos é que o/a ____ tem que nunca permitiram que X controlasse completamente a sua vida?" (Gonçalves, 2008). No uso destas duas últimas técnicas é importante ser cuidadoso na escolha dos interlocutores do cliente e não as usar se as relações forem invalidantes. Uma alternativa é o cliente escrever uma carta a si próprio, no futuro ou no passado, procurando conceber-se de forma alternativa a partir dessas perspectivas.

Fase 2: Reconstrução

À medida que se desenrola o processo de desconstrução do problema, vão surgindo detalhes fora da narrativa problemática que podem ser meras intenções para ter uma relação diferente com o problema no futuro, ou emergirem acontecimentos (p. ex., comportamentos, atitudes, emoções) fora da lógica do problema (Freedman & Combs, 1996). Estes momentos de exceção às histórias problemáticas designam-se por resultados únicos (White & Epsom, 1990). Os resultados únicos são uma forma de acesso ao processo de reautorização (White, 2007), permitindo o desenvolvimento de novos significados e a emergência de experiências que foram ignoradas devido à influência da história dominante (White, 1993). Desta forma, a partir de aspetos que parecem contradizer a história dominante, o terapeuta facilita o desenvolvimento de resultados únicos, introduzindo questões que suscitem a sua emergência, para depois serem elaborados e integrados numa narrativa coerente e alternativa (Gonçalves, 2008). A ênfase é colocada na descrição dos sentimentos, ações e comportamentos manifestados na ocorrência destas exceções e na forma como outros significativos poderão compreender estes RU. Este processo permite ao cliente um desenvolvimento aprofundado da sua experiência, criando terreno para que novos caminhos possam ser reconsiderados como base da mudança (Payne, 2000). Desta forma, perante uma

possibilidade de inovação, é importante convidar a pessoa a refletir sobre aquilo que a mesma representa para si, de modo a clarificar se realmente se constitui como uma direção preferencial – por exemplo: “Gostaria que isto estivesse mais presente na sua vida?” (Freedman & Combs, 1996).

Partindo da noção de Bruner (1986), de que as histórias das pessoas se desenrolam na paisagem de ação e na da consciência, White e Epston (1990) evidenciam a importância de o terapeuta considerar a descrição do contexto, das ações e personagens envolvidos (paisagem da ação), bem como a descrição dos significados, intenções e sentimentos (paisagem da consciência), quando está a colocar questões sobre exceções (ou seja, resultados únicos) ao problema. Desta forma, na paisagem da ação, a atenção recai sobre os aspetos da história que desenvolvem a agência pessoal (Adams-Westcott, Dafforn & Sterne, 1993), enquanto a exploração da paisagem de consciência recai sobre o significado das suas ações.

Vinheta clínica 2 – Identificação e elaboração de resultados únicos

C: Agora a “sombra” está tão forte que eu fico completamente sem vontade de sair de casa, de ir trabalhar, falar com as pessoas... Vou, mas sem vontade.

T: Então, está-me a dizer que ela consegue minar a sua vontade e energia, mas a Luísa não permite que ela domine o seu comportamento, é isso [convida à elaboração de resultados únicos]?

C: Pois... Eu na verdade não deixei de fazer essas coisas, vou sempre, não desisto [resultados únicos]!

T: Há pouco dizia-me que a “sombra” estava muito forte. Como é que ela fica quando consegue sair, ir trabalhar, estar com outras pessoas... [explora paisagem da consciência]?

C: Fica... Quando eu decido fazer essas coisas ela fica mais clarinha, dissipa um pouco.

T: Então há momentos em que consegue enfraquecer o poder da “sombra”. Como é para si conseguir fazê-lo [explora paisagem da consciência]?

C: Nesses momentos sinto-me melhor, ganho força.

T: Imagine que podíamos fotografar a Luísa e a “sombra” nesse momento; como seria essa imagem [explora paisagem da consciência]?

C: Eu maior do que a “sombra”. Acho que nesses momentos, em vez de ela estar à minha volta, escura, enorme e a tapar-me, fica mais fraca e mais clara. Nessa fotografia conseguiria ver-me a mim e à “sombra”, e não apenas à “sombra”.

De seguida é apresentada a proposta de Freedman e Combs (1996) relativamente ao tipo de questões promotoras do desenvolvimento e desempenho de narrativas alternativas (Tabela 9.2), ilustradas na vinheta clínica. À medida que a pessoa é convidada a responder a estas questões, começa a romper com as histórias dominantes e disponibiliza-se para se envolver numa narrativa alternativa (Payne, 2000). Esta nova narrativa deverá permitir uma

continuidade temporal entre o passado, o presente e a antecipação do futuro (Gonçalves, 2008).

TABELA 10.2

Questões promotoras do desenvolvimento de narrativas alternativas (adaptado de Freedman & Combs, 1996)

Tipo de questões	Conteúdo	Exemplos
Ocorrência de resultados únicos	Questões acerca da ocorrência dos resultados únicos, incluindo no domínio da imaginação, ou ainda acerca dos seus contextos de emergência.	"Cliente: Hoje consegui dizer o que penso na minha reunião de trabalho semanal."
Preferência	O terapeuta não define <i>a priori</i> a direção preferida pela pessoa, recorre a questões que explicitem as suas preferências e que conduzam a pessoa a um compromisso com uma alternativa à história problemática.	"Terapeuta: Conseguir dizer o que pensa é algo que gostaria que acontecesse mais?"
Paisagem da ação	Incluindo questões de processo, de tempo, de detalhes, do enquadramento cultural e de eventos hipotéticos que facilitem o desenvolvimento do "contra-argumento" ou de uma nova história, restaurando o sentimento de autoria.	"T: Sabe como o conseguiu desta vez?" "T: Preparou-se de um modo diferente?" "T: O que foi diferente agora, relativamente ao passado?" "T: Que ideias socialmente aceites dificultaram até hoje dizer o que pensa?" "T: Como será o seu futuro se continuar a dizer o que pensa?"
Paisagem da consciência	Questões sobre significados, implicações, características, qualidades, motivações, esperanças, objetivos, valores, crenças, conhecimentos e aprendizagens que convidam a pessoa a assumir uma posição reflexiva.	"T: O que significa para si dizer o que pensa?" "T: De que forma dizer o que pensa está mais de acordo com os seus valores/objetivos/projetos?" "T: Que aprendizagens pode desenvolver se continuar a dizer o que pensa?"

Fase 3: Consolidação

A consolidação é terceira fase do processo terapêutico, envolvendo a expansão e validação da narrativa alternativa, com o intuito de alcançar uma apropriação da identidade alternativa (Gonçalves & Henriques, 2000). Como White e Epson (1990) afirmam, as histórias alternativas que emergem no contexto terapêutico têm de se concretizar no exterior, para atingirem o seu potencial de transformação. Várias estratégias podem ser utilizadas com este propósito, sendo referidas três: batizar a nova história e contrastá-la com a história antiga, criar audiências para a nova história, ancorar a mudança e fomentar uma postura reflexiva.

No batizar da nova história/contraste com a história antiga pede-se ao cliente que pense num título ou metáfora para a história antiga e para a história alternativa, o que

permite acentuar as diferenças entre ambas (Gonçalves, 2008). O terapeuta pode explorar quando é que uma e outra história estão presentes no quotidiano do cliente, facilitando a criação do que Bateson designa por distinções.

A criação de audiências para a nova história baseia-se na importância da validação social (White, 2004). Nesta perspetiva, outras pessoas significativas poderão validar o processo de mudança e, por conseguinte, funcionar como facilitadores neste percurso (Gonçalves & Henriques, 2000). Assim, constrói-se uma audiência que não inclui apenas o terapeuta, e que irá permanecer após o término da terapia (White, 1995). O terapeuta poderá sugerir, por exemplo:

1. A participação de outras pessoas na terapia, de forma a testemunhar o que o cliente conseguiu (Gonçalves, 2008).
2. Pedir que deixe o testemunho para futuros clientes, acerca da forma como superou o seu problema.
3. Convidar a pessoa a colocar a sua história a circular em audiências mais vastas, por exemplo formação de clubes ou associações (Gonçalves & Henriques, 2000).

A estratégia de ancorar as mudanças refere-se à utilização de cartas, nas quais se encontra documentado o processo terapêutico (White, 1990). O processo de escrita lentifica os acontecimentos, levando a uma solidificação e gradual estratificação, o que encoraja a pessoa a desenvolver diferentes leituras da experiência. O cliente poderá ser convidado a partilhar estes documentos com outras pessoas da sua vida. Como forma de expandir os elementos da nova narrativa, o terapeuta poderá ainda partilhar com o cliente as notas do processo terapêutico, ou promover a realização de cerimónias de celebração da mudança que sejam adequadas.

Finalmente, Freedman e Combs (1996) afirmam que o movimento reflexivo numa conversação permite à pessoa tornar-se audiência de si própria, favorecendo a elaboração de significado nas suas narrativas emergentes. Assim, neste processo de consolidação da mudança é pertinente estimular uma posição reflexiva do cliente, convidando-o a identificar e a elaborar acerca dos elementos centrais na mudança (Gonçalves, 2008), e a assumir-se como perito das suas próprias mudanças.

Vinheta clínica 3 – Consolidação da nova narrativa

T: Queria convidá-la a olhar para as mudanças que foram acontecendo nos últimos tempos na sua relação com a "sombra". Imagine que estamos a escrever dois capítulos do livro da sua vida, um sobre a forma como era a sua vida quando chegou à terapia e outro sobre como é agora. Que nome daria a cada um desses capítulos [propõe batizar a nova história e a antiga]?

C: Ah... Ao primeiro capítulo acho que se poderia chamar: "No domínio da sombra". Quanto ao segundo... Acho que o segundo já é mais focado em mim: "A Luísa saiu da sombra".

T: OK, então as personagens principais desses capítulos são diferentes [explora histórias]?

C: Sem dúvida, acho que o primeiro é sobre a "sombra". Eu aparecia muito poucas vezes, era quase uma figurante. Não sabia bem o que queria ou gostava, era a "sombra" o foco da história. No capítulo "A Luísa saiu da sombra" é diferente. Parece que eu passei a dominar a história da minha vida. A "sombra" aparece, mas não a deixo assumir o papel principal, fica com um papel secundário e sem tanto tempo de antena.

T: Consegue identificar o ponto de viragem do primeiro para o segundo capítulo? Qual seria a última frase do primeiro capítulo [explora o processo de mudança]?

C: Ah... O primeiro capítulo acho que terminou assim: "A Luísa já percebeu como é que a sombra a esconde e lhe esconde o mundo e está farta!"

Atitude do Terapeuta

Nesta abordagem teórica, a psicoterapia é considerada um processo de construção partilhada de significados, onde o terapeuta reconhece e respeita os conhecimentos, competências e capacidades da pessoa na resolução dos seus problemas e não assume uma atitude de perito que diagnostica o problema e prescreve soluções e tratamentos (Besley, 2002). A sessão terapêutica é coconstruída entre o terapeuta e o cliente (White & Epston, 1990), numa dinâmica de reciprocidade. O terapeuta constitui-se como apoio para o encontro de inconsistências, assunções escondidas e contradições das histórias, fomentando a emergência de narrativas alternativas (Besley, 2002).

Anderson e Goolishian (1992) sugerem uma parceria colaborativa, onde o terapeuta adota uma atitude de interesse e curiosidade sobre a história do cliente. Pretende-se, assim, explorar as múltiplas construções da realidade em detrimento das questões factuais, privilegiando a linguagem do cliente (Carr, 1998). Os objetivos e as tarefas terapêuticas resultam de um processo de negociação e emergem na própria conversação (Anderson, 2001). Assim, as questões não são usadas com um propósito estratégico de conduzir o cliente a eventuais categorias preestabelecidas (Anderson, 2001), diferenciando-se do método socrático dos modelos cognitivos (Beck, 1997). Com efeito, o desafio das interpretações e significados do cliente não é um objetivo da TN. Em vez disso, esta abordagem preconiza o empoderamento do cliente, ajudando a clarificar a forma como pode *reautoriar* a sua vida e utilizar a sua própria voz em prol das soluções para os seus problemas (Drewery & Winslade, 1997). Ou seja, a TN não é reparadora de défices que o cliente possa ter, mas construtiva da mudança, expandindo as suas competências, de modo a diminuir o poder da narrativa problemática.

Em suma, no processo terapêutico narrativo o foco central é a pessoa, e a articulação entre a diretividade da terapia, com recurso ao questionamento, e a devolução de poder à própria pessoa sobre a sua vida (Drewery & Winslade, 1997; Speedy, 2000).



Indicações e Limites

Tal como foi descrito anteriormente, o foco de intervenção da TN reside na transformação da narrativa problemática subjacente aos problemas psicológicos e, como tal, as suas aplicações clínicas não se encontram definidas a partir de categorias diagnósticas. Apesar desta particularidade, a TN tem sido utilizada em quadros clínicos como a depressão (Lopes et al., 2014), ansiedade (Gonçalves & Henriques, 2000) e perturbações alimentares (Weber, Davis & McPhie, 2006). No *site* do Dulwich Centre Publications (2015) pode ser consultada a lista de estudos realizados e a decorrer sobre a eficácia da TN em diferentes contextos.

A TN considera-se menos adequada em situações em que o cliente não narra a sua história a partir de uma narrativa dominante ou as suas competências narrativas se encontram debilitadas (Gonçalves, 2008). De acordo com Omer (1994), para além das narrativas totalitárias (ou saturadas pelo problema, como preferem White e Epston), as narrativas podem ser problemáticas por serem caóticas ou, ainda, por carecerem de sentido. Nas narrativas caóticas não existe um tema central que organize a experiência nem uma estrutura na sua narração (Gonçalves, 2008). As narrativas caóticas podem estar associadas a um comprometimento das competências narrativas do cliente, fazendo com que a desconstrução não seja um movimento terapêutico indicado (Gonçalves, 2000). As narrativas sem sentido caracterizam-se pelo sentimento de a vida ter sido um desperdício ou que esse sentido deixou de existir (Gonçalves, 2008). Omer (1994) refere quais poderiam ser as tarefas narrativas nestes contextos, como a organização dos episódios de vida mais relevantes (nas narrativas caóticas) ou procurar aumentar o sentido de agência (nas narrativas sem sentido).

Em conclusão, pode-se considerar que a TN, pela natureza não estruturada do processo terapêutico, pode ser aplicada em diferentes contextos clínicos, mas implica um envolvimento do terapeuta com os pressupostos teóricos do modelo. Esta característica faz da TN um modelo exigente, mas flexível na sua aplicação. Por exemplo, não tem qualquer sentido o terapeuta acreditar numa visão deficitária dos clientes e utilizar externalização como um "jogo" terapêutico. A externalização, tal como outras estratégias da TN, é um jogo sério que visa, como sugere White (1991), suscitar a curiosidade do terapeuta e do cliente de um modo inovador: "não é curiosidade, é a curiosidade de como as coisas poderiam ser diferentes, uma curiosidade que se situa fora das histórias totalizadoras que as pessoas têm acerca das suas vidas, fora das práticas dominantes do *self* e das relações" (p. 146).

Referências

- Adams-Westcott, J., Dafforn, T. A. & Sterne, P. (1993). Escaping victim life stories and co-constructing personal agency. In S. Gilligan & R. Price (Eds.), *Therapeutic Conversations* (pp. 258-276). New York: Norton.

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to psychotherapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as a Social Construction* (pp. 25-39). London: Sage.
- Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centred therapies: What would Carl Rogers say? *Journal of Family Therapy*, 23(4), 339-360. doi: 10.1111/1467-6427.00189.
- Bateson, G. (1999). *Steps to an Ecology of Mind*. Chicago: The University of Chicago Press. (Obra originalmente publicada em 1972.)
- Beaudoin, M. N. (2005). Agency and choice in the face of trauma: A narrative therapy map. *Journal of Systemic Therapies*, 24(4), 32-50.
- Beck, A. T. (1997). Cognitive therapy: Reflections. In J. K. Zieg (Ed.), *The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference* (pp. 55-64). Bristol: Brunner/Mazel.
- Besley, A. C. (2002). Foucault and the turn to narrative therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30(2), 125-143. doi: 10.1080/03069880220128010.
- Bubbenzer, D. L., West, J. D. & Boughner, S. R. (1994). Michael White and the narrative perspective in therapy. *The Family Journal*, 2(1), 71-83. doi: 10.1177/1066480794021017.
- Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485-503. doi: 10.1023/A:1021680116584.
- Danziger, K. (1990). *Constructing the Subject*. New York: Cambridge University Press.
- Drewery, W. & Winslade, J. (1997). The theoretical story of narrative therapy. In G. Monk, J. Winslade K. Crockett & D. Epston (Eds.), *Narrative Therapy in Practice: The Archaeology of Hope*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Dulwich Centre Publications (2015). *Research, Evidence and Narrative Practices*. Disponível em: <http://dulwichcentre.com.au/narrative-therapy-research/> (acedido em 12.05.17).
- Foucault, M. (1979). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1984). Space, knowledge and power. In H P. Rabinow (Ed.), *The Foucault Reader*. New York: Pantheon.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*. New York: Norton.
- Gardner, P. J. & Poole, J. M. (2009). One story at a time narrative therapy, older adults, and addictions. *Journal of Applied Gerontology*, 28(5), 600-620. doi: 10.1177/0733464808330822.
- Gonçalves, M. M. & Cunha, C. (2006). Re-autoria, imaginação e mudança. *Psicologica*, 41, 151-167. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.24/356> (acedido em 12.05.17).
- Gonçalves, M. M. & Gonçalves, O. F. (2001). A psicoterapia como construção conversacional. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, Discurso e Narrativa: A Construção Conversacional da Mudança* (pp. 7-26). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. & Henriques, M. R. (2000). *Terapia Narrativa da Ansiedade: Manual Terapêutico para Crianças e Adolescentes*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23. doi: 10.1080/10720530802500748.
- Gonçalves, M. (2003). *A Psicoterapia, uma Arte Retórica: Contributos das Terapias Narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. (2008). *Terapia Narrativa de Re-autoria: O Encontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Braga: Psiquilibrios.

TERAPIA NARRATIVA DE REAUTORIA

- Haré-Mustin, R. T. (1994). Discourses in the mirrored room: A post modern analysis of therapy. *Family Process*, 33(1), 19-35. doi: 10.1111/j.1545-5300.1994.00019.x.
- Kelley, P. (1995). Integrating narrative approaches into clinical curricula: Addressing diversity through understanding. *Journal of Social Work Education*, 31(3), 347-357.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T. & Salgado, J. (2014). Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662-674. doi: 10.1080/10503307.2013.874052.
- Madigan, S. (1997). Re-considering memory: Re-remembering lost identities back toward re-remembered selves. In C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative Therapies with Children and Adolescents* (pp. 338-351). New York: Guilford.
- McLeod, J. (1996). The emerging narrative approach to counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 24(2), 173-184.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage.
- McLeod, J. (2000) The contribution of qualitative research to psychotherapy outcome research. In S. Goss & N. Rowland (Eds.), *Evidence-based Care and the Psychological Therapies*. London: Routledge.
- McLeod, J. (2004). The significance of narrative and storytelling in postpsychological counseling and psychotherapy. In A. Lieblich, D. P. McAdams & R. Josselson (Eds.), *Healing Plots: The Narrative Basis of Psychotherapy* (pp. 11-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Monk, G. & Gehart, D. R. (2003). Sociopolitical activist or conversational partner? Distinguishing the position of the therapist in narrative and collaborative therapies. *Family Process*, 42, 19-30. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00019.x.
- Nelson, K. & Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological Review*, 111(2), 486.
- Nylund, D. & Ceske, K. (1997). Voices of political resistance: Young women's co research on anti-depression. In C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative Therapies with Children and Adolescents* (pp. 356-381). New York: Guilford.
- Omer, H. (1994). *Critical Interventions in Psychotherapy: From Impasse to Turning Point*. New York: Norton.
- Parry, A. & Doan, R. E. (1994). *Story Re-visions: Narrative Therapy in the Postmodern World*. New York: Guilford.
- Payne, M. (2000). *Narrative Therapy: An Introduction for Counsellors*. London: Sage.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. New York: Suny Press.
- Relvas, A. P. (2000). *Por Detrás do Espelho: Da Teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto.
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative and the root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger.
- Sexton, T. (1997). Constructivist thinking within the history of ideas: The challenge of a new paradigm. In T. Sexton & B. Griffin (Eds.), *Constructivist Thinking in Counseling Practice, Research, and Training* (pp. 3-18). New York: Teachers College Press.
- Weber, M., Davis, K. & McPhie, L. (2006). Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural NSW. *Australian Social Work*, 59(4), 391-405.
- White, M. (1989). *Selected Papers*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.

White, M. (1993). Deconstruction and therapy. In S. Gilligan & R. Price (Eds.), *Therapeutic Conversations* (pp. 23-51). New York: Norton.

White, M. (1994). Pseudo-encopresis: De la avalancha a la victoria, del círculo vicioso al círculo virtuoso. In M. White (Ed.), *Guías para una Terapia Familiar Sistémica* (pp. 186-202). Barcelona: Gedisa. (Obra publicada originalmente em 1984.)

White, M. (1994). El rito de inclusión: Enfoque para el tratamiento de la conducta extremadamente descontrolada de niños y adolescentes púberes. In M. White (Ed.), *Guías para una Terapia Familiar Sistémica* (pp. 128-141). Barcelona: Gedisa. (Obra publicada originalmente em 1988.)

White, M. (1995). *Re-authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1997). *Narrative of Therapists' Lives*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2004). *Narrative Practices and Exotic Lives: Resurrecting Diversity in Everyday Life*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: Norton.