

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Joana Maria Aleluia Gomes Sequeira

NARRATIVA, MUDANÇA E PROCESSO TERAPÊUTICO
Contributos para a Clínica e para a Investigação Sistémicas

Dissertação de Doutoramento realizada sob orientação da Professora Doutora Madalena Alarcão, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra tendo em vista a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica.

Coimbra, Julho de 2012

Contatos institucionais do Investigador Joana Maria Aleluia Gomes Sequeira

Instituto Superior Miguel Torga, Largo Cruz de Celas, n°1, 3000 Coimbra

Tef:239488030

Email: joanasequeira@ismt.pt; joanasequeira@esdrm.ipsantarem.pt

Ilustração da capa: Bruno Rolo (brunorolodesign@gmail.com)

Dedico este trabalho ao Francisco
com ele aprendi um novo significado para a tolerância

AGRADECIMENTOS

Este trabalho conta uma história que só foi possível viver, dar significado, partilhar e traduzir nestas páginas, porque outras pessoas importantes comigo percorreram este caminho. A elas quero deixar o meu agradecimento!

À Professora Madalena o meu imenso obrigada! Por ser o alicerce, a referência (profissional, ética e humana), presença constante que norteou e norteia o meu percurso profissional, por me ter escolhido para trabalhar consigo, por acreditar em mim, por me aceitar como sou, sem nunca me ter tentado mudar (coisa muito rara) embora impulsionando, da sua forma discreta e afetuosa algumas das mais importantes e difíceis aprendizagens que fiz ao longo destes anos. A exigência, inteligência e tolerância com que sempre me orientou, nesta tese e em muitos outros trabalhos, constituem um orgulho e riqueza imensa que me ajudam a trilhar múltiplos caminhos. Preservarei com afeto e cuidado a sua amizade!

Aos protagonistas desta investigação, famílias, casais e a todos os outros que, mesmo não estando nestas páginas, este trabalho retrata, quero deixar o meu agradecimento, admiração e respeito. Obrigada por comigo terem partilhado as suas vidas, a descoberta de novas histórias, pela confiança e por tudo o que me têm ensinado ao longo destes anos de encontros terapêuticos. Obrigada pelas lágrimas, pelas gargalhadas e pela eterna capacidade de surpreender!

Aos colegas que colaboraram diretamente nesta investigação em distintas fases do seu desenvolvimento agradeço a disponibilidade. Um agradecimento especial para a Inês Pimentel, Ana Melo e equipa do CAFAP de Viana, Ana Rita Jerónimo, Catarina Santos, Félix Romero à Mónica e ao ex-NUSIAF, através da Doutora Madalena Carvalho.

Aos meus alunos, também razão deste trabalho, quero agradecer a paciência com que me “aturam”, a exigência que colocam na aprendizagem e o respeito que pontua os nossos percursos conjuntos, recheados de desafios, questões, comentários, descobertas e sentido de humor. Eles dão sentido e colocam alegria no meu dia a dia enquanto docente.

A toda a minha família (“grandes e pequenos”) o meu obrigada pela presença incondicional, pela ajuda e apoio de sempre, nesta tese e em outros desafios e pela constante disponibilidade no caminho de regresso a casa.

RESUMO

As terapias sistêmicas contemporâneas adotaram a metáfora das histórias e das narrativas na explicação e compreensão dos sujeitos e dos sistemas com quem intervêm e, conseqüentemente, na conceptualização da terapia e das estratégias terapêuticas que preconizam.

Este enfoque pontuou a exigência de pensar, estudar e descrever a narrativa através dos pressupostos pós-modernos, em particular das terapias narrativas, exigindo, naturalmente, o desenvolvimento de estudos sobre como ocorre a mudança narrativa nas terapias sistêmicas (terapia familiar e terapia de casal). O objetivo deste trabalho é descrever e explicar a mudança narrativa nas terapias sistêmicas de enfoque narrativo.

A investigação aqui descrita inclui: a) a apresentação de um sistema de avaliação da narrativa (Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa - SAMN) desenvolvido para estudar as histórias e narrativas que ocorrem, momentaneamente em sessões de terapia familiar e de casal sistêmicas (capítulo I); b) os estudos de avaliação da sua validade e fidelidade (capítulo II); c) um estudo geral de enfoque quantitativo sobre as dimensões e preditores da mudança narrativa em terapias familiares e de casal (capítulo III); d) uma proposta de modelo compreensivo da mudança - níveis lógicos da mudança narrativa – nas terapias sistêmicas; e f) um estudo de enfoque qualitativo, centrado na análise dos fatores da (não)mudança narrativa em três casos de terapias familiares consideradas de insucesso.

Os resultados permitem concluir que o SAMN descreve e caracteriza as histórias e narrativas que os clientes e terapeutas veiculam na terapia em dois aspectos cruciais: na dimensão forma/estrutura e no conteúdo das histórias. O SAMN pontua as micro e macro mudanças que ocorrem ao longo das sessões e permite identificar pontos de viragem específicos nas histórias conversadas na terapia, em cada família ou casal e em cada sessão. O sistema foi aplicado em vários contextos, com participantes e juízes distintos, e apresenta valores de fidelidade nas cotações considerados genericamente bons, o que valida a sua utilização e reforça a validade dos dados recolhidos sobre as narrativas em foco.

Os resultados desta investigação corroboram o pressuposto fundamental no qual assentam as terapias narrativas: as experiências e significados sobre a vida e sobre os problemas que trazem as pessoas às terapias mudam através das mudanças

que ocorrem nas suas narrativas (identitárias, ou de 1ª ordem) (Carr, 1997). À medida que as narrativas se alteram o que pensamos e fazemos muda também. Este pressuposto verifica-se nas famílias e casais estudados e também no investigador.

Os resultados permitem concluir que processo pelo qual as pessoas mudam acontece pela elaboração de histórias conjuntas (narrativas terapêuticas de 2ª ordem) cuja função é gerar um espaço de reflexão, questionamento, desconstrução e elaboração de outras histórias para os eventos considerados problema. A construção de narrativas terapêuticas de 2ª ordem parece ser um requisito relevante na ocorrência da mudança.

Conclui-se também que, na terapia, podem ocorrer perturbações nas histórias e nas narrativas mesmo que estas não gerem as mudanças desejadas. Para que a mudança seja efetiva é necessário que ocorra não só uma perturbação e um questionamento das *histórias problema* mas que se amplifique tal perturbação/mudança na família/casal e nos sistemas sociais relevantes. A mudança deve ainda ocorrer em várias dimensões das histórias: no conteúdo, no significado e na estrutura. Verificou-se que a introdução de versões subdominantes, de singularidades e momentos de reflexividade narrativa nos casos bem sucedidos, por oposição ao observado nos insucessos, permitem a emergência de novas histórias e significados e a introdução de novos focos ou temas nas sessões, descentrados do sintoma. Na estrutura da narrativa, nos casos bem sucedidos, ocorre um desbloqueio dos elementos/pressupostos reguladores das histórias – níveis superiores de organização narrativa –, em particular, no tempo e na causalidade. Observou-se a introdução do tempo futuro e da causalidade circular apenas nas narrativas das sessões dos casos bem sucedidos, contrastando com a sua total ausência nos insucessos.

Das várias implicações apontadas para a prática clínica sublinha-se a importância: a) da avaliação do funcionamento narrativo dos sistemas sobre as histórias problema e os pontos de bloqueio e enquadramento familiar, social, cultural e político em que estas histórias se desenvolveram e subsistem; b) da introdução de perturbação nos níveis superiores da narrativa (tempo, espaço e causalidade) e a inclusão de temas não problema na sessão desde as fases iniciais do processo terapêutico.

Esta investigação permitiu apresentar o SAMN, apontar as suas potencialidades e limitações no estudo da mudança, pontuar novas descobertas

sobre a compreensão e a promoção da mudança narrativa nas terapias sistêmicas e, finalmente, delinear possibilidades de investigação futuras que reforcem as descobertas aqui apresentadas sobre a mudança no processo terapêutico.

ABSTRACT

Contemporary systemic therapies have adopted the metaphor of stories and narratives to explain and understand subjects and systems, to conceptualize therapy and intervention strategies.

This focus pointed out the need to think, study and describe narratives through the links between postmodern assumptions, specifically narrative therapies, and systemic epistemology. It also demanded the development of studies about how narrative changes occur in systemic therapies (family therapy and couple therapy). The aim of this work is to describe and explain the occurrence of narrative changes in systemic therapy (based on narrative approaches).

The research here described includes: a) the presentation of a narrative assessment system (Assessment System of Narrative Change - ASNC) developed to evaluate histories and narratives, namely, from sessions of family and couples systemic therapy (Chapter I); b) ASNC application and development studies to assess its validity and reliability (Chapter II); c) a general quantitative study about the dimensions and predictors of narrative change in family and couples therapy (Chapter III); d) a proposal of an comprehensive model about narrative change - logic levels of narrative change - for systemic therapies; and f) a qualitative study about three family therapy failures, focused on the analysis of the dimensions and factors responsible for narrative (non)change.

Results indicate that the ASNC describes and characterizes the stories and narratives produced by clients and therapists, in therapy, in two crucial aspects: shape/structure and content of the stories. ASNC punctuates the micro and macro changes that occur during the sessions and identifies turning points in the specific stories talked in therapy, in each family or couple and in each session. ASNC was applied in several contexts, with different participants and judges. Reliability scores were, generally, considered to be good which validates ASNC applications and supports the validity of the data collected about narratives.

Results of this investigation corroborate the fundamental assumption of therapies that are narrative based: the experiences and meanings about life in general and about problems that bring people to therapy change through the changes that occur in their narratives (identity, or 1st order) (Carr, 1997). As narratives change,

what we think and do changes as well. This assumption applies to the studied families, couples and also to the investigator.

The results indicate that the process by which people change happens through elaboration of conjoint stories (2nd order therapeutic narratives) whose function is to generate a space for reflection, questioning, deconstruction and development of alternative stories about problems. The construction of 2nd order therapeutic narratives seems to be a relevant requirement in the event of change.

It was also concluded that in every therapy can occur perturbations in stories and narratives, even if they do not generate the desired changes. For the change to be effective it must not only occur a perturbation and questioning of “problem stories”, but perturbations must also be amplified by the family/couple and social relevant systems. The change should also occur in several dimensions of the stories: content, meaning and structure. The introduction, in successful cases, as opposed to failures, of subdominant versions of stories, singularities and narrative reflexivity moments allowed the emergence of new stories and meanings and also allowed the introduction of new themes in the sessions, away from symptoms. In the narrative structure, in successful cases, the assumptions/elements that regulate stories, in the higher levels of narrative organization - time and causality -, were unlocked. Inclusion of future time and circular causality were observed in the narratives from successful cases.

Important implications for clinical practice were underlined: a) the requirement of a careful evaluation of the narrative functioning of systems about problem stories, locking points and about family, social, cultural and political frameworks and environments in which these stories were developed and exist; b) therapy must introduce perturbation in the upper levels of the narrative (time, space and causality) and include positive themes in therapy sessions, since early stages of the therapeutic process.

This investigation allowed us to present the SAMN, to point out its strengths and limitations in the study of change, punctuate new findings about change comprehension and promotion in narrative systemic therapy and, finally, to outline possibilities for future research, that enhance the here presented findings about the change in the therapeutic process.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO – Da Cibernética à Narrativa: História de um Estudo sobre a Mudança Narrativa nas Terapias Sistêmicas	15
1. Razões e Objetivos Pessoais para uma Investigação	15
2. Posicionamento Epistemológico, Teórico e Clínico	17
2.1. Alguns Pressupostos Sistêmicos	17
2.2. Narrativa: Dimensões e Processos	18
2.3. Problemas e Narrativa	22
2.4. Terapia e Mudança Narrativa	23
3. História de uma Tese	26
Referências Bibliográficas	30
CAPÍTULO I: Assessment System of Narrative Change	35
1. Introduction	36
2. Assessment System of Narrative Change (ASNC)	41
2.1. Description	41
2.2. Application Conditions	49
2.3. Codification	49
2.4. ASNC Applications: From Clinical to Research	50
3. Conclusions	50
References	51
CAPÍTULO II: Assessment System of Narrative Change: Reliability and Validity Studies	55
1. Introduction	56
2. Assessment System of Narrative Change (ASNC)	57
2.1. ASNC General Conception and Dimensions	57
2.2. ASNC Application and Codification	60
3. Validation Studies	61
4. General Discussion and Conclusions	73
References	74
CAPÍTULO III: What Changes in Postmodern Systemic Therapies? Assessing Clients Narratives from Good and Poor Outcome Therapies	79
1. Introduction	80
2. Method	82
2.1. Aims	82
2.2. Participants	82
2.3. Instruments	85
2.4. Procedures	86
2.5. Data Analysis	88
3. Findings/Results	88
3.1. Therapy Outcome	88

3.2. Narratives Characteristics and Evolution	88
3.3. Narrative Dimensions That Predict Therapy Outcome	94
4. Discussion	96
5. Conclusions	100
References	101
CAPÍTULO IV: Níveis da Mudança Narrativa em Terapia Sistémica:	
Um Olhar Cibernético	105
1. Introdução	106
2. Pós-modernidade e Cibernética	109
3. Modelo Cibernético da Organização Narrativa	114
3.1. Níveis e Processos da Narrativa	114
4. Conclusões	123
Referências Bibliográficas	125
CAPÍTULO V: Porque é que as Famílias não Mudam?	
Análise Qualitativa das Narrativas de Terapias Familiares de Insucesso	133
1. Introdução	135
2. Objetivos	138
3. Metodologia	138
3.1. Participantes	138
3.2. Instrumentos	139
3.3. Procedimentos	140
4. Resultados	141
4.1. Família A	141
4.2. Família B	147
4.3. Família C	151
5. Discussão Geral e Conclusões	157
Referências Bibliográficas	161
CONCLUSÕES	169
1. Reflexões sobre o SAMN	169
2. Opções Metodológicas e Limitações dos Estudos	173
3. Resultados da Mudança Narrativa	176
4. Implicações para a Prática Clínica	183
5. Sugestões para Trabalhos Futuros	189
Referências Bibliográficas	191

INTRODUÇÃO

Da Cibernética à Narrativa: História de um Estudo Sobre a Mudança Narrativa nas Terapias Sistêmicas

I. Razões e Objetivos Pessoais para uma Investigação

Viver é construir e reconstruir histórias, histórias que se alimentam recursivamente de tal forma que identificar o início de umas e o fim de outras resulta de pontuações pessoais e subjetivas que podem ser fonte de entendimento e crescimento ou, pelo contrário, podem gerar dificuldades e bloqueios. Enquanto terapeutas, participamos em encontros onde, frequentemente, as pessoas, famílias e casais perderam o sentido de autoria sobre as suas histórias. Na terapia procura-se recuperar essa capacidade, num desafio de mudança que deve ser assumido conjuntamente por parte de terapeutas e clientes.

A “terapia bem sucedida” é uma história, entre histórias. É uma narrativa construída na relação entre clientes e terapeutas que assim se tornam autores e personagens de histórias preferidas. Dotar a terapia de “boas histórias” constitui não só um dever ético dos terapeutas, mas também dos docentes que formam novos terapeutas e dos investigadores que estudam o processo terapêutico. O desenvolvimento de práticas terapêuticas eficazes, fundamentadas no respeito pelos clientes, na sua colaboração, na inclusão das perspetivas de todos os participantes sobre o que é o problema, o que deve ser terapia, que mudanças desenvolver e por que vias construí-las, assume-se como motor fundamental desta investigação.

O respeito e admiração pelos protagonistas destes encontros inspirou um longo processo de pesquisa, pontuado por valores éticos, estéticos e pragmáticos, na procura de respostas sobre o que muda, quais as histórias que melhor servem cada família, quais as estratégias a desenvolver, quais as consequências pragmáticas dessa mudança e como construí-la a partir do respeito pela identidade e coerência dos sistemas.

Descrever *como é que a mudança acontece nas terapias sistêmicas de enfoque narrativo* constituiu o objetivo deste estudo. Algumas questões pontuaram este trabalho: Como se transformam as histórias ao longo da terapia? Como e em que dimensões evoluem as narrativas? Como pode a terapia colaborar ativamente no processo de mudança? Quais são os processos a promover para a reautoria? Quais as diferenças narrativas nas terapias consideradas de “sucesso” e de “insucesso”? Quais as características das histórias que ajudam a prever o sucesso/mudança na terapia? Quais os processos narrativos que melhor explicam o insucesso na terapia? Como pensar a narrativa a partir dos pressupostos organizadores da sistêmica?

A curiosidade que, como terapeuta, docente e investigadora, tenho sobre a mudança narrativa tem sido o motor de questões que vão gerando novas interrogações e para as quais vou obtendo respostas que mais não são do que pontos de partida para novas descobertas.

Assumo, assim, a natureza temporária, local, contextual e culturalmente elaborada das minhas construções sobre a mudança narrativa na terapia. Sou, como terapeuta, docente e investigadora, fruto da influência dos tempos áureos do pós-modernismo e da adoção da metáfora narrativa como organizador do funcionamento do sujeito, das famílias, da terapia e da mudança terapêutica. Este contexto científico marcou profundamente o foco da minha curiosidade. O posicionamento epistemológico assumido neste trabalho, assente na sistêmica como referência estruturante e com integração dos contributos do pós-modernismo, em particular das terapias narrativas e colaborativas, determina a construção de um olhar específico sobre as pessoas, sobre a terapia, sobre os problemas e sobre a mudança.

Esta tese traduz uma narrativa pessoal (de entre muitas outras possíveis) que repousa num complexo exercício de ação, investigação, reflexão e meta-reflexão cuja finalidade é estabelecer ligações, teóricas e clínicas, entre os pressupostos organizadores do pensamento sistêmico e da perspectiva construcionista sobre terapias de enfoque narrativo. Este macro objetivo resulta da necessidade de saber “quem sou”, “como pensar” e “como fazer” nos contextos profissionais nos quais me movo – docência, clínica e investigação – e pretende ser uma resposta integrada aos desafios de mudança e manutenção que cada um deles me coloca.

O contexto de docência confrontou-me com a exigência de construir um conhecimento sólido, articulado, refletido e empiricamente fundamentado entre o que ensinava, como se traduziam esses conceitos na prática clínica e as ligações que

teriam de existir entre estes “dois mundos” – modelos teóricos e clínica. A investigação constituiu-se como o “terceiro mundo” que tem por missão ajudar-me a ligar coerentemente os outros dois.

Na linha de Freedman e Combs (2008), não parto para este trabalho considerando que uma história é tão boa como outra, pois as histórias que moldam os eventos de vida são socialmente construídas e o seu significado não é nem irrelevante, nem trivial, nem fácil de mudar. As histórias e consequentemente as narrativas (individuais, familiares, sociais, etc.) têm efeitos poderosos e concretos nas nossas vidas, não por serem verdadeiras ou falsas, boas ou más, mas porque influenciam olhares, práticas, ações, relações, comportamentos e escolhas.

Perceber que dimensões da narrativa potenciam ou bloqueiam a mudança terapêutica constituiu-se, então, como o motor deste trabalho.

2. Posicionamento Epistemológico, Teórico e Clínico

2.1. Alguns Pressupostos Sistémicos

A terapia sistémica tem a sua origem em abordagens inovadoras desenvolvidas nos anos 50, nos Estados Unidos da América, que protagonizaram uma marcada rutura com o paradigma de saúde mental (centrado no sujeito e seu funcionamento intrapsíquico) vigente à época (Anderson, 2007). A terapia familiar, concretamente, resultou da confluência de um conjunto de fatores contextuais, científicos e clínicos, que obrigaram a olhar para o “doente” como elemento de um contexto social, cultural e familiar que não pode ser ignorado quando procuram equacionar-se possibilidades de mudança face a situações de dificuldade, perturbação ou mal estar, individual, familiar ou social (Alarcão, 2000; Sequeira, 2004).

O grupo do MRI (*Mental Research Institute*) liderado por Gregory Bateson e Donald Jackson começou por propor uma nova compreensão da família, assente nas teorias da comunicação humana, e, mais tarde, sublinhou o papel da linguagem na construção da realidade (Watzlawick & Weakland, 1977). As famílias foram entendidas como sistemas cibernéticos constituídos por indivíduos interconectados, com uma organização particular, e a doença foi assumida como sinal das dificuldades evolutivas e adaptativas do sujeito e dos sistemas, em particular da família. Os sintomas foram equacionados como problemas relacionais e interpessoais e considerados como manifestação de dificuldades de adaptação e cumprimento das funções da família (internas e externas) ou de equilíbrios intersistémicos indesejáveis.

Dessa forma, a unidade de intervenção alargou-se à família e, adicionalmente, a sistemas relacionais relevantes do seu ecossistema, como as redes primárias e secundárias, na tentativa de modificar os processos de interação entre os sujeitos e, assim, garantir a sua evolução e adaptação, quer individualmente, quer como sistema. Este alargamento da terapia à família e a outros sistemas permitiu evidenciar a natureza relacional e social da construção das dificuldades psíquicas.

A segunda cibernética (anos 70/80) e o pós-modernismo (anos 80/90) vieram, ainda que de forma distinta, problematizar a noção de disfunção familiar bem como a adoção de tipologias familiares que, contrariamente aos pressupostos sistémicos originais, entretanto se tinham desenvolvido e afirmado. Aliadas à conceção de terapeuta-perito, tais noções encaminharam os terapeutas familiares para um mundo de certezas e verdades bem diversas das ideias defendidas por Gregory Bateson e para um reducionismo sistémico muito distante da proposta original. Pelo contrário, a tese de que a realidade é construída e de que múltiplas visões são não só possíveis como desejáveis (Gergen, 1994, 1996, 1999; Papp, 1983) implicou uma viragem fundamental no rumo das terapias sistémicas – agora alargadas ao indivíduo, redes e outros sistemas que não o familiar – e à reflexão sobre a etiologia dos problemas. A realidade passa a ser entendida como organizando-se em histórias individuais, familiares, sociais e culturais, geradas, cultivadas e negociadas entre os diferentes intervenientes que assim constroem uma narrativa.

Esta viragem epistemológica permitiu construir formas alternativas de olhar o mundo, capazes de gerar respostas mais integradas e congruentes com as mudanças, desafios e complexidade com que vivemos nos dias de hoje. O pós-modernismo pressupõe não só uma autocrítica como convida a uma análise contínua das suas premissas e aplicações (Anderson, 2007).

2.2. Narrativa: Dimensões e Processos.

Nas últimas décadas, tem-se desenvolvido um interesse particular pelo conceito de narrativa e, da sua aplicação às ciências sociais e humanas, têm surgido várias definições e inúmeras discussões conceptuais (Abbott, 1990; 1992; Freedman & Combs, 2008; Hinchman & Hinchman, 1997; Mishler, 1995; Riessman, 1993; Somers, 1994, cit. por Elliott, 2005).

As narrativas são histórias organizadas em discursos que contêm uma ordem sequencial que liga os eventos em função da audiência e que oferecem visões sobre o

mundo e/ou sobre as experiências dos intervenientes (Elliott, 2005). De entre os elementos chave que organizam a narrativa e lhe conferem inteligibilidade e significância (Hinchman & Hinchman, 1997, cit. por Elliott, 2005) destacam-se a importância do discurso, a temporalidade, a coerência e o significado para a audiência. Por essa razão, Hinchman e Hinchman (*ibidem*) consideram que as narrativas são cronológicas, têm significado e são inerentemente sociais, na medida em que resultam e se dirigem para uma audiência .

A dimensão cronológica está associada à temporalidade que toda a história deve conter, organizando-se com princípio, meio e fim (habitualmente, passado, presente e futuro) e que está expressa nas qualidades e características temporais do discurso. A causalidade é também um elemento central organizador da narrativa na medida em que estabelece relações causais entre os eventos (Brunner, 1986; Polkinghorne, 1988). A combinação da sequência temporal e da causalidade dá origem ao *plot* (Elliott, 2005) que exprime uma ligação causal entre os eventos. A organização causal não obedece necessariamente à sequência em que os eventos ocorreram, traduzindo antes uma lógica de narração e renarração que, tipicamente, resulta na transformação de significados e que assume um carácter fundamental na mudança narrativa, quer na dimensão adaptativa quer na desadaptativa.

A “moral da história” é considerada a componente mais importante da narrativa na perspectiva social (Labov & Waletzky, 1997; Linde, 1993; Polanyi, 1985; Sluzki, 1990). Consiste na avaliação que conduz a audiência à compreensão dos significados dos eventos e que, simultaneamente, indica um tipo de resposta. Assim, a avaliação pressupõe a negociação e a discussão entre o narrador e a audiência, num processo colaborativo de construção de significados que são validados pelos vários intervenientes.

É importante sublinhar que não existe apenas uma história e por isso uma narrativa. Há múltiplas narrativas com níveis de saliência, abrangência e visibilidade distintos, sendo a expressão narrativa apenas uma tradução da articulação dos aspetos referidos, num dado momento, para um contexto específico, com uma dada finalidade e considerando a participação dos vários elementos. As narrativas culturais (macrossistemas) estão presentes na modelação do processo narrativo da família e dos indivíduos, limitando as suas posições narrativas e os conteúdos disponíveis.

Segundo Freedman e Combs (2008) as histórias envolvem eventos organizados no tempo e em contextos particulares e, frequentemente, incluem mais

do que uma pessoa. As narrativas de vida são condensações e abstrações que contêm apenas alguns eventos e circunstâncias. Dos inúmeros acontecimentos que todos os dias acontecem apenas alguns são historiados, sendo-lhes atribuído significado e constituindo-se como *storylines* preferenciais. Uma das razões pela qual as histórias fazem diferença na vida das pessoas é porque sempre que são relatadas é-lhes atribuído significado. Contar, recontar e ouvir histórias envolve um conjunto de rituais que permitem a discussão, emergência e adoção de novos significados. A vida das pessoas é multi-histórica e cada nova forma de contar uma história gera novas possibilidades de construção de significados e de ação, sendo este o foco e objetivo da terapia. A metáfora narrativa encaminha-nos no sentido das possibilidades que se associam à vivência de uma história e orienta-nos para projetos ou direções de vida.

As histórias precisam de contadores e ouvintes. É através das práticas sociais e interpessoais de contar, recontar e atribuir significado que as histórias assumem importância para organizar e mudar a vida das pessoas. As narrativas organizam-se a partir de histórias e estas moldam as relações. As histórias ligam-se a outras histórias, pessoais, familiares e sociais que facilitam ou, pelo contrário, limitam e constroem as possibilidades de evolução do sujeito, das famílias e de alguns grupos.

Brunner (1986) refere, no processo de organização narrativa, dois modos narrativos de pensamento – a paisagem da ação e a paisagem da consciência (ou, no seu mais recente trabalho, a paisagem da identidade). Sugere que as histórias que constituem a vida das pessoas desdobram-se em ambas as paisagens. A paisagem da ação integra o *setting*, o cenário, as personagens envolvidas, as suas ações, os pontos de vista dos múltiplos elementos sobre um dado evento, isto é, *o que aconteceu, em que sequência e com quem*. Independentemente de como a história é vivida na paisagem da ação, ela apenas terá significado se se desenvolver na paisagem da identidade. Esta refere-se ao território imaginário no qual as pessoas traçam significados, desejos, crenças, compromissos, motivações, intenções e valores que se relacionam com as suas experiências na paisagem da ação. Na paisagem da identidade colocam-se as implicações (sentimentos, valores, crenças e projetos) das experiências relatadas na paisagem da ação, devendo as narrativas integrar, de forma coerente e harmoniosa, as duas paisagens. As narrativas “problema” evidenciam dificuldades, lapsos ou lacunas em ambas as paisagens, ou numa delas, seja na sua organização, nos conteúdos ou na coerência entre ambas. No processo de coautoria

de histórias os participantes movem-se entre a paisagem da ação e da identidade, navegando entre uma e outra de forma a elaborar histórias com significado.

Neste sentido, para os autores associados aos movimentos colaborativos e linguísticos da terapia, a narrativa é uma forma de discurso que permite a organização, significação, compreensão e estruturação dos eventos que mantêm a coerência entre as circunstâncias e as experiências de vida (Anderson, 1997, 2002). A perspectiva colaborativa valoriza a influência dos discursos sociais e culturais, protagonizados pelo ecossistema do sujeito/família, na medida em que exercem um papel relevante nas histórias construídas e na sua validação pelas audiências a quem se dirigem (Gergen, 1994). Elas formam, informam e reformam as nossas fontes de conhecimento e perspectivas acerca da realidade. As narrativas e as histórias são pontos de transformação que permitem equacionar perspectivas e criar possibilidades de significação e atuação.

A dimensão colaborativa do processo narrativo revela-se não apenas pelo envolvimento dos narradores e das audiências mas também pela dimensão polifônica do *sujeito* narrativo. Anderson (2002, 2007) equaciona o sujeito como um contador de histórias – *storyteller* – envolvido num processo relacional no qual todos os sujeitos são coautores das identidades que narrativamente constroem. Nesta perspectiva, “o *self* é uma ‘narrativa-dialógica’ e *self* e identidade são processos ‘dialógicos-narrativos’ de identidade” (Anderson, 2007, p. 16).

A plausibilidade narrativa pressupõe coerência entre acontecimentos e significados atribuídos, entre o momento de vivência do acontecimento/evento e a conexão histórica do sujeito/família, entre a história elaborada e as outras histórias. As narrativas organizadas em torno de problemas ou dificuldades possuem frequentemente uma rigidez temporal, de significado e de enquadramento histórico. Estão fortemente associadas aos eventos considerados problemáticos que as tornam inflexíveis, previsíveis e limitadoras face à necessidade de significar e facilitar a evolução narrativa do sujeito.

A construção identitária e narrativa do sujeito implica a elaboração de histórias e narrativas familiares, considerando que é na família que somos, pela primeira vez, autores e coautores de histórias. As abordagens multigeracionais da família, desenvolvidas desde os anos 50, sempre pressupuseram uma conceção relacional do indivíduo e do *self*. Autores como Bowen (1984), Framo (1981), McGoldrick e Giordano (2005) e Walsh (1983, 1993, 1996) equacionaram o

funcionamento individual e familiar em termos intergeracionais, sublinhando o papel das famílias de origem, e de outros sistemas relevantes, no desenvolvimento dos novos sistemas familiares. Embora com enfoques muito diversificados, do ponto de vista conceptual e clínico, partilham da ideia de que o funcionamento individual é pontuado pelas interações familiares, narrativas e histórias construídas ao longo de várias gerações.

A forma como as famílias negociam os significados, validam as perspetivas de cada elemento e elaboram visões partilhadas dos eventos pode ser mais coconstruída ou mais individualista mas desempenha um papel crítico na construção identitária dos indivíduos e na definição do seu papel na família (Fivush, & Buckner, 2003). Com efeito, as famílias que contam histórias colaborativamente, validando e suportando as várias perspetivas, parecem criar contexto para que cada elemento desenvolva uma boa autoestima e autoeficácia, comparativamente com as famílias que discutem temáticas importantes de forma mais independente, não suportativa e desarmonica (Bohanek, Marin, Fivush & Duke, 2006). Os processos comunicacionais, a estrutura familiar, a capacidade adaptativa, a flexibilidade relacional e discursiva da família são aspetos que influenciam os conteúdos e processos narrativos.

As narrativas são a versão discursiva do funcionamento do sistema e uma metáfora organizativa/processual da articulação de várias dimensões. Refletem os conteúdos expressos pelos elementos que dele fazem parte, assim como os temas/versões ou histórias ocultas ou sub-dominantes que são relevantes na manutenção de um equilíbrio que permite ao sistema funcionar. Quando este equilíbrio é perturbado, deve acontecer uma alteração da narrativa (nos processos, conteúdos, comunicação, interações e papéis), emergindo histórias novas ou salientando-se histórias sub-dominantes.

2.3. Problemas e Narrativa

Os sintomas ou problemas parecem estar vinculados a narrativas limitadoras ou constrangedoras do funcionamento individual ou familiar. O discurso problema domina o conteúdo e os processos narrativos (Matos, 2006) e define componentes chave da narrativa: os intervenientes (protagonistas e elementos passivos), os papéis, a relação causal, temporal e contextual entre os elementos e os eventos, a moral/valor conotativo da história e a conceção de sucesso ou insucesso da história. White (2007) refere-se à narrativa saturada pelo problema, ou narrativa totalitária,

para evidenciar a natureza dominante do conteúdo problema que impede o desenvolvimento de interações e discursos alternativos.

Os problemas que trazem as pessoas à terapia podem ser resultado de um bloqueio nos processos discursivos e relacionais de construção do significado, da experiência, ou do fracasso das soluções tentadas para lidar com esse bloqueio (Botella, 2001). O problema reside na construção discursiva atribuída aos eventos e não tanto no evento ou acontecimento em si. Os problemas refletem, assim, uma dificuldade, na narrativa pessoal e do sistema, de ver refletidos os aspetos vitais da experiência dos sujeitos.

No processo de atribuição de significados, as narrativas socialmente disponíveis podem exercer uma influência normativa forte nas construções disponíveis, levando os sujeitos a pontuar a sua realidade subjetiva de acordo com a perspectiva macrossistémica, de carácter generalista, sobre o evento. Neste processo, correm o risco de perder parte da sua subjetividade e de ceder à tentação de adoção de discursos sociais “constrangedores”.

2.4. Terapia e Mudança Narrativa

A compreensão do funcionamento dos sistemas enquanto processos narrativos de complexidade considerável conduziu, nas terapias sistémicas de enfoque narrativo, a mudanças significativas na forma de olhar para os problemas e de conceber a mudança, com reflexo na forma de fazer a terapia e de equacionar o do papel dos diferentes intervenientes. Desenvolveu-se uma postura terapêutica assente numa filosofia de respeito, curiosidade, colaboração e coconstrução de realidades terapêuticas entre os participantes. A terapia passa a ser concebida como um processo colaborativo e não hierárquico e a mudança como uma coevolução entre clientes e terapeutas, onde todos se transformam. As abordagens pós-modernas focalizam-se na construção de diálogos abertos *com* e *na* família, não vendo a família como problemática mas como sistema discursivo e relacional com recursos para gerar transformações narrativas (Anderson & Goolishian, 1992; Fishbane, 2001; Freedman & Combs, 1996; Wwhite 1995).

O processo é recursivo: à medida que as conversas sobre a experiência evoluem e mudam, os significados conferidos às experiências também se transformam, num processo de “transformação da transformação” ou de meta mudança narrativa que enquadra as dimensões pragmáticas, interacionais, cognitivas

e discursivas da narrativa interpessoal (Anderson, 2007; Gergen, 1999; Hoffman, 1990; Shotter, 2000).

A terapia é concebida como um processo no qual as narrativas problemáticas são (re)construídas de forma a tornarem-se mais coerentes, complexas e inclusivas. Ao terapeuta cabe um papel de ouvinte do processo de *storytelling* e de coeditor das novas narrativas (Anderson, 1997) que resultam não apenas de um processo colaborativo entre clientes e terapeutas, mas também entre clientes e audiências sociais e culturais significativas. Na construção narrativa, a terapia pressupõe a participação de audiências escolhidas em função das histórias, valorizando assim a ideia de *membership* como ingrediente fundamental da construção e validação de possibilidades discursivas alternativas. Esta perspectiva da terapia faz da busca pela audiência certa algo tão importante como a procura da história mais útil. Uma vez encetado o processo criativo, ele pode desenvolver-se em qualquer direção e o efeito de transformação será alargado a todos os elementos do processo terapêutico.

O terapeuta deve colocar questões que explorem a construção e emergência de versões que sensibilizem o cliente para outras audiências e experiências, colaborando na construção de histórias mais próximas das desejadas (Beels, 2009). A flexibilidade narrativa (na forma, conteúdo e processo) deve ser o foco do trabalho terapêutico (Avdi & Georgaca, 2007; Botellha, 2001; Josselson & Lieblich, 2001; Parry & Doan, 1994; Schaffer, 1992). A descoberta e validação das narrativas subdominantes e a construção de narrativas alternativas valoriza os discursos e vozes discordantes, enriquece, diversifica e complexifica o quadro narrativo da família.

Quando as pessoas procuram a terapia estão frequentemente envolvidas numa história que está apoiada apenas em algumas das suas múltiplas experiências e acontecimentos de vida, frequentemente organizada em torno de um evento considerado problema. Segundo Fredman e Combs (2008) a terapia pressupõe que essa história seja ouvida e que nela se procurem outras vias de construção. Ouvir com a atitude de procurar outras possibilidades permite pontuar referências implícitas ou explícitas a outras versões dos mesmo eventos, ou a eventos não referidos e que não fazem parte da estrutura da história problemática. As pessoas são convidadas a reportar-se aos eventos e a contar, a si e aos terapeutas, os significados, reflexões e novas possibilidades, desenvolvendo histórias vividas e memoráveis que conduzem a múltiplas *storylines*, que complexificam significados e

geram novas possibilidades de vida. As histórias problemáticas não desaparecem mas o seu significado transforma-se quando elas são colocadas em perspectiva de uma narrativa multi-histórica.

Estas novas possibilidades e histórias encontram-se no próprio discurso dos clientes; o terapeuta apenas se limita a dar-lhes possibilidade de discussão e espaço na terapia, procurando arrastá-las para contextos relacionais diversificados e mais abrangentes. No processo de validação devem ser ampliados aspetos como a iniciativa ativa dos intervenientes a capacidade meta-reflexiva, a consciência do processo narrativo e maior abertura a alternativas. Na terapia de enfoque narrativo o principal objetivo é a construção de novas histórias e narrativas mais ajustadas à facilitação da evolução, bem estar e desenvolvimento dos sujeitos e famílias, valorizando as suas ideias e preferências de vida.

De uma forma geral, as terapias narrativas assumem-se como contexto de construção de novas direções de vida para os clientes. Desenvolvem-se através de múltiplas estratégias, posturas e intervenções, tais como:

1. os clientes nomeiam o que é problema e o que será o seu projeto futuro ou direções desejadas de vida;
2. terapeutas e clientes ouvem as histórias sobre os problemas, as suas consequências e implicações e identificam, conjuntamente, os discursos e versões que suportam essas histórias;
3. os terapeutas exploram novas versões, solicitando outros eventos não relatados e pontuam outras possibilidades de ser, agir e contar que podem acontecer e/ou que já aconteceram;
4. as pessoas são separadas/distinguidas (externalização) das histórias sobre os problemas, discursos, comportamentos, relações e consequências dos mesmos;
5. terapeutas e clientes tornam explícitas as histórias, eventos e significados implícitos;
6. as histórias presentes são equacionadas e expandidas para o futuro no sentido da amplificação da mudança ocorrida e desejada e da aproximação ao projeto de vida dos clientes;
7. os clientes são convidados a contar, recontar e ouvir as histórias em construção, refletindo sobre o significado atribuído e as possibilidades de vida que elas permitem;

8. o que somos constrói-se nas histórias que contamos, na relação com os outros, com a cultura e com as circunstâncias de vida pelo que a mudança pode ocorrer quer nos clientes quer nos terapeutas.

3. História de uma Tese

O estudo da mudança narrativa que tenho vindo a desenvolver pode dividir-se em quatro etapas, traduzindo esta tese a terceira etapa e perspetivando-se a quarta na projeção de alguns estudos para futuro desenvolvimento. Cada etapa envolveu um conjunto de questões que conduziram à implementação de diversos estudos que se sucederam numa lógica evolutiva e cumulativa.

A primeira etapa – *mudança em terapia familiar sistémica: estudo exploratório* – desenvolveu-se a partir de um conjunto de questões colocadas no contexto da prática clínica. Como se processa a mudança nas terapias familiares de inspiração pós-moderna? O que muda nas famílias e ao longo da terapia (os discursos, os comportamentos, as relações, as cognições)? Como é coconstruída a mudança? Qual o papel do terapeuta? Na procura de respostas para as questões colocadas foi inicialmente realizado um estudo qualitativo sobre a mudança no processo terapêutico. Este estudo implicou o desenho de um protocolo terapêutico e de uma investigação-ação no qual foram analisados, intensivamente, 4 processos de terapia familiar desenvolvidos num centro de atendimento a toxicodependentes. O primeiro resultado desta fase exploratória foi a construção de um sistema de avaliação da mudança no processo terapêutico – *Grelha de Análise do Processo Terapêutico* (Sequeira, 2004) – que traduz as dimensões identificadas como relevantes na mudança, em terapias sistémicas. A GAPT é um sistema de avaliação teoricamente inspirado pelas teorias sistémicas e pelos pressupostos construcionistas da mudança terapêutica e fundamentado nos dados empíricos da avaliação referida. É o primeiro sistema de avaliação da mudança narrativa especificamente construído para avaliar as narrativas em terapias de orientação sistémica. Neste estudo concluiu-se que as narrativas familiares sofrem transformações significativas ao longo da terapia, que emergem da colaboração discursiva e relacional entre clientes e terapeutas. Foram identificados os fatores que facilitaram a coconstrução terapêutica (epistemologia circular) e as dimensões que sofreram transformação, ou ocorrerem com mais frequência, ao longo das sessões (singularidades, tempo, espaço, causalidade,

interações, conotação da narrativa, forma de relato da história, momentos de reflexividade narrativa e temas da sessão) e que se associam à mudança.

Na sequência deste primeiro estudo colocaram-se novas questões que conduziram à segunda etapa – *avaliação da narrativa: estudos exploratórios*. Qual a validade e aplicabilidade da GAPT em outras modalidades de terapia ou com outros problemas? Como se processa a mudança narrativa em outras terapias e com outros problemas? Para dar resposta a estas questões, e após a elaboração de um manual de cotação da GAPT, têm vindo a ser desenvolvidos estudos exploratórios de aplicação da GAPT em diferentes modalidades terapêuticas ou com outros sintomas ainda não estudados: i) dois estudos de avaliação da mudança narrativa em grupos de educação parental (*Incredible Years- Basic*) – um grupo não clínico e um grupo clínico; ii) estudo de avaliação da mudança narrativa com famílias negligentes em terapia familiar (clientes involuntários e voluntários); iv) estudo de avaliação da mudança narrativa em processos de terapia familiar e de casal (clientes voluntários). Resultaram destes trabalhos modificações e ajustes na GAPT, renomeada como *Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (SAMN)*, no manual de cotação e na elaboração de um protocolo de treino de codificadores (juízes). Estes estudos têm permitido identificar e refletir sobre as dimensões que mais se alteram nas terapias sistémicas e na educação parental.

Verificada a aplicabilidade do SAMN e a sua pertinência na avaliação narrativa que ocorre no quadro de uma intervenção terapêutica, consideramos estarem reunidas as condições para o desenvolvimento da terceira etapa que se traduz nos trabalhos aqui apresentados – estudos da mudança em terapias sistémicas de enfoque narrativo.

Estas etapas traduzem um movimento evolutivo de aprofundamento da compreensão da narrativa, dos processos que a constituem, da forma de a estudar e compreender, dos processos que geram transformação, dos possíveis intervenientes e do seu papel na mudança. Provavelmente porque é assumida uma epistemologia sistémica, a evolução, neste trabalho, implicou momentos de retorno aos pressupostos originais da sistémica numa tentativa de estabelecer pontes com os conceitos mais recentes das terapias da pós-modernidade e de realçar uma continuidade que fortalece e reforça a identidade das terapias sistémicas.

Esta tese pretendeu ser um espaço de colocação de questões e possibilidades de resposta sobre a mudança nas terapias sistémicas de enfoque narrativo.

Apresenta uma organização por artigos, assumidos como etapas e partes de um processo mais alargado, de estudo da mudança terapêutica.

Estudar processos de terapia é um exercício complexo, por múltiplas razões, éticas, metodológicas e conceptuais. Eticamente, qualquer estudo sobre a terapia implica acesso às histórias dos intervenientes, através do olhar do investigador e dos leitores, o que implica sempre um intrusão e quebra da privacidade dos protagonistas da história. A introdução da perspetiva dos intervenientes na investigação pode levar, como foi o caso nos nossos estudos, a que os clientes sejam questionados após conclusão da terapia, sobre a sua perspetiva relativamente ao processo. Se para alguns clientes este foi um momento de reforço dos ganhos conseguidos, reafirmação das histórias de sucesso da terapia e de reflexão positiva, para outros envolveu recordações consideradas dolorosas sobre momentos e problemas complexos e a reafirmação da perceção de incompetência na promoção da mudança. Esta exigência metodológica colocou algumas dificuldades éticas que se traduziram em muitos momentos de dúvida sobre se devia ou não integrar esta avaliação e como fazê-lo. Do ponto de vista metodológico, os estudos longitudinais de análise do processo terapêutico, como os que aqui são apresentados, implicam custos muito elevados. O tempo de desenvolvimento das terapias é longo (cerca de 1 ano) e é necessário reunir um número considerável de processos terapêuticos em condições de serem estudados (implicando critérios de inclusão restritivos). A formação e treino dos juizes na utilização do sistema de avaliação das sessões, a observação e transcrição das sessões, a análise das mesmas e a discussão das codificações, são tarefas que exigem muito tempo e envolvimento das várias partes (investigador e juizes). O Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (SAMN), desenvolvido e aplicado nestes trabalhos, é muito complexo, o que implicou um esforço considerável, por parte dos juizes, para apreensão das dimensões em análise, classificação das narrativas e discussão dos (des)acordos obtidos nas referidas codificações.

Do ponto de vista conceptual, o primeiro grande desafio deste trabalho foi desenvolver uma investigação deste tipo no quadro da epistemologia sistémica. Este processo não esteve nem está isento de questões! Fazê-lo, implicou assumir e procurar resolver o paradoxo de tentar aceder e estudar realidades que só podem ser acedidas e estudadas a partir de narrativas epistemológicas, pessoais e culturais de quem as investiga e, conseqüentemente, de quem as transforma através do seu

olhar. A ideia de que existe *uma realidade* que pode ser observada e estudada independentemente do investigador é impossível. Para além da dimensão temporal inerente à vida e ao passar dos dias (o presente é já passado no momento seguinte e não volta a repetir-se), o objeto de estudo transforma-se na interação com o investigador (Matura & Varela, 1992). Impõe-se assim como resposta respeitar a complexidade das narrativas emergentes nos processos terapêuticos, a partir de um olhar externo, o do investigador, preservando, no essencial, a sua natureza original e contextualmente construída. Três tentativas de solução foram implementadas de forma a integrar este desafio:

a) O recurso a um sistema de avaliação da narrativa de natureza observacional que contemplasse as dimensões centrais da organização e da mudança narrativa (comprovadas empírica e teoricamente) e que, simultaneamente, fosse capaz de preservar a complexidade e especificidade das histórias e narrativas das sessões. Assim surgiu o Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (SAMN). A apresentação deste sistema e os seus estudos de fidelidade e validade constituem os capítulos I e II deste trabalho. Capítulo I - *Assessment system of narrative change*; Capítulo II - *Assessment system of narrative change: reliability and validity studies*.

b) A integração da visão dos participantes, através da inclusão das suas vozes com a apresentação e discussão de trechos dos discursos das sessões (capítulos I, II, III e V).

c) A opção por metodologias de análise e produção de informação combinadas - qualitativas e quantitativas. Foram desenvolvidas metodologias quantitativas para identificação e análise dos mecanismos da mudança em vinte e três terapias sistémicas (terapias familiares e de casal de inspiração pós-moderna). Complementarmente, desenvolveram-se análises qualitativas de casos específicos, procurando aprofundar o conhecimento de questões que emergiram ou não foram completamente respondidas no estudo quantitativo. Nesta abordagem, a ênfase foi colocada na voz dos participantes da terapia – clientes e terapeutas – e na descrição das interações entre eles. Os capítulos III (*What changes in post-modern systemic therapies? Assessing clients narratives from good and poor outcome therapies*) e V (*Porque é que as famílias não mudam? Análise qualitativa das narrativas de terapias familiares de insucesso*) apresentam os estudos desenvolvidos neste enquadramento.

O segundo desafio conceptual decorre do desenvolvimento dos três primeiros estudos e apresenta-se, na perspetiva do investigador, como o ponto de

viragem da história desta tese: o esforço de integração e ligação coerente entre a metáfora narrativa, aplicada ao funcionamento dos sistemas humanos (indivíduo, família, casal, etc.), adotada na clínica pelos terapeutas sistêmicos, e os pressupostos originais das terapias sistêmicas que organizam o pensamento e as práticas clínicas até aos dias de hoje. Colocou-se a necessidade de integrar, numa reflexão teórica, as ligações entre a sistêmica, a narrativa e os resultados/conclusões construídas sobre a mudança narrativa nas terapias sistêmicas. Um novo olhar sobre os pressupostos originais da epistemologia sistêmica, em particular dos pressupostos cibernéticos desenvolvidos por Gregory Bateson e seus colaboradores, e as pontes e integrações com os pressupostos da metáfora narrativa construcionista aplicada às terapias, foi desenvolvido, resultando numa reflexão teórica sobre a narrativa (dimensões e processos) e a sua mudança nas terapias sistêmicas. Este momento de reflexão e construção procurou ser um espaço de reorganização identitária teórica do investigador, sobre as terapias sistêmicas de inspiração narrativa, e está refletido no capítulo IV (*Níveis de mudança narrativa em terapia sistêmica. Um olhar cibernético*).

Finalizar significa, para um investigador sistêmico, voltar às questões iniciais e revisitá-las através das histórias e narrativas entretanto construídas. Com o fim desta tese começa com um novo desafio: a análise qualitativa das narrativas das terapias de insucesso, estudadas a partir do modelo teórico dos níveis da mudança narrativa entretanto construído (Capítulo V - *Porque é que as famílias não mudam? Análise qualitativa das narrativas de terapias familiares de insucesso*).

Os artigos que constituem este trabalho são apresentados respeitando o *timing* em que foram produzidos. Correspondem a etapas distintas e traduzem um processo de evolução do investigador no estudo da mudança narrativa. Apresentam-se na língua e de acordo com as exigências das revistas a que foram submetidos¹.

Referências Bibliográficas

Abbott, A. (1990). Conceptions of time and events in social science methods: Causal and Narrative Approaches. *Historical Methods*, 23(4), 140-150.

¹ O sistema de referência usado nos vários capítulos corresponde aos critérios exigidos pelas revistas aos quais os artigos foram submetidos. Na introdução e conclusão gerais as referências bibliográficas seguem as normas da APA (*American Psychological Association, 6th edition*).

- Abbott, A. (1992). From causes to events: Notes on narrative positivism. *Sociological Methods and Research*, 20(4), 428-455. doi: <http://dx.doi.org/10.1177%2F0049124192020004002>
- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H. (2002) In the space between people: Seikkula's open dialogue approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 279-281. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2002.tb01185.x>
- Anderson, H. (2007). The art and spirit of collaborative therapy: The philosophical stance – “a way of being” in relationship and conversation. In H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp.43-59). New York/London: Routledge.
- Anderson, H., & Goolishian, A. (1992). The client is the expert. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction* (pp. 25-49). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Avid, E., & Georgaca, E. (2007). Discourse analysis and psychotherapy: A critical review. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(2), 157-176. doi: <http://dx.doi.org/10.1080%2F13642530701363445>
- Beels, C. (2009). Some historical conditions of narrative work. *Family Process*, 48(3), 363- 378. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.2009.01288.x>
- Bohanek, J., Marin, K., Fivush, R., & Duke, M. (2006). Family narrative interaction and children's sense of self. *Family Process*, 45(1), 39-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.2006.00079.x>
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp.91-123). Coimbra: Quarteto.
- Bowen, M. (1984). *La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux*. Paris: ESF.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Harvard: University Press.
- Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research. Qualitative and quantitative approaches*. London: Sage.

- Fishbane, M. D. (2001). Relational narratives of the self. *Family Process*, 40(3), 273-291. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4030100273.x
- Fivush, R., & Buckner, J.P. (2003). Creating gender and identity through autobiographical narratives. In R. Fivush & C. Haden (Eds.), *Autobiographical memory and the construction of a narrative self: Developmental and cultural perspectives* (pp. 149–169). Mahwah NJ: Erlbaum.
- Framo, J. L. (1981). *Explorations in marital and family therapy: Selected papers of James L. Framo, PhD*. New York: Springer.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton.
- Freedman, J. & Combs, G., (2008). Narrative couple therapy. In A. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp.229-258). New York: The Guilford Press.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K. (1996). *Realidades e relaciones – aproximaciones a la construcción social*. Paidós: Barcelona.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hinchman, L., & Hinchman, S. (1997). Introduction. In L. Hinchman & S. Hinchman (Eds.), *Memory, identity, community: The idea of narrative in human sciences* (pp. xiii-xxxii). New York: State University of New York.
- Hoffman, L. (1990). Constructing Realities: An Art of Lenses. *Family Process*, 29(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1545-5300.1990.00001.x
- Josselson, R., & Lieblich, A (2001). Narrative research and humanism. In K. J. Schneider, J. E. T. Bugental, & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice* (pp.275-288). London: Sage.
- Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), 3-38.
- Linde, C. (1993). *Life Stories: The creation of coherence*. Oxford University Press.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudos sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Matura, H. & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge*. Boston: Shambhala Publications.

- Mishler, E. G. (1995). Models of narrative analysis: a typology. *Journal of Narrative and Life History*, 5(2), 87-123.
- McGoldrick, M. & Giordano, J. (2005). Families of European origin: An overview. In M. McGoldrick, J. Giordano, & N. Garcia-Preto, (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (pp. 501-519). New York: Guilford Press.
- Moore, C & Lemmon, K. (2003). *The self in time: Developmental perspectives* (pp. 35–52). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Parry, A, & Doan, R. E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York: Guilford Press.
- Papp, P. (1983). *The process of change*. New York: Guilford Press.
- Polanyi, L. (1985). Conversational storytelling. In T. A. Van Dijk (Ed.), *Handbook of discourse analysis: Vol. 3. Discourse and dialogue* (pp.183-202). London: Academic Press.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University of the New York Press.
- Reissman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schaffer, H. R. (1992). Joint involvement episodes as contexts for cognitive development. In H. McGurk (Ed.), *Contemporary Issues in childhood social development*. London: Routledge
- Sequeira, J. (2004). *Caleidoscópio terapêutico. Mudança e co-construção em terapia familiar*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Shortter, J. (2000). From within our lives together: Wittgenstein, Bakhtin and Voloshinov and the shift to a participatory stance in understanding understanding. In L. Holzman & J. Morss (Eds.), *Postmodern psychologies, societal practice and political life* (pp. 100-129). New York/London: Routledge.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1992.00217.x>
- Somers, M. R., Gibson, G. D. (1994). Reclaiming the epistemological “Other”: Narrative and the social constitution of identity. In C. Calhoun (Ed.), *Social theory and the politics of identity* (pp.37-99). Cambridge, MA: Blackwells.

- Walsh, F. (1983). *The timing of symptoms and critical events in the family life cycle*. In H. Liddle (Ed.), *Clinical implications of the family life cycle* (pp. 120-133). Rockville, MD: Aspen Systems.
- Walsh, F. (1993). *Conceptualizations of normal family processes*. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 3 -69). New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261– 281. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1996.00261.x>
- Watzlawick, P., & Weakland, J. (1977) *The interactional view: Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-1974*. New York: Norton.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Capítulo I

Assessment System of Narrative Change²

Joana Sequeira* & Madalena Alarcão*

*Faculty of Psychology and of Education Sciences, Coimbra University, Rua do Colégio Novo, 3000 Coimbra.

joanasequeira@esdrm.ipsantarem.pt; malarcao@fpce.uc.pt

Abstract

The Assessment System of Narrative Change (ASNC) is a method to evaluate narratives in systemic post-modern therapies. ASNC was conceived to describe narrative changes of the system (families, couples or/and individuals) and integrates 7 main dimensions: (A) singularities, (B) nature of the story, (C) narrative connotation, (D) telling of the story, (E) narrative reflexivity, (F) central themes of the session and (G) alternative behaviors. This system foresees investigation uses (description of system narratives, identification of relevant changing dimensions), clinical uses (narrative diagnoses and evaluation of changing potential, therapy orientation) and training uses (development of skills in educational systemic post-modern orientated programs for therapists).

Key-words: Narrative, Therapeutic Process, Change, Narrative Assessment.

² Manuscrito aceite para publicação no Journal of Systemic Therapies.

I. Introduction

Different schools of family and couples therapy understand and promote change differently. First-order therapeutic models assume that change should happen in communication and interaction. Second-order therapies focus on narrative transformations that promote and reflect epistemological and functional changes in interpersonal and intrapersonal levels of systems. For this reason, second-order therapies are more focused on the way change occurs in client constructions, stories, attributions and perspectives on problems and solutions (Friedlander & Heatherington, 1998; Gurman, Kniskern, & Pinsof, 1986).

Hinchman and Hinchman define narrative as “stories in discourse formats with a sequential order that connects events in a significant way, in relation to an audience and that favors visions about the world and about intervenient experiences” (Hinchman & Hinchman, 1997, as cited in Elliott, 2005, p.3). Speech, time, and the coherence and meaning of the stories are central assumptions about the key narrative functions: intelligibility and significance. The narrative allows the individual and social constructions of coherent sense and meaning about experiences through language negotiation between subjects in relation to each other. Life narratives can also be condensations and abstractions that contain parts of events and circumstances that people experience. Many events occur every day in our lives, but only some of them are storied and given meaning (Freedman & Combs, 2008) and these choices determine the narratives that we construct and that become part of our remembered experience and part of the way we prefer to give significance to events.

According to social constructionism, reality is produced and transformed through interactions and through linguistic and discursive practices that take place in specific socio-historical contexts. Language is not representative of subjects' inner mental states, as constructivist approaches assume. Reality is created and maintained through language, and narratives are a product of the discursive negotiation processes between people in interaction and in specific socio-cultural contexts (Gergen & Kaye, 1992). In the construction of perspectives into narratives, it is important to emphasize that they, too, result from a complex interplay between culture and stories. Problems exist in the constructed perspectives, stories and narratives that subjects use and difficulties can emerge in the integration of, and negotiation between personal and cultural narratives (Freedman & Combs, 2008, p.230).

Therefore, the proper focus of therapy, in this social constructionist perspective, is the transformation of narratives through therapeutic conversation. There are several different experiences and events in every person's life from which many stories originate. Problems are related to a "thin story that focused only in few of their many experiences. Therapists listen to central story and help clients understand that this story is one of many possible stories. Whenever references to events that are not predicted by the dominant story are made, clients are invited to talk about them, to discuss their meaning, to get into the event and to create a "vivid story" that originates a "new storyline", besides the one constructed around problems" (ibid., p. 230).

Therapy is a interactional, discursive and meaningful process wherein participants develop alternative constructions of events or "multiple story lines" that have diversified meanings and create several different possibilities and, therefore, alternative ways of being, seeing and acting. In this process, problematic stories become only one story in the midst of other stories, consequently losing their power and dominance in the narratives of subjects, families and couples (ibid.).

Concerning the specific problematic narrative and the process of questioning or deconstructing it (White, 1995), change may occur through the perturbation of one or several dimensions of the narrative plot – time, causality, actions or specific events of the story, contents or themes, communicational and narrative format and subjective narrative positions and roles (Sluzki, 1992). Reflection about the processes of narrative construction is another way of narrative-breaking (Botella, 2001; Sequeira, 2004), meaning reflection and meta-communication about cognitive, relational and behavioral processes that contribute to organizing problematic and non-problematic narratives. The narrative dynamics become pliable, bringing up visions that differ from the ones constructed around the problem. The power of dominant stories decreases through the amplification and appearance of singular "versions" and exceptions to the problems that promote new narratives (Matos, 2006; White & Epston, 1990).

It can be concluded that change in therapy presupposes the creation of new stories around problematic ones in order to change their meanings and to reduce their importance in subjects' narratives and in the interplay between them and the cultural available stories. Change also occurs through the transformation and

deconstruction of specific problematic narratives by questioning their meaning, organization, coherence and applicability.

The purpose of this article is to present the Assessment System of Narrative Change (ASNC) that enables the identification of narrative dimensions, narrative processes and detailed changes that occur in clients' narratives in systemic therapies. ASNC was developed to assess specific characteristics of the narrative work that happens in systemic constructionist therapies.

In the time since the narrative concept was adopted by therapists, several different narrative assessment systems have been developed to evaluate subjects' narratives. However, most were originally designed to evaluate individual narratives in context of individual psychotherapy and were focused on dimensions of the narrative, depending on the epistemological position assumed regarding the concept of narrative, the language, psychological processes and psychotherapy. Avid and Georgaca (2007) identified two main trends in these studies that utilize the notion of narrative in therapy. The first trend, which reflects the majority of studies, assumes a constructivist approach to narrative drawn from cognitive and constructivist or process-experiential approaches. The second trend, corresponding to a smaller group, assumes a social constructionist approach and draws from the work of post-structuralist theoreticians such as White and Epston (1990) and Parry and Doan (1994, as cited in Avid & Georgaca, 2007). Several narrative assessment systems have been developed drawing from each of these trends, and these systems are focused on thematic analysis and evaluate the meaning and format of narratives during therapy.

From a systemic therapeutic background, Friedlander and Heatherington (1998) developed the *Cognitive Construction Coding System*, which evaluates clients' descriptions of their problems in four dimensions (intrapersonal-interpersonal, internal-external, responsible-not responsible and linear-circular).

Theme Analysis is another method of evaluating narratives in therapy (Meier, Boivin, & Meier, 2008). This method combines both qualitative and quantitative approaches and allows the identification of core and subordinate themes in sessions as well as describing their development across sessions using a measure of change.

Grafanaki (1997) developed the *Structured Narrative Analysis for Psychotherapy Segments* (SNAPS), which helps clinicians analyze narrative themes through the information produced by two questionnaires: *Brief Structured Recall* and *Helpful*

Aspects of Therapy (Grafanaki & McLeod, 2010). This method allows for the analysis of actual interaction in therapeutic contexts and therefore is more in line with constructionist approaches to therapy.

The *Innovative Moments Coding System* (IMCS) (Gonçalves, Matos, & Santos, 2008) is a method of analyzing events that occur in therapy in which the client describes or narrates himself differently, considering the perspective of the problematic self-narrative. This system was strongly inspired by White and Epston's (1990) concept of unique outcomes and assumes a constructionist perspective about narratives and therapy. There are five different types of IMs (action, reflection, protest, re-conceptualization and performing change) that can emerge in different forms (thoughts, plans, feelings or actions). Through the study of IMs, it is possible to trace client change and development of a new narrative of the self. The IMCS was initially applied to individual narrative therapies with women having experiences of multidimensional partner abuse (Matos, 2006; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Santos, Gonçalves, Matos, & Salvatore, 2009) and then to Emotion-Focused Therapy with depressive subjects (Mendes et al., 2010).

Several other narrative evaluation systems have been developed that are more in line with constructivist concepts. The *Narrative Process Coding System* (NPCS) is a method for analyzing psychotherapy sequences, according to three different narrative processes that may occur in therapy: external, internal and reflexive narrative sequences. This method was first applied (and specially conceived) to analyze process-experiential therapy (Angus, Levitt, & Hardtke, 1999) and afterwards was used in marital and family therapy to analyze the development of the therapeutic system, although some differences and problems have been found in this second application, pointing out the need for further studies (Laitila, Aaltonen, Wahlstrom, & Angus, 2001).

Hardtke and Angus (2004) have also developed the *Narrative Assessment Interview*, a method to evaluate therapeutic change through a brief semi-structured interview that can be applied before and after therapy. In this interview, clients' narratives are evoked, and changes in personal narratives that occurred during therapy are explored.

The *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (APES) is a method designed to analyze the process of clients' assimilation of problematic experiences in their lives. Although it may not be considered a specific narrative assessment tool, APES

uses both cognitive and affective features and focuses on clients' discourses collected from therapy sessions to characterize each level of a client's assimilation problems. Clients may initiate treatment while at any point of the APES continuum, and movement along the continuum can be interpreted as therapeutic progress (Stiles & Angus, 2001).

The *Grid of Problematic States* (GPS) is an assessment system that describes recurrent patterns of problematic experiences and behaviors as narrated by clients. The GPS is applied to transcripts from psychotherapy sessions and focuses on narrative episodes within the patient's discourse. GPS has been applied to cognitive psychotherapy to assess the development of stable construct clusters of thought themes, emotions and somatic sensations. Meaningful changes in observed states indicate therapeutic change (Semerati et al., 2003).

As we can see from the descriptions above, several narrative assessment systems have been developed, but none of them evaluates the several components of the narratives. For example, none of these systems describe both changes in the narrative dimensions and the narrative processes that occur in therapy between clients and therapists. None of them were originally conceived from a constructionist systemic perspective or designed to analyze the specific nature and dimensions of narratives produced in systemic therapies. By contrast, the ASNC is a narrative assessment system that relies on a constructionist perspective, and its constitutive dimensions represent empirical findings about changing dimensions. It includes the core theoretical concepts of change in systemic therapy.

The guidelines for future research about narrative change in systemic therapies note the need for studies that describe the process of change and that identify the crucial dimensions of narrative transformation and the connections between these dimensions, the predictive value of these elements and the way change happens in a therapeutic setting. Several authors stress the need to establish bridges between clinical approaches and research in order to be mutually inspired (Beutler, Williams, & Wakefield, 1993; Blow, Morrison, Tamaren, Wright, Schaafsma, & Nadaud, 2009; Christensen, Russel, Miller, & Peterson, 1998; Pinsof & Wynne, 2000; Sprenkle, 2002; Sprenkle & Blow, 2004). Research on therapeutic processes also underlines the importance to understand *how*, *when* and *what* changes occur in therapy (Helmeke & Sprenkle, 2000), for the purpose of clarifying the relations

between process and results and pointing out the small advances or improvements that occur in sessions.

The emergence of qualitative approaches reflects the need to promote a deeper and more specific understanding of the transformation process and the singularity that characterizes it, allowing the development of descriptions that organize themselves in “local micro-theories of change”. The identification of common aspects of change, and of the most effective therapeutic interventions to promote it, demands a methodological, qualitative leap about therapeutic processes as well as about change and its development in several systems (individuals, families and couples) and in different therapy interventions. To reach these aims, enlarged (different modalities, contexts and problems) and standardized evaluation methods of change and effective therapeutic interventions must be used in a longitudinal perspective.

Given this goal, we developed the *Assessment System of Narrative Change* (ASNC), a method of evaluating narrative organization and change that can be applied in systemic therapies. The ASNC integrates several important theoretical contributions about aspects and factors involved in change in the therapeutic process. Below, we briefly describe each dimension, present the codification rules and give examples that easily elucidate comprehension of each dimension and sub-dimension. We also briefly present clinical and research applications for this system of assessing narrative change.

2. Assessment System of Narrative Change (ASNC)

2.1. Description

The ASNC is an evaluation and classification system for narratives expressed in therapeutic processes. The ASNC results from a qualitative study that identified the dimensions of change in systemic family therapies with families dealing with substance abuse from one of their elements drawn from a narrative approach. Our case studies come from four Portuguese middle class, white, heterosexual, catholic families that voluntarily requested family therapy in an outpatient treatment drug addiction center. These families participated in the original study in which the ASNC was developed (Sequeira, 2004). We analyzed twenty-two sessions according to a specific qualitative methodology design that combines ethnographic research, grounded theory and clinical qualitative research. From this qualitative analysis, seven

main dimensions emerged as related to narrative change in therapy. The ASNC aims to identify the characteristics of clients' narratives, to trace their changes over the course of therapy and note crucial dimensions that enable or block change in each therapy and in each family.

The ASNC allows the analysis of the therapeutic session to proceed from "narrative episodes". These episodes contain elements expressed in discourses that connect events in a sequential and significant order with an identified beginning and end (Elliot, 2005; Friedlander, & Heatherington, 1998). In the first part of the analysis, narrative episodes are identified; next, judgments about the dimensions expressed in these episodes are made. The ASNC allows a qualitative and quantitative analysis of the central dimensions in a client's narrative and its transformation and enables the descriptive and comprehensive analysis of therapeutic processes. This assessment system gives information about characteristics of clients' stories, narrative processes and narrative dimensions. It allows therapists to identify stories that must be questioned due to their blocking effects in clients' lives and that can be transformed in the context of therapy through the co-construction between participants (i.e., clients and therapists). Therapists can, therefore, make use of the ASNC to identify the critical points of clients' stories and to easily create a relational, discursive and cognitive space for the deconstruction of the narratives related to problems as well as for the construction of new narratives.

The ASNC includes 7 dimensions, some divided into sub-dimensions and almost of all of which are inextricably connected. Dimensions that belong to the narrative plot include the nature of the story (B), its narrative connotation (C), the telling of the story (D) and themes of the narrative (F); these are structural and constitutive dimensions of the stories and narratives. Singularities (A) and (E) narrative reflexivity are dimensions that correspond to narrative processes that are promoted in therapy to introduce changes in the stories that maintain problems and to create new narratives, respectively (Sequeira & Alarcão, 2012d).

The different dimensions of the narrative are recursively related. This means that, for example, the dimension of singularities (A) may reflect aspects of the dimensions of the story's nature (B), its narrative connotation (C), the way the story is told (D) and the client's narrative reflexivity (E). Changes in one dimension will be reflected in the others. In the same way, shifts in a story will affect the role of this story in the narrative network of the individual and the family. In fact, definitions and

pragmatic borders between narrative dimensions are far from being mutually exclusive, nor can they be (Sluzki, 1992). In this section, we briefly present the theoretical assumptions that underlie the dimensions of the ASNC. For didactic purposes, each dimension will be separately presented. Key words related to the dimensions and examples of each coding possibility are presented in Table 1. Examples that best illustrate the ASNC dimensions were selected from discourse excerpts from the first three sessions with the participant families described above. Family A sought therapy due to relational problems: the father's verbal violence and high conflict between parents were seen as the key issues. Family B sought therapy due to the challenging behaviors of their oldest son.

Table

ASNC Dimensions, Description and Examples

ASNC dimensions	Examples
<p>A. Singularities: new, creative and effective strategies, promoted by the system in response to a problematic situation:</p> <p>A1. discursive– alternative discourses about a relation, an event, a situation or an experience</p> <p>A2. behavioral– alternative behaviors, interactions or practical strategies implemented by one or several elements</p> <p>A3. cognitive- new visions and distinct comprehensions about important problematic questions.</p>	<p>Family A</p> <p>Therapist: “What do you think it is different in your family, since last session?”</p> <p>Mother: “I think that we have changed the way we say things to each others, starting always by the positive side (...). Then, we became more open to talk.” (A1 discursive singularity)</p> <p>Father: “When we had problems, we were able to talk.” (A2, behavioral singularity)</p> <p>Family B</p> <p>Therapist: What exactly is different about your previous perspective of your son?”</p> <p>Father: “I stopped thinking only in my perspective, and I put myself in his shoes, for the first time. I can understand what he feels (...) I finally understood the way he thinks and acts, and that changes the way I see is behavior.” (A3, cognitive singularity)</p>
<p>B. Nature of the story</p> <p>B1. Time – time of the narrated stories:</p> <p><i>static</i>, stories focused in a specific time;</p> <p><i>floating</i>, stories that reveal action and several times;</p> <p>stories may be focused in <i>past</i>, the <i>present</i> or the <i>future</i>;</p> <p><i>historical</i>, stories with a starting point, an evolution and an end occurred in one specific time;</p> <p><i>ahistorical</i>, stories deprived of starting point, evolution and end, that create the illusion of occupying an undefined and enlarged place.</p>	<p>Family A</p> <p>Therapists: “What are the differences that you see in your relation between now and when the problem begun?”</p> <p>Mother: “There were never differences!” (B1, static time)</p> <p>Father: “We have better and worse periods!” (B1, floating time)</p> <p>Therapist: “How do you see the future?”</p> <p>Father: “I believe that, even today despite of our many problems, we will solve them in the future.” (B1, present-future)</p> <p>Mother: “I think that it all has to do with our past, and we won't be able to get out of the problems that came from there.” (B1, past)</p> <p>Family B</p> <p>Therapist: “How did the problems evolved?”</p> <p>Mother: “Before entering to that school, it was different. The problems</p>

	<p>began by that time.” (B1, historical time).</p> <p>Son: “I don’t know for how long it happens... I always remember this.”</p> <p>(B1, ahistorical time)</p>
<p>B2. Space – contextual definition of the stories:</p> <p><i>contextual stories</i> make reference to the events in a context, space or scenario, where they occur;</p> <p><i>noncontextual stories</i> don’t make reference to context, space or scenario. .</p>	<p>Family A</p> <p>Therapist: In which occasions/contexts do the problems occur more?”</p> <p>Mother: “The problems happen when we are at home.” (B2, contextual)</p> <p>Family B</p> <p>Therapist: “Can you tell me in which circumstances your fears appear more?”</p> <p>Son: “No. This happens everywhere! I can’t say specific circumstances”</p> <p>(B2, noncontextual)</p>
<p>B3. Causality: explanatory attribution to the events:</p> <p><i>linear</i>, evidence of a direct and simplistic perspective about causes of events;</p> <p><i>circular</i>, association of multiple causes, factors or variables that interact and sustain the relations or the problem cycles.</p>	<p>Family B</p> <p>Therapist: How do you explain the behavior of your son?</p> <p>Mother: “He is like his father. Maybe it’s genetic! ” (B3 linear causality)</p> <p>Family A</p> <p>Father: “I don’t want to know whose blame it is, I not concerned about the reasons, what concerns me is the effect that our relationship has on our children.” (B3, circular causality)</p>
<p>B4. Interaction: description of the events, reflecting the participation of the actors and the narrative focus translated in discourses:</p> <p><i>Intrapersonal</i> and <i>interpersonal</i>, references to the attributes of the subjects or references to the interactions;</p> <p><i>Intentions</i> and <i>effects</i>, references to the motives and intentions of the subject’s or to the effects of something, in a given reported event;</p> <p><i>roles/labels</i> or rules, references focused in usual roles/labels of subjects’ or in the rules of the interactions between subjects.</p>	<p>Family B</p> <p>Therapist: “Maybe his attitude means that he is suffering. How do you see it?”</p> <p>Mother: “These attitudes are on purpose to offend us!” (B4, intentions)</p> <p>That’s how he is, and now he is even more and more selfish!” (B4, intrapersonal narrative).</p> <p>Son: “They are all very concerned about what the others think, and they are not concerned about my problem and my limitations.” (B4, interpersonal narrative). “This whole situation makes me sick, I feel that it’s restricting my life!” (B4, effects)</p> <p>Family A</p> <p>Mother: “The problem is his violence.” (B4, symptoms). “ But he thinks he was always the victim of our home and he will continue to be.”</p> <p>(B4, roles)</p> <p>Therapist: And what do you do that might contribute to the increase of the problems?</p> <p>Mother: “I think our misunderstandings also make him lose his mind...”</p> <p>(B4, conflicts) “But any conversation always ends up in shouting, whoever is involved.” (B4, rules)</p>

<p>Dimension C</p> <p>Narrative connotation (values of the story): moral value of the stories: <i>good</i> and/or <i>bad intent</i>, reflect the subjects' intention in the reported events; <i>sanity/normality</i> and/or <i>anormal/illness</i> reflect the subjects'adequacy or normality in the reported events; <i>legitimacy</i> or <i>illegitimacy</i> of the actors and of the described events.</p>	<p>Family A</p> <p>Father: "The way she talks to me has the clear intention of hurting me." (C, bad intention)</p> <p>"It's unfair that he makes us suffer like this." (C, illegitimate)</p> <p>Mother: "Our difficulties are similar to what others experience..." (C, normal)</p> <p>Family B</p> <p>Father "Sometimes, he does things that don't work, but he does it with the best of his intentions!" (C, good intent)</p> <p>Mother: "We can understand that he wants to do things in his way, I would do the same." (C, legitimate)</p> <p>Son:"I was never normal! I have always had these problems!" (C, illness)</p>
<p>Dimension D</p> <p>Telling of the story: in stories actors have different participation and interventions: <i>passive</i> or <i>active</i>, agency of the subjects involved in the stories; <i>competent</i> or <i>incompetent</i>, evaluation of the performance of the subjects involved in the stories.</p>	<p>Family A</p> <p>Mother: Right now we are resigned with the difficulties." (D, passive)</p> <p>"We were parents without ability to comprehend what was going on, and now it's too late..." (D, incompetence)</p> <p>Father: "We were and still are able to move the world to save our family." (D, active)</p> <p>Family B</p> <p>Son: "In that day, all of us strived (...): each one, in its turn, didn't shouted but spoke with respect, calm and we even laugh." (D, competence)</p>
<p>Dimension E. Narrative reflexivity: reflection and meta-perspective about factors and processes of stories and narratives construction:</p> <p>E1. reflection about elaboration of problematic and nonproblematic narratives;</p> <p>E2. reflection about the discursive factors;</p> <p>E3. reflection about the relational and interactive factors;</p> <p>E4. reflection about the behavioral factors;</p>	<p>Family A</p> <p>Mother "By thinking and acting this way I contribute to the maintenance of the problem." (E1, individual construction of problem narrative)</p> <p>Father: "If we are always saying how unhappy we are, we can only be it." (E2, discursive factors in the construction of the problem narrative)</p> <p>Family B</p> <p>Therapist: "What could you do differently?"</p> <p>Mother: "If we focus ourselves in other aspects of life maybe we didn't have this sensation" (E1, familiar construction of problem narrative)</p> <p>Son: "As long as we don't respect each others, and if we continue shouting and attacking, like we have been doing so far, we won't be able to be anything different from what we are." (E3, interactive factors in the construction of the problem narrative)</p> <p>Father: "If we do things without telling him anything, he will gets angry and stops talking to us." (E4, behavior factors in the construction/maintenance of the problem narrative)</p>
<p>F. Themes of the session: themes of the stories that emerge in the therapy session: <i>symptoms</i> <i>other problematic themes</i>, other problems besides symptom <i>nonproblematic themes</i>, other issues that are not seem as problems.</p>	<p>Family A</p> <p>Violence of the father (symptoms)</p> <p>Problems in fathers' job, money difficulties, conflicts with other family members (other problematic themes)</p> <p>Family B</p> <p>Routines of the family, hobbies, activities on weekends, vacations and family rituals, things they appreciate in each others (nonproblematic themes)</p>

<p>G. Alternative behaviors: attempts of doing or being different that don't have positive effects.</p>	<p>Family B Mother: "In that day, instead of reprimanding him, I didn't say anything and I sulked. In the meantime, I proposed that, for not arguing, we just didn't mention the subject that was disturbing us, but it didn't work out well."</p>
--	--

Dimension A – Singularities. Originally described by Elkaïm, singularities are “particular heterogeneous elements in relation with our usual codes (...) that present themselves as fluctuations and whose amplification is able to change systems functioning” (Elkaïm, 1990, pp. 63). They were broadly examined (Sequeira, 2004) in the ASNC development study, which resulted in an enlarged and revised notion of the concept, incorporating the operational and distinctive characteristics from other similar concepts such as exceptions (Withe & Epston, 1990), unique outcomes (UO) or innovation moments (IM) (Gonçalves et al., 2008). The singularity is a creative and effective strategy promoted autonomously by the system in response to a problematic situation. It appears as an adaptive and pertinent movement. In this way, singularities can be understood as strategies that aren't usually implemented by the system, but that are inscribed in the system's identity to promote a new functionality. Singularities must be amplified and discussed in the therapeutic context so that clients better understand and include them as new functional resources.

Singularities may also correspond to alternative discourses about a relation, an event, a situation or an experience – these are *discursive singularities* (A1). However, they can be seen in new behaviors, interactions or practical strategies – *behavioral singularities* (A2) – or new visions and distinct comprehensions about important questions – *cognitive singularities* (A3). These three kinds of singularities may occur simultaneously when new speech is related to a new behavior and a new comprehension of problems. However, new speech can emerge concerning problems that may not reflect different comprehensions or behaviors. In the same way, people can develop new and effective behaviors to address problems without changing their previous problematic constructions and discourses about them. Discourses are, in this sense, easier to change compared to constructions or visions of problems or to behaviors. Changes in one aspect can introduce changes to others, depending on their impact on the functional patterns of the system. Cognitive singularities are, therefore, the most complex, and they tend to be associated with discursive singularities.

Dimension B – Nature of the story. According to Sluzki (1992) the nature of the story is organized around characters and their attributes as well as relations and events that transpire in the discourses and narratives about people and events. The “transformations in the nature of the story” introduce changes in specific aspects of problematic stories and narratives, developing new stories and relations. According to Freedman and Combs (2008), stories involve events plotted in time in particular contexts. This dimension is sub-divided into 4 distinct axes - time, space, causality and interactions.

B1. Time axis. Hinchman and Hinchman (1997, as cited in Elliott, 2005) identified three *key features* in the time of narrative. The first feature refers to the chronological dimension of time that all stories must contain (past, present and future perspective). However, the historical structure of the narrative can be static, fixed in a specific time, or floating, revealing variations between circumstances and times. The narratives can also be considered historical (comprised of a beginning, a scenario and an evolution) or ahistorical (devoid of those components), creating the illusion of an undefined and all-embracing place in a subject’s life.

B2. Space axis. In general, all events have a scenario that gives them intelligibility and meaning (Labov, & Waletzky, 1997). Some problematic narratives do not contain references to specific contexts or scenarios, resulting in a distorted perspective on their dominance in subjects’ and families’ lives.

B3. Causality axis. Causality is frequently presented as one of the central components of structure and of narrative changes (Friedlander, & Heatherington, 1998; Moran, & Diamond, 2006; Sequeira, 2004; Sequeira, & Alarcão, 2009), although it is not universally recognized as a constitutive element of narrative (Rimmon-Kenan, 1983, as cited in Elliott, 2005). Causality can be a restraining or a promoting element of narrative flexibility, and Sluzki (1992) describes how changes in a narrative proceed from causes to another narrative centered in effects or vice versa. This can transform the initial story into a more complex and inclusive one or can generate other stories. This circular perspective on problems and interactions seems to increase the engagement process between families and therapists because therapists are deeply influenced by the assumption of circular epistemology (Sequeira, 2004). Linear causality is not bad, or a problem by itself, but it can limit or restrain the acquisition of a larger, ecological perspective about events, especially concerning problems. Linear perspectives may reduce narratives to a single version

and constrain the development of multiple perspectives and, therefore, of new stories.

B4. Interaction axis. This refers to the description of events, subjects and type and degree of their participation in the referred events (Labov, & Waletzky, 1997, pp.13). According to Sluzki (1992) interactions may be based in the following: a) *intrapersonal* or *interpersonal* descriptions, depending if they report the attributes of the subjects or the interactions; b) *intentions, effects* or *dynamic of the event*; c) *personal roles or labels* or *interaction rules*.

Dimension C – Narrative connotations (values of the story). This aspect refers to the meanings and moral values that are evoked in the telling of the stories that constitute these narratives. There may be different attributions for the behavior of one or more elements of the system, namely, the intention and legitimacy of the subjects (*good/bad* intention; *legitimate/illegitimate* behavior) and the degree of health/illness of the person(s) concerned.

Dimension D – Telling of the story. This dimension refers to the position assumed by the actors: who reports the story (main or secondary actor), the shape of the report (descriptions or interpretations of the events), the assumed roles (active or passive, agent or victim) and the evaluation of the actors' performances (competent or incompetent).

Dimension E – Narrative reflexivity. The promotion of therapeutic change emphasizes the importance of reflection on and the questioning of narrative processes, factors and cycles of interaction that maintain clients' problems (Anderson, 2007; Botella, 2001; Sequeira & Alarcão, 2009). This dimension refers to the meta-perspectives that subjects take in their narrative processes (functional and dysfunctional).

Dimension F – Themes of the session. Narratives always include themes toward which other themes gravitate or that hide others, in particular, those that hide situations that are experienced as problematic. Social discourses of significant audiences contribute decisively to the development of individual and familiar stories. Some social discursive constructions, for example, for being more powerful, older, or perceived as a larger can threat, limit and constrain the development of alternative meanings and stories about specific events that are seen as problems. Clients who come to therapy bring stories that are organized around particular themes that are more salient in their individual discourses than they are in the client-

therapist discourse. Several therapeutic approaches (Anderson, 2007; White, & Epston, 1990) and studies of therapeutic change (Sequeira, 2004; Sequeira, & Alarcão, 2009) support the conclusion that change is the result of thematic diversification and of the reduction of symptoms' salience.

Dimension G – Alternative behaviors. This category refers to new behaviors, distinct from the usual repertoire of the system, that are developed inside or outside of the therapeutic context. They differ from the singularities in that they are not totally successful movements as concerns the needs that cause the behaviors. However, they deserve recognition for the flexibility and attempts at adjustment and transformation that they demonstrate.

2.2. Application Conditions

The ASNC must be implemented based on the observation and analysis of therapeutic process sessions. First, the sequences that constitute “narrative episodes” are identified. The narrative episode is a segment of discourse that may contain statements or testimonials organized around a question or a theme. They result from the therapist's questions or from the client's discourses and contain perspectives about the theme, the actors, the results, the lessons, and the “moral of the story.” Even if they are not structured in an explicit and coherent way, they have a beginning, middle and an end (real or presupposed). Depending on the objectives and themes of the session, narrative episodes may be more or less numerous.

After the identification of the narrative episodes, judgments and evaluations can be made about the dimensions expressed or contained in the discourses about family elements, according to the ASNC's dimensions. It may be the case that some dimensions and sub-dimensions are missing; in these cases, the dimension is coded with 0.

The ASNC can be applied after each session or when the therapeutic process is closed, depending on the defined objectives. Its use presupposes a previous process of training and familiarity with the dimensions and sub-dimensions in its comprehensive, descriptive and operative aspects.

2.3. Codification

In each narrative episode, the dimensions of the ASNC are coded. Each dimension and sub-dimension is assigned a value of 1 if it is present and 0 if it is

absent. After coding, the therapist can classify the referred dimensions or sub-dimensions among the options available and, when appropriate, the number of occurrences is counted (e.g., 10 singularities and 8 narrative reflexivity moments). For the same narrative episode, all dimensions of the ASNC may be present, or only some of them may be present.

2.4. ASNC Applications: From Clinical to Research

The ASNC can be applied in clinical, training and research contexts as a possible map of therapeutic dialog and of the transformations to be promoted. According to Sluzki (1992), the focus on the “*micro-processes of change*” can enrich our ability to produce and improve theories, clinical practices and research processes in systemic therapies with narrative focus.

In clinical contexts, the application of the ASNC allows a clear characterization of family narrative style. One of the main objectives of ASNC applications is the identification of narrative change conditions and of change indicators in earlier phases of an intervention. This information can be useful in decision-making processes about conditions for therapeutic interventions and about the possibilities for change within the system.

In the training process, ASNC provides guidelines for the description and comprehension of the narratives of families, couples and subjects. This is an important resource for the evaluation of the narrative functioning of the system and of the transformations of narratives (stories) in therapy. Its systematic and diversified application in several clinical contexts will enable therapists to note the common aspects of the narrative organization at different stages of therapeutic process. In the execution of the therapist’s role, ASNC allows for a better description of intervention focus or style, facilitates the therapy orientation and evaluates the correspondent impacts.

3. Conclusions

The ASNC is an observational classification system applied to the narrative dimensions of human systems that emphasizes different dimensions of change. As a system that classifies and analyses narratives, the ASNC involves a certain degree of inference, and it has limitations concerning the subjectivity of the discourse and the classification work.

Because the ASNC can be applied in several contexts – the clinic, in research about change in therapeutic process and in systemic therapists training – the development of larger and more diversified studies of ASNC applications is justified to establish the validity and reliability of the system. The accuracy of the information produced by the ASNC must be evaluated in diversified therapeutic contexts and must involve several coders, allowing that generalizations can be performed as is suggested by the application of the ASNC in previous case studies. Preliminary ASNC application studies (Sequeira, 2004; Sequeira, & Alarcão, 2009) concluded that the initial narratives in therapy are frequently dominated by themes such as “symptoms” and “family problems”, while “other nonproblematic themes” are more frequent in cases where change occurs and in middle and final stages of therapy. The problematic narratives, particularly when reported as specific symptoms or psychopathologies (e.g., drug addiction, psychosis, or schizophrenia), are mainly static in time, noncontextual in space and linear in causality. The causality transformations – from linear to circular – appear to be crucial for strengthening and promoting change.

References

- Anderson, H., Gehart, D. (2007). *Collaborative therapy. Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Angus, L., Hardtke, K., & Levitt, H. (1999). The narrative process coding system: Research applications and implications for therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1255-1270.
- Avid, E., & Georgaca, E. (2007). Discourse analysis and psychotherapy: A critical review. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 9(2), 157-176.
- Beutler, L. E., Williams, R. E., & Wakefield, P. J. (1993). Obstacles to disseminating applied psychological science. *Applied and Preventative Psychology*, 2, 53-58.
- Blow, A. J., Morrison, N. C., Tamaren, K., Wright, K., Schaafsma, M., & Nadaud, A. (2009). Change process in couple therapy: An intensive case analysis of one couple using a common factors lens. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3) 350-368.
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* [Psychotherapy,

- discourse and narrative: The conversational construction of change] (pp. 91-123). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Christensen, L. L., Russel, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 177-188.
- Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research. Qualitative and quantitative approaches*. London: Sage.
- Elkaïm, M. (1985). From general laws to singularities. *Family Process*, 24(2) 151-164.
- Elkaïm, M. (1990). *Se você me ama, não me ame. Abordagem sistêmica em psicoterapia conjugal*. [If you love me, don't love me. A systemic approach to couple therapy]. São Paulo: Papyrus Editora.
- Freedman, J. & Combs, G., (2008). Narrative couple therapy. In A. Gurman (Ed.) *Clinical handbook of couple therapy* (pp.229-258). New York: The Guilford Press.
- Friedlander, M., & Heatherington, L. (1998). Assessing clients' constructions of their problems in family therapy discourse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(3), 289-303.
- Gergen, K. & Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & J. Gergen (Ed.) *Therapy as social construction* (pp.166-185). Thousand Oaks: Sage.
- Gonçalves, M., Matos, M., & Santos, A. (2008). *Inovative moments coding system: Version 7*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Grafanaki, S. (1997) *Client and counsellor experiences of therapy interaction during moments of congruence and incongruence: Analysis of significant events in counselling and psychotherapy*. Keele University, Staffs, UK.
- Grafanaki, S., & McLeod, J. (2010). Narrative processes in the construction of helpful and hindering events in experiential psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(3), 289-303.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P., & Pinsof, W. M. (1986). Research on marital and family therapies. In S. L. Garfield & A. F. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp.567-624). New York: Wiley.
- Hardtke, K., & Angus, L. (2004). The narrative assessment interview: Assessing self-change in psychotherapy. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 247-262). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Helmeke, K. B., & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 26* (4) 469-483.
- Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. *Journal of Narrative and Life History, 7*(1-4), 3-38.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., & Angus, L. (2001). Narrative process coding system in marital and family therapy: An intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy, 23*(3), 309-322.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudos sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. [Violence in intimate relationships: A research about the psychotherapeutic change in women]. Unpublished doctoral dissertation, University of Minho, Braga, Portugal.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 68-80.
- Meier, A., Boivin, M., & Meier, M. (2008). Theme-analysis: Procedures and application for psychotherapy research. *Qualitative Research in Psychology, 5*(4) 289-310.
- Mendes, I., Ribeiro A, Angus, L., Greenberg, L., Sousa I, & Gonçalves, M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: how is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research, 20*(6), 692-701.
- Moran, S. G., & Diamond, G. M. (2006). The modified cognitive constructions coding system: Reliability and validity assessments. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*(4), 451-464.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 1-8.
- Santos, A., Gonçalves, M., Matos, M., & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*(4), 449-466.
- Semerari, A., Carcione, A., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G., et al. (2003). Assessing problematic states in patients' narratives: The grid of problematic states. *Psychotherapy Research, 13*(3) 337-353.

- Sequeira, J. (2004). *Caleidoscópio terapêutico. Mudança e co-construção em terapia familiar*. [Therapeutic kaleidoscope. Change and co-construction in family therapy]. Unpublished master's thesis dissertation, University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2009). A mudança nas terapias sistémicas. Transformação narrativa nas terapias familiares e de casal. [Change in systemic therapies. Narrative change in families and couples therapy]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia*, XXI, 1(4), 13-24.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2012). *Assessment System of Narrative Change. Reliability and validity studies*. Manuscript submitted for publication.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Sprenkle, D. H. (Ed). (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Sprenkle, D. B., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129.
- Stiles, W. B., & Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 111-126). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

CAPÍTULO II

Assessment System of Narrative Change Reliability and Validity Studies³

Joana Sequeira* & Madalena Alarcão*

*Faculty of Psychology and of Education Sciences, Coimbra University, Rua do Colégio Novo, 3000 Coimbra.

joanasequeira@esdrm.ipsantarem.pt; malarcao@fpce.uc.pt

Abstract

The Assessment System of Narrative Change (ASNC) evaluates narratives and their changes in therapy across seven dimensions: singularities (A), nature of the story (B), narrative connotation (C), telling of the story (D), narrative reflexivity (E), session themes (F) and alternative behaviors (G).

The ASNC was applied in 93 sessions to evaluate its reliability and validity: 22 sessions of systemic family therapy related to substance abuse problems (study 1), 15 sessions of couple and family therapy related to several different problems (study 2), 10 sessions of a parental education group (study 3) and 46 sessions of 18 nonvoluntary family therapy related to parental neglect (study 4).

The estimated reliability of the ASNC (Cohen's Kappa) varies between excellent and satisfactory. The validity of the ASNC was established through its accuracy in the narrative evaluation of different problems and therapeutic modalities. Singularities, narrative reflexivity and the change in session themes (to nonproblematic themes) were the dimensions that changed the most in cases with good outcomes compared to those with poor outcomes.

Key words: Assessment, Narrative, Change, Reliability and Validity of ASNC.

³ Manuscrito submetido ao Journal Couple and Family Psychology: Research and Practice.

I. Introduction

The Assessment System of Narrative Change (ASNC) is a narrative evaluation system. The ASNC captures the content and the structural aspects of subjects' life narratives or stories. The structure, content and meaning of the stories change during the course of therapy and the ASNC aims to monitor those changes. Four studies were developed to establish and test the reliability and validity of the ASNC (the codification and applicability criteria).

Narrative change is a central element in system transformations in narrative-oriented therapies. Narratives are composed of stories that frame the diversified dimensions of system functioning (emotional, discursive, cognitive and behavioral). "Stories are discourse formats with a sequential order that connects events in a significant way and that favors visions about the world and about intervenient experiences" (Hinchman & Hinchman, 1997, as cited in Elliott, 2005, p.3). Through language and negotiation between subjects, the narrative allows for individual and social constructions of coherent sense and meaning relative to experiences. Life narratives can also be condensations and abstractions that contain portions of events and circumstances that individuals experience. Many daily events occur, but only some events are stored and given meaning (Freedman & Combs, 2008). These choices determine the narratives that we construct and shape our remembered experiences and the preferred manner in which we provide events with significance.

In this sense, "therapeutic dialog" (Anderson & Goolishian, 1989; Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987) evolves in the course of a transforming language process to promote new meanings and stories concerning problems. One or several dimensions of the narrative, including the time, causality, specific events of a story, contents, or themes, communication process, narrative positions and roles of the participants, may change (Sluzki, 1992). Narrative perturbation also implies a reflection of narrative construction (Botella, 2001; Sequeira, 2004), which requires meta-communication regarding cognitions, relations and behaviors that contribute to problematic and nonproblematic narratives. Change occurs through impairment of dominant problem stories, emergence of marginal versions that counter the dysfunctional circuit of problem maintenance (Gonçalves, et al., 2010; White & Epston, 1990).

System transformation results not only from the amplification of singularities but also from changes in the narrative format across several dimensions. Sluzki

(1992) suggests that changes can occur across 6 aspects of a narrative, creating new stories and relational formats. Because of the interconnection among the several aspects, transformation in one dimension might produce changes of unknown extents in all other dimensions.

Narrative flexibility (form, content and process) appears to be related to the functioning of healthy systems, and therefore, therapy should promote it (Avdi & Georgaca, 2007; Botella, 2001; Josselson & Lieblich, 2001; Parry & Doan, 1994). Postmodernism and second cybernetics provided the system with historical and diachronic dimensions through the concept of narrative, which was portrayed as an identity reference that frames the system's evolution in the past, present and future.

Considering that different discursive constructions reflect different social realities that punctuate and trigger problems, specific changes should be predictable in the clients' formulations of problems; particularly, these changes should be translated in the distinct narrative formats and contents (Friedlander & Heatherington, 1998).

The ASNC, (Assessment System of Narrative Change), aims to access the specific mechanisms of stories and narrative transformations based on the theoretical assumptions that frame postmodern narrative therapy (Sequeira, 2004). In this article, we describe four studies that were conducted to test the reliability and validity of the ASNC.

2. Assessment System of Narrative Change (ASNC)

2.1 ASNC General Conception and Dimensions

The ASNC is an observational narrative evaluation system that examines narrative changes across several dimensions. The ASNC results from theoretical and empirical contributions, which have pointed out the important aspects in the process of narrative change (Botella, 2001; Elkaim, 1895, 1990; Sequeira, 2004; Sluzki, 1992). A panel of five experts in systemic therapy was consulted to evaluate the "content validity" of the ASNC dimensions, definitions and operationalization. Complete consistency between the experts was achieved regarding the relevance of the dimensions, options and codification rules.

The ASNC includes 7 dimensions; some dimensions are divided into subdimensions, and nearly all the dimensions are inextricably connected. The dimensions that relate to narrative plot include (B) the nature of the story, (C) the

connotation of the narrative, (D) the telling of the story and (F) the themes of the narrative. These dimensions relate to the structure and constitution of narratives. The dimensions (A) singularities and (E) narrative reflexivity correspond to the narrative processes that are promoted in therapy to introduce changes in the stories and creating new narratives (Sequeira & Alarcão, 2012).

The different dimensions of the narrative are recursively related. For example, the dimension of singularities (A) may reflect the dimensional aspects of the story's nature (B), its narrative connotation (C), the manner in which the story is told (D) and the client's narrative reflexivity (E). Changes in one dimension will be reflected in the others. Similarly, shifts in a story will affect the role of this story in the narrative network of the individual and family.

Dimension A – Singularities. This concept was originally developed by Elkaim (1990) and was broadly studied and revised (Sequeira, 2004). Singularities are viewed as a creative and effective strategy promoted by the system in response to a problematic situation. This concept appears as an adaptive and pertinent movement that the therapeutic context amplifies. Singularities may be *discursive* (A1: new and effective discourses regarding relations, events, situations or experiences; e.g., “*Last week, I told him that he was ok. It never happened before.*”), *behavioral* (A2: successful new interactions or practical strategies; e.g., “*We completed the homework together for the first time.*”) or *cognitive* (A3: alternative versions or cognitive processes that introduce new perspectives and distinct comprehensions concerning important questions of the system's life, such as difficulties, problems/symptoms or other family relevant questions; e.g., “*I have never seen things that way and they really make sense. Now I understand him.*”). Cognitive singularities are accessible through the clients' discourse. Similar to discursive singularities, cognitive singularities involve a new discourse that references problems; however, they also offer a different vision and comprehension of problems. This perspective is completely new, more useful and different from other previously available perspectives regarding family problems or difficulties. Associations of singularities occur when the system develops simultaneously innovative strategies on several of these levels.

Dimension B – Nature of the story. According to Sluzki (1992), the nature of the story is organized around the characters, attributes, relations and events in the story that are translated in the discourses and narratives of individuals and events.

B1. *Time axis*. In time discourses can be a) *static*, centered in a specific time (e.g., “*It was always like that. Nothing changed.*”), or *floating*, varying between moments (e.g., “*A few years ago we were different. Problems began two years ago.*”); b) focused in the *past*, *present* or *future*; or c) *historical*, when the stories have a starting point, a scenario and an evolution (e.g., “*The first time we perceived something different was when he went to school.*”), or *ahistorical*, when the stories create the illusion of occupying an undefined and substantial place in the subjects’ lives (e.g., “*I don’t know when the problems began. I can’t identify a specific time or event that it relates to.*”).

B2. *Space axis*. Stories that contain references to events in a context, space or scenario are considered *contextual* and are *noncontextual* if they do not make these references (e.g., “*This only happens when we are at home.*” or “*This happens everywhere!*”).

B3. *Causality axis*. Causality can be typified as *linear* when the narrative is centered in causes and their effects (e.g., “*He is like that because of the drugs he uses.*”) or as *circular* when there is an association of multiple causes, factors or variables that interact and sustain relations and problems (e.g., “*Really there are several aspects of the problem. First, the way we relate to him is not the best, and the lack of trust we feel amplifies his fears and makes him more insecure. Clearly we reacted to that and became nervous.*”).

B4. *Interaction axis*. This axis reflects the actors’ participation and narrative focus and is subdivided into 3 main aspects: a) *intrapersonal* or *interpersonal* descriptions (e.g., “*First I went to him and talked about what was going on. Then he said that he didn’t want to talk and I approved.*” or “*I perceived that he was sad.*”); b) the *intentions* or *effects* of the event (e.g., “*They tried to make me feel bad!*” or “*I felt bad.*”); c) *personal roles* and *labels* or *interaction rules* (e.g., “*I’m the one that protects him, and he is the one that is protected*”, “*Every time he has a problem I try to solve it for him*” or “*We never talk about problems in our family*”).

Dimension C – Narrative connotation. This dimension refers to the meanings and moral values that are evoked in reporting a story. Stories can evoke a) *good* or *bad intentions* (e.g., “*I do my best! Everything I do is to help*” or “*He is different from all the others; he isn’t normal!*”) or b) *legitimate* or *illegitimate behaviors* (e.g., “*They don’t have the right to treat me like that!*”).

Dimension D –Telling of the story. Stories can reflect actors’ different participations and interventions. Actor of the stories can be a) *passive* or *active* (e.g.,

“I have made several efforts to help my family.” or *“We are waiting to see what happens.”*); b) *competent or incompetent* (e.g., *“I don’t know what to do and I can’t help”* or *“I knew he would want me to do that. I did it, and it was very effective.”*); or c) *report descriptions or interpretations* (e.g., *“He was in his room; I went there and talked to him.”* or *“I understood that he didn’t want to talk just by the way he looked at me.”*)

Dimension E – Narrative reflexivity. The process of reflection regarding stories and narratives is related to the way that individuals and families build problematic and nonproblematic narratives (E1, e.g., *“I am aware that we are also responsible for the way things are at the moment”*), the identification of discursive factors (E2, e.g., *“The way we say things is very aggressive, and that contributes to the problem.”*), the identification of relational and interactive factors (E3, e.g., *“I do several things that I shouldn’t do, like wake him up, and other things...”*) and the behavioral factors that originate and maintain the narrative (E4, e.g., *“As long as I continue to abuse, nothing will be better for us...”*).

Dimension F – Themes of the session. In therapeutic processes, the themes typically aggregated in a therapy motive (*symptoms*), other family and individual concerns (*other problematic themes*) and nonproblematic aspects of family life (*nonproblematic themes*).

Dimension G – Alternative behaviors. Alternative behaviors correspond to the explicit attempts of acting or being different, but these attempts do not generate the expected effects, so they may not be considered successful (e.g., *“In the meantime, I proposed not arguing; we just didn’t mention the subject that was disturbing us, but it didn’t work out well.”*).

2.2. ASNC Application and Codification

The ASNC was conceived for applications in naturalistic or quasi-naturalistic clinical settings that allow the researcher to observe how the process of narrative and story telling naturally unfolds (Hill, 1992).

The ASNC is applied in the analysis of narrative change in postmodern-oriented systemic therapies through the observation and transcription of therapeutic sessions. Initially, the sequences that constitute “narrative episodes” are identified. The narrative episode is a segment of the discourse that may contain statements or testimonials organized around a question or theme. It may result from the therapist’s questions or from client discourses and contains perspectives concerning themes,

actors, results, lessons, and the “moral of the story”. Narrative episodes have a beginning, middle and end (real or presupposed) even if they are not structured in an explicit and coherent manner. Depending on the session, narrative episodes may be numerous and therefore may occur in one or two sequences of speech or correspond to entire sessions. After the identification of the narrative episodes, judgments and evaluations are produced regarding the dimensions that are expressed or contained in the discourses of the family elements according to the dimensions of the ASNC. The dimension is coded with a 1 when it is present, and the occurrences are counted; the dimension is coded with a 0 when it is missing.

3. Validation Studies

Several studies have been performed to establish the validity and reliability of the ASNC. These four studies test i) the definition and adequacy of the ASNC dimensions in narrative evaluation (content validity); ii) the applicability of the ASNC (face validity); and iii) the accuracy and applicability of the codification options and rules related to the ASNC (reliability).

Studies 1 and 2 relate to the construction and standardization of the codification procedures. Studies 3 and 4 test the accuracy of the ASNC in evaluating the narrative and description of changes during therapy in several therapeutic contexts and modalities, namely, parental education groups (study 3) and nonvoluntary family therapy with families marked by child neglect (study 4).

We computed the reliability and validity measurements of the assessment and codification system, the total percentage of inter-rater-reliability (the proportion of agreement in the codified dimensions) and Cohen’s Kappa (a conservative measure of interjudge agreement that considers the probability of agreement by chance). Since Cohen’s Kappa is a measure that evaluates the agreement between two raters, and since several of the studies involved more than two raters the judges were organized by pairs. A notable limitation of Cohen’s Kappa is the strong effect of unequal codification distributions (Pestana & Gageiro, 2008). Kappa is equal to 1 when the maximum agreement is reached. An excellent agreement is reached when Kappa is equal or higher than 0.75. In sufficient to good agreement, Kappa varies between 0.40 and 0.75. A Kappa value that is equal to or smaller than 0.40 reflects weak interjudge agreement.

Table I
Cohen's Kappa for ASNC Dimensions in Studies 1, 2, 3 and 4

ASNC Dimension	Study 1		Study 2		Study 3		Study 4	
	Kappa	%	Kappa	%	Kappa	%	Kappa	%
A1	0.56	56%	0.81	81%	0.49	49%	0.87	87%
A2	0.69	69%	0.91	91%	0.63	63%	0.88	88%
A3	0.83	83%	0.90	90%	0.62	62%	0.81	81%
B1	0.50	50%	0.85	85%	1.00	100%	1.00	100%
B2	1.00	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	100%
B3	1.00	100%	1.00	100%	0.61	61%	0.44	44%
B4	0.37	37%	0.14	14%	0.65	65%	0.92	92%
C	0.40	40%	0.62	62%	0.73	73%	0.82	82%
D	0.58	58%	1.00	100%	0.65	65%	0.80	80%
E1	0.64	64%	0.85	85%	0.70	70%	0.95	95%
E2	0.67	67%	0.59	59%	0.60	60%	0.53	53%
E3	0.03	0.3%	0.83	83%	0.58	58%	0.64	64%
E4	0.47	47%	0.83	83%	0.84	84%	0.38	38%
F	1.00	100%	1.00	100%	1.00	100%	0.83	83%
G	0.73	73%	---	---	1.00	100%	0.92	92%

Study 1

Objectives. The evaluation of the applicability and reliability of the ASNC.

Participants. Four families that voluntarily requested family therapy in a drug addiction treatment center participated in this study. After receiving the informed consent of the participants (a notification of voluntary participation, the privacy of data and the procedures only for research purposes), the twenty-two video recorded sessions were transcribed and analyzed. Each process evolved through a different number of sessions ranging from 2 to 9. The sessions occurred monthly. Therapy was conducted according to postmodern orientations that were focused in narrative transformation and were adjusted to each family specific problem. Systemic therapy is a form of psychotherapy that conceives behavior and, particularly, mental symptoms within the context of social systems that individuals live in and focuses on the interpersonal relations and interactions, social constructions of realities, and recursive causality between the symptoms and interactions. The partners/family

members and other important individuals, such as friends or professional helpers, can be included in therapy either directly or virtually through system-oriented questions concerning their behaviors and perceptions (Sydow, Beher, Schweitze, & Retzlaff, 2010). Systemic therapies conceive narrative as an organizing dimension of the system functioning. However, in a narrative-based therapy, the techniques and strategies from first-order therapies can also be included. Postmodern approaches are integrative and can include techniques from other models, such as structural, strategic, and symbolic therapies, among others.

Three therapists participated in this study (a mental health specialist nurse, a social worker and a clinical psychologist who is the main investigator). All three therapists had a post-graduate degree in systemic family and couple therapy and had more than five years of clinical experience. The main investigator was also a judge and was involved in the transcription and codification of all sessions. Two other judges participated in the codifications: an observing therapist and a consulting supervisor, who is a senior therapist with vast clinical experience, participated in the discussion panels of disagreements or doubts in the codifications.

Procedures. All sessions were coded with the ASNC: The recordings of 10 (45.5%) of 22 sessions were viewed, analyzed and coded by two judges. One judge, the main investigator, analyzed the remaining 12 sessions after high agreement was reached between the judges in the previous codifications. The codifications were initially performed separately, and afterward, the disagreements between the judges were discussed.

Results. A total of 726 codifications were performed, and 429 (50.9%) were performed by the panel of judges; agreement was reached in 339 (79%) codifications and 90 (21%) were disagreements. Cohen's Kappa for the ASNC dimensions varied from very weak in dimensions B4 and E3 to excellent agreement in dimensions A3, B2, B3, and F. Table I shows that the remaining dimensions (C, E4, B1, A1, D, E1, E2, A2 and G) showed sufficient to good agreement.

Through the evaluation performed by the therapists, 3 of the 4 family therapies were considered to be good outcome cases based on the occurrence of positive changes and the accomplishment of the therapy objectives that were discussed with the families in therapy sessions. One case was considered a poor outcome because of a non-accomplishment of the defined objectives of therapy. The qualitative differences between the narratives of the good and poor outcome cases

were identified through the information produced by the ASNC. In good outcome cases, more singularities were identified (A1, A2 and A3), changes in causality occurred (B3) (from linear to circular) and the narratives were progressively less centered on symptoms (F), as the therapy progressed. By contrast, few singularities were identified, narrative causality remained linear and the symptoms were the dominant theme in all sessions of the poor outcome cases.

Discussion. The scores of estimated reliability led to adjustments in the ASNC coding manual toward more distinction of the dimensions, an extended and detailed explanation of the codification norms and additional examples of some dimensions [subdimension interaction axis (B4), value of the story (C) and narrative reflexivity (E)] that presented more problems in the codification process and lower Kappa values.

Considering the limited number of cases and qualitative treatment of the data, the conclusions of this study are limited to the therapies analyzed and only can represent the reality of the specific participants (families and therapists). The participation of the main investigator as a therapist amplifies the risk of biases in the analysis of the sessions, although the codifications were discussed with the other judges. These concerns were considered in the following studies.

Study 2

Objectives. To evaluate i) the ASNC codification rules and dimension definitions and ii) the ASNC applicability in couple therapy sessions, in therapies with diverse symptoms (other than drug addiction) and therapies developed by different therapists (other than the ASNC author).

Participants. The ASNC was applied to 15 sessions of family and couple therapy. Only 1 session of each case was analyzed. The coded sessions were developed in 3 different institutions where systemic therapy (family and couple) is developed: a service of domestic violence in a public mental health hospital, a family and couple therapy university center and a parental and familiar support and counseling center. We selected the sessions that were held under good viewing and hearing conditions, that were concluded cases and whose participants allowed investigative uses (provided informed and voluntary consent). Six different therapists (5 psychologists and 1 psychiatrist) developed the therapies; their clinical experience varies from 5 to more than 15 years, and all have post-graduate education in

systemic therapy (family, couples and networks). All therapies were clinically inspired by postmodern and narrative assumptions.

Procedures. All selected sessions were viewed, analyzed and coded by two judges. Three judges participated in this study after being trained and familiarized with the ASNC. Although the judges were three of the therapists that participated in the therapies (3 psychologists), they only analyzed sessions in which they were not involved. The codifications were initially performed separately and were then compared; doubts and disagreements were discussed with a third judge. The third judge corresponds to the supervisor who participated in study I.

Results. The results indicate that the ASNC is an appropriate instrument to analyze narratives (in the dimensions previewed) in systemic therapy sessions regardless of the modality (family or couple therapy). Table I presents the estimated reliability, as indicated by Cohen's Kappa, showing excellent agreement for dimensions A1, A2, A3, B1, B2, B3, D, E1, E3, E4 and F, sufficient to good agreement for dimensions C and E2 and weak agreement for dimension B4. Dimension G was coded as 0 in all sessions, because the judges observed no alternative behaviors. This variable is a constant; therefore, Kappa cannot be computed.

Discussion. Better agreement scores in the ASNC dimensions were obtained in comparison to study I, except for dimensions E2 and B4. The B4 axis refers to the interactions and relations between family or couple elements. The codification difficulties might be explained by the multiplicity of narrative formats that can occur during the session. In response to therapist interventions, transformations in this axis are frequently observed. However, the transformations may not reflect effective and autonomous narrative changes. For instance, if the therapist proposes a roleplaying exercise involving a change of roles an alternative and new interaction might emerge during the exercise (e.g., changing to an interpersonal interaction that is rule and conflict focused instead of the previous format that is intrapersonal and organized around symptoms and roles). Contextual variations occur but do not necessarily reflect a narrative change in the interaction axis. Because of the Kappa scores obtained in studies I and 2, dimension B4 maintains interpretation and codification problems, which emphasizes the necessity for additional validation studies. Analysis of single therapy sessions (and not complete therapeutic processes) committed the acquisition of a diachronic perspective of the system during therapy, which explains the absence of the codifications of alternative behaviors in the narratives.

Study 3

Objectives. To test the applicability and validity of the ASNC in the evaluation of narrative change in a parental education group.

Parental education is a multi-familial intervention with parental subsystems in which the objective is to promote parental competence. The parental program “*Incredible Years Basic*” (Webster-Stratton & Reid, 2010) was applied in a 2-hour session once a week for 3 months (for a total of 12 sessions). Two leaders conducted the group in a nonclinical context. This program is structured in format and content; the sessions have pre-established themes, and specific activities are previewed.

Participants. Four parental subsystems (A, B, C and D) corresponding to a total of seven participants, parents of children from 3- to 6-years-old, with symptoms of opposition/challenge and/or previous diagnoses of hyperactivity/attention deficit. Three parental subsystems came from intact, classical nuclear families, and one came from a single parent family that lived with the extended family.

Three subsystems were considered to be good outcome cases, and one was a poor outcome. Success was established according to the evaluations performed by the study leaders based on the objectives compliance in the program and considering the results of the previewed evaluation protocol. The protocol determines two evaluations, one before the beginning of the intervention and the other six months after the end of therapy. The measures were the Strengths and Difficulties Questionnaire (SQD) (Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998) for the parents and teachers, the Beck Depression Inventory and the Scale of Parental Practices (Arnold, O’Leary, Wolff, & Acker, 1993) for the parents. All parents of the subsystems “A”, “B” and “C” improved in the 3 measures of the protocol. The parental subsystem “D” was considered a poor outcome because the members resigned in session 8. No contrasting groups occurred.

Three judges participated in this study and they were organized in three pairs of judges. All sessions were viewed, analyzed and coded by two judges, according to ASNC. The judges were not involved in the implementation of the studied intervention: one is the first author, and two other judges (social workers with a systemic post-graduate degree), trained in ASNC application, were not involved in studies 1 and 2.

Procedures. Voluntary collaboration from therapists and clients to participate in this study was obtained, and ethical questions concerning data treatment and the information produced were safeguarded. Ten sessions were visualized and analyzed. Two sessions were not recorded because of technical problems. Because of the number of participants and sessions (4 parental subsystems and 10 sessions), data produced with the ASNC were analyzed through a combined methodology, which was mainly qualitative (a content analysis concerning the ASNC dimensions). Nevertheless, descriptive statistics of some ASNC dimensions (singularities and narrative reflexivity moments) were calculated for each subsystem (A, B, C and D).

Results. A total of 733 codifications were performed, and an agreement between the pairs of judges was reached in 642 codifications (87.59%). Similar to the previous studies, the disagreements (N = 91; 12.4%) were discussed with the panel of judges and supervisor until a consensus was reached for the final codifications.

Table I shows that the estimated reliability from the Cohen's Kappa varies from excellent agreement for dimensions B1, B2, E4, F and G to sufficient and good agreement for dimensions A1, E3, E2, B3, A3, A2, B4, D, E1 and C.

Table 2.

Study 3 Mean and Standard Deviation of Singularities and Reflexivity Moments by Parental Subsystem

ASNC Dimensions	Parental Subsystem				
	A	B	C	D	
Singularities	A1				
	M	3.50	1.10	2.20	0.60
	SD	1.96	1.101	1.96	1.50
	A2				
	M	2.90	1.30	2.40	0.20
	SD	1.87	1.829	2.79	0.63
	A3				
	M	1.30	0.60	1.00	0.50
	SD	1.16	1.075	1.33	0.97
Reflexivity Moments	E1				
	M	2.70	1.00	2.29	1.33
	SD	1.77	0.00	0.76	0.58
	E2				
	M	1.50	1.00	1.00	0.00
	SD	0.58	0.00	0.00	0.00
	E3				
	M	2.17	1.30	2.11	1.67
	SD	0.75	0.51	1.27	1.55
E4					
M	1.19	1.50	1.60	1.00	
SD	0.48	0.70	0.55	0.00	

Table 2 shows that the general results of the good outcome cases (A, B and C) show a high occurrence of singularities (A1, A2 and A3) compared to the poor outcome case (C).

The singularities occur from the beginning (the initial session) and reach a maximum occurrence in the sixth session. Beginning in the fourth session, the discourses and narratives are punctuated by agency and competence perception of family elements. A high occurrence of narrative reflexivity (E1, E2, E3 and E4) moments was observed from the initial sessions and throughout therapy.

Discussion. Compared to the previous studies (1 and 2), some agreement scores are slightly lower (A1, A2, A3, B3, D, E1 and E3), none of the dimensions indicate weak agreement, and some increased (B1, B4, C and E4) or maintained the previous high scores (B2 and F). Dimension B4 (interaction axis) has reached high agreement despite the weak scores obtained in studies 1 and 2, and the codification problems that were identified. This variation may be justified by the type of intervention implemented in which the participants assume a relatively predefined and predictable role that limits the interaction variations that may occur in the sessions and that therefore eases the codification process.

In the good outcome cases, the maintenance of narrative linear causality (B3) in all sessions and symptom themes until session six constitutes a significant distinct result from the results obtained in other studies (Sequeira & Alarcão, 2009). The theoretical socio-cognitive model that inspires the program and presupposes the establishment of the linear causality relations (behavior modeling, observation and discussion of video sequences, positive reinforcement, etc.,) may explain the differences observed, therefore limiting the potential emergence of new causal relations and restricting the conversation to the symptom. The conclusions of this study indicate that the narrative dimensions of time (B1), space (B2) and causality may not change when therapy is focused on behaviors and when the symptom is central theme. Nevertheless other dimensions seem to allow for the development of alternative perspectives regarding problems; the development of new narrative themes and the emergence of new behaviors, shown by the occurrence of narrative reflexivity moments (E1, E2, E3 and E4), changes in themes of the session (F) and the emergence of singularities (A), which were assumed as to be elements of change.

Study 4

Objectives. To test the validity of the ASNC in non-voluntary multi-systemic therapy and to evaluate the narrative changes in families that show parental neglect.

Multi-systemic therapy (Henggeler, 2002) aims to reduce risk factors through the promotion of competence and family forces within a framework in which diversified actors can participate (family, school, neighbors, community agents, etc.). Intervention can be developed in several contexts and might include several therapies (family therapy, individual therapy, network therapy, educational interventions, etc.). Only family therapy sessions were considered for this study.

Participants. Sixteen families in non-voluntary family therapy that showed parental neglect toward their children participated in this study. Six families were “intact nuclear families”, six were “extended families”, and four were “single parent families”.

Three judges participated in this study and they were organized in three pairs of judges. All sessions were viewed, analyzed and coded by two judges. The judges were the same that were involved in study 3. None of the judges were involved in the therapies performed.

Procedures. Informed and voluntary consent was obtained from the participants in this study (including ethical questions related to how privacy in data production and treatment were safeguarded). All recorded sessions were viewed, transcribed and coded with the ASNC, but only three sessions of each case were considered for this study: the initial, intermediate and last sessions. A total of 46 sessions were coded. Disagreements and doubts between the two judges that coded the sessions were discussed with the third judge.

The success of therapy was defined by the achievement of the intervention objectives: according to the therapist evaluation (the therapy questionnaire evaluation for therapists) and based on the accomplishment of the defined goals that were established at the beginning of therapy. Two contrasting groups were established, good and poor outcome cases, and each group had 8 family therapy processes and a total of 23 sessions.

Data produced with the ASNC was analyzed using a combined qualitative and quantitative methodology. Based on the nature of the data and the characteristics of the variables studied (nominal variables with non-normal distribution, a reduced number of sessions and cases in each group), content qualitative analyses of the narratives were performed. For quantitative analysis, statistics of the group

comparisons were calculated only for the dimensions of singularities (A1, A2 and A3), narrative reflexivity (E1, E2, E3 and E4) and alternative behaviors (G).

Results. A total of 2742 codifications were performed, with 2630 (95.95%) agreements and 111 (4.05%) disagreements. Table 1 shows the Kappa values, which indicated excellent agreement for dimensions A1, A2, A3, B1, B2, B4, C, D, E1, F and G, good to sufficient agreement for E3, E2 and B3 and weak agreement for E4.

The results indicate qualitative differences between time (B1) and space (B2). Significant statistical differences were observed between the groups for discursive and cognitive singularities ($U_{A1} = 188.5, p = 0.023$; $U_{A2} = 271.0, p = 0.701$; $U_{A3} = 190.5, p = 0.023$) and narrative reflexivity moments ($U_{E1} = 106.5, p = 0.000$, $U_{E2} = 188.0, p = 0.004$, $U_{E3} = 172.5, p = 0.008$, $U_{E4} = 191.0, p = 0.017$). However, significant statistical differences were not observed in the alternative behavior dimension ($U_G = 214.0, p = 0.474$).

Regarding the time dimension (B1), the narratives of the good outcome group after the initial session were always historical and floating. The narratives of the poor outcome group tended to be mainly historical/static in the initial session, historical/static and historical/floating in the intermediate session and ahistorical/static and historical/floating in the last session.

For the space dimension (B2), narratives of the sessions of the good outcome group were contextual from the initial session onward. In the poor outcome group, although the narratives were mostly contextual, they were noncontextual in the intermediate and last sessions for some families.

Singularities were more frequent in good outcome cases compared to poor outcomes (table 3). In the good outcome cases, the means of singularities increased from the initial session ($M_{A1} = 1.0, M_{A2} = 0.62$ and $M_{A3} = 0.63$) to the intermediate session ($M_{A1} = 1.75, M_{A2} = 1.13$ and $M_{A3} = 1.13$) and slightly decreased in the last session ($M_{A1} = 1.25, M_{A2} = 0.87$ and $M_{A3} = 1.0$). In the poor outcome cases, there were fewer singularities in the intermediate session ($M_{A1} = 0.5, M_{A2} = 0.88$ and $M_{A3} = 0.75$) and in the last session ($M_{A1} = 0.13, M_{A2} = 0.38$ and $M_{A3} = 0.00$) compared to the initial session ($M_{A1} = 0.63, M_{A2} = 0.75$ and $M_{A3} = 0.38$).

Table 3
Study 4 Mean and Standard Deviation of Singularities and Reflexivity Moments by Case

	Poor outcome cases n = 23 sessions											Good outcome cases n = 23 sessions										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	O	P	Q						
Singularities																						
A1																						
M	3.00	0.00	2.33	2.00	1.00	0.67	0.67	1.00	0.33	0.00	0.33	0.00	0.67	0.00	2.00	0.00						
SD	1.00	0.00	2.33	3.46	1.00	1.15	0.58	1.00	0.58	0.00	0.58	0.00	0.58	0.00	1.00	0.00						
A2																						
M	3.00	0.33	0.67	0.33	1.67	0.00	0.67	0.33	1.33	0.33	0.33	0.00	1.00	0.33	1.33	0.67						
SD	1.00	0.58	0.58	0.58	1.15	0.00	1.15	0.58	1.15	0.58	0.58	0.00	1.00	0.58	0.58	1.15						
A3																						
M	1.33	0.00	1.33	1.33	1.67	0.00	0.33	1.33	0.33	0.00	0.67	0.00	0.33	0.00	1.33	0.33						
SD	0.58	0.00	0.58	1.53	0.58	0.00	0.58	1.55	0.58	0.00	1.15	0.00	0.58	0.00	1.15	0.58						
E1																						
M	1.33	0.00	4.00	0.67	3.00	1.00	2.00	2.33	0.67	0.33	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00						
SD	0.58	0.00	1.00	0.58	0.58	1.00	2.00	2.08	1.15	0.58	0.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00						
E2																						
M	0.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	0.67	1.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00						
SD	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.15	1.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.58	0.00						
E3																						
M	0.00	0.00	1.67	0.67	2.00	1.33	2.67	1.33	0.33	0.33	0.00	0.33	0.33	0.00	1.00	0.00						
SD	0.00	0.00	1.52	0.57	1.00	1.53	1.52	1.55	0.58	0.58	0.00	0.58	.58	0.00	0.00	0.00						
E4																						
M	1.00	0.00	4.33	0.00	3.00	0.00	1.00	3.33	0.33	0.00	0.00	0.33	0.33	0.00	0.67	0.00						
SD	1.00	0.00	3.20	0.00	1.00	0.00	1.73	3.05	0.58	0.00	0.00	0.58	0.58	0.00	0.58	0.00						

Reflexivity Moments

Narrative reflexivity moments were always more frequent in the good outcome cases (Table 3). In the good outcome cases, reflexivity moments increased from the initial session ($M_{E1} = 1.38$, $M_{E2} = 0.6$, $M_{E3} = 0.88$ and $M_{E4} = 0.87$) to the intermediate session ($M_{E1} = 1.88$, $M_{E2} = 0.88$, $M_{E3} = 1.5$ and $M_{E4} = 2.13$) and maintained or slightly decreased in the last session ($M_{E2} = 0.88$, $M_{E3} = 1.25$ and $M_{A4} = 1.63$). Dimension E1 was an exception ($M_{E1} = 2.13$). In the poor outcome cases, narrative reflexivity moments decreased from the initial session ($M_{E1} = 0.25$, $M_{E2} = 0.13$, $M_{E3} = 0.55$ and $M_{E4} = 0.25$) to the intermediate session ($M_{E1} = 0.25$, $M_{E2} = 0.0$, $M_{E3} = 0.25$ and $M_{E4} = 0.38$) and the last session ($M_{E1} = 0.00$, $M_{E2} = 0.13$, $M_{E3} = 0.00$ and $M_{E4} = 0.00$). The dimension E1 was an exception ($M_{E1} = 2.13$).

More differences were observed between the good and poor outcome cases in discursive and cognitive singularities (A1 and A3) and in the several types of narrative reflexivity moments (E1, E2, E3 and E4).

Discussion. In general, good agreement scores were obtained between the judges, which strengthen the ASNC codification system and adequacy of the judges/coders training process. Nevertheless, the agreement scores for the E2 and E4 narrative reflexivity dimensions were lower compared to those of study 2. E2 was considered sufficient to good (the discursive factors), and E4 was weak (the behavioral factors), which raises a concern regarding the codification system in the narrative reflexivity dimension (E). The variations in the agreement scores in this dimension justify additional studies to identify whether the agreement problems are due to the coders' subjective interpretation or a less obvious distinction between narrative reflexivity events and singularities.

Our results showed that singularities and narrative reflexivity are related to positive change. In the initial sessions, new discourses regarding problems arise (narrative singularities), alternative behaviors then emerge (behavioral singularities) and, finally, new perspectives occur in the last sessions (cognitive singularities). Reflexivity moments are more frequent in the good outcome cases and tend to increase from the initial sessions onward. It can be concluded that a reflection ability, concerning narrative processes and family functioning, collaborates in family change, thus easing the development of singularities. Clinical experience with neglectful families has shown that change begins from the recognition of family difficulties; this conclusion is strengthened by the results of this study.

4. General Discussion and Conclusions

The four studies described here confirm that the ASNC i) evaluates and describes narratives and portrays its transformations during therapy (content validity); ii) is appropriate for narrative evaluation in different systemic therapies (family, couple, group, etc.) and with several problems (face validity); and iii) is a reliable, operationalized and rigorous codification system in terms of its rules and codification options (reliability).

The ASNC reliability is demonstrated by the satisfactory agreement percentages and Kappa scores in nearly all dimensions. However, the variations in some Kappa scores regarding the B4 (the nature of the story – interaction axis) and E (narrative reflexivity) dimensions demand accuracy for the definition/codification procedures and require more specific validation studies for these dimensions.

The results confirm the postmodern therapy assumptions regarding change and support therapy as a process of story breaking, language transformation and deconstruction and narrative reflection (Anderson & Goolishian, 1989; Avid & Georgaca, 2007; Botella, 2001). Therapy also replaces dysfunctional stories and redundant behaviors/interactions with alternative flexible stories (Sluzki, 1992) and functional interaction patterns (Elkaim, 1985, 1990; White & Epston, 1990).

The evaluative and discriminatory attributes of the ASNC are strengthened by the correspondence between the ASNC information, regarding the transformations that occurred in specific narrative dimensions (in the good outcome cases compared to the poor outcome cases) with clinical judgments performed by therapists (regarding change occurrence and therapy outcome) and the concurrent results provided by the instruments used to measure the efficacy of the educational parental program (study 3) and evaluation protocol of the therapy results (study 4).

The ASNC properties are also supported by the ecological validity of the studies developed (Moran & Diamond, 2006). Specifically, i) the entire sessions, and not only excerpts, were analyzed and coded; ii) the studies include longitudinal evaluations, containing complete and concluded therapies from “real” therapeutic contexts (non-experimental); iii) with the exception of study I, the clinical protocols were not inspired in the changing dimensions of the ASNC; iv) the interventions were performed by several therapists; and v) the judges that performed the codifications (with the exception of the main investigator) had no previous contact

with the analyzed sessions or the final therapeutic evaluations performed by the therapists.

The ASNC applications and conclusions indicate that some precautions should be considered in future works. The codification of the subjects' narratives involve a considerable degree of inference and subjectivity that requires the participation of a greater number of judges (3 if possible) in the codification process to diminish the risk of error. The closeness between the dimensions difficult the accurate codification process and contributed to the explanation for the agreement variations in some of the dimensions (for example, dimension E). To address this problem, constant improvement and specification of the criteria and codification options is required.

The validation study only reflects the investigative uses of the ASNC. The ASNC remains to be empirically shown and its attributes remain to be tested in clinical and educational applications. Presently, the clinical relevance of the ASNC is suggested by the detailed mapping of the relevant changes during therapy and in each session. The results from this study have considerable implications for the identification of the most relevant dimensions in narrative change, such as singularities, and the dimensions that appear to precipitate change in other dimensions, such as narrative reflexivity. The implications for clinical practice are that therapy must be oriented, in the early stages, to specific narrative transformations and therapists must have knowledge of how to introduce perturbation in these dimensions.

Therefore, we conclude that there is an interest for continuing the investigation of narrative change in different therapeutic contexts and problems and in regard to the convergence of these changes that were observed in the narrative dimensions of the good outcome cases in the several studies presented.

References

- Anderson, H., & Goolishian H. (1989). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical therapy. *Family Process*, 27(4), 371-393. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>

- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137–144. <http://dx.doi.org/10.1037%2F1040-3590.5.2.137>
- Avid, E., & Georgaca, E. (2007). Discourse analysis and psychotherapy: A critical review. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(2), 157-176. <http://dx.doi.org/10.1080%2F13642530701363445>
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations on theory and practice*. New York: Basic Books.
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. [Psychoterapy, discourse and narrative: The conversational construction of change] (pp.91-123). Coimbra: Quarteto.
- Elkaïm, M. (1985). From general laws to singularities. *Family Process*, 24(2) 151-164. <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1985.00151.x>
- Elkaïm, M. (1990). *Se você me ama, não me ame. Abordagem sistêmica em psicoterapia conjugal* [If you love me, dont love me. Systemic aproach in couple therapy]. São Paulo: Papirus Editora.
- Friedlander, M., & Heatherington, L. (1998). Assessing clients' constructions of their problems in family therapy discourse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(3), 289-303. <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.1998.tb01086.x>
- Goncalves, M. M, Ribeiro, A. P., Stiles W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self narratives: Exploring one path to therapeutic poor outcome. *Psychotherapy Research*, 21(1) 27-40. <http://dx.doi.org/10.1080%2F10503307.2010.507789>
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs007870050057>
- Henggeler, S. W. (2002). Terapia multissistêmica: Uma visão geral dos procedimentos clínicos, dos resultados, das pesquisas em curso e das implicações políticas. In A. C. Fonseca (Ed.), *Comportamento anti-social e família:*

- Uma abordagem científica* [Anti-social behavior and family: Cientific aproach] (pp. 397-418). Coimbra: Almedina.
- Hill, C. E. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70(6) 728-739. <http://dx.doi.org/10.1002%2Fj.1556-6676.1992.tb02156.x>
- Josselson, R., & Lieblich, A (2001). Narrative research and humanism. In K. J. Schneider, J. E. T. Bugental, & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice* (pp.275-288). London: Sage.
- Jerónimo, A. R., Sequeira, J., & Ribeiro, M. F. (2010). A mudança narrativa em grupos de educação parental [Narrative change in group-based education]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia*, XXII 1, 371-379. ISSN:0214-9877
- Keeney, B., & Sprenkle, D. (1982) Ecosystemic epistemology: critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process*, 21, 1-19. <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1982.00001.x>
- Moran, S. G., & Diamond, G. M. (2006). The modified cognitive constructions coding system: Reliability and validity assessments. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4) 451-464. <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2006.tb01620.x>
- Parry, A, & Doan, R. E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York: Guilford Press.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. 2008. *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* [Data analysis for social sciences: Complementarity of SPSS]. Lisboa: Sílabo.
- Sequeira, J. (2004). *Caleidoscópio terapêutico. Mudança e co-construção em terapia familiar*. [Therapeutic kaleidoscope. Change and co-construction in family therapy]. Unpublished master's thesis dissertation, University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2009). A mudança nas terapias sistémicas. Transformação narrativa nas terapias familiares e de casal. [Change in systemic therapies. Narrative change in families and couples therapy]. *International Journal of*

Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia, XXI, 1(4), 13-24. ISSN:0214-9877.

Sequeira, J., & Alarcão, M. (in press). Assessment System of Narrative Change. *Journal of Systemic Therapies.*

Sydow, K., Beher, S., Schweitze, J. S., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process, 49(4) 457-484.*
<http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.2010.01334.x>

Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process, 31, 217-230.* <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1992.00217.x>

Webster-Stratton, C., & Reid, M.J. (2010). The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series: A Multifaceted Treatment Approach for Young Children with Conduct Problems. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2nd ed.* (pp. 194-210). New York: Guilford Publications.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

CAPÍTULO III

What Changes in Postmodern Systemic Therapies? Assessing Clients Narratives from Good and Poor Outcome Therapies⁴

Joana Sequeira* & Madalena Alarcão*

*Faculty of Psychology and of Education Sciences, Coimbra University, Rua do Colégio Novo, 3000 Coimbra.

joanasequeira@esdrm.ipsantarem.pt; malarcao@fpce.uc.pt

Abstract

According to the postmodern narrative approach, change, in systemic therapies, is a process of transformation in several dimensions of the narrative functioning. Twenty-three family and couples therapy cases were analyzed over 139 sessions using the Assessment System of Narrative Change (ASNC) to assess 5 narrative dimensions. Outcomes were assessed by the therapists and the families or couples. Sessions with good and poor outcomes were compared in three different therapy stages, and logistic stepwise regression analyses were conducted to identify the predictors of good therapeutic outcomes. The regression model containing the 5 predictors was statistically significant ($\chi^2 [5, N=139] = 87.367, p < .000$) and correctly classified 82.7% of the cases. The narrative dimensions that predicted positive outcomes were circular causality, non-problematic issues and symptoms. Static time and perception of incompetence during narration of the story were also significant predictors but had negative contributions to the positive outcomes (negative *B* values). The results

⁴ Manuscrito submetido ao Journal of Marital and Family Therapy. Brief report apresentado no XX World Family Therapy Congress. Couples therapy: Advancing the Profession. Vancouver Março de 2012.

suggest that changes in the structural dimensions of narratives, such as causality, time and way of telling stories are crucial elements that affect other narrative dimensions, allowing for positive changes and good outcomes.

I. Introduction

With the emergence of 2nd cybernetics and the influence of postmodernism, narratives have become metaphors of subjects' identities and functioning. This emphasis on narratives has had effects on several dimensions of systemic practices, including: 1) theoretical perspectives of systems, with focuses on adaptive and dysfunctional narratives (particularly meaning construction); 2) practical and clinical methodology, viewing therapy as a context of narrative repair and transformation; and 3) research on the therapeutic process, with a focus on narrative transformations.

Hinchman and Hinchman (1997, as cited by Elliott 2005, p. 3) define narratives as stories, discourses with sequential order that connect events in significant ways and favor visions about the world and about the intervenient experiences. Speech, time, coherence and meaning in such stories are central elements of a narrative's and they must be intelligibility and significant. According to White (2007), saturated narratives are dominated by problems that block the development of alternative discourses and interactions. Symptoms, additionally, are related to the social narratives assumed by subjects and families; such narratives limit and constrain the individuals (Gonçalves et al., 2010; White, 2007).

In therapy problematic narratives are reconstructed to become more coherent, diversified and inclusive. Therapists must assume listening positions in the "storytelling", also becoming co-editors of the new narratives (Anderson, 1997). Therapists can introduce questions that explore the construction and emergence of alternative versions of events, raising subjects' awareness of alternative audiences and experiences, thus collaborating in the construction of desirable stories (Beels, 2009). Therapy is also conducive to discovering and amplifying singularities (Sequeira, 2004: Sequeira & Alarcão, 2009), which are creative strategies to deal with problems.

The flexibility with which clients employ a wide range of discourses and assume different positions in their narratives has been investigated in several studies (Avid, 2005). The results from discourse analytic studies of systemic therapies have concluded that positive change was observed in family members who shifted from

being firmly aligned with a central theme to, at the end of therapy, developing several discourses and themes (Burck, Frosh, Strickland-Clark, & Morgan, 1998; Frohs, Burck, Strickland-Clark, & Morgan, 1996). The construction and negotiation of agency is another important dimension. The acquired authorship and responsibility restores individuals, families and couples identity, perception of competence and agency. Bruck et al. (1998) suggest that the discursive repositioning of a family member as “someone who is in charge” (e.g., a mother in a family that has parenting problems) is associated with therapeutic change. Avid (2005) concluded that progressive discursive removal of pathology allows fewer problematic narratives to arise. Positive change occurs through discursive flexibility in the roles, content os stories, agency and perception of competence of each person.

Change, in the context of systemic therapies, was evaluated through a discourse analysis of 12 therapy sessions; results show that medical discourse was deeply implicated in the identity of the identified patient. The process of story-breaking and change (Holmes, 1998, as cited by Avid & Georgaca, 2007) occurs by challenging rigid narratives associated with problems. Gehart-Brooks and Lyle (1999) conducted a qualitative study and evaluate what 4 therapists and 5 families believed about change. The subjects were asked three times over four months about their perceptions of change in therapy. The conclusions suggest that therapy is perceived as a dialectic encounter that allows new perspectives to emerge rather than as a context of problem dissolution. Safety was perceived as a basic condition for change during therapy; therefore, new perspectives may arise.

In solution-focused therapy, change results from the amplification of positive transformations, constructed resources and additional exceptions that emerge in therapeutic conversation (de Shazer, 1991, 1994). Reuterlov, Lofgren, Nordstrom, Ternstrom and Miller (2000) studied the change process by analyzing the initial and final segments of 93 solution-focused therapy sessions. In the positive outcome cases, clients frequently reported improvements throughout their sessions. The same did not occur in unsuccessful cases; improvements were not reported in the beginnings or ends of these sessions. Vega and Beyebach (2004) responded to the work of Reuterlov et al., concluding that client’s improvements reports were confirmed by data obtained post-session.

Friedlander and Heatherington (1998), as well as Moran and Diamond (2006), studied clients’ constructions during therapeutic processes using the CCCS (*Cognitive*

Constructions Coding System) in both its original and modified versions. The authors concluded that the positive changes in successful cases included transformations in beliefs about problem causality, as well as relational attributions to interpersonal, external, non-blaming and circular causality.

Sequeira (2004) evaluated narratives from 4 family therapies using the first version of the Assessment System of Narrative Change. The results showed that changes in causality (from linear to circular) and time (progressive assumption of a historical sense in the narratives) are central elements of narrative transformation. A similar study conducted in 2009 (Sequeira & Alarcão, 2009) analyzed narratives from sessions of 18 family and couples therapy (in a total of 54 sessions). Three moments of the therapeutic process were analyzed: the first and last sessions and the first follow up. The results showed that in successful cases, singularities (that is, creative movements implemented by the systems) progressively increase from the first session until the follow up. The inclusion of diversified themes following the beginning of the therapy, which did not focus only on symptoms, occurred exclusively in successful cases.

All of these works agree upon the relevance of transformation in problematic narratives, both in their content and processes, for the promotion of change in therapy. New narratives should be flexible, diversified and coherent, and they must integrate old and new stories, experiences and meanings, thus generating alternative discourses, interactions and behaviors. An evaluation and description of narrative transformation in therapy is, therefore, the purpose of this work.

2. Method

2.1. Aims

This study aims to explore and describe narrative change (characteristics, qualities and evolution) in postmodern systemic family and couples therapy. In particular we seek to answer the following questions: 1) what are the differences between narratives from successful and unsuccessful therapy cases? 2) How do narratives evolve throughout therapy? Finally, 3) what are the predictors and characteristics of narratives that are associated with good outcomes?

2.2. Participants

Families and couples. A total of 23 families and couples seeking therapy in a Portuguese University Center of Family and Couples Systemic Therapy between January 2005 and January 2010 participated in this study. The cases varied in the number of sessions held, ranging from 2 to 13 sessions; the average number of sessions was 5.4 (SD = 2.11).

The families and couples represented a broad sample set in terms of socioeconomic statuses and the presenting problems. They varied in terms of age and life cycle stage and almost all subjects had children. The motives for seeking family therapy included parental management problems (3 cases), behavioral and school problems in the children (2 cases), substance abuse (3 cases), psychiatric disturbances (1 case), anxiety and/or phobias (1 case) and family violence (1 case). In couples, the motives for therapy were conflict, relational and communication problems (5 couples), sexual problems (4 couples), psychiatric disturbances (1 couple), distrust and jealousy (1 couple) and substance abuse (1 couple) (see Table 1).

Therapists. The therapists were psychologists and graduate students in psychology. All therapists worked in classical settings, using co-therapy, in one-way mirrored rooms with observers and video recording. The theoretical backgrounds of the therapists were integrative (first and second order therapies) but were primarily inspired by postmodern narrative approaches. The majority of the therapists had extensive clinical experience, had completed post-graduate studies in family and couples therapy and were professors of family and couples therapy at the university where the therapy center is located. All of the graduate students conducted co-therapy along with senior therapists. The first author is a psychologist, Ph.D. student and senior therapist who has participated in 5 of the studied therapies.

Judges. Three judges participated in the codifications of the studied sessions. Two of the judges were social workers with masters degrees in systemic clinical psychology and training in ASNC application; they were not involved in therapy. The third judge was the first author, whose experience is described above.

Table 1

Participants Characteristics

Case	Family Therapy				Couple Therapy				Outcome evaluation therapist	Outcome evaluation client				
	n Sessions	LCS	Problem	Case	n Sessions	LCS	Problem	Case						
Good Outcome	1	8	Small children	Behavioral and schoolar problems	12	6	Adult children	Sexual Problems	12	6	Adult children	Sexual Problems	3,5	3,5
	2	6	Small children	Behavioral and schoolar problems	13	9	Adult children	Conflict, relational and communication problems	13	9	Adult children	Conflict, relational and communication problems	4	3
	3	5	Adult children	Substance abuse	14	7	Small children	Conflict, relational and communication problems	14	7	Small children	Conflict, relational and communication problems	3,75	3
	4	7	Small children	Parental management problems	15	5	Small children	Sexual Problems	15	5	Small children	Sexual Problems	4,25	4
	5	6	School age children	Phobias and anxiety disturb	16	7	Adolescent children	Conflict, relational and communication problems	16	7	Adolescent children	Conflict, relational and communication problems	4,25	3,5
Poor Outcome	6	9	Adult children	Substance abuse	16	6	Small children	Conflict, relational and communication problems	16	6	Small children	Conflict, relational and communication problems	2	4,75
	7	3	School age children	Substance abuse	18	6	Adult children	Psychiatric disturb	18	6	Adult children	Psychiatric disturb	2	2,25
	8	13	Adolescent children	Parental management problems	19	5	Small children	Sexual Problems	19	5	Small children	Sexual Problems	2	2,3
	9	2	Adult children	Family violence	20	4	Couple formation	Distrust and jealousy	20	4	Couple formation	Distrust and jealousy	1,5	1,75
	10	7	Adult children	Psychiatric disturb	21	4	Couple formation	Conflict, relational and communication problems	21	4	Couple formation	Conflict, relational and communication problems	1,35	1,75
	11	10	School age children	Substance abuse	22	3	Adult children	Substance abuse	22	3	Adult children	Substance abuse	2	2,5
LCS: life cycle stage				Parental management problems	23	3	Small children	Sexual Problems	23	3	Small children	Sexual Problems	2	1
Outcome Score: Good Outcome - mean equal or superior to 2,5				Parental management problems	23	3	Small children	Sexual Problems	23	3	Small children	Sexual Problems	2	1
* Family/couple didn't respond to the questionnaire				Parental management problems	23	3	Small children	Sexual Problems	23	3	Small children	Sexual Problems	2,5	*

2.3. Instruments

Assessment System of Narrative Change (ASNC). The ASNC is a narrative evaluation system based on postmodern systemic theoretical perspectives and empirical data on narrative change in systemic therapies (Sequeira, 2004). It is an observational system constituted mainly of nominal categories, as nominal measures are more appropriate for the evaluation and characterization of the specific dimensions of narrative functioning (Hill, 1992).

The ASNC was used to analyze the narratives, following the observation and transcription of therapeutic sessions. The measure includes 7 dimensions, almost all of which are inextricably connected (Sequeira & Alarcão, in press): (A) singularities, (B) nature of the story, (C) narrative connotation, (D) telling the story, (E) narrative reflexivity, (F) themes of the session, and (G) alternative behaviors.

The ASNC's validity and reliability was accessed in 4 previous studies (Sequeira & Alarcão, 2012b). The results indicated that it 1) evaluates and describes narratives and portrays transformations during therapy (content validity); 2) is appropriated for narrative assessment in different systemic therapies (families, couples, groups, etc.) and with several different problems (face validity); and 3) is a reliable, operationalized and rigorous codification system in terms of rules and codification options (reliability). The coding system has high reliability scores (Cohen's Kappa inter-judge agreement) in all dimensions, ranging from excellent to sufficient: ([A1] *discursive singularities*, $\kappa = .68$; [A2] *behavioral singularities*, $\kappa = .78$; [A3] *cognitive singularities*, $\kappa = .79$; [B1] *time*, $\kappa = .83$; [B2] *space*, $\kappa = 1.00$; [B3] *causality*, $\kappa = .76$; [C] *narrative connotation*, $\kappa = .64$; [D] *telling of the story*, $\kappa = .75$; [E] *narrative reflexivity*, [E1] $\kappa = .79$; [E2] $\kappa = .60$; [E3] $\kappa = .52$; [E4] $\kappa = .63$; [F] *session themes*, $\kappa = .95$; [G] *alternative behaviors*, $\kappa = .66$) (Sequeira & Alarcão, 2012b).

Considering the results of previous studies about the narrative dimensions seemingly most related to positive change (Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009; Jerónimo, Sequeira, & Ribeiro, 2010; Santos & Sequeira, 2010), in this study, we decided to analyze them and identify their specific contributions to good outcomes and narrative change. Thus, 5 ASNC narrative dimensions were analyzed: singularities, nature of the story (with sub-dimensions of time and causality), telling of the story and session themes.

Singularities are creative and effective strategies that are autonomously promoted by the system in response to problematic situations. They are adaptive and pertinent strategies, amplified by the therapeutic context. They can be understood as strategies that are not usually implemented by the system, but that are inscribed in the system's identity and that promote a new functionality (Elkaïm, 1985, 1990; Sequeira, 2004). Singularities may be *discursive* (A1: new and effective discourses about relations, events, situations or experiences), *behavioral* (A2: successful new interactions or practical strategies within the system) or *cognitive* (A3: alternative versions or cognitive processes that introduce new perspectives and distinct comprehensions of important questions within system life). Associations of singularities occur when the system simultaneously develops innovative strategies in several of the specified dimensions.

In the dimension *nature of the story* the sub-dimensions *time* (B1: discourses may assume *static* or *floating forms* focused in the *past*, *present* or *future*, be *historical* versus *ahistorical*) and *causality* (B3: problem causality and relational descriptions may be *linear* or *circular*) were assessed.

In reference to the position assumed by actors, there is the dimension (D), *telling of the story* (narratives can reflect different participation and intervention forms; actors can be *passive* or *active* and *competent* or *incompetent* in their management of situations).

Finally, narratives are structured around *themes* or *matters* (F), around which discourses and interactions are organized. In therapeutic processes, themes vary according to multiple factors and are usually aggregated around three clusters: therapy motive (*symptom*), other family and individual concerns (*other problematic themes*) and non-problematic aspects of routine family life (*non-problematic themes*).

2.4. Procedures

ASNC coding. After obtaining informed consent (voluntary participation, privacy of data and treatment procedures used only for research purposes), the video-recorded sessions were analyzed sequentially. Only completed therapy cases for which the sessions were audible were included.

The ASNC coding process requires observation and transcription of therapy sessions. First, sequences that constitute "narrative episodes" (e.g. a segment of discourse that contains statements or testimonials organized around a question or a

theme) were identified. After this identification, judgments and evaluations were made of the dimensions expressed in the discourses, using the ASNC. In some cases, the dimensions were missing; these sessions were coded “0”. When a dimension was present, it was coded “1”, and the occurrence was counted. Each judge coded all sessions separately. Afterwards, uncertainties and disagreements were discussed among the judging panel until consensuses were reached.

Of the 139 total video-recorded sessions constituting the sample, 50 sessions (approximately 1/3 of the total number of sessions) were analyzed by the three judges. Cohen’s Kappa was computed for inter-judge agreement. Since Cohen’s Kappa is a measure that evaluates the agreement between two raters, we computed the mean of the agreements achieved by the three pairs of judges to each dimension. Mean Kappa scores varied from sufficient to excellent for the included dimensions (A1: $\kappa = .411$; A2: $\kappa = .51$; A3: $\kappa = .47$; B1: $\kappa = .91$; B3: $\kappa = .89$; D: $\kappa = .64$; F: $\kappa = .96$). Only after obtaining sufficient to good agreement scores between the judges were codifications made by one judge (the first author of this work).

Assessment of therapy outcome. The clients and their therapists evaluated the therapy outcomes based on several dimensions, using a *Likert* scale ranging from 1 to 5 (1 = very little, 5 = very much); they considered the overall outcome of therapy, achievement of the therapy objectives, improvements in the problems that had warranted therapy and general improvements in familial and couple relations at the conclusion of therapy. Following the conclusion of the therapy, the families and couples were questioned over the phone about those same dimensions. Poor outcomes scored, on average, below 2.5 on the questionnaires, while good outcomes corresponded, on average, with scores of 2.5 or higher. One couple did not respond to the questionnaire because they could not be contacted. In this case only the therapists evaluation was considered (Table 1).

Additionally, evaluations of the achievement of therapy goals, the development (or lack thereof) of change and the therapeutic success, as discussed in the sessions between clients and therapists, were considered very important clinical information for the assessment of therapeutic outcomes. The judges that coded the sessions informed of these points and their relevance, as they investigate the development of the therapeutic process. This information about achievement of therapy goals was considered the decision criterion for the final evaluation of

therapy outcomes in cases were, despite the final mean of the two evaluations, clients and therapists strongly disagree about the outcome of the therapy (e.g. cases 10, 13, 18, 19 and 20)

2.5. Data analysis

Twenty-three completed and terminated therapy cases, constituting a total of 139 sessions, make up the sample of this work. The variables studied do not have a normal distribution, thus requiring the use of non-parametric statistical procedures for group comparisons and regression analyses. Only the results of analyses whose variables' frequencies allowed statistical analysis are presented.

3. Findings/Results

3.1. Therapy Outcome

As Table 1 shows 11 therapy cases (5 family therapy [FT] and 6 couples therapy [CT]) were considered good outcomes, while 12 were considered poor outcomes (6 FT and 6 CT), according to the previously described criteria for therapeutic success (see table 1). The good outcome group underwent an average of 6.5 sessions ($SD = 1.21$, minimum 5 and maximum 9), and the poor outcome group 5.58 sessions on average ($SD = 3.37$, minimum 2 and maximum 13). No significant differences were found between the groups concerning the number of therapy sessions ($U = 93.500$, $\rho = .091$).

3.2. Narratives Characteristics and Evolution

To characterize narrative evolution throughout the sessions, changes in the ASNC dimensions were examined at selected points corresponding to the *first*, *intermediate* and *last sessions* of each family and couples therapy. The intermediate and last sessions were individually determined based on the total number of sessions per case. In one poor outcome case, only two sessions occurred; therefore, no intermediate session was considered in the analyses. The current analysis found statistically significant differences between the good and poor outcome groups at the investigated points in time. Changes in the narrative dimensions occur throughout therapy, in cases with both positive and negative outcomes. These changes are, however, more evident in cases with good outcomes.

Table 2

Descriptives of ASNC Dimensions in Therapy Moments - First Session

ASNC Dimensions	Poor Outcome (n=12 sessions)		Good Outcome (n=11 sessions)		U
	M	SD	M	SD	
A- Singularities					
Discursive	.333	.492	.363	.924	58.0
Behavioral	.333	.651	.272	.6466	62.0
Cognitive	0	0	.181	.404	54.0
	freq (sessions)	%	freq (sessions)	%	χ^2
B1-Time					
Static	11	91.7	3	27.3	9.991*
Static & Floating	0	8.3	3	27.3	1.140
Floating	1	0	5	45.5	4.102
B3-Causality					
Linear	12	100	9	81.8	2.390
Linear & Circular	0	0	2	18.2	3.390
Circular	0	0	0	0	**
D-Telling Of The Story					
Incompetence	11	9.7	8	72.7	0.491
Incompetence & Competence	0	0	3	27.3	3.764
Competence	1	8.3	0	0	0.004
F- Themes of the Session					
Symptom (S)	6	50	2	18.2	3.884
Problematic themes (PT)	0	0	0	0	**
Non Problematic Themes (NPT)	0	0	0	0	**
Symptom & PT	5	41.7	2	18.2	2.329
Symptom & NPT	0	0	1	9.1	1.114
Symptom & PT & NPT	0	0	6	54.5	6.970
PT & NPT	1	8.3	0	0	0.958

*significant for $p < 0.05$; **no statistics were computed because the variable is a constant

First session narratives. In the first session narratives, no significant differences were found between groups in almost all of the narrative dimensions. The narratives were generally identical. However, in the cases with good outcomes, the narratives seemed to be more flexible at the beginning of therapy in all of the evaluated dimensions (Table 2).

Few new statements (*discursive singularities*, A1) or behaviors (*behavioral singularities*, A2) occurred in either group. New perspectives of problems (*cognitive singularities*, A3) emerged only sporadically in the good outcomes group (in 2

sessions). Events were based on *linear causality* (B3) in both groups. Causal statements were focused on either causes and/or intentions or on consequences of actions and behaviors, with the exception of two cases from good outcomes group; in those two cases, both *linear and circular causality* occurred in the first session. The family and couple units initially perceived and reported themselves as *incompetent* in terms of the way they dealt with their lives and problems. In 3 sessions, however, the participants in the good outcomes group described themselves as both *competent* and *incompetent*. In the poor outcomes group the session themes were almost exclusively centered on the *symptoms* that had warranted therapy, as well as *other familial or couples' problems*. In the good outcomes group, *non-problematic themes*, such as routines and positive events, also emerged in therapeutic conversations (see Table 2).

In contrast, in the *time of the narrative* (dimension B1), significant differences were found between the groups. Narrative statements from the poor outcomes group were *static*, focusing strictly on events from the past or the present. In the good outcomes group, time was static in a few sessions (3 sessions), static/floating in 3 sessions and *floating* in 5 sessions; this findings means that the events tended to be reported and contextualized according to the timing of their occurrence: past, present or future (see Table 2).

Intermediate session narratives. As in the first session, in the intermediate sessions, no significant differences were found between the groups in the narrative dimensions. Yet, several oscillations in the narrative dimensions occurred, reflecting the perturbation that systems suffer during therapy. In cases of good outcomes, the oscillations were more frequent and extensive, whereas in poor outcome cases, the oscillations were sporadic and localized (see Table 3).

Discursive, behavioral and cognitive singularities occurred in all sessions and in both groups; on average, however, these singularities were superior in the good outcomes group. *Discursive singularities* were most frequent in the good outcomes group, while *behavioral singularities* were most frequent among the poor outcomes group. The time of the narratives (B1) was mainly *static* among the poor outcomes cases, focused in the past or the present, as it was in the first sessions. In the good outcomes group, however, time was mostly *floating* between the past, present and future, according to the reported events.

Table 3

Descriptives of ASNC Dimensions in Therapy Moments - Intermediate Session

ASNC Dimensions	Poor outcome (n = 11 sessions)		Good outcome (n = 11 sessions)		U
	M	SD	M	SD	
A- Singularities					
Discursive	.909	1.513	1.272	1.190	43.500
Behavioral	1.090	2.166	.818	.750	49.000
Cognitive	.636	1.286	.727	1.190	65.000
	freq (sessions)	%	freq (sessions)	%	χ^2
B1-Time					
Static	9	81.8	4	36.4	4.701
Static & Floating	1	9.1	1	9.1	.00
Floating	1	9.1	6	54.5	5.238
B3-Causality					
Linear	10	90.9	5	45.4	5.328
Linear & Circular	1	9.1	2	18.2	.386
Circular	0	0	4	36.4	4.889
D-Telling Of The Story					
Incompetence	8	72.7	4	36.4	4.701
Incompetence & Competence	2	18.2	1	9.1	2.200
Competence	1	9.1	6	54.5	3.143
F- Themes of the Session					
Symptom (S)	4	36.4	1	9.1	.917
Problematic themes (PT)	2	18.2	0	0	.387
Non Problematic Themes (NPT)	0	0	4	36.4	4.889
Symptom & PT	2	18.2	3	27.3	.386
Symptom & NPT	0	0	1	9.1	1.084
Symptom & PT & NPT	2	18.2	2	18.2	1.222
PT & NPT	1	9.1	0	0	1.048

* significant for $p < 0.05$

Linear attributions (B3) remained in almost all of the narratives in the poor outcomes group and in half of the sessions from good outcomes group. However, some shifts occurred in both groups, with more salience in the good outcomes. Shifts to *circular* attribution, which presupposes that the problem or event is attributed to or results from multiple interacting causes, occurred in 4 sessions in the good outcomes. Although some changes occurred in all groups, the family and couple units generally maintained their perceptions of *incompetence* (D) regarding their lives and problems; this was the case in almost all of the sessions (8 sessions)

for the poor outcomes group and in 4 sessions for the good outcomes group. Shifts towards perceptions and assumptions of *competence* regarding problems and events occurred in half of the sessions from the good outcomes group. Considerable oscillations occurred in session themes (F), leaning towards greater diversity and salience of *other problems* and *non-problematic themes* in therapy. Nevertheless, *symptoms* prevailed as a central theme in 4 sessions of the poor outcomes and 1 session from the good outcomes group. *Non-problematic themes*, such as family routines and positive events, among others, were central issues in 4 sessions of the good outcomes group.

Last session narratives. In the last session significant differences were found between the groups in all of the narrative dimensions. The narratives from the poor outcomes group were almost identical to the narratives from the first sessions, suggesting changes had not occurred. Among the good outcomes, changes that had already begun were maintained and further amplified across all of the dimensions; this effect occurred in almost all of the sessions within this group (see Table 4).

Among the good outcomes, all types of *singularities* occurred in greater numbers compared to the intermediate and first sessions. Discursive singularities (A1) were, on average, the most frequently occurring ones, followed by behavioral (A2) and cognitive singularities (A3). Among the poor outcomes, no discursive or cognitive singularities occurred and behavioral singularities only occurred sporadically.

The time of narrated events (B1) was determined; subjects had diachronic perspectives of their lives and problems in the past, present and future (*floating time*) in 9 sessions from the good outcomes group. Narratives with *static* time, which were focused in past and present times, occurred in almost all sessions (11 sessions) from the poor outcomes group and in 1 session from the good outcomes group. *Circular* causal statements, as well as a combination of *circular and linear* causality (B3), were assumed in the sessions among the good outcomes group. In 11 sessions from the poor outcomes group, a *linear* causal perspective of problems and events was assumed.

Table 4

Descriptives of ASNC Dimensions in Therapy Moments - Last Session

ASNC Dimensions	Poor outcome (n = 12 sessions)		Good outcome (n = 11 sessions)		U
	M	SD	M	SD	
A- Singularities					
Discursive	.000	.000	2.363	1.361	6.000*
Behavioral	1.667	.577	1.818	1.601	18.000*
Cognitive	.000	.000	1.545	1.128	2.000*
	freq (sessions)	%	freq (sessions)	%	χ^2
B1-Time					
Static	11	9,7	1	9.1	15.683*
Static & Floating	0	0	1	9.1	2.39
Floating	1	8,3	9	81.8	9.991*
B3-Causality					
Linear	11	91.7	0	0	16.218*
Linear & Circular	1	8.3	4	36.4	2.650
Circular	0	0	7	63.6	10.977*
D-Telling Of The Story					
Incompetence	10	83.3	0	0	19.326*
Incompetence & Competence	1	8.3	1	9.1	0.004
Competence	1	8.3	10	90.9	12.677*
F- Themes of the Session					
Symptom (S)	1	8.3	0	0	0.958
Problematic themes (PT)	2	16.7	0	0	2.000
Non Problematic Themes (NPT)	0	0	8	72.7	13.382*
Symptom & PT	8	66.7	0	0	11.244*
Symptom & NPT	0	0	0	0	0.958
Symptom & PT & NPT	1	8.3	1	9.1	1.140
PT & NPT	0	0	2	18.2	2.390

* significant for $p < 0,05$

Families and couples with good outcomes assumed perceptions of *competence* (D) in all sessions. Subjects viewed themselves and others in more active and successful fashions. On the contrary, in 10 sessions from the poor outcomes group, family and couple units assumed perceptions of *incompetence* regarding problems. Therapeutic conversation focused mainly on *non-problematic themes* (F), as well as other important family and couples issues, in sessions from the good outcomes group. *Symptoms* and *other problems* constituted the central themes of sessions from the poor outcomes group.

3.3. Narrative Dimensions that Predict Therapy Outcome

To identify which narrative dimensions of therapy sessions better predicted positive change in therapy, that is, good outcomes, a logistical regression was computed. The evaluation of therapy outcome was used as the dependent variable, and the following narrative variables were considered to be predictors: singularities (A1, A2, A3), time (B1), causality (B3), telling of the story (D) and session themes (F). The 139 sessions analyzed with ASNC were considered in the analysis. Because no significant differences were found between the outcome groups in terms of the number of therapy sessions, this variable was not included in the analysis as a predictor of therapeutic outcome.

A stepwise logistical regression was performed to determine session narrative predictors of good therapeutic outcomes. This method allows specification of the variables that provide the best predictive power in the logistical model. The order of importance of the variables' entrance in the model and the specific contribution of each variable to the outcome are given by the stepwise method.

As is shown in Table 5, the results of the logistic model containing the 5 predictors were statistically significant ($\chi^2 [5, N = 139] = 87.367, \rho < .000$), indicating that the model was able to distinguish between the sessions of good and poor outcome therapy cases. The model as a whole explained between 46.7% (Cox and Snell R Square) and 62.2% (Nagelkerke R Square) of the variance in outcomes; 82.7% of the cases were correctly classified. The results of the Hosmer and Lemeshow test ($\chi^2 [5, N = 139] = 4.198, \rho = .650$) and of the Omnibus tests of model coefficients ($\chi^2 [5, N = 139] = 87.367, \rho = .000$) show the good performance of the model (with this set of predictor variables), support it has being worthwhile (indicate that the observed and predicted and probabilities match) and confirm that data set was appropriate for logistic regression

The first predictor to enter the model was *circular causality*, accounting for 23.7% of 51.8% of the overall percentage of correct classification, explained by the model only with the constant. The other predictors were *non-problematic themes* (increasing more 2.2%), *static time* (adding 3.6%), *symptom* (1.3%) and *incompetence* (increasing only 0.7%). *Static time* and *incompetence* had negative *B* values; therefore, their increases or presences in clients' narratives resulted in decreasing likelihoods of good outcomes in therapy (see Table 5).

Table 5

Summary of Stepwise Logistic Regression Analysis for Variables Predicting Therapy Good Outcome (N=139)

Variables	B	S.E.	WALD	df	p	Odds Ratio	95.0% C.I. for Odds Ratio	
							Lower	Upper
Step 1								
B3- Circular causality	2.912	.523	30.954	1	.000	18.386	6.592	51.280
Step 2								
B3- Circular causality	2.417	.548	19.484	1	.000	11.211	3.833	32.787
F- Non problematic themes (NPT)	1.593	.435	13.412	1	.000	4.920	2.097	11.543
Step 3								
B1- Static time	- 1.811	.571	10.048	1	.002	.164	.053	.501
B3- Circular causality	1.818	.586	9.621	1	.002	6.157	1.952	19.415
F- Non problematic themes (NPT)	1.601	.462	12.014	1	.001	4.958	2.005	12.258
Step 4								
B1- Static time	- 1.947	.591	10.844	1	.001	.143	.045	.455
B3- Circular causality	2.814	.779	13.058	1	.000	16.669	3.624	76.675
F- Symptom (S)	2.124	.805	6.959	1	.008	8.368	1.726	40.560
F- Non problematic themes (NPT)	2.119	.527	16.184	1	.000	8.327	2.965	23.385
Step 5								
B1- Static time	-1.985	.637	9.715	1	.002*	.137	.039	.479
B3- Circular causality	2.310	.833	7.685	1	.006*	10.072	1.967	51.566
D-Telling of the story – incompetence	-2.484	1.039	5.719	1	.017*	.083	.011	.639
F- Symptom (S)	3.360	1.123	8.943	1	.003*	28.782	3.183	260.268
F- Non problematic themes (NPT)	1.885	.547	11.873	1	.001*	6.586	2.254	19.242
Test								
			χ^2	df	p			
Goodness-of-fit tests								
Hosmer & Lemeshow Omnibus tests of model coefficients			4.198	6	.650			
			87.367	5	.000			

In general, stepwise logistical regression confirmed the results from the comparative outcome evaluation of the three therapy moments, about the narrative dimensions that distinguish between good and poor outcomes. An unexpected result was the absence of singularities; in particular, cognitive singularities did not predict good outcomes, no, in the opposite sense, did symptoms predict good outcomes.

4. Discussion

According to the results of this study, circular causality is the most important narrative dimension involved in positive change. Transformations in how people explain, see and comprehend situations, particularly the introduction of circularity, are critical to change and problem resolution. Circular causality presupposes the ability to analyze a situation as a whole, to assume that things are not linear sequences of causes and events, to understand how causes and events are recursively related to each other and to consider their complex functioning networks. Clients' genuine adoptions of this epistemological format introduce transformation in the whole narrative structure.

Circular causality was already mentioned in previous studies as a crucial element of positive therapeutic change (Gehart-Brooks & Lyle 1999; Friedlander & Heatherington, 1998; Moran & Diamond, 2006; Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009). Gehart-Brooks and Lyle (1999, p. 65) clarified that "when clients got a new perspective about problems, this was the moment that they reported experiencing change. Clients described the behavioral and emotional changes as natural outcomes of the new perspectives gained in therapy, primarily through therapists, interventions and discussion." Clients initially bring to therapy their constructed ways of seeing and explaining problems that are frequently characterized by complex sets of linear causal attributions. During therapy, these pre-existing epistemological formats are questioned, and, as the intermediate and last sessions show, families and couples that "do well" tend to progressively adopt more recursive circular perspectives about problems and life events. The opposite occurs in families and couples that "do worse". This is, indeed, the narrative dimension that experiences the least change throughout therapy among cases with poor outcomes.

Studies about how problems evolve during therapy suggest that problem dissolution requires that therapy promote the deconstruction of hegemonic discourses and the search for alternative perspectives of problems (Avid, 2005; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). Achieved results evidence the acquired and progressive abilities of families and couples to focus on alternative positive matters and also show the decline of symptoms and problems as central narrative themes in therapy. This result occurs because families and couples begin to perceive their situations in more complex and positive ways; therefore, problems are observed in perspective. This finding also reveals the evolution of therapy as a process that starts from being problem organizing to be a problem dissolution system (Anderson & Goolishian, 1989, 1996; Shazer, 1991, 1994).

Several studies and therapy models have already enhanced the positive effects of the progressive removal of symptoms and problems from therapeutic conversation, as well as the constructive effects of discussing positive matters (Avid, 2005; Beyebach, Sanchez, Miguel, Vega, Hernández, & Morejón, 2000; Vega & Beyebach, 2004). Focusing on positive events in therapy allows for the transformation perception of competence, the valorization of effective new strategies and the encouragement of positive modes of conversation. Dominance of narratives where symptoms and problems assumed central roles is also reduced, as these alternative narratives that previously had no space in therapeutic conversation are, at this time, discussed and recognized as important resources for people's lives.

Time is another important differentiating variable between good and poor outcomes. In good outcomes, time is gradually more floating, while in poor outcomes, it remains static. Families and couples seeking help are often stuck in specific times or periods of their lives, usually the past or the present, and are unable to move on. The future perspective is completely absent; the future, for these families and couples, is a linear repetition of the present or the past, where problems exist. If maintained, it blocks the process of narrative deconstruction, preventing families and couples from seeing differences in the ways things happen over time. Static time does not allow for the "natural" acceptance of timed evolution throughout life and in therapy, blocking the possibility of changes that may emerge. The relevance of time was never specifically analyzed in other studies concerning narrative changes during the therapeutic process. The results

from this work, in particular, the negative and blocking effect of static time, are seemingly important and novel for the comprehension of narrative change with interesting implications for clinical practice and the evaluation of families' and couples' change potentials.

The results show that clients who maintain perspectives of incompetence throughout therapy have smaller probabilities of good outcomes. However, perceptions of incompetence regarding clients' own problems and lives are relatively common in the initial therapy stages. Feeling unable to address problems is actually what motivates individuals to seek therapy. During therapy, clients are expected to improve their abilities to transform incompetence and passivity into agency and competence. When perceptions of incompetence remain throughout therapy sessions, we can argue that it might be part of a rigid narrative construction, encouraged by unsuccessful life events and nourished by the families and couples over time. This perception is related to the way subjects see themselves and others, regardless of specific situations; therefore, this characteristic is hard to change. However, the maintenance of this perception can also be the result of lacking improvement in the other dimensions, such as the amplification or emergence of singularities and successful stories. It can, therefore, be argued that the "way the story is told" seems to portray the changes that occur in other dimensions of the narrative, reflecting the agencies and perceptions that subjects progressively develop during therapy about their personal competencies to manage their problems and their lives.

Several studies have confirmed the importance of competence perception, particularly the negotiation of agency in therapeutic outcome. It is crucial to change the discursive repositioning of subjects as being "in charge"; this approach seems to be associated with therapeutic success (Bruck *et al.*, 1998; Frosh *et al.*, 1996; Rose, 1998; Sampson, 1993). An important relationship was found concerning couples' self-rated competences before therapy and their outcomes following therapy. Couples that were the most competent at the beginning of therapy experienced the greatest gains from the therapeutic process (Hampson, Prince & Beavers, 1999). Additionally, consistent with the results obtained, several studies referred to the negative effects of lack of agency, authorship and perception of incompetence on narrative change and therapeutic outcome (Avid

2005; Gonçalves et al., 2010; Hampson, Prince & Beavers, 1999; Matos, Santos, Gonçalves & Martins, 2009).

The blocking effects of static time and perceptions of incompetence in narrative change lead us to three conclusions and clinical implications. First, therapy should promote, from the early stages, clinical strategies to break these narrative formats. The second conclusion refers to their potential negative recursive effects, restricting change in the other dimensions. The third conclusion concerns clinical inference about the reduced change potential of clients who come to therapy with narratives having these characteristics and of clients whose changes in these dimensions do not occur during therapy.

Surprisingly, singularities, although more frequent in good outcome cases than in poor outcome ones, only achieved significant differences in the last sessions; in the logistical regression model, they were not shown to be significant predictors of outcome. Singularities are perhaps the “practical” result of changes rather than the pivotal elements of narrative change. However, because narrative dimensions are interconnected, singularities’ emergences and amplifications during therapy certainly help narrative flexibility. With singularities, new contents, perspectives and behaviors are available for discussion, and, therefore, they contribute to the introduction of diversity and novelty in families and couples interactions and in therapeutic conversation.

Another curious finding concerns the significance of symptoms as a central session theme. Although this was the fifth variable to enter the logistical model, it predicted good therapeutic outcomes. This variable may rely on the importance of discussing symptoms for some amount of time during therapy to promote problem deconstruction. Symptoms are central elements in families’ and couples’ functioning until the moment they come to therapy. The role of therapy is precisely to transform perspectives about symptoms, to construct and promote alternative ways of functioning. In this sense, symptom discussion is needed for symptom dissolution and for the emergence of non-problematic themes in therapy and in life.

5. Conclusions

It seems that the maintenance of specific relations between some variables has a relevant clinical contribution to therapeutic success and evolution. For instance, narratives that maintain static time throughout therapy, where no singularities occur and in which clients view themselves as incompetent, tend to be difficult to change in every narrative dimension, as the dimensions recursively feed each other.

Although important data were produced in this study, several aspects require caution prior to forming conclusions and generalizations. The first concern is the number of cases constituting the sample of this work. Although 139 sessions were analyzed, only 23 completed therapies were included; therefore, generalization to other cases must be made carefully. Second, the influence of the therapeutic alliance was not measured in this work, but this effect would add interesting data to the obtained results. Third, factors not directly related to therapy (i.e., maturation, influence of other people and contexts, situational changes, crises, etc.) could certainly help to explain the occurrence or lack of change in the therapeutic narratives; however, they were not specifically monitored.

Finally, not experiencing a good outcome does not mean that some positive narrative changes did not occur in the families and couples during therapy. Outcome evaluation must be the result of improvement in a complex set of interconnected dimensions that are often not available to researchers and, in addition, that certainly are far from being adequately described by the results of questionnaires or scales. Although this research design included the participants' perspectives of outcomes and change at the end of therapy, more detailed information gathered at different points during the process (beginning, middle and end of therapy), as well as extensive data about participants' perceptions, would help to enrich research on the therapeutic process. Clinically investigation of therapeutic processes must provide a macro-perspective of transversal mechanisms of change in systemic therapies, also revealing the micro-processes of change, that occur during therapy sessions from the participants' perspectives.

References

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H. & Gehart, D. (2007). *Collaborative therapy. Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Anderson, H., & Goolishian H. (1989). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical therapy. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Anderson, H., & Goolishian H. (1996). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. In K. Gergen & S. McNamee (Eds.), *La terapia contrucción social [Therapy as social construction]* (pp.45 -59). Barcelona, Espanha: Paidós.
- Avid, E. (2005). Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy*. 78(4), 493 – 511.
- Avid, E., & Georgaca, E. (2007). Narrative research in psychotherapy: A critical review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 80(3), 407-419. <http://dx.doi.org/10.1348%2F147608306X158092>
- Beels, C. (2009). Some historical conditions of narrative work. *Family Process*, 48(3), 363- 378.
- Beyebach, M., Sánchez, M. S., Vega, M., Hernández, C., & Morejón, R. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1) 116-128.
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. [Psychotherapy, discourse and narrative: The conversational construction of change] (pp.91-123). Coimbra: Quarteto.
- Burck, C., Frosh, S., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1998). The process of enabling change: A study of therapist interventions in family therapy. *Journal of Family Therapy*. 20,(3), 253-267.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

- Elliott, J. (2005). Using narrative in social research. Qualitative and quantitative approaches. London: Sage Publications.
- Elkaïm, M. (1985). From general laws to singularities. *Family Process*, 24(2) 151-164.
- Elkaïm, M. (1990). *Se você me ama, não me ame. Abordagem sistêmica em psicoterapia conjugal* [If you love me, dont love me. Systemic approach in couple therapy]. São Paulo: Papirus Editora.
- Friedlander, M., & Heatherington, L. (1998). Assessing clients' constructions of their problems in family therapy discourse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(3), 289-303.
- Frosh, S., Bruck, C., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1996). Engaging with change: A process study of family therapy. *Journal of Family Therapy*. 18(2), 141-161.
- Gehart-Brooks, D. R., & Lyle, R. R. (1999). Client and therapist perspectives of change in colaborative language systems: An interpretative ethnography. *Journal of Systemic Therapies*, 18(4), 58-77.
- 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.
- Gonçalves, M. M., Santos, A., Salgado, J., Matos, M., Mendes, I., Ribeiro, A. P. & Gonçalves, J. (2010). Innovations in psychotherapy: tracking the narrative construction of change. In J. D. Raskin, S. K. Bridges, & R. Neimeyer (Eds.), *Studies in meaning 4: Constructivist perspectives on theory, practice, and social justice* (pp. 29-64). New York: Pace University Press.
- Hampson, R., Prince, C., & Beavers, W. (1999). Marital therapy: Qualities of couples who fare better or worse in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(4) 411-423.
- Hill, C. E. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70(6),728-739.
- Jerónimo, A. R., Sequeira, J., & Ribeiro, M. F. (2010). A mudança narrativa em grupos de educação parental [Narrative change in group-based education].

- International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia, XXII 1, 371-379. ISSN:0214-9877*
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19(1)*, 68-80.
- Moran, S. G., & Diamond, G. M. (2006). The modified cognitive constructions coding system: Reliability and validity assessments. *Journal of Marital and Family Therapy, 32 (4)* 451-464.
- Reuterlov, H., Lofgren, T., Nordstrom, K., Ternstrom, A., & Miller, S. (2000). What is better? A preliminary investigation of between-sessions change. *Journal of Systemic Therapies, 19*, 111-115.
- Sampson, E. E. (1993). *Celebrating the other*. Boulder: Westview Press.
- Santos, C., & Sequeira, J. (2010). Mudança narrativa na intervenção sistémica com famílias negligentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia XXII, 1(1)*, 651-660. ISSN:0214-9877.
- Sequeira, J. (2004). *Caleidoscópico terapêutico. Mudança e co-construção em terapia familiar* [Therapeutic kaleidoscope. Change and co-construction in family therapy]. Unpublished master thesis dissertation, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2009). A mudança nas terapias sistémicas. Transformação narrativa nas terapias familiares e de casal. [Change in systemic therapies. Narrative transformation in family and couple therapy]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia, XXI, 1(4)*, 13-24.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (in press). Assessment System of Narrative Change. *Journal of Systemic Therapies*.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2012). Assessment System of Narrative Change. Reliability and validity studies. Manuscript submitted for publication
- Rose, N. (1998). *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roy-Chowdhury, S. (2003). Knowing the unknowable: What constitutes evidence in family therapy? *Journal of Family Therapy, 25(1)*, 64-85.

- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process, 31*, 217-230.
- Vega, M., & Beyebach, M. (2004). Between-session change in solution-focused therapy: A replication. *Journal of Systemic Therapies, 23*(2) 18-25.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

CAPÍTULO IV

Níveis de Mudança Narrativa em Terapia Sistémica: Um Olhar Cibernético⁵

Joana Sequeira* & Madalena Alarcão*

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000 Coimbra.

joanasequeira@esdrm.ipsantarem.pt; malarcao@fpce.uc.pt

Resumo

Estudos sobre a mudança em terapias sistémicas de enfoque narrativo evidenciaram uma organização da narrativa distinta entre as sessões dos casos de sucesso e insucesso (Sequeira & Alarcão, 2012c). A partir destes dados é reequacionada a compreensão teórica da transformação narrativa nas terapias sistémicas. Desenvolve-se um modelo explicativo da estrutura das narrativas, do papel de cada dimensão na mudança, tendo como enquadramento conceptual contributos das teorias dos níveis lógicos de Bateson (1972), pressupostos da cibernética e da conceção pós-moderna da narrativa. As narrativas estão estruturadas em três níveis hierárquicos divididos em diferentes componentes. São eles o nível superior ou nível III, (dimensões tempo, espaço e causalidade), o intermédio ou nível II (dimensões conotação da narrativa, forma de relato das histórias e temas da narrativa) e inferior ou nível I (discursos específicos sobre os eventos, interações e relações entre os participantes). Identificam-se os processos narrativos que se desencadeiam na terapia – singularidades e reflexividade narrativa – cuja função é introduzir perturbação e provocar a mudança nas narrativas. As dimensões de nível superior estruturam as de nível

⁵ Manuscrito submetido à Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa.

inferior, embora estas se encontrem recursivamente relacionadas e exerçam influências recíprocas entre si. Frequentemente as perturbações/bloqueios narrativos ocorrem nos níveis superiores da narrativa nos quais deve ser promovida mudança. A terapia pretende a construção de uma meta-narrativa terapêutica, de 2ª ordem (Carr, 1997), resultante da acoplagem família-terapeutas, cuja função é permitir a transformação das narrativas de 1ª ordem (identitárias e problemáticas) do sistema.

Abstract

Studies concerning change in systemic therapies have shown that narratives are differently organized in sessions from good and poor outcomes (Sequeira & Alarcão, 2012c). As consequence, the theoretical comprehension of narrative in systemic therapies is reconsidered. A model of the narrative structure and of each dimension role in therapeutic change is presented. The model relies on the contributions of the Bateson logical levels of change and communication (1972), cybernetic theory and postmodernism. Narratives are structured in three hierarchical levels in which several components are included: the superior level, or level III (dimensions time, space and causality), the intermediate level or level II (dimensions narrative connotation, ways of telling the stories and narrative themes) and inferior level or level I (specific discourses about events, whose involved, what they do, what they say, behaviors, interactions and relations between them). The narrative processes that occur in therapy – singularities, narrative reflexivity - whose function is to introduce change/perturbation in narratives, are assigned. The dimensions of the superior levels structure and are recursively related to dimensions in the inferior ones. Frequently, narrative blockages occur in the superior levels of the narrative in which change must be promoted. Therapy aims the construction of a meta-therapeutic narrative, second order (Carr, 1997), that results from the collaboration of family and therapists and whose function is to allow the transformation of first order (identity and problematic) narratives of the system.

I. Introdução

A adoção da metáfora das histórias e da narrativa pelas psicoterapias e pelas terapias sistêmicas pós-modernas, em particular, proporcionou um

investimento substancial na investigação sobre a mudança no processo terapêutico, nomeadamente sobre a forma como as narrativas dos clientes mudam nas terapias consideradas bem sucedidas (Avid, 2005; Avid & Georgaca, 2007; Friedlander & Haetherington, 1998; Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009; Sequeira & Alarcão, 2012b).

Os resultados da investigação sugerem que, nas terapias bem sucedidas, as componentes das histórias e da narrativa que assumem uma configuração problemática particular e que são transformadas através do dialogo terapêutico dão lugar a novas configurações e a novas narrativas consideradas mais adaptativas (Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009; Sequeira & Alarcão, 2012b).

A análise das narrativas através do Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (SAMN) (Sequeira & Alarcão, 2012b) permitiu mostrar que os casos de sucesso apresentam perfis de transformação nas narrativas distintas dos casos de insucesso. Apesar disso, as narrativas das sessões iniciais das terapias de sucesso e de insucesso apresentam características semelhantes. Nas sessões intermédias observam-se oscilações em quase todas as dimensões da narrativa. Estas oscilações são mais acentuadas e resultam em transformação nos casos de sucesso e refletem-se num formato narrativo distinto nas últimas sessões da terapia, o que já não acontece nos insucessos, onde há um retorno à configuração inicial da narrativa. Regularidades interessantes foram evidenciadas quanto às dimensões que não mudaram no final da terapia nos casos de insucesso como sejam: a causalidade na explicação dos eventos, que se mantém linear; o tempo estático, geralmente centrado no passado e/ou no presente; a perceção de incompetência por parte dos elementos da família/casal; a organização da conversa terapêutica em torno da temática sintoma e de outros problemas da família (Friedlander & Haetherington, 1998; Sequeira, 2004, Sequeira & Alarcão 2009; Sequeira & Alarcão, 2012b). Nos casos de insucesso a ocorrência de singularidades discursivas e comportamentais, na etapa intermédia da terapia, em maior número até do que nos casos de sucesso, bem como as oscilações no tempo e na forma de contar a história parecem indicar que, embora as histórias sofram oscilações e ocorram tentativas de transformação, estas oscilações parecem não ser suficientemente impulsionadores da mudança e da emergência de narrativas mais ajustadas. No estudo conclui-se ainda, que a causalidade

circular e a discussão de temáticas não problema são as variáveis que mais contribuem para predizer o sucesso na terapia. Pelo contrário, o tempo estático e a percepção de incompetência são preditores importantes mas com contributo negativo para o sucesso terapêutico. Contrariamente ao esperado, as singularidades não são incluídas no modelo de regressão logística, não sendo também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os casos de sucesso e os de insucesso nesta dimensão.

Estes dados obrigam a uma nova reflexão sobre a forma como as histórias e as narrativas se encontram estruturadas e sobre o papel de cada dimensão narrativa na mudança. Por exemplo, as singularidades foram outrora por nós assumidas como elementos impulsionadores cruciais da mudança narrativa (Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009), resultado não confirmado nos trabalhos mais recentes. É neste enquadramento que se propõe a presente análise, sobre a forma como se organiza a narrativa e como nela se processam as mudanças nas terapias sistémicas pós-modernas.

Os discursos, os seus conteúdos e a linguagem utilizada, são consensualmente aceites como dimensões fundamentais na mudança narrativa pois traduzem uma perspetiva dos eventos das histórias que se estruturam em dimensões como o tempo, o espaço, a causalidade, a conotação, etc.,. Veiculam, para além dos conteúdos específicos dos eventos, a postura, os comportamentos, as interações dos intervenientes e a forma como os mesmos são percebidos. De uma forma geral, assume-se que a partir das mudanças discursivas (linguísticas e do foco/contéudo da narrativa) emergem novas narrativas e narrativas subdominantes, potencialmente mais flexíveis e adaptativas. As mudanças cognitivas implicam novas visões sobre o problema e as mudanças comportamentais refletem-se numa postura ativa e de reautoria dos sujeitos face à sua vida e aos seus problemas (Avid, 2005; Avid & Georgaca, 2007; Burck, Frosh, Strickland-Clark, & Morgan, 1998; Burman, 1992, 1995; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Gonçalves, et al., 2010; Guifoyle, 2002; Kogan & Gale, 1997; Madill & Barkham, 1997; Madill & Doherty, 1994; Rowan & Cooper, 1999; Sluzki, 1992; Soal & Kottler, 1996; Stilles, 1997; White, 2007).

No entanto, há um conjunto de questões que não têm sido objeto de análise dos estudos sobre a mudança narrativa, pelo menos na perspetiva sistémica, mas cujo questionamento consideramos crucial: i) de que forma as

várias dimensões da mudança se relacionam entre si, ii) segundo que regras e lógica funcionam as componentes das histórias e das narrativas e iii) quais os processos que regulam as alterações que se observam na terapia?

A cibernética constituiu-se como um dos pilares teóricos organizadores da teoria sistêmica dos anos 50, aplicada à psicologia da família e à terapia familiar. A partir dos seus contributos foi possível explicar, descrever e intervir nos sistemas humanos, como a família, o casal ou as redes, através de um modelo teórico e de metodologias clínicas específicas. Os pressupostos originais da cibernética permanecem pilares da teoria sistêmica e contribuem fortemente para a afirmação da identidade das terapias sistêmicas, cujas premissas são distintas de outros modelos, desde logo por equacionarem como unidade de compreensão e intervenção o sistema relacional, e não apenas o sujeito sintomático e por adotarem a recursividade como lente privilegiada de compreensão e de intervenção. Assim, as raízes históricas e conceptuais da sistêmica, associadas à cibernética, estão presentes nas terapias sistêmicas contemporâneas, não obstante as evoluções que naturalmente aconteceram ao longo de meio século, expressas na cibernética de 2^a ordem e nas conceções construtivista e construcionista da terapia.

Será a partir das afinidades e convergências da abordagem pós-moderna e da perspectiva cibernética, enquanto modelo complexo e integrado capaz de compreender o funcionamento dos sistemas, que se propõe uma leitura alternativa sobre o funcionamento e mudança narrativa em terapias sistêmicas de inspiração pós-moderna. Mais concretamente, são exploradas as afinidades entre a epistemologia cibernética e as abordagens pós-modernas construcionistas e, a partir destas afinidades, propõe-se um modelo compreensivo da organização das narrativas e das histórias que descreve como se estruturam as suas dimensões e como podem bloquear ou limitar o desenvolvimento da mudança terapêutica.

2. Pós-modernidade e Cibernética

Embora as abordagens construcionistas associadas à terapia familiar sistêmica (Anderson, 1997, 2005, 2007; Anderson & Goolishian, 1989, 1992; Gergen, 1994, 1999; McNamee & Gergen, 1992; White, 1995; White & Epston, 1990) tivessem a pretensão de romper com o legado da cibernética, em alguns dos seus aspetos centrais podemos ainda nelas constatar a aplicação das

premissas cibernéticas originais de Bateson sobre o funcionamento dos sistemas humanos (Haene, 2010; de Shazer, 1982). Botella (2001) relembra que o uso do termo construtivismo e o interesse pelas narrativas nascem das próprias raízes das terapias sistêmicas. O reconhecimento da participação do observador na construção da realidade (Maturana, 1999; Von Glasserfeld, 1996; Von Foerster, 1981, 1996; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967) e da impossibilidade de distinção entre realidade e sistemas de construção pessoais e sociais constituem um ponto comum entre os diferentes modelos de terapia familiar sistêmica, a partir do qual se desenvolvem as abordagens pós-modernas. No entanto, embora se encontre uma coerência epistemológica entre alguns autores pioneiros e fundadores da sistêmica e os protagonistas da viragem para a pós-modernidade, como Harlene Anderson e Harry Goolishian, Tom Andersen, Michael White, Steve de Shazer, entre outros, não se observou, da parte destes últimos, uma tentativa consistente de articulação e integração dos pressupostos fundadores da epistemologia sistêmica, nomeadamente das teorias ecossistêmicas e da cibernética, no olhar construcionista dos sistemas e da terapia.

É importante, contudo, não renunciar-se aos contributos fundamentais da cibernética, sob pena de perda da identidade histórica e conceptual do próprio modelo. Autores como Anderson e Goolishian (1989, 1992), Bradford Keeney (1983), Marcelo Packmam (1996), Luís Botella (2001) e, ainda antes, Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), enfatizaram a natureza colaborativa e coconstruída dos processos terapêuticos, a compreensão da terapia enquanto contexto de construção de múltiplas realidades, o discurso e a linguagem enquanto elementos mediadores e organizadores da terapia e a importância da linguagem e da construção social de realidades no desenvolvimento das perturbações dos sistemas. Muito cedo na história da teoria sistêmica aplicada às famílias, Don Jackson e Gregory Bateson, em conjunto com os colegas do Mental Research Institute (MRI), desenvolveram uma teoria da comunicação explicativa do funcionamento familiar e, mais tarde, enfatizaram o papel da linguagem na construção da realidade. A família seria um sistema cibernético, de indivíduos interconectados, cuja evolução se processava de forma recíproca e cumulativa. Já nesta altura as perturbações psíquicas (e.g., as psicoses) foram entendidas como dificuldades relacionais e interpessoais, ao invés de dificuldades intrapsíquicas ou

“doenças da mente” (Bateson, 1972; Watzlawick, et al., 1967; Watzlawick & Weakland, 1977).

As terapias sistêmicas de segunda ordem comungam, efetivamente, dos pressupostos cibernéticos básicos das teses batesonianas (Alarcão & Relvas, 2001). Desde logo adotam a definição de mente (Bateson, 1972), equacionada não como uma dimensão ou propriedade exclusiva do indivíduo mas como um processo relacional, social e ecológico. Mas integram, também, as ideias de: i) recursividade (Bertalanfy, 1972), reguladora da interação entre elementos que se influenciam de forma recíproca e cumulativa; ii) visão binocular (Fontaine, 1993), que enfatiza os múltiplos olhares possíveis face à complexidade das relações e à compreensão das componentes, eventualmente antagónicas, dos eventos; iii) circularidade e epistemologia circular (Bateson, 1972), conceitos estruturantes na compreensão da complexidade e na intervenção com os sistemas humanos; iv) dialética entre mudança, estabilidade e evolução (Prigogine, 1999), que enfatiza as necessidades de manutenção e estabilidade dos sistemas como parte integrante da evolução; v) coevolução (Bateson, 1972), reportada ao processo de transformação e evolução recíproca e relacional entre partes do sistema e entre sistemas em interação.

Segundo as abordagens pós-modernas o “mundo”, e a perspectiva que dele temos, resultam de interações e práticas discursivas que ocorrem em contextos sócio-culturais específicos (Gergen 1996; Gergen & Warhuus, 2001; McNamee & Gergen, 1992). As práticas discursivas constituem o foco do conhecimento: os significados emergem num nexus relacional, elaborado pelos participantes num processo dialógico mútuo (Shortter, 2000). Enfatiza-se a negociação discursiva de significados na construção e modificação de realidades, através do diálogo, da interação, da narração individual, social e também terapêutica, da recursividade de visões, discursos e interações que se desenvolvem numa relação colaborativa e coevolutiva entre terapeutas e clientes (Anderson, 2000; Gergen, 1994; Gergen, Hofman, & Anderson, 1995; Madill & Barkhan, 1997; McNamee & Gergen, 1992; Parry & Doan, 1994; White & Epston, 1990). As narrativas organizam-se em discursos que possuem uma ordem sequencial que conecta os eventos de forma significativa, em função de uma audiência específica, e que disponibilizam perspectivas sobre o mundo, sobre as pessoas e suas experiências. As narrativas são cronológicas, significativas e eminentemente sociais (Hinchman

& Hinchman, 1997). Disponibilizam um método de recapitulação de experiências, fazendo coincidir um sequência de cláusulas com uma sequência de eventos (Labov & Valetzky, 1997). Os problemas das pessoas associam-se a narrativas que limitam e constroem a sequência cronológica dos eventos, a forma como é experienciado o mundo e as relações com os outros, a atribuição de significados aos eventos e a seleção ou exclusão das histórias de vida das pessoas (White, 2007; White & Epston, 1990).

Segundo Bateson (1972) as histórias são o caminho real para a epistemologia, são pequenos nós, de complexas e relevantes ligações, que traduzem a forma como as pessoas pontuam o mundo. Uma história é, de certa forma, um modelo, isomórfico ou caricaturado da forma atual da família se organizar (p. 195). Nesse sentido, fornecem pistas para a descoberta das premissas epistemológicas. A transferência de histórias, de uma situação para outra, ou a criação de novas histórias originam contextos que fornecem significados e estruturam o que fazemos e aquilo que somos. As histórias que as pessoas vivem, assim como as histórias sobre essas histórias, são tudo aquilo de que o terapeuta dispõe para “trabalhar com” (Bateson, 1972, cit. por Keeney, 1983, p.195). Ainda segundo Bateson (*ibidem*) a terapia é um processo de tecelagem de histórias entre terapeutas e clientes e até a comunicação sintomática relata uma história que comporta desordens na estrutura simbólica que lhe está subjacente. O terapeuta constrói a sua história a partir daquela que o cliente lhe traz. De um ponto de vista cibernético, quando uma troca/negociação de histórias é estruturada em *feedbacks*, a autocorreção, no sentido da mudança, é possível. Os “nós” do processo mental estão imbricados nas histórias que terapeutas e clientes constroem e “a terapia, tal como a poesia, pretende desatar estes nós” (*ibidem*, p. 197). Encontramos, assim, um lógica de organização de significados, histórias e interações que domina o funcionamento do sistema, determinando a forma como este se vê, como se comporta e como os outros o veem e com ele interagem, tal como descrito por Bateson (1972) quando se referia aos padrões de organização dos sistemas humanos.

O conceito de epistemologia do sistema, elemento central da perspectiva batesoniana, refere-se às premissas que subjazem e regulam o set de possíveis pontuações dos eventos e de hábitos do sistema (Bateson, 1972, cit. por Keeney, 1983), o que se relaciona com conceito de narrativas identitárias do sistema

(Botella, 2001) no seio das quais se estabelecem relações temporais e são atribuídos significados aos acontecimentos.

Os sistemas organizam-se em padrões de funcionamento cuja função é conferir estabilidade e coerência ao sistema. Na perspectiva cibernética, os padrões resultam e funcionam adaptativamente até ao momento em que as condições contextuais mudam e eles deixam de ser capazes de responder às novas exigências de adaptação do sistema. Em situação de crise, as versões dominantes tornam-se incapazes de dar significado e de orientar adaptativamente o sistema, sendo necessário promover mudanças. Neste caso, a forma de pontuar os eventos tem de sofrer alterações para que se produza uma diferença/mudança nas respostas específicas e nas narrativas do sistema.

A teoria batesoniana dos níveis lógicos dos processos de aprendizagem e de mudança veio colocar em evidência a importância da identificação dos padrões de funcionamento dos sistemas, da sua mudança em contexto de crise e da dimensão comunicacional do sintoma. Na terapia, é fundamental reconhecer a ordem de aprendizagem ou mudança que a situação requer. Bateson (1972), em *The logical categories of learning and communication*, descreve um conjunto de ordens distintas de aprendizagem que refletem a forma como os sistemas humanos funcionam, aprendem e mudam. A *aprendizagem de ordem zero* envolve ligações causais entre estímulos e respostas que são marcadas e definidas de forma básica e precoce e que não pressupõem qualquer tipo de correção. A *aprendizagem de ordem um* implica uma escolha comportamental a partir de um set particular de alternativas e o sujeito aprende a implementar uma determinada mudança dentro de um contexto. A *aprendizagem de ordem dois* pressupõe que o sujeito “aprende a aprender.” Ou seja, aprende a identificar e a organizar uma ação pessoal como parte de um contexto específico, o que implica a compreensão das relações existentes entre vários comportamentos dentro de uma dada organização. Resulta da comparação entre oportunidades de aprendizagem. Aprendem-se novas forma de pontuar os eventos, para responder às alterações contextuais que exigem não apenas uma mudança de comportamento, mas uma mudança na pontuação do contexto. Ocorre uma revisão do set a partir do qual as escolhas são feitas. Esta mudança é usualmente equacionada como uma mudança de tipo II e corresponde às mudanças preconizadas no contexto terapêutico (Watzlawick, et al., 1967). A *aprendizagem de ordem três* implica uma alteração corretiva no set

de alternativas a partir das quais as pontuações são feitas. Não é uma mudança na resposta (aprendizagem um), não é uma mudança na pontuação contextual (aprendizagem dois) é uma mudança nas premissas que subjazem aos sistemas de pontuação e de hábitos. Segundo Bateson (1972) esta é uma forma de aprendizagem difícil e rara. Algumas vezes ocorre na psicoterapia, na conversação religiosa e noutros contextos que implicam uma profunda reorganização da identidade. As diferentes ordens de aprendizagem/mudança dão-nos indicações sobre qual a dimensão em que o sistema se encontra bloqueado. O bloqueio pode estar no contexto, implicando uma *mudança tipo um*, no set de pontuações possíveis, o que pressupõe *mudança tipo dois* ou nas premissas que determinam o set de pontuações, na epistemologia, exigindo uma *mudança tipo três*. A ordem em que se encontra o bloqueio determina a ordem da mudança necessária.

Assumiremos que este modelo é aplicável e congruente com a organização e funcionamento das narrativas dos sistemas. As componentes da narrativa situam-se em ordens de organização distintas, tal como pressuposto nas ordens da aprendizagem, e na terapia há, igualmente, que identificar em que ordem se encontram os bloqueios da narrativa.

3. Modelo Cibernético da Organização Narrativa

3.1. Níveis e Processos da Narrativa

A narrativa é composta por diversas dimensões que se influenciam reciprocamente e que estão organizadas em três níveis, sendo o terceiro o nível superior e o primeiro o nível inferior. Embora se organizem hierarquicamente, como exercem influências recíprocas, os níveis superiores podem sofrer alterações a partir de mudanças nos níveis inferiores, sempre que estas dimensões assumam relevo e influência substanciais na narrativa do sistema.

Consideram-se como dimensões da narrativa e das histórias que a constituem, nas terapias sistémicas, aquelas por nós estudadas em trabalhos anteriores e que correspondem às dimensões incluídas no Sistema de Avaliação da Narrativa (SAMN) (Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, no prelo): i) singularidades (discursivas, comportamentais e cognitivas), ii) natureza da história (tempo, espaço, causalidade e interações), iii) conotação da narrativa, iv) forma de relato da história, v) reflexividade narrativa, vi) temas da narrativas e vii) comportamentos alternativos.

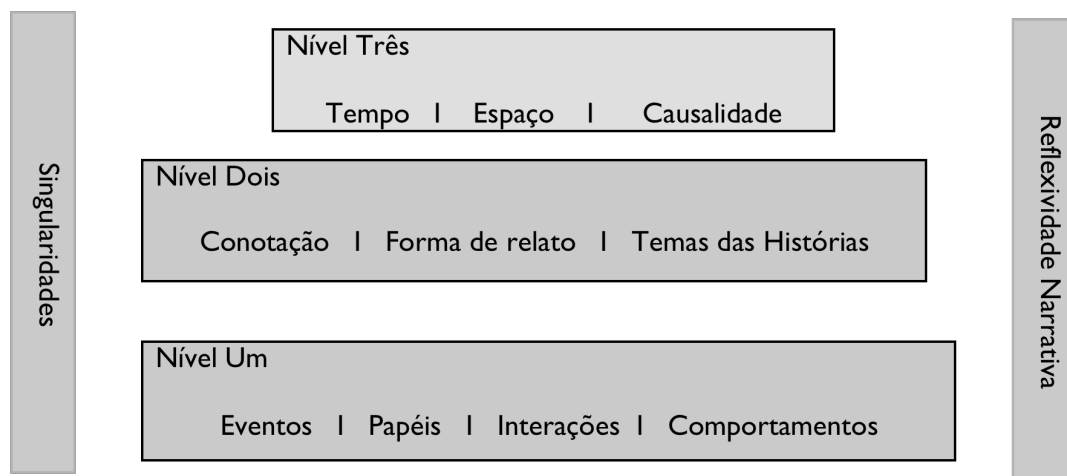


Figura 1. Concepção cibernética da narrativa (níveis, componentes e processos narrativos).

As dimensões *natureza da história, conotação dos eventos, forma de relato da história, comportamentos alternativos* e os temas são componentes da narrativa (Sluzki, 1992; Sequeira & Alarcão, 2009). Já as *singularidades* e as diferentes formas de *reflexividade narrativa* serão equacionados como *processos narrativos* cuja intenção é gerar perturbação e transformação nas componentes da narrativa.

Níveis da narrativa. Identificar em que nível/níveis hierárquico(s) de organização da narrativa se encontram as dificuldades poderá ser crucial para uma intervenção terapêutica eficaz. Algumas intervenções mal sucedidas podem associar-se a erros de diagnóstico e incapacidade do contexto terapêutico gerar perturbação na dimensão ou dimensões de bloqueio da narrativa.

Nível superior da organização narrativa. No *nível três*, nível superior da narrativa, encontram-se as dimensões que organizam as premissas segundo as quais os eventos são pontuados, ou seja, as opções epistemológicas disponíveis no sistema. Correspondem às cláusulas da estrutura narrativa que determinam a forma como os eventos e os conteúdos aparecem estruturados em histórias (Elliott, 2005). Nele se incluem as dimensões tempo, espaço e causalidade.

O enredo da narrativa é constituído por uma combinação de tempo e causalidade (idem). O tempo é a dimensão epistemológica mais importante da

narrativa. O próprio conceito de narrativa supõe um processo temporal. A existência implica temporalidade e, em consequência, a construção da identidade, das pessoas, das famílias e das sociedades pressupõe um posicionamento ao longo do tempo. Segundo Botella (2001) e Hinchman e Hinchman (1997) os acontecimentos tornam-se inteligíveis graças à posição que ocupam num processo contínuo através de 3 dimensões chave do tempo da narrativa. A primeira refere-se à dimensão cronológica, do *passado*, *presente* e *futuro*. A segunda implica a estrutura histórica da narrativa que pode ser *estática* (focalizada num tempo particular, no qual é descrito um problema, fenómeno ou evento), ou *flutuante* (que contém oscilações entre circunstâncias e tempos que traduzem a natureza dinâmica e evolutiva dos acontecimentos). Por fim, podem ser *históricas*, com princípio, cenário e evolução, ou *a-históricas*, quando destituídas destas componentes, criando a ilusão de indefinição e abrangência na vida dos participantes.

Intimamente ligada à conceção de tempo encontra-se a dimensão espaço/contexto. Todas as histórias que compõem a narrativa, na generalidade todos os eventos, têm um cenário no qual se enquadram e ocorrem e que lhes confere significado e inteligibilidade – histórias *contextuais* (Labov & Waletzky, 1997; Sluzki, 1992). No entanto, algumas narrativas, por serem incompletas, pobres ou problemáticas (frequentemente associadas a sintomas), sem cenários ou contextos específicos, o que resulta numa perspetiva distorcida sobre a dominância desse evento na vida dos seus narradores, são *accontextuais*. Por definição, uma narrativa deve ser sempre contextualmente específica, relativamente ao tempo e espaço a que se refere, pois a narrativa valoriza a compreensão em detrimento da generalização. O contexto dá compreensão e significado à experiência humana (Abbott, 1992).

A causalidade é considerada pelas abordagens sistémicas como uma das componentes centrais que acrescenta coerência à narrativa e que se assume como elemento estruturante da epistemologia dos sistemas (Friedlander & Heatherington, 1998; Rimmon-Kenan, 1983, cit. por Elliott, 2005; Sequeira, 2004; Sequeira, & Alarcão, 2009). Comporta uma perspetiva explicativa e compreensiva das histórias. Inclui atribuições causais, refere-se ao modo de compreensão e estruturação dos eventos, seus significados, intervenientes e lógica que os pontua num todo coerente (Bateson & Jackson, 1964; Watzlawick, et al., 1967). A

causalidade está, assim, relacionada com a forma como são pontuados os eventos numa narrativa e pode organizar-se de forma linear ou circular, dependendo da focalização e atribuições que comporta. A focalização nas causas ou efeitos, de forma isolada, corresponde à causalidade linear. A focalização nas relações recursivas entre várias componentes dos eventos, causas, efeitos, papel dos intervenientes e de outros contextos, corresponde à causalidade circular.

As dimensões que constituem este nível superior de organização narrativa condicionam ou flexibilizam, dependendo das opções disponíveis, todos os níveis subsequentes. Por exemplo, se o sistema se encontra focalizado no passado, serão, mais provavelmente, disponibilizadas à discussão apenas as histórias associadas a esta dimensão temporal, excluindo outras situadas, por exemplo, no presente ou no futuro. A temporalidade determina, então, as histórias disponíveis ao sistema e às pessoas que o constituem. Algumas histórias, dependendo das premissas ativadas pelo sistema, embora existam e possam ser relevantes para a terapia, podem revelar-se inacessíveis ou bloqueadas. Por outro lado, o rearranjo das clausulas sobre os eventos, ou seja a organização do tempo, do espaço e da causalidade, poderá resultar numa mudança de significado (Fransozi, 1998; Labov, 1972, cit. por Elliot, 2005).

Os resultados da análise narrativa de sessões de terapia (Sequeira & Alarcão, 2012b) apontam para a importância do tempo e da causalidade como as duas primeiras variáveis a integrar num modelo de regressão logística de previsão do sucesso da terapia. A *causalidade circular* é o primeiro preditor a integrar o modelo de regressão logística, contribuindo de forma significativa para o sucesso da terapia e, por oposição, o *tempo estático* é o terceiro preditor a contribuir negativamente para o sucesso da terapia. Estes dados fortalecem a perspetiva aqui exposta relativamente ao papel destas componentes na organização da narrativa.

Nível intermédio da organização narrativa. No *nível dois* de organização da narrativa inclui-se a história ou conjuntos de histórias disponíveis, que comportam conteúdos específicos e perspetivas sobre a moral dos eventos e sobre o papel e intervenção dos seus protagonistas. Os temas, a conotação ou valor das histórias e a forma como se refletem nos discursos traduzem as perspetivas dos elementos do sistema, já selecionados pelas premissas epistemologias situadas no nível anterior.

A *conotação da narrativa* refere-se ao valor moral da história, à atribuição de intenções, legitimidade e normalidade aos comportamentos dos intervenientes. A forma como a história é relatada diz respeito às perspetivas veiculadas sobre a perceção de competência e grau de participação e envolvimento dos sujeitos. Estas dimensões traduzem a avaliação e o significado das narrativas, sendo mesmo, para alguns autores, a sua componente mais importante (Linde, 1993; Polanyi, 1985, cit. por Elliott, 2005). Referem-se ao “e então?” da história, transmitem o significado dos eventos e, simultaneamente, indicam a forma como as audiências devem comportar-se ou reagir, embora a avaliação da narrativa deva resultar de um acordo e negociação entre os envolvidos. Na avaliação da história alguns eventos e decisões são reportadas em virtude da sua significância e/ou das suas qualidades específicas, para a(s) audiência(s) em causa (Elliott, 2005).

No estudo das características narrativas das sessões de terapia (Sequeira & Alarcão, 2012b) a forma como a história é relatada (em particular a perceção de competência) e os temas da sessão (especificamente os temas não problemáticos e o sintoma) correspondem, respetivamente, à segunda, quarta e quinta variáveis a integrar o modelo preditor do sucesso, surgindo depois do tempo e da causalidade.

Nível inferior da organização narrativa. No *nível um* encontramos as dimensões mais pragmáticas e comportamentais que a narrativa descreve e contém, veiculadas através dos discursos dos elementos do sistema. Nestes discursos sobre os eventos, há referências a quem participa, o que faz, o que diz, quais os *comportamentos, interações e relações* existentes em cada evento ou acontecimento.

Resultados da análise comparativa das narrativas das sessões de casos sucesso e insucesso em terapias familiares e de casal (Sequeira, 2004), num grupo de educação parental (Jerónimo, Sequeira & Gaspar, 2010) e em processos de intervenção familiar com famílias negligentes (Santos & Sequeira 2010) mostram que a dimensão interações é aquela que mais oscilações sofre no curso da terapia, não se observando perfis regulares que permitam distinguir ou caracterizar as narrativas dos casos de sucesso e de insucesso. Este dado indica que no *nível um* da narrativa ocorrem oscilações que, frequentemente, não geram mudanças nos níveis superiores.

Processos narrativos. A terapia é entendida como um meio privilegiado para modificação das narrativas problemáticas, começando por ser o espaço onde são explicitadas e percebidas as histórias dominantes e as relações recursivas entre estas histórias e os resultados negativos na vida do sistema. É, assim, criado espaço para a emergência e desenvolvimento de novas histórias, que relativizem as dominantes, dando-lhes protagonismo na conversa terapêutica, noutros contextos e junto de audiências significativas, para que essas novas histórias sejam validadas e passem a constituir-se como “boas histórias”. A estes mecanismos de perturbação da narrativa chamamos *processos narrativos*.

Narrativas de 1ª e de 2ª ordem. Carr (1997) e Somers e Gibson (1994) referem-se a dois tipos de narrativas distintas, as *de 1ª ordem ou ontológicas* e as *de 2ª ordem ou representativas*. As primeiras são entendidas como constitutivas da identidade, resultam espontaneamente dos acontecimentos de vida e da necessidade de lhes dar um sentido. As segundas são processos discursivos construídos para dar sentido e modificar as narrativas de 1ª ordem e implicam uma abordagem mais holística dos processos narrativos de 1ª ordem. Estas narrativas são por exemplo histórias coletivas ou relatos construídos pelos investigadores para dar sentido ao mundo social e às experiências das pessoas. Neste sentido, na terapia constroem-se narrativas de 2ª ordem sobre as narrativas de 1ª ordem que são problemáticas face ao contexto.

A alteração da narrativa disfuncional implica o desenvolvimento de formas mais eficazes e adaptativas de elaboração narrativa, ou seja, obriga a refletir, identificar e agir sobre os processos que levaram à sua organização. Constrói-se uma meta-narrativa terapêutica capaz de explicar e enquadrar as narrativas de 1ª ordem, a partir de uma epistemologia alternativa que permita a emergência de novas histórias e respeitando a identidade, coerência e continuidade do sistema e seus elementos. Estas narrativas de 2ª ordem resultam da coconstrução narrativa entre terapeutas, clientes e audiências relevantes e visam a transformação das narrativas problemáticas de 1ª ordem, tornando-as mais ajustadas, flexíveis e capazes de cumprir a sua função: inteligibilidade, significância e adaptação do sistema.

Apesar das narrativas representativas (de 2ª ordem) se reportarem a um conjunto de pessoas, cada individuo deve poder apropriar-se dessa história coletiva sentindo que: “aquela é a minha história, eu não estou sozinho”

(Richardson, 1990). A terapia sistêmica deve permitir a emergência de novas narrativas que respeitem a identidade e possibilitem a evolução do sistema, nas quais cada elemento possa rever-se enquanto sujeito.

Os estudos que desenvolvemos sobre a mudança narrativa (Sequeira & Alarcão, 2012b) permitem hipotetizar que as singularidades e a reflexividade narrativa podem não ser componentes da mudança narrativa, ou seja, resultados da mudança, tal como havia sido sugerido em trabalhos exploratórios (Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009; Jerónimo, et al., 2010; Santos & Sequeira, 2010), mas como processos de introdução de perturbação nas narrativas problemáticas que se desenvolvem em contexto terapêutico. Assumem-se como processos narrativos que concorrem explicitamente para a construção de narrativas terapêuticas, narrativas de 2ª ordem/representativas, cuja função é gerar recursos e potenciar mudanças nas narrativas perturbadas e disfuncionais (de 1ª ordem). São processos que refletem, resultam e, simultaneamente, geram alterações nos diferentes níveis da narrativa na terapia.

Na perspectiva de Angus, Hardtke e Levilt (1999), a terapia produtiva, do ponto de vista dos processos narrativos, envolve 3 tipos de sequências narrativas: externas, internas e reflexivas. As sequências narrativas reflexivas, consideradas centrais no processo de transformação narrativa, assemelham-se às dimensões *reflexividade narrativa* e *singularidades (cognitivas)* (Sequeira & Alarcão, no prelo), pois pressupõem a análise partilhada e recíproca da experiência e a construção de significados alternativos que suportem ou desafiem as crenças prévias que limitam o cliente (Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Angus, 2001). No entanto, a forma como estes processos de natureza reflexiva acontecem nas terapias sistêmicas não foi estudado, não tendo sido também testado o papel dos processos narrativos em diferentes escolas de terapia familiar (*idem*).

Reflexividade narrativa. A reflexividade narrativa envolve o desenvolvimento de uma postura e de um olhar “meta” sobre as narrativas, em particular sobre as narrativas problema, sobre o seu processo de construção, sobre os fatores relacionais, discursivos e comportamentais que as suportam. Os exercícios de reflexão e discussão que ocorrem na terapia podem introduzir diferenças e alterações em diversas componentes e níveis de organização da narrativa. Tal como refere Botella (2001, p.114), promover a reflexividade implica tomar consciência e reavivar os processos discursivos de atribuição de

significados, através da própria discursividade. Esta reflexividade é promovida através das intervenções do terapeuta, da coconstrução relacional e discursiva entre clientes e terapeutas e deverá ser alargada às interações entre a família e outras audiências relevantes. Deve incidir sobre processos de construção e modificação das histórias. A reflexividade narrativa pode ser um recurso já existente no sistema ou em parte dos seus elementos. Nestes casos, o contexto terapêutico terá apenas de amplificar e ajustar a utilização deste recursos no sentido da perturbação dos níveis da narrativa que se encontram bloqueados para desencadear mudança. A reflexividade narrativa pode implicar a consciência e reflexão sobre os processos globais de construção e manutenção narrativa, ou pode centrar-se apenas nos fatores discursivos, interacionais ou comportamentais.

A promoção da reflexividade pressupõe também ajudar os clientes a tomar consciência de que a conversa terapêutica é apenas uma de entre uma ecologia de conversações relevantes nas quais o sentido de identidade dos sujeitos é sustentado (Botella, 2001) e através da qual se gera a oportunidade de reflexão e transformação dessa identidade ou de aspetos que a organizam, que limitam a evolução do sujeito e do sistema.

Resultados da avaliação da ocorrência de momentos de reflexividade narrativa em terapias familiares com famílias negligentes apontam para uma maior incidência, nos casos bem sucedidos, das diferentes formas de reflexão, sobretudo na fase intermédia, em comparação com a fase inicial e final da terapia (Santos & Sequeira, 2010). Também as conclusões da sua evolução longo das sessões, num grupo de formação parental, evidenciam que os momentos de reflexividade narrativa ocorrem desde as primeiras sessões, mantendo-se ao longo do processo e são mais frequentes e diversificados nas famílias cuja terapia é mais bem sucedida (Jerónimo, Sequeira & Gaspar, 2010). Sugere-se que esta competência emerge na terapia e está associada ao desenvolvimento da mudança narrativa das famílias.

Singularidades. As singularidades correspondem a discursos, comportamentos e cognições/visões novas e eficazes desenvolvidas pelos elementos do sistema face a um problema (Elkaïm, 1985, 1990; Sequeira, 2004, Sequeira & Alarcão, 2009). À semelhança da reflexividade narrativa, as singularidades são entendidas como elementos impulsionadores da

transformação. Podem ser veiculadas pelos clientes, nos seus relatos espontâneos, ou pelos terapeutas, sempre que uma novidade ou visão alternativa e eficaz surjam na terapia. As singularidades – discursos, comportamentos e cognições – assumem-se como processos potencialmente eficazes que, quando devidamente amplificados, validados e integrados pelo sistema terapêutico, família e audiências relevantes, podem colaborar na mudança e na adoção de novos padrões de funcionamento. Dentro do conceito de singularidade aqui apresentado parece-nos que os seus diferentes “tipos” podem assumir papéis e impactos diferenciados na capacidade de desencadear mudança narrativa.

As singularidades cognitivas envolvem uma nova visão sobre os eventos e, frequentemente, contém novidades que refletem alterações na compreensão de histórias específicas, associadas aos problemas. Referem-se a uma visão diferente sobre um evento ou história. Embora possam assumir um papel propulsor na mudança noutras dimensões da narrativa, podem não implicar necessariamente alterações nas dimensões superiores da narrativa, especificamente de nível III ou seja do set de referências que organiza a atribuição de tempo, espaço e causalidade das histórias e dos eventos. Os resultados dos estudos realizados sobre análise narrativa em intervenções terapêuticas (Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009, Sequeira & Alarcão, 2012b) mostram que as singularidades cognitivas são as últimas a emergir, nos casos bem sucedidos, não ocorrendo sequer nos casos de insucesso. Emergem de forma progressiva, apenas nas fases finais da terapia, e só depois de validadas e comprovada a sua eficácia parecem ser alargadas a outras narrativas problema, embora este processo esteja ainda por estudar.

As singularidades discursivas, ao implicarem novidades nos relatos, sugerem novas conotações, novos focos, uma nova linguagem e novos conteúdos, mesmo que a perspetiva sobre os eventos se mantenha (ou seja, quando não há singularidades cognitivas). Os resultados da análise narrativa dos casos de sucesso e insucesso (Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009, Sequeira & Alarcão, 2012c) mostram que em ambos os grupos ocorrem singularidades discursivas nas sessões intermédias da terapia, embora estas aumentem na última sessão nos casos de sucesso e quase não ocorram nos de insucesso. Isto permite-nos pensar que apesar das histórias sofrerem oscilações com potencial transformador, a

alteração da narrativa pode não ocorrer por não terem surgido transformações noutras dimensões que amplifiquem o sentido da mudança.

As singularidades comportamentais são novos comportamentos, formas de interação, estratégias eficazes, face a uma situação anteriormente problemática e relativamente à qual os sujeitos mantinham formas de atuação ineficazes e repetitivas. Estas singularidades podem ser resultado de uma compreensão diferente sobre o problema e, se assim for, associam-se a singularidades cognitivas. Mas também podem resultar de tentativas de “fazer diferente” por exemplo a partir de alterações contextuais.

As singularidades comportamentais, quando amplificadas pelos sistemas relevantes e quando integradas na identidade do sistema, podem gerar mudanças nos níveis superiores, embora se pense que este processo é complexo. Com efeito, no estudo realizado e a que temos vindo a fazer referência (Sequeira & Alarcão, 2012c), as singularidades comportamentais, mais frequentes nas sessões intermédias e finais da terapia, são superiores nos casos de insucesso terapêutico, apoiando a ideia de que as singularidades não geram, por si só, mudança, devendo associar-se à alteração de componentes da narrativa de outra ordem, como, por exemplo, alterações nos níveis *dois* e *três* da narrativa.

4. Conclusões

As narrativas têm sido entendidas como uma via de compreensão e transformação dos problemas apresentados pelos sistemas/pessoas na medida em que encerram as suas visões do mundo, das relações e do quotidiano. As “narrativas oficiais do sistema” ou “macro-narrativas” (Angus & Hardtke, 1994) são aquelas que traduzem os aspetos mais unânimes ou mais partilhados, que possuem maior poder explicativo e organizador do papel de cada elemento e do sistema como um todo e que regulam o sistema, dotando-o de previsibilidade. Por serem “antigas” (algumas são mesmo “transgeracionais”) e por assumirem um papel importante na organização da identidade e dos papéis dos diversos elementos, são também as que evidenciam maiores dificuldades de transformação. Na terapia, o sistema terapêutico procura coconstruir novas micro-narrativas que, validadas pelo “cliente” e por audiências que sejam para ele significativas, podem transformar-se em novas macro-narrativas, ajustadas às novas necessidades do sistema familiar/casal/individual.

As narrativas são elaboradas para um tempo, audiências e contexto específico, perdendo a sua utilidade explicativa e reguladora quando as circunstâncias, temporais, contextuais e até relacionais mudam substancialmente. Em situações de crise, o sistema poderá elaborar uma narrativa capaz de permitir a integração dos novos eventos e ajustada ao funcionamento, identidade e papéis dos diversos elementos. Mas pode organizar a narrativa em torno do problema, passando a definir a seu funcionamento e, por vezes, até a sua identidade a partir do problema. Em consequência, esta narrativa pode assumir-se como uma “macro-narrativa” reguladora e orientadora do sistema e até ser partilhada por todos. Quando a narrativa problema passa a constituir-se como dominante o sistema pode, paradoxalmente, necessitar dela para sobreviver, prever e regular os acontecimentos e as relações no sistema. Mas, inevitavelmente, as circunstâncias mudam, os acontecimentos sucedem-se e a narrativa deixa de cumprir a sua função. O processo inicia-se, novamente, gerando novas oportunidades de evolução ou de bloqueio. A forte ambivalência de alguns sistemas em terapia pode associar-se a esta consciência perturbadora: precisam de mudar para evoluir, para deixarem de ser sintomáticos, mas, paradoxalmente, não podem mudar, sob pena de perderem a sua identidade e papel.

A terapia pretende ser o contexto onde se resolvem estes dilemas, através da construção de mudanças que preservem a identidade do sistema mas que possibilitem, simultaneamente, a sua evolução.

O modelo apresentado pretende elucidar a organização da narrativa e os processos narrativos em contexto terapêutico. Considerando os conceitos estruturantes da abordagem sistémica, pode dizer-se que as terapias sistémicas são sobretudo terapias dirigidas aos níveis superiores de organização da narrativa, pois pretendem perturbar as premissas que regulam os padrões de funcionamento dos sistemas e fundamentam a intervenção na circularidade, enquanto perspectiva epistemológica e enquanto estratégia de interação e intervenção.

Equacionado o sistema a partir de um olhar cibernético a mudança nos níveis lógicos superiores atende à necessidade de preservação dos elementos estruturantes da identidade e epistemologia do sistema e restaura a congruência entre os níveis superiores e os níveis inferiores da narrativa. A identificação do nível e dimensões nos quais é necessário gerar alterações torna-se crucial para

que a terapia seja eficaz e gere mudança. É particularmente importante identificar as perturbações ou bloqueios nos níveis lógicos que regulam os discursos e interações pontuadas por problemas. Dimensões estas que se não forem consideradas na terapia, como foco de intervenção, podem impedir a evolução do sistema, mesmo que ocorram movimentos de transformação. Poderá assim explicar-se a não mudança narrativa nos casos de insucesso, embora nestas terapias possam até desencadear-se tentativas de transformação, como são disso exemplo as singularidades discursivas e comportamentais que emergem nos casos de insucesso (Sequeira & Alarcão, 2012b).

A compreensão cibernética da narrativa aqui exposta está ainda por comprovar empiricamente, sendo este exercício uma reflexão teórica que visa explorar o processo de transformação narrativa em terapias sistémicas de orientação pós-moderna. Exige-se agora um estudo aprofundado da aplicabilidade desta leitura, através da análise detalhada das narrativas em terapia e, em particular, da identificação dos seus micro-processos de funcionamento e mudança ao longo do tempo.

Referências Bibliográficas

- Abbott, A. (1992). From causes to events: Notes on narrative positivism. *Sociological Methods and Research*, 20(4), 428-455. doi: <http://dx.doi.org/10.1177%2F0049124192020004002>
- Alarcão, M., & Relvas, A (2001). Era uma vez... Quatro terapeutas e uma família. Narrativa de uma terapia familiar. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp.265-299). Coimbra: Quarteto.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H. (2000). Becoming a postmodern collaborative therapist: A clinical and theoretical journey, Part I. *Journal of the Texas Association for Marriage and Family Therapy*, 3(1), 5-12.
- Anderson, H. (2005). Myths about “not-knowing.” *Family Process*, 44(4), 497-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.2005.00074.x>
- Anderson, H. (2007). The art and spirit of collaborative therapy: The philosophical stance – “a way of being” in relationship and conversation. In H. Anderson

- & D. Gehart (Eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp.43-59). New York/London: Routledge.
- Anderson, H., & Goolishian H. (1989). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical therapy. *Family Process*, 27(4), 371-393. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1988.00371.x>
- Anderson, H., & Goolishian, A. (1992). The client is the expert. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction* (pp. 25-49). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Angus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35(2), 190-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1037%2F0708-5591.35.2.190>
- Angus, L. & Hardtke, K., & Levitt, H.(1999). The narrative processes coding system: Research applications and implications for therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1255-1270. doi: <http://dx.doi.org/10.1002%2F%28SICI%2910974679%28199910%2955%3A10%3C1255%3A%3AAID-JCLP7%3E3.0.CO%3B2-F>
- Avid, E. (2005). Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy*. 78(4), 493 – 511. doi: <http://dx.doi.org/10.1348%2F147608305X52586>
- Avid, E., & Georgaca, E. (2007). Narrative research in psychotherapy: A critical review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 80(3), 407-419. doi: <http://dx.doi.org/10.1348%2F147608306X158092>
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bateson, G., & Jackson, D. (1964). Some varieties of pathogenic organization. In D. Rioch & A. Weinstein (Eds.), *Disorders of communication*, Vol. XLII, Research publications (pp. 270-283). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bertalanffy, L. von (1972). *Théorie general des systèmes*. Paris: Dunod.
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 91-123). Coimbra: Quarteto.

- Burck, C., Frosh, S., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1998). The process of enabling change: A study of therapist interventions in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 20,(3), 253-267. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2F1467-6427.00086>
- Burman, E. (1992). Identification and power in feminist therapy: A reflexive history of a discourse analysis. *Women's Studies International Forum*, 15, 487–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1016%2F0277-5395%2892%2990082-7>
- Burman, E. (1995). Identification, subjectivity and power in feminist psychotherapy. In J. Siegfried (Ed.), *Therapeutic and everyday discourse as behavior change: Towards a micro- analysis in psychotherapy process research* (pp. 469–89). Norwood: Ablex.
- Carr, D. (1997). Narrative and the real world: An argument for continuity. In L. Hinchman & S. Hinchman (Eds.), *Memory, identity, community: the idea of narrative in the human sciences* (pp. 7-25). New York: State University of New York.
- de Shazer, S. (1982) *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York: Guilford.
- Elkaïm, M. (1985). From general laws to singularities. *Family Process*, 24(2) 151-164. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1985.00151.x>
- Elkaïm, M. (1990). *Se você me ama, não me ame. Abordagem sistêmica em psicoterapia conjugal*. São Paulo: Papirus Editora.
- Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research. Qualitative and quantitative approaches*. London: Sage Publications.
- Fontaine, P. (1993). Recherche “et/et”, cheminement vers une vue binoculaire. *Thérapie Familiale*, 14, 107-122.
- Fransozi, R. (1998). Narrative analysis – or why (and how) sociologists should be interrested in narrative. *Annual Review of Sociology*, 24, 517-554. doi: <http://dx.doi.org/10.1146%2Fannurev.soc.24.1.517>
- Friedlander, M., & Heatherington, L. (1998). Assessing clients' constructions of their problems in family therapy discourse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(3), 289-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.1998.tb01086.x>
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Gergen, K. (1996). *Realidades e relaciones – aproximaciones a la construcción social*. Paidós: Barcelona.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gergen, K. J., Hoffman, L., & Anderson, H. (1995). Is diagnosis a disaster: A constructionist dialogue. In F. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis* (pp. 102-118). New York: Wiley & Sons.
- Gergen, K., & Warhuus, L. (2001). Terapia como construção social: Características, reflexões, evoluções. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia. discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 27-64). Quarteto: Coimbra.
- 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.
- Gonçalves, M. M., Santos, A., Salgado, J., Matos, M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, J. (2010). Innovations in psychotherapy: Tracking the narrative construction of change. In J. D. Raskin, S. K. Bridges & R. Neimeyer (Eds.), *Studies in meaning 4: Constructivist perspectives on theory, practice, and social justice* (pp. 29-64). New York: Pace University Press.
- Guilfoyle, M. (2002). Rhetorical processes in therapy: The bias of self-containment. *Journal of Family Therapy*, 24, 298–316. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2F1467-6427.00218>
- Haene, L. (2010). Beyond division: Convergences between postmodern qualitative research and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2009.00174.x>
- Hinchman, L., & Hinchman, S. (1997). Introduction. In L. Hinchman & S. Hinchman (Eds.), *Memory, identity, community: The idea of narrative in human sciences* (pp. xiii-xxxii). New York: State University of New York.
- Jerónimo, A., Sequeira, J. & Gaspar, F. (2010). A mudança narrativa na formação parental. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia XXII, 1(1)*, 371-379.
- Keeney, B. (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford Press.

- Kogan, S. M., & Gale, J. E. (1997). Decentering therapy: Textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process*, 36(2), 101–26. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1997.00101.x>
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., & Angus, L. (2001). Narrative process coding system in marital and family therapy: An intensive case analysis of the formation of the therapeutic system. *Contemporary Family Therapy*, 23(3), 309–322. doi: <http://dx.doi.org/10.1023%2FA%3A1011183016456>
- Lavov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), 3–38.
- Linde, C. (1993). *Life stories: The creation of coherence*. Oxford: Oxford University Press.
- Madill, A., & Barkham, M. (1997). Discourse analysis of a theme in one successful case of brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 232–244. doi: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.44.2.232>
- Madill, A., & Doherty, K. (1994). So you did what you wanted then: Discourse analysis, personal agency and psychotherapy. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 4(4), 261–73. doi: 10.1002/casp.2450040406
- Maturana, H. (1999). Observer l'observation. In M. Elkaïm (Dir), *La thérapie familiale en changement* (pp. 181-189) Paris: Les Empêcheurs de Penser en Ronde.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (Eds.) (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Packman, M. (1996). Comentário introdutório. In H. Von Foerster, *Las semillas de la cibernética, obras escogidas* (pp. 33-38). Barcelona: Gedisa.
- Parry, A., & Doan, D. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York: Guilford Press.
- Prigogine, I. (1999). Ressonances et domaines du savoir. In M. Elkaïm (Dir.), *La thérapie familiale en changement* (pp. 215-222). Paris: Les Empêcheurs de Penser en Ronde.
- Richardson, L. (1990). *Writing strategies: Reaching diverse audiences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rowan, J., & Cooper, M. (Eds.) (1999). *The plural self: Multiplicity in everyday life*. London: Sage.

- Santos, C., & Sequeira, J. (2010). Mudança narrativa na intervenção sistémica com famílias negligentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia XXII, 1(1)*, 651-660.
- Sequeira, J. (2004). *Caleidoscópio terapêutico. Mudança e co-construção em terapia familiar*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2009). A mudança nas terapias sistémicas. Transformação narrativa nas terapias familiares e de casal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia, XXI, 1(4)*, 13-24.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (no prelo). Assessment System of Narrative Change. *Journal of Systemic Therapies*.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2012). What changes in post-modern systemic therapies? Assessing clients narratives from good and poor outcome therapies. Manuscrito submetido para publicação.
- Shortter, J. (2000). From within our lives together: Wittgenstein, Bakhtin and Voloshinov and the shift to a participatory stance in understanding understanding. In L. Holzman & J. Morss (Eds.), *Postmodern psychologies, societal practice and political life* (pp. 100-129). New York/London: Routledge.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process, 31*, 217-230. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1992.00217.x>
- Soal, J., & Kottler, A. (1996). Damaged, deficient or determined? Deconstructing narratives in family therapy. *South African Journal of Psychology, 26(3)*, 123–34.
- Somers, M., & Gibson, G. (1994). Reclaiming the epistemological “Other”: Narrative and the social constitution of identity. In C. Calhoun (Ed.), *Social theory and politics of identity* (pp. 37-39). Cambridge, MA: Blackweels.
- Stiles, W. B. (1997). Multiple voices in psychotherapy clients. *Journal of Psychotherapy Integration, 7(3)*, 177–180.
- Von Glasserfeld, E. (1996). *Construtivismo radical*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside CA: Intersystems.

- Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética, obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W. W. Norton.
- Watzlawick, P., & Weakland, J. (1977) *The interactional view: Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-1974*. New York: Norton.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

CAPÍTULO V

Porque é que as Famílias não Mudam?

Análise Qualitativa das Narrativas de Terapias Familiares de Insucesso⁶

Joana Sequeira* & Madalena Alarcão*

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000 Coimbra.

joanasequeira@esdrm.ipsantarem.pt; malarcao@fpce.uc.pt

Resumo

Analisa-se, em profundidade, as sessões (N=18) de três processos de terapia familiar sistémica (famílias A, B e C) consideradas de insucesso, especificamente no sentido de (1) identificar em que níveis e dimensões se encontram os principais bloqueios narrativos; (2) analisar a forma como o tempo e a causalidade surgem e evoluem na terapia; (3) analisar o efeito das singularidades e da reflexividade narrativa enquanto processos narrativos.

Os resultados evidenciam que as dimensões dos níveis inferiores da narrativa (*nível um – interações*) oscilam ao longo das sessões, em consonância com o tema da sessão, embora esta oscilação não provoque alterações nos níveis superiores. Quando as sessões abordam temas menos centrados no sintoma e problemas, são veiculadas histórias mais diversificadas onde os elementos são competentes e ativos, verificando-se o contrário nas sessões focalizadas no sintoma. Na dimensão tempo, as narrativas permanecem tendencialmente estáticas e são

⁶ Manuscrito submetido à revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.

marcadas por ausência de oscilação temporal e perspectiva de futuro. A causalidade das narrativas é sempre linear e está associada à manutenção das relações causa-efeito pontuadas pelas famílias para explicar os problemas. O sistema terapêutico tem muita dificuldade na construção de um modelo circular de compreensão das dificuldades. A manutenção da causalidade linear retrata o fracasso da acoplagem terapêutica e da construção de uma nova narrativa terapêutica (ou de 2ª ordem). Os processos narrativos (singularidades e reflexividade narrativa), quando não são acompanhados por mudanças nos níveis superiores da narrativa (*níveis dois e três*), não perturbam o funcionamento da narrativa dominante e não são amplificados pelo contexto terapêutico.

Abstract

Three cases of systemic family therapy (families A, B and C), considered failures, were examined in depth (N = 18 sessions) in order to: (1) identify at what levels and dimensions are the main narrative blockages; (2) examine how time and causality emerge and evolve—in therapy, (3) analyze the effect of the narrative processes, singularities and narrative reflexivity.

The results show that the dimensions of the lower levels of the narrative (especially *level one- interactions*) oscillates over the sessions and they are consistent with the theme of the session, although this oscillation does not cause changes in the upper levels. When sessions are focused on topics far from the symptoms, more diverse stories are broadcasted and subjects are described as active and competent and the contrary is verified in sessions focused on the symptom. In the dimension time, narratives tended to remain static, no oscillations occurred, and the future did not emerge during the sessions. The causality of the narratives was linear, focused on the cause-effect relationships punctuated by the families to explain the problems. The therapeutic system has strong difficulties in developing a circular model for understanding the family difficulties. The maintenance of the causal linear explanations evidences the therapeutic failure in the construction of a therapeutic narrative (2nd order narrative). The narrative processes (singularities and narrative reflexivity) when not accompanied by changes in the upper levels of the narrative (*levels two and three*) do not unlock the dominant narrative and aren't amplified by the therapeutic context.

I. Introdução

Porque é que as terapias falham na promoção da mudança? Porque é que as famílias não mudam numa terapia bem orientada? O que corre mal na terapia? Questões como estas colocam-se a terapeutas, famílias e investigadores sempre que a terapia falha na concretização do seu objetivo fundamental: ajudar os clientes a mudar. No entanto, poucos têm sido os estudos sobre insucessos, em particular nas terapias familiares sistémicas de orientação pós-moderna.

Procurar compreender as terapias familiares sistémicas consideradas de insucesso à luz de uma leitura cibernética do funcionamento narrativo (Sequeira & Alarcão, 2012d) constitui o objetivo deste estudo.

Esta abordagem implica a aplicação dos princípios cibernéticos e da teoria dos níveis lógicos da aprendizagem e mudança desenvolvida por Bateson (1972) ao funcionamento das narrativas, explicando a organização das componentes e processos de mudança na terapia. A terapia pressupõe uma alteração nas narrativas desajustadas de 1ª ordem, ou seja nas narrativas reguladoras das visões, interações, discursos e comportamentos dos elementos e da família como um todo, a partir da construção, no sistema terapêutico, de narrativas de 2º ordem ou narrativas terapêuticas (Car, 1997; Sequeira & Alarcão, 2012d). Estas narrativas devem desafiar os significados/explicações atribuídos aos problemas/dificuldades da família e possibilitar a construção de outros significados, interações e comportamentos. A narrativa terapêutica deve, contudo, salvaguardar a identidade do sistema, garantindo a sua continuidade. De outra forma pode comprometer-se a possibilidade de mudança.

Na leitura cibernética proposta do funcionamento narrativo (Sequeira & Alarcão, 2012d), considerou-se que as dimensões que compõem a narrativa estão organizadas em três níveis hierárquicos, reciprocamente relacionados.

No *nível três*, nível superior da narrativa, encontram-se as dimensões tempo, espaço e causalidade que determinam as premissas segundo as quais os eventos são pontuados, ou seja, as opções epistemológicas disponíveis no sistema. Correspondem às clausulas da estrutura narrativa e pontuam a forma como os eventos e conteúdos aparecem estruturados em histórias (Elliot, 2005).

No *nível dois* inclui-se a história ou conjuntos de histórias disponíveis, a forma como são pontuados, avaliados e quais as perspetivas que encerram sobre a moral dos eventos, papel e intervenção dos seus protagonistas. Os temas, a

conotação e a forma de relato das histórias traduzem as perspectivas selecionadas pelas premissas epistemologias situadas no nível anterior e encaminham os discursos num sentido específico.

No *nível um* encontram-se as dimensões pragmáticas e comportamentais que a narrativa descreve e contém, i.é, os discursos específicos sobre os eventos e participação dos intervenientes (e.g., quem participa, o que faz, o que diz, quais os comportamentos, interações, relações, como se organizam num sequência dotada de significado denominada evento ou acontecimento).

Os processos narrativos – reflexividade narrativa e as singularidades – têm como função desbloquear as dimensões perturbadas das histórias que constituem a narrativa.

A reflexividade narrativa permite desenvolver um olhar “meta”, em particular sobre as histórias problema, seu processo de construção, fatores relacionais, discursivos e comportamentais. Os momentos de reflexão e discussão, que ocorrem na terapia, podem introduzir diferenças em diversas componentes e níveis de organização da narrativa. A reflexividade promove-se através das intervenções do terapeuta, da coconstrução relacional entre terapeutas e clientes mas pode também ser um recurso já existente na família. Deve ser alargada às interações da família com outras audiências relevantes e incidir sobre processos de construção e modificação da narrativa.

As singularidades correspondem a discursos, comportamentos e cognições/visões novas e eficazes desenvolvidas pelos elementos do sistema face a um problema (Elkaïm, 1990; Sequeira, 2004). Podem ser veiculadas pelos clientes, nos seus relatos espontâneos, ou pelos terapeutas, sempre que surge uma novidade correspondendo a um novo discurso, comportamento ou uma visão alternativa e eficaz. As singularidades assumem-se como processos que, quando devidamente amplificados, validados e integrados pelo sistema terapêutico, família e audiências relevantes podem colaborar na mudança e na adoção de novos padrões de funcionamento.

As histórias e, conseqüentemente, as narrativas são elaboradas para um tempo, audiências e contexto específico e têm uma função explicativa e reguladora. Sempre que se processam alterações no sistema, seu contexto relacional e social, elas devem integrar esses eventos transformando-se. Os problemas podem assumir um excesso de protagonismo, “anulando ou

ocultando” outros aspetos identitários, funcionais e contextuais das histórias, passando a definir o seu funcionamento e, por vezes, a sua identidade. Nestas circunstâncias, a “narrativa problema” (White, 2007), inicialmente desenvolvida para dar sentido e encontrar uma solução para o problema, passa a regular o sistema - definindo papéis, formatos de interação, forma e conteúdo dos discursos, histórias, temas, etc.,. Se amplificada por audiências relevantes, pode tornar-se uma “macro-narrativa” reguladora e orientadora do sistema, que a mantém, como forma de garantir a sua estabilidade, mas que, simultaneamente, pretende alterá-la face ao sofrimento e mal estar que comporta. Esta ambivalência traduz-se no formato e organização das narrativas dos clientes; compete ao terapeuta compreender esta dupla necessidade, ajudando o sistema a mudar e a manter-se.

Estudos que analisam a ocorrência de momentos de inovação (MIs) em casos de insucesso de terapias individuais de enfoque narrativo, com mulheres vítimas de violência, propõem como explicação para a não mudança a ocorrência de um processo de retroalimentação mútua entre os MIs e narrativa dominante. Este processo de retroalimentação mútua impede que os MIs adquiram progressiva saliência na terapia e que gerem mudanças na narrativa (Gonçalves, et al., 2011). A análise das sessões dos casos de insucesso e das sessões iniciais e intermédias dos sucessos mostra que os clientes resolvem as suas discrepâncias internas e contradições associadas à emergência dos MIs e à transformação que é por eles introduzida, através do retorno imediato à narrativa dominante (Engle & Arkowitz, 2008 cit. por Gonçalves et al., 2011).

Também a análise da evolução das narrativas em terapias sistémicas de orientação pós-moderna (familiares e de casal), em casos de sucesso e insucesso, evidencia diferenças significativas entre os dois grupos, mas apenas na última sessão (Sequeira & Alarcão, 2012c). As oscilações que se observam na narrativa dos casos de insucesso não resultam em transformações efetivas e a narrativa tende a reassumir a sua forma inicial no final da terapia.

Procurar perceber o que dificulta a mudança e que níveis da mudança narrativa permanecem mais ou menos bloqueados, para daí poder retirar implicações para novos estudos e para a prática, constitui o principal propósito deste trabalho.

2. Objetivos

A análise, em profundidade, de três processos de terapia familiar sistêmica, consideradas de insucesso, visa, especificamente: (1) identificar em que níveis e dimensões narrativas se encontram os principais bloqueios narrativos; (2) analisar a forma como as dimensões tempo e causalidade surgem e evoluem na terapia e a importância que têm na acoplagem e na construção da narrativa terapêutica; (3) analisar os processos narrativos, singularidades e reflexividade narrativa identificando o seu papel na terapia.

3. Metodologia

Os casos analisados no presente estudo integram uma investigação mais vasta sobre mudança narrativa em terapias sistêmicas de orientação pós-moderna (Sequeira & Alarcão, 2012c). Metodologicamente apresenta-se um estudo de caso, contituído por três processos terapêuticos. O estudo caso implica um conhecimento profundo da realidade investigada e para isso recorre a diferentes métodos e técnicas que se enquadram num paradigma de investigação qualitativa (Yin, 2005).

3.1. Participantes

Famílias. Os três casos de terapia familiar (famílias A, B e C), pertencentes ao grupo dos insucessos ($n = 12$), foram selecionados em função da extensão e detalhe da informação produzida, uma vez que, com este estudo, se pretende uma compreensão, em profundidade, da forma como (não) se articulou a mudança nas diferentes dimensões narrativas e das razões pelas quais os processos narrativos não contribuíram para a mudança narrativa.

As famílias foram seguidas em terapia familiar, entre janeiro de 2005 e janeiro de 2010, num centro universitário de terapia familiar e de casal em Coimbra. Os processos variaram em número de sessões, de 2 a 9 sessões (Tabela 1). Duas das terapias foram consideradas processos concluídos e uma *drop out* na sessão 2. Os participantes têm uma proveniência socioeconómica variada e todos procuraram ajuda por sua iniciativa. As famílias A e C são nucleares intactas e a família B é monoparental. As famílias A e C apresentam como motivo de terapia o consumo de substâncias de um dos elementos e a família C problemas psiquiátricos do filho. As consultas do serviço onde os casos

foram seguidos são abertas à comunidade e têm um custo de 25 euros por sessão.

Tabela I

Descrição dos Participantes (Famílias A, B e C)

Caso	Nº de sessões	Etapa do Ciclo Vital	Problema	Tipologia estrutural	Avaliação da terapia (0-5)	
					Terapeutas	Clientes
A	9	Família com filhos adultos	Consumo de substâncias	nuclear intacta	2	2,25
B	2	Família com filhos adultos	Distúrbio psiquiátrico	monoparental	1,35	1,75
C	7	Família com filhos adultos	Consumo de substâncias	nuclear intacta	2	2,5

Terapeutas. As terapias foram desenvolvidas em regime de coterapia e nelas participaram 6 terapeutas. Quatro terapeutas familiares e de casal (com formação em psicologia clínica, docentes universitários, com experiência clínica igual ou superior a 8 anos à data das terapias) e 2 estudantes estagiários do mestrado em psicologia. As terapias foram desenvolvidas em *setting clássico*, seguiram uma orientação teórica e clínica sistémica, fortemente inspirada pelos pressupostos das terapias pós-modernas de enfoque narrativo. A 1ª autora integra o primeiro grupo de terapeutas e participou como terapeuta em I dos casos estudados (família C).

Juízes. Três juízes codificaram todas as sessões analisadas. Dois são assistentes sociais com mestrado em psicologia clínica, especialização em família e sistémica. Foram treinados na cotação de sessões com o SAMN e tinham já participado em 2 estudos anteriores (Jerónimo, Sequeira & Ribeiro, 2010; Santos & Sequeira, 2010). Estes juízes haviam já cotado 54 sessões completas de terapia, antes de participar na cotação das sessões deste trabalho. O terceiro juiz é a primeira autora deste trabalho.

3.2. Instrumentos

Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa. O SAMN é um sistema observacional constituído maioritariamente por categorias nominais (Hill, 1992). Permite a análise da mudança narrativa em terapias sistémicas pós-modernas, através da observação e transcrição das sessões de terapia. O SAMN é constituído por 7 dimensões interligadas, algumas das quais compostas por subdimensões (Sequeira & Alarcão, no prelo): A- singularidades (A1- discursivas,

A2- comportamentais e A3- cognitivas); B- natureza da história que se divide em 4 eixos (B1- tempo, B2- espaço, B3- causalidade, B4- interações); C- conotação da narrativa; D- forma de relato da história; E- reflexividade narrativa que subdividida em 4 tipos (E1- reflexão sobre a construção narrativa, E2- fatores discursivos que mantêm a narrativa problema, E3- fatores interacionais que mantêm a narrativa problema e E4- fatores comportamentais que mantêm a narrativa problema); F- temas da sessão; G- comportamentos alternativos. A definição de cada dimensão e respetivos eixos poderá ser consultada em trabalhos anteriores de apresentação e descrição do SAMN (Sequeira & Alarcão, no prelo).

O SAMN possui elevada fidelidade (medida de acordo interjuizes) com Kappas que variam entre excelente e suficiente [A (singularidades) ($k_{A1 \text{ sing.disc}} = 0.68$, $k_{A2 \text{ sing.comp}} = 0.78$, $k_{A3 \text{ sing.cogn}} = 0.79$); B(natureza da história) $k_{B1 \text{ tempo}} = 0.83$, $k_{B2 \text{ espaço}} = 1.00$, $k_{B3 \text{ causalidade}} = 0.76$; C (conotação da narrativa) $k_C = 0.64$; D (forma de relato da história) $k_D = 0.75$; E (reflexividade narrativa), $k_{E1} = 0.79$, $k_{E2} = 0.60$, $k_{E3} = 0.52$, $k_{E4} = 0.63$, F (temas da sessão) $k_F = 0.95$, G (comportamentos alternativos) $k_G = 0.66$] (Sequeira & Alarcão, 2012b)

Questionário de avaliação do processo terapêutico. Terapeutas e famílias avaliaram, numa escala *Likert* de 1 a 5 (1= muito pouco e 5 = muito) e por questionário, as terapias considerando o resultado geral da mesma, a concretização dos objetivos da terapia, a melhoria nos problemas que a justificaram e a melhoria geral nas relações na família no final da terapia. As famílias foram contactadas por telefone para responderem ao referido questionário. O insucesso corresponde a uma média das classificações inferior a 2,5 pontos e os sucessos a um valor médio igual ou superior a 2,5 (Tabela 1).

3.3. Procedimentos

Foi consentida a utilização dos dados das sessões, mediante garantia de confidencialidade. Assim, apenas os conteúdos e discursos relevantes para a análise, apresentados de forma a não serem identificados, são apresentados neste trabalho. As sessões de terapia foram analisadas, sequencialmente, através do SAMN. O processo de codificação requer a observação e transcrição das sessões de terapia. Depois de identificados os episódios narrativos, são efetuadas avaliações sobre as dimensões presentes nos discursos. Cada juiz cotou as

sessões individualmente e, posteriormente, foram discutidas as dúvidas e desacordos até obtenção da cotação final.

Adicionalmente procedeu-se a uma análise das sessões no sentido de identificar: os objetivos da sessão, as técnicas utilizadas e as dimensões da narrativa mais exploradas pelos terapeutas (consultar Tabelas 2, 3 e 4 em anexo para resumo das dimensões do SAMN e descrição das questões técnicas da terapia para cada família e por sessão).

4. Resultados

Cada família será brevemente descrita. São enunciados os aspetos narrativos mais relevantes, a partir da codificação feita com o SAMN, e apresentados alguns trechos do discurso dos participantes.

4.1. Família A

A família é constituída por 4 elementos: os pais, ambos reformados e com idades perto dos 60 anos, e dois filhos jovens adultos, licenciados, a residir em casa dos pais. O PI (paciente identificado), 34 anos, tem um trabalho precário na sua área de formação. A irmã, 29 anos, encontra-se a fazer uma formação pós-graduada. O PI tem um filho pequeno, fruto de uma relação ocasional, que está quinzenalmente com o pai aos fins de semana.

Foi a irmã quem solicitou a terapia e o motivo foram os consumos do PI e a incapacidade da família para o ajudar a ultrapassar este problema. Na 2ª sessão foi proposto um contrato de 6 sessões, seguidas de 3 *follow-ups* para ajudar a família a criar espaço para: i) cada um falar de coisas importantes sobre as quais não conseguem conversar e ii) para lidarem melhor com o consumo de drogas. Foram realizadas 9 sessões (2 de avaliação, 5 de contrato e 2 *follow-ups*). O PI apenas esteve presente até à 4ª sessão. As sessões centraram-se nos problemas do PI.

Avaliação das dimensões da narrativa a partir do SAMN.

Singularidades. Como pode observar-se na Tabela 2 (no final do artigo) com exceção das sessões 3 e 4, ocorreram singularidades discursivas, comportamentais e cognitivas ao longo das sessões (com particular incidência na 5ª sessão), embora não tenham sido amplificadas, nem pela família, que raramente lhes conferiu importância, nem pelo contexto terapêutico que não as pontuou nem criou espaço, na conversa terapêutica, para que lhes fossem valorizadas. As

singularidades pontuadas estão relacionadas com atitudes e discursos das pessoas da família face ao PI, que relativizam os seus consumos e comportamentos. Nenhuma das singularidades identificadas foi protagonizada pelo PI.

Sessão 1

Mãe: “Organizei reuniões em família para falarmos de outros assuntos que não droga e correu muito bem!” (A2)

Terapeuta: “Seria importante continuarem? O que podem fazer todos nesse sentido?” (tentativa de amplificação).

Mãe: “Sim, seria, mas nunca mais fizemos. Anda cada um para seu lado... é assim...”

Sessão 2

Pai: “Tenho que dizer que na semana passada o meu filho não mentiu. Foi capaz de dizer que tinha sido ele que tinha mexido no dinheiro. Já sabíamos mas foi importante ele assumir.” (A1)

Mãe: “Falamos finalmente com a nossa família mais afastada sobre o problema do meu filho. Nunca o tínhamos feito antes.” (A1 e A2)

Irmã: “Cada um de nós tem de perceber como podemos melhorar como pessoas e como família... Centramo-nos muito nele, mas sabe-se lá se não há mais coisas que nos bloqueiam. Deve haver!” (A3)

Sessão 7

Terapeuta: “Constatam que tomam decisões de forma mais rápida e articulada, atualmente?”

Pai: “Não. Não nos apercebemos disso mas quem vê de fora pode identificar coisas que nós não vemos!”

Sessão 9

Terapeuta: “Quais as coisas boas que identifica no seu filho?”

Pai: “A única coisa boa nele é a relação que tem com o filho. E é só por isso que não o pomos fora de casa.” (A1)

Tempo. As narrativas apresentaram um tempo estático, com predominância do presente. Apenas na sessão 5, aquando da discussão da tarefa prescrita para casa (“o que têm de fazer para ganhar algumas batalhas sobre o problema”), surgiram algumas referências ao futuro (protagonizadas pela mãe). Foram identificadas várias tentativas de perturbação da dimensão tempo (e.g., identificação de exceções; possíveis soluções), às quais a família respondeu centrando-se no presente, o que revela a dificuldade de equacionar o futuro.

Sessão 2

Terapeuta: “Quais são os passos a seguir?”

PI: “Não sei. Não consigo pensar no futuro... Não sei se terei de viver sozinho. Também vou ficar sem trabalho, logo o futuro não é bom.”

Pai: “Não vejo nada para o futuro. Nada parece ser diferente do que foi e do que é. Sou pessimista porque não tenho esperança no futuro. Um dia quando eu faltar não sei como será!”

Sessão 4

Terapeuta: “Como era há 5 anos atrás?”

Mãe: *“Igual, ele nunca deu um passo, fomos sempre nós a empurrá-lo.”*

Sessão 5

Mãe: *“Quanto ao que posso fazer para vencer à “agitação”, posso passar a dar mais espaço, ser mais exigente, mais firme, mais clara, impor regras, ser mais compreensiva, (...) relativizar mais os problemas.”*

Pai: *“Quanto ao que posso fazer para vencer à “agitação”, pensar mais e ser mais exigente, nada mais me ocorre, porque já tudo foi feito e nada resultou. A única solução seria um novo internamento.”*

Sessão 7

Terapeuta: *“Quais são os vossos planos de casal para o futuro, não enquanto pais, mas como casal?”*

Pai: *“Não temos objetivos, vivemos um clima de desconforto, angústia e ansiedade. Para já pensamos no que estamos a viver.”*

Mãe: *“No dia em que ele sair não sei como será, mas imagino que a angústia e ansiedade vão aumentar... Vejo um clima muito negro!”*

Espaço. As histórias familiares não são contextualizadas, sobretudo quando é feita referência aos comportamentos sintomáticos do PI; pontualmente, é feita referência a contextos específicos (e.g., Natal; festa familiar) .

Sessão 2

Terapeuta: *“Quando é que o problema se manifesta mais?”*

Mãe: *“Não sei dizer. A mim parece-me que é sempre.”*

P.I.: *“É difícil responder... Não há relação com nada... Não é em casa, não é no trabalho...”*

Sessão 4

Pai: *“Seja qual for a situação este problema está sempre lá!”*

Sessão 6

Mãe: *“Foi a primeira vez que ele não esteve com a família neste dia. Aconteceu este ano pela 1ª vez e foi tudo muito diferente por isso. Falámos mais e estávamos preocupados mas, também, mais à vontade, porque não tínhamos de estar de olho nele e na bebida.” (referindo-se a uma festa familiar.)*

Causalidade. O discursos da família evidenciaram uma construção linear, centrada exclusivamente nas causas ou, muito esporadicamente, nos efeitos do consumo e nos problemas que dele resultaram. As dificuldades relacionais do PI e os seus comportamentos desajustados são explicados pelo consumo de substâncias. Também as dificuldades da família (e.g., angústia, tristeza, preocupação dos pais, impossibilidade de fazerem outras coisas) foram explicadas como resultado de terem um filho toxicodependente do qual é preciso “tratar”. Em determinada altura, a família assume que se o filho não consumisse não haveria problemas. Também o PI protagoniza uma perspetiva linear, complementar à da família: consumia porque se sentia melhor, mais motivado, com projetos e mais capaz de estar com os outros. Não identificou outros problemas na família que não o seu consumo e os que dele derivam,

reproduzindo totalmente a narrativa oficial. As tentativas dos terapeutas de inclusão da circularidade não foram frequentes e, quando aconteceram, a família respondeu com uma leitura linear e causal dos factos. Na 5ª sessão, quando a tarefa externa exigiu focalização no que podem fazer para “ganhar a batalha contra o problema”, mãe e filha explicitaram uma compreensão circular, embora muito limitada, do funcionamento e manutenção do problema, assumindo que há coisas que podem fazer para que este diminua. Ainda assim, esta compreensão alternativa, embora parcelar, do papel de cada um na “luta contra o problema” foi veiculada como uma desistência, consequência da ineficácia da estratégia implementada até então, essa sim, a estratégia certa.

Sessão 2

PI: *“Quando consumo a minha autoestima aumenta o que leva a que pense em objetivos, por exemplo, melhorar neste ou aquele aspeto, poupar dinheiro para comprar um carro, etc.,. É isso que me leva a consumir.”*

Mãe: *“Nós somos uma família prisioneira do problema do meu filho, não conseguimos viver para além dele. Quero a liberdade dele e a nossa, se ele se tratar nós ficamos bem!”*

Sessão 5:

Terapeuta: *“O que podem vocês fazer para ganhar a batalha?”*

Irmã: *“Podemos também não estar sempre focados nele, dar-lhe mais confiança isso ajuda, pois também permite não ver só o que ele faz mal...”*

Pai: *“Ele não faz o que devia ser feito, logo eu também não sei como fazer de outra maneira.”*

Sessão 9:

Terapeuta: *“Quando foi a última vez que elogiou o seu filho? Qual seria a reação dele?”*

Pai: *“As maiores asneiras dele foram sempre depois de um elogio...”*

Interações. As interações centram-se no sintoma. Os papéis estão claramente definidos em função do sintoma; raramente se observaram oscilações. Verificam-se dois papéis alternativos: “doente” (PI) e “cuidadores” (restante família). Apenas na referência a alguns eventos específicos (e.g., festa de família, ida ao tribunal) a focalização é interpessoal. Apenas nas sessões 4 e 5 as interações incluem discussão de conflitos e não de sintomas.

Sessão 1

Mãe: *“Tenho um filho toxicodependente que só pensa na droga e nós temos de ajudá-lo a sair deste pesadelo!”*

Pai: *“Ele nunca tentou nada, sentiu-se pressionado e sujeitou-se a ir. Temos de o controlar em tudo, eu, a mãe e a irmã.”*

PI: *“É verdade! Sei que se fizer tudo mal, se gastar o meu dinheiro todo eles acabam por me dar mais.”*

Sessão 4

Pai: *“Eu e ele tivemos uma discussão, temos pontos de vista diferentes. Só assim soube claramente o que ele pensa sem que a droga estivesse lá.”*

Conotação da narrativa. Não ocorrem oscilações quanto à conotação das histórias; o PI é descrito como doente e mal intencionado, os seus comportamentos anormais e ilegítimos; a restante família como bem intencionada. Como as histórias se organizaram à volta do PI, a pontuação negativa pontuou as narrativas.

Sessão 1

Mãe: *“Ele está doente! Muito doente, o que ele faz não é normal!”*

Sessão 2

Pai: *“Ele nem sequer se preocupa com a família, se nos faz mal não interessa o que importa é ele. É inaceitável!”*

Sessão 5

Mãe: *“Somos mais exigentes é melhor para todos! É normal cada um querer ter a sua vida!”*

Sessão 7

Irmã: *“Ele sempre foi tímido e sempre teve problemas de inserção e acho que isso o afetou e justifica as dificuldades de agora.”*

Forma de relato da história. A percepção de incompetência pontua os relatos da família; dependendo do evento, focam-se no PI, e na sua incapacidade de resolver o problema e agir de forma competente, ou nos restantes elementos, sublinhando o seu fracasso na ajuda ao PI. A visão de incapacidade da família sofreu ligeiras alterações em sessões em que o PI alterou o comportamento no sentido desejado pelos pais (sessão 1 e 2). Apesar destas oscilações, não se observou nenhuma amplificação ou valorização das mesmas para outros contextos ou momentos posteriores. A visão do PI, sobre si e sobre a família, mostrou-se complementar à dos restantes elementos. Apenas pontualmente, e em referência à sua vida pessoal, a mãe e a irmã manifestaram uma perspetiva ativa e competente.

Sessão 1

Pai: *Ele não tem vontade própria, não é capaz por si de fazer nada e nós também não temos conseguido ajudá-lo.”*

Sessão 2

PI: *“Estou a fazer um trabalho que foi difícil de conseguir mas que está a correr muito bem. Eu estou feliz por ter conseguido e sei que os meus pais também estão!”*

Sessão 6

Mãe: *“Não consigo falar com ele. Sinto uma frustração enorme de não saber como lá chegar. Não consigo!”*

Sessão 7

Pai: *“Não conseguimos pô-lo na rua. Talvez fosse importante ele passar por isso, mas não somos capazes. Ele está cada vez pior, não faz nada, não procura fazer por si e nós limitamo-nos a assistir à decadência.”*

Sessão 9

Pai: *“Os progressos da parte do nosso filho são zero! Não podemos fazer nada, ele não quer!”*

Irmã: *“Ele não tem força para lidar com a tristeza e ela vai acabar com ele...”*

Reflexividade narrativa. A reflexão, identificação e reconhecimento dos aspetos que promovem ou mantêm o problema iniciou-se na 2^o sessão, ocorrendo em quase todas as outras, com exceção da 3^a e 8^a. No entanto, a generalidade das reflexões desenvolvidas na sessão não foram amplificadas para outros contextos e não perduram nos momentos subsequentes da terapia.

Sessão 2

PI: *“Há coisas que ainda acontecem e que têm de mudar. A forma como me relaciono com a família: estou sempre sujeito a críticas, eles estão sempre preocupados comigo e eu com eles.. com o que pensam, como vão reagir ao que faço, bem, mal... Estamos muito dependentes uns dos outros e isso não só não ajuda como aumenta as dificuldades.”*

Pai: *“Difícilmente em casa podemos ter conversas pois há sempre interrupções, críticas, coisas que não podem ser faladas, verdades que nunca se resolvem...”*

Sessão 5

Mãe: *“A nossa condescendência com os comportamentos dele não tem ajudado. Estamos sempre a ceder e a fazer o que ele quer, mesmo que não seja o melhor, e isso não o ajuda nem a ele nem a nós!”*

Sessão 6

Irmã: *“O meu irmão não se quer preocupar com o futuro, não quer aceitar o que a vida é e nós não o obrigamos a ver, colaboramos na cegueira dele. Ele não precisa de mudar, tem tudo!”*

Sessão 9

Mãe: *“Continuo a pensar muito neste problema, estou sempre a ruminar e isso eu já sei que é muito mau, não consigo evitar. A minha filha lida melhor com a situação porque está ocupada, não tem tanto tempo para pensar nisto... A mim as coisas não me saem da cabeça!”*

Temas da sessão. Os discursos focam-se no sintoma do PI, no comportamento do PI e nos seus efeitos na vida familiar. Nas sessões 2, 5 e 7 adicionalmente falou-se de coisas boas da família, de acontecimentos positivos e das competências que têm para “vencer a batalha do problema”. A emergência de

temas “não problema” deveu-se à prescrição de tarefas que exigiam a focalização em dimensões alternativas ao sintoma e às quais a família aderiu.

Comportamentos alternativos. Na sessão 6 e 7 a família relatou ter procedido de forma diferente face ao PI, embora sem sucesso. Numa situação em que o PI faltou a um compromisso importante, os pais, ao invés de o repreenderem, atuaram como se nada fosse, mas a reação do filho não se alterou, agiu com indiferença. Numa outra situação o pai tirou-lhe as chaves de casa e deixou-o na rua, por ter chegado depois da hora combinada. No entanto, o filho voltou a chegar atrasado noutras ocasiões.

4.2. Família B

Da família fazem parte mãe e filho. A mãe, 50 anos, é professora; o filho, 22 anos, estava há 2 anos a fazer uma disciplina para poder ingressar num curso superior. Vivem os dois sozinhos desde que, há 6 anos, o pai do PI faleceu. É a mãe que faz o pedido de terapia apontando como motivo as dificuldades do filho: “é muito dependente, não tem identidade própria, não consegue tomar decisões, não sabe enquadrar-se na sociedade, expressar-se face aos outros. É um jovem com capacidades acima da média, o que dificulta a identificação e a relação com jovens da sua idade.” Foi diagnosticada uma perturbação psiquiátrica cujos sintomas são isolamento, tristeza e dificuldades no contacto social. Realizaram-se duas sessões de avaliação para que a família definisse um pedido de ajuda conjunto. O filho tinha como pedido “ajudarem-me a fazer com que eu faça aquilo que me apetece e, ao mesmo tempo, não me apetece fazer!” A mãe pede ajuda para promover a autonomia do filho: “Estamos num beco sem saída, estamos muito presos um ao outro e é preciso ajuda para cortar os cordões.” A terapia terminou com *drop out* na 2ª sessão. Posteriormente, a mãe informou que o filho havia sido novamente internado e a família não voltou às sessões.

Avaliação das dimensões da narrativa a partir do SAMN.

Singularidades. Nas 2 sessões não surgiram singularidades de nenhum tipo. Não ocorreu perturbação dos discursos, comportamentos e visões sobre o problema, apesar dos esforços explícitos dos terapeutas para identificar singularidades.

Sessão 1

Terapeuta: *“Quando é que foste capaz de utilizar corretamente as tuas capacidades?”*

Filho: *“Até aos 12/13 anos. Não me lembro muito bem. Agora não vale a pena. Tenho preguiça.”*

Terapeuta: *“O que é que bloqueia essa possibilidade de acreditar na mudança?”*

Mãe: *“Acho que sou eu que inibo a autonomia dele, mesmo sem o querer... sempre pensei assim.”*

Sessão 2

Terapeuta: *“Em que situações não precisas de pensar muito para tomar decisões?”*

Filho: *“Para comprar um pacote de batatas fritas mas, às vezes, também penso.”*

Terapeuta: *“Era possível pensares menos no assunto da ida para a faculdade?”*

Filho: *“Não, isso causa-me medo, não tenho vontade. Até quero mas, por outro, lado não quero.”*

Terapeuta: *“Pensar muito e pensar pouco antes de decidir são duas boas formas de decidir. Quando podes utilizar uma e outra?”*

Filho: *“Tenho de pensar sempre muito. Se vir bem, até para comprar batatas devo pensar bastante.”*

Terapeuta: *“Como assim?”*

Filho: *“No tamanho do pacote, no tipo, onduladas, lisas, no sabor, se são light, com sal, sem sal, fritas e azeite ou óleo, etc.,. Pode dar muito que pensar.”*

Tempo. Embora de forma pouco específica, não identificando uma temporalidade definida, o tempo das narrativas foi flutuante. Surgem referências ao passado, enquanto fase boa da vida da família, ao presente, tempo de dificuldades, e ao futuro, onde são projetados os receios que justificam a vinda à terapia e os desejos de autonomização do PI. Não ocorreram mudanças nesta dimensão, embora tenha sido introduzido o desafio de pensar no futuro, através de várias questões e tarefas externas e internas às qual a família aderiu mas com visível dificuldade e sofrimento (em particular o PI).

Sessão 1

Terapeuta: *“Imagina que esta linha é a tua vida. A que idade pensas que vais chegar?”*

Filho: *“100 anos!”*

Terapeuta: *“Marca nessa linha os desafios e momentos importantes que vais viver.”*

O filho marca o seu nascimento, a data da morte do pai e a idade atual.

Terapeuta: *“E no futuro?”*

Filho: *“Não sei.”*

Terapeuta: *“Pensa, temos tempo...”*

Demora muito a responder e escreve em três anos à frente da data atual *“tirar o curso”*.

Sessão 2

Mãe: *“A minha imagem mostra duas coisas: uma é que a partida dele será uma tristeza e outra que ele já tem idade para deixar a infância e, se deixar a pomba*

voar, pode largar a infância, poderá libertar-se e ir embora.”

Terapeuta: *“Acha que ele vai partir?”*

Mãe: *“Provavelmente não. Mas o futuro o dirá!”*

Terapeuta: *“E tu? O que dizes à imagem da tua mãe?”*

Filho: *“Não gosto nem quero pensar nisso. É muito complexo!”*

Espaço. As narrativas familiares são acontextuais na sessão I. O discurso é de generalização e as dificuldades familiares são sempre relatadas de forma abstrata, mesmo que os terapeutas tentassem promover essa definição. Na sessão 2 as narrativas tornam-se contextuais em referência à tarefa prescrita para casa, que consistia em cada um trazer algo que expressasse o que sentia face à progressão escolar e a um episódio sintomático do PI.

Sessão 1

Terapeuta: *“Quando é que tens mais preguiça e quando é que tens menos?”*

Filho: *“Tenho sempre, não há diferenças.”*

Terapeuta: *“Tem de haver, nada pode ser sempre igual!”*

Filho: *“Em teoria sim, mas o que eu sinto é sempre igual.”*

Sessão 2

Mãe: *“Os sintomas dele aumentaram na última semana. Esta semana já está outra vez melhor mas ainda não está bem.”*

Causalidade. Os discursos caracterizaram-se por uma construção linear, centrada exclusivamente nas causas das dificuldades. Foram apresentadas várias explicações para os problemas, o que podia evidenciar alguma circularidade e complexidade na leitura do problema, mas a análise mais detalhada mostrou que o problema era equacionado tendo apenas como causa a existência de perdas familiares. Ocorreram tentativas de introdução de uma perspetiva circular sobre os problemas mas versão da família não sofreu alterações.

Sessão 1

Mãe: *“Conheço muito bem o meu filho, sei o que ele pensa e sei porque ele está assim. Estamos muito presos um ao outro e essa é a causa dos problemas.”*

Terapeuta: *“Que outras explicações poderiam existir para além dessa, que lhe fizessem igual sentido?”*

Mãe: *“Outra causa é o medo que ele tem das mudanças. Mas esse medo vem do receio de perder pessoas, de me perder. Ele tem um percurso a fazer dentro dele e tem de acreditar que é capaz.”*

Terapeuta: *“O que precisava de acontecer para que a mãe acreditasse também?”*

Mãe: *“Tudo me leva a não acreditar, não há motivo para acreditar. Eu sei a que tudo isto se deve. São muitas perdas... (...) Ele até tem medo de se afastar de mim um fim de semana.”*

Sessão 2

Terapeuta: *“Temos falado muito da necessidade de tomar decisões e da forma e quantidade de tempo que devemos pensar para decidir. Quando não pensas*

muito e tomas uma dada decisão como te sentes? O que é diferente?

Filho: “Não sei... Quase sempre penso mesmo muito e quando não penso não sei responder...”

Interações. As interações, papéis e regras são definidos em função do PI e seus problemas. O filho é definido como um “rapaz problemático, especial, sobredotado e, também, doente”. A mãe assume o papel de cuidar do filho, ser “protetora, orientando-o e fazendo algumas coisas por ele”. Na organização dos papéis os rótulos definem grande parte da identidade do filho e da mãe. Os discursos tendem a valorizaram mais as intenções e dimensão intrapessoal, do que as interações e os efeitos dos comportamentos e discursos.

Sessão 1

Mãe: “O meu filho (...) é diferente das outras pessoas e não se relaciona da mesma forma.”

Filho: É uma característica minha que influenciou o meu percurso. Tenho facilidade de aprendizagem, raciocínio lógico. Mas isso não quer dizer que a utilize, não tenho sabido tirar proveito das minhas capacidades. Muitas pessoas não percebem a maneira como eu penso. A minha mãe percebe porque sabe como funciona a minha cabeça.”

Mãe: “Eu sou muito protetora, acho que ele é muito frágil e por isso lhe faço tantas coisas que devia ser ele a fazer.”

Terapeuta: “Como é a vossa interação, por exemplo as conversas?”

Mãe: “As nossas conversas são monólogos. Eu falo e ele apenas diz duas ou três coisas que me deixam de boca aberta.”

Sessão 2

Mãe: “Demoramos a sentarmo-nos para fazer a tarefa. Ele não mostrava interesse e eu ia insistindo. Até que, como sempre acontece, eu comecei a fazer e ele acabou por aderir, mas sempre com desinteresse. Ele acabou por quebrar as defesas, começou a falar e libertou-se.”

Conotação da narrativa. Apesar de ser veiculada a boa intenção da mãe e a anormalidade do filho, esta conotação é reportada a circunstâncias específicas (e.g., agravamento da doença do filho).

Sessão 1

Mãe: “Tentei fazer o melhor que sabia, mas há que ter em conta que ele não é uma pessoa normal (...)”

Sessão 2

Mãe: “O meu filho está a ficar mais doente. Teve uma crise muito complicada de tristeza, choro, mutismo e isolamento na semana passada!”

Forma de relato da história. A percepção de incompetência caracterizou os relatos das sessões, podendo estar mais focalizada no PI, que assumiu sempre uma postura passiva, ou na mãe, apesar da sua postura ativa.

Sessão 1

Terapeuta: “O que te preocupa?”

Filho: *“Não sei bem, não me lembro bem. Acho que não vou conseguir autonomizar-me. É o que a minha mãe diz. Eu não sei o que ando a fazer e até acho que não quero fazer nada e também não sei se quero ajuda.”*

Mãe: *“Não o consigo ajudar, acho que só faço pior, mas também não sei ficar parada a ver a tristeza dele.”*

Sessão 2

Filho: *“Senti-me desorientado com a tarefa, não sabia escolher as ideias.”*

Mãe: *“Tive de o obrigar a fazer o trabalho comigo.”*

Reflexividade narrativa. Os movimentos reflexivos realizados nas sessões não produziram nenhuma alteração nas versões que a família já tinha sobre o problema e sobre o que o mantém. As perspetivas prévias foram reforçadas, apesar das tentativas de desconstrução do problema que os terapeutas tentaram promover.

Sessão 1

Mãe: *“Tenho concluído que ele está assim porque está muito agarrado a mim, começa a duvidar de si próprio. Eu faço-lhe tudo, lembro-lhe as coisas importantes, enfim... Ele tem medo que eu morra e ficar sozinho.”*

Terapeuta: *“O que seria diferente se fosses autónomo? O que ganhas com a situação atual?”*

Filho: *“Não tinha ajuda, não tinha direção. Tinha de assegurar muitas tarefas para sobreviver, que agora é a minha mãe que faz. Assim também não encontro sentido mas sobrevivo...”*

Sessão 2

Filho: *“Como não fui eu a escolher a tarefa, não me apetecia fazê-la. Na vida também sou assim, se eu não escolho deixo de ter vontade de fazer e às vezes não faço o que depois me torna no que sou...”*

Mãe: *“O fato de ter sido eu a escolher a tarefa e não ele fá-lo sentir-se mais desmotivado, eu sei que assim é, mas se eu não tomasse a iniciativa não tínhamos feito nada.”*

Temas da sessão. Apesar de algumas oscilações, os temas abordados centraram-se nos sintomas e problemas do PI.

Comportamentos alternativos. Não foram identificados comportamentos alternativos.

4.3. Família C

O pai e a mãe, ambos com cerca de 60 anos, e o filho, com 22 anos, coabitam apenas ao fim de semana porque o filho estuda noutra cidade. Os pais são licenciados e trabalham. É o filho que faz o pedido de terapia apontando como motivo o consumo de substâncias, a má a relação com os pais e o insucesso escolar. Estava a tentar adaptar-se a um segundo curso mas as coisas

estavam a correr mal. À data do início da terapia encontrava-se abstinente e era seguido por um psicólogo e um psiquiatra. Para os pais os motivos da terapia são o consumo de substâncias, o insucesso escolar do filho e os conflitos familiares. Foram aconselhados, pelo psicólogo e psiquiatra, a serem seguidos em terapia familiar. Na 2ª sessão foi definido um contrato de 5 sessões com o objetivo de: i) “ajustar” as relações familiares, ii) melhorar a forma como comunicam e ii) encontrar estratégias para equacionarem o futuro de forma mais refletida, encontrando conjuntamente soluções para os desafios em particular problema do PI. Foram realizadas 7 sessões. O PI não compareceu nas sessões 6 e 7.

Avaliação das dimensões da narrativa a partir do SAMN.

Singularidades. Embora esta dimensão tenha sido frequentemente promovida pelos terapeutas, ao longo de toda a terapia, as singularidades surgiram em número reduzido. As mais frequentes foram as comportamentais (e.g., esforços do PI em alterar o seu dia a dia, mudança da interação mãe-filho em aspetos específicos). Não foram verdadeiramente integradas pela família.

Sessão 1

Terapeuta: *“Quando e como falaram de forma satisfatória sobre os vossos problemas?”*

Pai: *“Não conseguimos falar sobre nada. Isso nunca aconteceu.”*

Filho: *“Estou satisfeito por ter conseguido ir ao ginásio, inscrever-me e frequentar.”*

Terapeuta: *“Como poderias mobilizar essa energia para fazeres também outras coisas?”*

Filho: *“Acho que não consigo. Consegui desta vez mas mais não sei...”*

Sessão 3

Terapeuta: *“Mantiveste as conquistas da última sessão?”*

Filho: *“Não, Estou novamente mais sozinho, não tenho falado com ninguém... a época de exames é difícil. Não tenho ido ao ginásio...”*

Terapeuta: *“Tem orgulho da inteligência do seu filho? Em que dimensões o considera inteligente?”*

Pai: *“Infelizmente ele faz um péssimo uso da inteligência dele.”*

Sessão 4

Mãe: *“Depois da nossa conversa passei a ligar-lhe só uma vez por dia. Foi difícil mas consegui!”*

Tempo. Até à sessão 4 o tempo é estático e focalizado no presente. A partir da sessão 5 oscilou entre referências ao passado e ao presente. Apesar dos terapeutas promoverem com insistência a flexibilidade temporal, constatou-se que, quando foi conseguida alguma flutuação narrativa, o futuro foi dificilmente

equacionado e a sua concretização definida de forma muito vaga (conforme se pode perceber pelas respostas à pergunta milagre).

Sessão 1

Mãe: *“Na verdade não há nada diferente. Temos os problemas que sempre tivemos. Problemas e mais problemas. Antes era o pai, agora é o filho.”*

Sessão 4

Terapeuta: *“Quais são os teus planos se o estudo não correr bem?”*

Filho: *“Não faço ideia, não tenho confiança nenhuma em mim. Não vejo um futuro nada bom...”*

Sessão 6

Terapeuta: *“Imaginem que acontecia um milagre e que o problema estava resolvido, mas que ele tinha acontecido enquanto dormiam e por isso não sabiam que tinha acontecido. Como dariam conta? O que estaria diferente na vossa vida e no vosso filho?”*

Mãe: *“Ele estaria livre... ia à faculdade ou ia trabalhar, cumpria horários e tinha amigos da idade dele.”*

Pai: *“Ele teria uma vida. Agora não tem. Estaria vivo, pois agora não está, está morto!”.*

Espaço. Sempre que acontecimentos específicos, relacionados com os problemas do filho, dominaram a conversa as narrativas foram contextuais com definição do momento em que se desenrolou o evento, o local, etc. Todas as outras narrativas foram acontextuais nas fases inicial e intermédia da terapia, tornando-se contextuais nas 2 últimas sessões.

Sessão 1

Terapeuta: *“Imagine que numa situação em que o fosse visitar estava tudo como a mãe queria. Como o encontraria, onde estava e a fazer o quê?”*

Mãe: *“Estava bem disposto, alegre, a contar coisas. Onde estava? Não sei, estava a fazer qualquer coisa, não sei...”*

Sessão 2

Pai: *“Passou-se uma coisa muito grave. O meu filho agrediu-me violentamente, sem razão nenhuma. Estávamos em casa e já eram seis da manhã e ele ainda estava ao computador, ia ter exame e não tinha estudado nada. Eu fui ao quarto dele (...).”*

Causalidade. A causalidade narrativa foi sempre linear. Para os pais a causa dos comportamentos ou atributos negativos do PI, como a preguiça ou a passividade, derivavam da toxicod dependência e das “psicoses”. Embora na sessão 1 tenha sido introduzido pelo pai o seu antigo problema de dependência, a família não refletiu sobre “como é que as soluções do pai podiam ajudar a família”, embora os terapeutas procurassem explicitamente fazer esta ligação. A referida narrativa foi utilizada como explicação para a exigência paterna de que o filho

também se esforce para recuperar, tal como ele fez e o antagonismo pai-filho manteve-se.

Sessão 1

Pai: *“Ele é de fato doente! Para mudar de vida ele tem de começar por deixar as drogas!”*

O meu filho aprendeu a mentir na infância ao ver-me esconder bebida, houve situações de violência e ele e a mãe tiveram de sair de casa. Entretanto as coisas não eram faladas, eram camufladas e este processo de fuga à realidade arrastou-se até aos 11 anos. Ele teve problemas graves na escola, gozavam com ele por causa disto! Vivemos cada um para seu lado, não partilhamos nada.”

Terapeutas: *“Como é que essa experiência vos pode ajudar atualmente?”*

Pai: *“Se eu fui capaz ele também tem de ser, só depende dele. Nada está nas nossas mãos!”*

Sessão 4

Filho: *“O haxixe ajuda-me. Há 3 dias que não consumo e isso faz com que tenha mais dificuldade em sair da cama, em ir à rua, estar com pessoas... Fico mais deprimido.”*

Sessão 5

Pai: *“A psiquiatra diz que ele tem psicoses graves! Ele não diz uma verdade desde os 10 anos. Está doente e os problemas derivam daí.”*

Sessão 7

Mãe: *“Acredito que se ele se tratar depois de vir da comunidade fica tudo bem. As outras dificuldades não têm importância face a este problema.”*

Interações. As interações estabelecem-se em função do PI e dos seus comportamentos e intenções. Os papéis e as regras estão definidos em função da narrativa problema: filho problemático, mãe preocupada e protetora, pai exigente e emocionalmente distante; a mãe faz a ponte entre o pai e o filho, os assuntos da faculdade são geridos com a mãe e o dinheiro para consultas e extras é o pai que dá. O relato dos acontecimentos focou as características intrapessoais dos intervenientes, em particular do PI. Apesar das tentativas recorrentes dos terapeutas, de flexibilização dos papéis entre os elementos da família, mãe e pai mantiveram rigidamente os seus papéis.

Sessão 1

Mãe: *“O meu filho é uma pessoa que desespera facilmente basta que as coisas não sejam como ele pensou! Depois lá vou eu tentar motivá-lo, ajudá-lo a fazer o que é preciso, enfim... ver se ele se anima e faz as coisas. O meu marido irrita-se muito com as atitudes dele, é uma pessoa menos tolerante e, por isso, sou eu que tento mais vezes falar com o nosso filho.”*

Sessão 3

Pai: *“Eu limito-me a dar dinheiro e tratar da ida às consultas. Fora isto não há conversas... Nem coisas banais, futebol, etc.. Nestes anos todos o meu filho nunca me telefonou!”*

Terapeuta: *“Como poderiam dividir melhor as responsabilidades e tarefas de forma a que o pai estivesse mais presente e a mãe menos sobrecarregada?”*

Mãe: *“Não sei, eu faço porque tem de ser. Se não for eu não acontece nada...”*

Pai: *“Eu perco a paciência. Não consigo aceitar a postura dele.”*

Sessão 7

Terapeuta: *“Como gerem agora a vossa vida?”*

Mãe: *“Agora estamos só os dois. Temos menos dificuldades, pois os problemas maiores não estão lá. Mas ainda há conflitos que resultam de coisas simples mas que se tornam grande problemas!”*

Conotação da narrativa. O PI foi conotado como doente e anormal, por vezes mal intencionado. O PI esforçou-se por contrariar a narrativa de má-intenção, argumentando que não faz um conjunto de coisas com o objetivo de magoar mas sim por que perde a “cabeça.” Os pais conotam como bem intencionadas as suas atitudes face ao filho, mesmo que ele não concorde. A conotação de “doente” é a mais utilizada e valorizada.

Sessão 1

Mãe: *“Vejo o meu filho como uma pessoa doente, está perdido, triste, não é capaz de aceitar a ajuda que precisa.”*

Sessão 2

Pai: *“Ele agrediu-me propositadamente! É mau. Eu apenas queria ajudá-lo, por isso fui ao quarto tentar desligar o computador.”*

Filho: *“Sinto-me diferente das outras pessoas... ando num psicólogo, numa psiquiatra e nestas consultas... pareço um atrasadinho!”*

Sessão 4

Mãe: *“Eu gosto muito de ti meu filho mas tu não queres colaborar. Isto não está bem! Ontem faltaste à psiquiatra, hoje chegas a esta hora... queres que eu te abandone? Só vejo essa solução! Eu não mereço que me faças isto!”*

Forma de relato da história. A incompetência e incapacidade do PI dominaram os relatos das sessões. Os pais veem-se como ativos na forma de lidar com o problema do filho. Apesar dos seus esforços não resultarem, não se perceberam como incompetentes no papel de pais. A percepção de incompetência surgiu nos seus relatos a propósito das suas dificuldades pessoais e do tempo que levaram a ultrapassá-las.

Sessão 1

Terapeuta: *“Como é que os pais te veem nesta altura?” (pergunta colocada depois da identificação de uma A2)*

Filho: *“Da mesma forma de sempre, à toa, desorientado, perdido, que é também como eu me vejo!”*

Pai: *“Eu sei o que é estar doente! Eu cheguei ao fundo do poço! É preciso reconhecer e aceitar ajuda!”*

Terapeuta: *“Como é que a família o ajudou?”*

Pai: *“A minha mulher apoiou-me, deixei de beber há 10 anos depois de um internamento!”*

Sessão 4

Pai: *“Ele está cada vez pior, só um internamento, mas ele tem de ter força de vontade e não tem. Nós tentamos motiva-lo mas tem de ser ele.”*

Sessão 5

Mãe: *“Vamos esperar para ver o que isto dá. Estamos também a pensar levá-lo para a casa de campo para ver se conseguimos... Eu vou tentar ajudá-lo a estudar para os exames.”*

Reflexividade narrativa. A reflexão sobre os aspetos que promovem ou mantêm o problema aconteceu a partir da sessão 2, embora de forma irregular e pouco consistente. As tentativas feitas pelos terapeutas para promover a reflexão sobre fatores de manutenção das dificuldades não produziram alteração nas versões sobre o problema nem nas interações. Os pais estavam fixados na ideia do internamento e esta visão (reforçada pelos outros profissionais) não foi questionada na terapia familiar, nem promovida reflexão sobre a sua utilidade para a resolução do problema e postura do filho face aos formatos de tratamento propostos pelos pais. Apenas na última sessão, os pais abordam a importância de mudarem algumas coisas entre si para serem mais funcionais quando o filho voltasse da comunidade terapêutica.

Sessão 4

Terapeuta: *“O que é que te faz pensar o facto da tua mãe ter saído da sessão assim?”*

Filho: *“Os meus pais estão magoados, é uma situação difícil para eles eu ter esta idade e não ter a vida orientada... Já tenho idade para me libertar, devia fazê-lo...”*

Sessão 6

Mãe: *“Sabemos que há pais que desistem, por vezes sinto vontade de o fazer. Nós não o fazemos porque sabemos que ele tem uma doença, nós sabemos o que é estar doente, eu já estive doente, o pai também e, por vezes, nem sequer ter noção do quanto estamos mal. Precisamos que alguém nos faça ver o erro, é preciso aceitar ajuda e entrar em recuperação.”*

Sessão 7

Mãe: *“Devíamos mudar algumas coisas para que quando ele voltasse estivéssemos mais fortes. Isso também o ajudaria. As técnicas da comunidade têm dito isso e eu concordo.”*

Terapeuta: *“E o que deveriam mudar?”*

Mãe: *“Temos dificuldade em falar de coisas importantes, mantém-se este problema que nos pode fragilizar.”*

Pai: *“Devíamos ter uma relação mais funcional, mais solidária e mais próxima.”*

Temas da sessão. As narrativas problema foram dominantes, quer em relação aos problemas atuais do filho quer aos problemas passados dos pais.

5. Discussão Geral e Conclusões

Da análise efetuada conclui-se que as narrativas das famílias estão bloqueadas em duas dimensões centrais: tempo e causalidade. Apresentam uma temporalidade tendencialmente estática, centrada no passado e no presente, e uma causalidade sempre linear.

Na dimensão tempo, a introdução de oscilação temporal, com recurso a narrativas que retratassem, detalhadamente, os vários momentos da vida familiar não foi possível na família A e aconteceu apenas na fase final da terapia na família C. Na família B as flutuações não estavam associadas a narrativas que retratassem consistentemente distintos períodos tempo. Mais complexa, contudo, foi a introdução do futuro nas narrativas das famílias. Equacionar a perspetiva futura mostrou-se muito difícil e assustador. Se a oscilação entre passado e presente ocorreu nalgumas sessões, a inclusão da visão de futuro, e do que poderá vir ser a família, as pessoas, os acontecimentos, as mudanças desejadas, foi uma questão não equacionável no espaço e tempo da terapia.

A permanência de uma temporalidade estática, ou flutuante mas apenas entre passado e presente, encontra-se ligada à manutenção da temática sintoma, mesmo quando o comportamento sintomático que trouxe a família à terapia já desapareceu. A retirada do sintoma, sem a alteração das dimensões que o mantêm, é ecologicamente inviável e perigosa e pode redundar no bloqueio do sistema face à mudança, enquanto resposta autoprotetora da sua identidade e funcionamento. O domínio de narrativas do passado e/ou do presente, dependendo da história do sintoma e da própria família, pode manter um ciclo de retro-alimentação das dificuldades, como aconteceu nas famílias analisadas nas quais o passado estava conotado com eventos traumáticos, alguns deles entendidos como causas do sintoma e das dificuldades atuais (causalidade linear). A história familiar e os problemas não foram equacionados como recursos para o futuro, pelo que, mesmo tendo recursos, a família não os pontua e não evoluiu a partir deles, como aconteceu nas terapias analisadas.

A causalidade das narrativas foi sempre linear, alimentada quer por uma compreensão linear dos eventos feita pela família quer por dificuldade do sistema terapêutico na construção de um modelo circular de compreensão dos mesmos. Nas famílias estudadas, os diversos elementos podem ter explicações totalmente coincidentes sobre os problemas e sobre os eventos (e.g., família B), o que não

cria tensão, dificulta a reflexividade e o reenquadramento, não flexibiliza a narrativa e bloqueia a mudança. Noutras famílias (e.g., A e C) foram evidenciadas explicações opostas sobre o problema. Só que a simetria com que eram defendidas amplificou a linearidade das versões defendidas que, sem possibilidade de negociação, por serem mutuamente exclusivas, se reificaram. Adicionalmente, a manutenção da causalidade linear em todas as sessões retrata o fracasso da acoplagem terapêutica e a da construção de uma nova narrativa terapêutica (ou de 2º ordem).

O pressuposto central do pensamento e da intervenção sistémica, que a diferencia de outras abordagens, é a complexidade, que se traduz na epistemologia circular com que o terapeuta constrói a realidade e em técnicas como o interrogatório circular, a conotação positiva, o reenquadramento, entre outras. A finalidade é criar condições para a emergência de novas narrativas (perspetivas, discursos, comportamentos) através da perturbação das visões que a família tem sobre o problema, frequentemente assentes em relações de causa-efeito. Assim, na terapia, deveria assistir-se a um processo de adesão à circularidade, significando que terapeutas e clientes constroem narrativas mais complexas, capazes de integrar, explicar e transformar os problemas a partir do desenvolvimento de um novo modelo de compreensão dos eventos. Nos casos estudados não foi identificada uma narrativa conjunta, do sistema terapêutico, sobre o problema, sobre a família e até sobre a terapia. Constataram-se duas ou mais narrativas: a da família, que se mantém próxima da original, e a dos terapeutas, que não gerou pontos de contacto com a da família.

As narrativas psicopatológicas têm o poder de organizar a identidade e os papéis dos sujeitos e oferecem uma solução simples para o problema – “tratar a pessoa doente”. Naturalmente, a adesão a esta perspetiva é muito tentadora e aparentemente segura para as famílias (que procuram a mudança do sintoma sem a alteração das regras de funcionamento familiar), embora seja totalmente oposta à perspetiva sistémica e pós-moderna (Avid, 2005; Gergen, Hoffman, & Anderson, 1995).

A impossibilidade de dispor da circularidade na organização narrativa parece bloquear a construção de uma narrativa terapêutica nova, capaz de gerar mudança nas narrativas problema e de libertar a família, abrindo-a a novas pontuações e a novas interações.

Os processos narrativos, i.é., as singularidades e a reflexividade narrativa, quando não são acompanhados por mudanças nos níveis superiores da narrativa (*níveis dois e três*) não perturbam o funcionamento da narrativa dominante e não são amplificados pelo contexto terapêutico. Nas famílias A e C as singularidades surgem ao longo da terapia, mas não são amplificadas. Embora os terapeutas tenham procurado amplifica-las e valorizá-las na conversa terapêutica, os elementos da família responderam com discursos de desvalorização ou anulação da novidade, contrapondo-lhe relatos, comportamentos e interações que as contrariam e alimentam a narrativa dominante, repondo rapidamente a visão “oficial” do problema. O mesmo aconteceu com os momentos de reflexão sobre a narrativa problema. As reflexões ficaram limitadas ao contexto em que foram referidas e não foram alargadas a outros contextos, temas ou eventos, mesmo quando os terapeutas procuram levar a família a fazê-lo. Concluiu-se ainda que na fase final da terapia a ocorrência de singularidades e de momentos de reflexividade narrativa diminuiu, o que traduz a ineficácia dos movimentos anteriores e a manutenção do funcionamento narrativo inicial.

Vega e Beyebach (2004) encontraram resultados semelhantes ao estudar a mudança em terapias centradas na solução. Concluíram que os clientes que não relatam as melhorias ou avanços por si realizados no início e ao longo das sessões também não as reportam no final, mesmo que estas possam ter ocorrido. Apesar dos esforços dos terapeutas para desconstruir as descrições iniciais negativas, nestes casos, não foi possível perturbar as descrições dos clientes. Estudos sobre insucessos em terapias individuais com enfoque narrativo apontam na mesma direção. Gonçalves et al. (2011) descreveram uma retro-alimentação mútua entre MIs e narrativa dominante, na qual a emergência de MIs provoca instabilidade nas formas usuais de significar os eventos e origina discrepâncias internas desencadeando uma resposta de anulação do movimento de mudança. Os autores concluem que a retro-alimentação entre a narrativa dominante e os MIs interfere no progresso da terapia (ver também Gonçalves, Matos, & Santos, 2009).

A análise das sessões estudadas permitiu compreender que as dimensões dos níveis inferiores da narrativa (sobretudo *nível um*) oscilam mais ao longo das sessões, parecendo estar em consonância com o tema da sessão, embora esta oscilação não provoque alterações nos níveis superiores. Quando as sessões

abordam temas menos centrados no sintoma e problemas, a família tende a veicular narrativas mais diversificadas onde os elementos são competentes e ativos, verificando-se o contrário nas sessões focalizadas no sintoma em que a conotação negativa do PI é muito evidente. Este resultado tem implicações clínicas a considerar pois sublinha a necessidade de sair da narrativa problema e de incluir outros temas na sessão para que a família mobilize recursos de mudança, aspeto insistentemente referido por vários autores e modelos terapêuticos (e.g., Avid, 2005; Burck, Frosh, Strickland-Clark, & Morgan, 1998; Frosh, Burck, Strickland-Clark, & Morgan, 1996; White & Epston, 1990, White, 2007).

O trabalho desenvolvido permitiu perceber que os discursos que incluem singularidades ou momentos de reflexividade que se opõem à narrativa dominante ficam, nestas famílias, muito limitados ao contexto em que são proferidos. O “encarceramento da novidade” dificulta a construção progressiva da percepção de competência e de atividade, fundamental à ocorrência da mudança. Este dado remete para a qualidade e extensão da redes sociais das famílias, aspeto não explorado nas terapias analisadas. Com efeito, sabe-se que a mudança, para ser eficaz, deve ser amplificada por outras audiências relevantes e exteriores à família (Sequeira, 2004). Podemos hipotetizar que as famílias em causa não possuem, na sua rede, pessoas com quem possam amplificar as novidades narrativas e/ou que a rede veicula narrativas que contrariam as novidades da terapia e alimentam o discurso dominante. A verificar-se esta hipótese, a família fica presa de um *double bind* relacional e narrativo por incompatibilização de discursos e formas de funcionamento. Deve a terapia estar atenta a esta possibilidade e, caso ela se observe, trabalhar este *double bind* e, se possível, incluir representantes da rede no processo terapêutico (virtual ou presencialmente).

Algumas limitações devem ser consideradas no trabalho aqui apresentado. Os resultados e conclusões sobre a narrativa e o insucesso terapêutico devem ser cautelosamente generalizados, considerando o reduzido número de casos estudados, a sintomatologia apresentada e a modalidade de terapia utilizada (terapia familiar). Importa alargar a análise a um maior número de terapias sistémicas, com problemas diversificados, no sentido de verificar se estas conclusões são válidas noutras terapias e em casos considerados sucesso.

Outros fatores, internos e externos à terapia e não considerados neste trabalho, podem ter tido influência no resultado da terapia. Referimo-nos por exemplo à qualidade da relação terapêutica, à adequação da metodologia de intervenção e a acontecimentos importantes exteriores à terapia.

Importa, finalmente, sublinhar que, mesmo não sendo a terapia bem sucedida na promoção da mudança, algumas alterações ocorrem nas narrativas dos clientes, o que confirma a ambivalência com que encaram a terapia, em particular a necessidade de mudança, e remete para a necessidade de equacionar as opções terapêuticas tomadas.

Referências Bibliográficas

- Avid, E. (2005) Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(4), 493–511. doi:10.1348/147608305X52586.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Burck, C., Frosh, S., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1998). The process of enabling change: A study of therapist interventions in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 20(3), 253-2687. doi: 10.1111/1467-6427.00086
- Carr, D. (1997). Narrative and the real world: An argument for continuity. In L. Hinchman & S. Hinchman (Eds.), *Memory, identity, community: The idea of narrative in the human sciences* (pp. 7-25). New York: State University of New York.
- Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research. Qualitative and quantitative approaches*. London: Sage Publications.
- Elkaïm, M. (1990). *Se você me ama, não me ame. Abordagem sistêmica em psicoterapia conjugal*. São Paulo: Papyrus Editora.
- Frosh, S., Burck, C., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1996). Engaging with change: A process study of family therapy. *Journal of Family Therapy*. 18(2), 141-161. doi: 10.1111/j.1467-6427.1996.tb00041.x.
- Gergen, K. J., Hoffman, L., & Anderson, H. (1995). Is diagnosis a disaster: A constructionist triologue. In F. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis* (pp. 102-118). New York: Wiley & Sons.

- 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.
- Goncalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self narratives: Exploring one path to therapeutic poor outcome. *Psychotherapy Research*, 21(1) 27-40. doi:10.1080/10503307.2010.507789.
- Hill, C. E. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70(6) 728-739. doi: 10.1177/0011000097254001.
- Jerónimo, A. R., Sequeira, J., & Ribeiro, M. F. (2010). A mudança narrativa em grupos de educação parental . *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia*, XXII 1(1), 371-379. ISSN:0214-9877
- Santos, C., & Sequeira, J. (2010). Mudança narrativa na intervenção sistémica com famílias negligentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia XXII, 1(1)*, 651-660. ISSN:0214-9877.
- Sequeira, J. (2004). *Caleidoscópio terapêutico. Mudança e co-construção em terapia familiar*. Dissertação de mestrado não publicada, University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2009). A mudança nas terapias sistémicas. Transformação narrativa nas terapias familiares e de casal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia*, XXI, 1(4), 13-24.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (no prelo). *Assessment System of Narrative Change. Journal of Systemic Therapies*.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2012). *Assessment System of Narrative Change. Reliability and validity studies*. Manuscrito submetido para publicação.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2012). What changes in post-modern systemic therapies? Assessing clients’ narratives from good and poor outcome therapies. Manuscrito submetido para publicação.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2012). Níveis de mudança narrativa em terapia sistémica: Um olhar cibernético. Manuscrito submetido para publicação.

Vega, M., & Beyebach, M. (2004). Between-session change in solution-focused therapy: A replication. *Journal of Systemic Therapies*, 23(2) 18-25. doi: 10.1521/jsyt.23.2.18.36644.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Tabela 3
 Resumo Família B
 Avaliação das dimensões do SAMN
 Processo terapêutico (objetivos, técnicas e dimensões da narrativa, por sessão)

Dimensões SAMN	Sessão 1	Sessão 2
Singularidades		
A1	0	0
A2	0	0
A3	0	0
Natureza da história		
B 1 (tempo)	estático & flutuante	flutuante
B 2 (espaço)	acontextual	contextual
B 3 (causalidade)	linear	linear
B 4 (interações)	inter & intrapessoal intenções & efeitos sintomas papéis & regras	inter & intrapessoal intenções sintomas papéis & regras
Conotação da história		
C	- anormal boa intenção	doente - -
Forma como é relatada		
D	passivo incompetente	passivo & ativo incompetente
Reflexividade narrativa		
E 1	1	0
E 2	0	0
E 3	1	1
E 4	1	1
Temas da sessão		
F	sintoma história da família perdas familiares	sintoma saída do filho para faculdade (tarefa externa) -
Comportamentos alternativos		
G	0	0
Objetivos da sessão	avaliação do pedido indicação para TF	avaliação do pedido definição de objetivos
Técnicas e estratégias implementadas	interrogatório circular re-enquadramento conotação positiva perguntas exceção perguntas reflexivas colocação no futuro (linha da vida) prescrição externa	interrogatório circular re-enquadramento conotação positiva perguntas exceção perguntas reflexivas - -
Dimensões narrativas mais exploradas (terapeutas)	singularidades tempo espaço causalidade temas não problema	singularidades tempo espaço causalidade reflexividade narrativa

Conclusões

Os estudos apresentados traduzem, como já foi explicitado na introdução, as etapas de desenvolvimento desta investigação e as questões principais a que procuraram dar resposta. Embora em cada capítulo tenham sido apontadas as novidades e conclusões fundamentais, assim como as limitações de cada estudo, importa refletir globalmente sobre as visões geradas ao longo deste processo, quer do ponto de vista do desenvolvimento da investigação com recurso ao SAMN, sua operacionalização e metodologias de análise dos dados, quer relativamente às reflexões teóricas e clínicas sobre a narrativa e o processo terapêutico que foram sendo construídas. Esta reflexão final aponta os constrangimentos, evoluções e principais conclusões em cada um destes aspetos.

I. Reflexões sobre o SAMN

Os resultados de estudos prévios, exploratórios, sobre a mudança narrativa (Sequeira, 2004) estão na origem do Sistema de Avaliação da Mudança Narrativa (SAMN). A sua utilização, no quadro desta investigação, permitiu concluir que este descreve e caracteriza as histórias e narrativas que os clientes e terapeutas veiculam na terapia em dois aspetos cruciais: na dimensão forma/estrutura e no conteúdo das histórias. O SAMN pontua as micro e macro mudanças que ocorrem ao longo das sessões e permite identificar pontos de viragem específicos nas histórias conversadas na terapia, em cada família ou casal e em cada sessão, conforme fica evidenciado nos estudos dos capítulos, II, III e V.

O sistema foi aplicado em vários contextos, com participantes e juizes distintos, e apresenta valores de fidelidade nas cotações entre os vários juizes considerados genericamente bons, o que valida a sua utilização e reforça a importância dos dados recolhidos sobre as narrativas em foco.

Com efeito, a utilidade deste sistema na investigação das narrativas fica reforçada com os resultados aqui apresentados, embora algumas precauções específicas devam ser consideradas e endereçadas em futuros trabalhos. Tal como é evidenciado pelos resultados dos estudos de validade e fidelidade do SAMN (capítulo II), observaram-se oscilações relevantes no acordo entre codificadores (que variam entre *kappas* considerados bons e fracos) nas dimensões B (natureza da história, subdimensão interações B4) e E (reflexividade narrativa). Diagnostica-se, assim, a

necessidade de explicitar e aprofundar a utilidade clínica, de pesquisa e formativa das dimensões e subdimensões em causa, de estudar a possibilidade de redução/agregação das subdimensões existentes, no sentido de simplificar a codificação e de ganhar informação que, embora menos específica, possa ser mais facilmente codificável e validada.

Especificamente, quanto à subdimensão interações, dois motivos podem justificar as dificuldades de cotação: a proximidade entre as várias opções de cotação e as variações que ocorrem nesta dimensão nas sessões. Não foram, com efeito, encontradas diferenças (quer nos estudos quantitativos quer qualitativos) entre sessões de casos de sucesso e insucesso ou entre as sessões do grupo de educação parental e as terapias sistémicas. Estes resultados levantam dúvidas sobre a importância desta subdimensão na avaliação da narrativa, no sentido de informar sobre a flexibilidade ou rigidez da mesma, ou sobre o potencial de mudança do sistema em causa (indivíduo, família, casal, etc.) bem como sobre a relevância da sua flexibilização na promoção da mudança, tendo em conta que tem tendência a oscilar, embora não num sentido específico, em todos os casos estudados. Coloca-se como hipótese que as histórias, na subdimensão interações, sejam suscetíveis de variar sobretudo devido às interações terapeuta-cliente ao longo da sessão, não retratando alterações consistentes na estrutura. Esta hipótese, a confirmar-se em trabalhos adicionais, poderá justificar a retirada desta dimensão do SAMN, considerando a avaliação custo-benefício que está em jogo.

Quanto à dimensão E (Reflexividade Narrativa) sublinha-se a importância da simplificação e aperfeiçoamento dos critérios de distinção das subdimensões que a constituem. Embora esta dimensão pareça ter valor clínico e de investigação considerável (dado apontado pelos estudos do capítulo II e V) os valores obtidos nos *Kappas* de algumas das subdimensões, em particular E2, E3 e E4 (fatores discursivos, relacionais e comportamentais) justificam análises adicionais e específicas sobre a forma como ocorre nas sessões e entre os intervenientes. Os *Kappas* de E1 (reflexão sobre a construção de narrativas problema e não problema) são genericamente mais elevados em todos os estudos, em comparação com os restantes. Desta análise parece poder hipotetizar-se que: a) E1 possa representar, na generalidade, os momentos de reflexividade narrativa que ocorrem na sessão, não havendo, conseqüentemente, necessidade de especificar quais os aspetos em que a reflexão é promovida (e.g. se sobre os discursos, as relações ou os comportamentos); b)

embora todas as subdimensões sejam relevantes, pelos aspetos que pontuam e pelas implicações de perturbação nas narrativas dos clientes, as distinções entre a reflexão sobre os comportamentos, interações e discursos pode, nalgumas sequências, ser particularmente difícil de estabelecer e, por isso, resultar em codificações muito pontuadas pela subjetividade do codificador. Consequentemente, poderá haver ganho em manter apenas a opção EI (reflexão sobre a construção de narrativas problema e não problema), simplificando o sistema de análise e codificação.

Ao nível da metodologia de aplicação do SAMN aponta-se a pertinência da participação de vários juízes, nomeadamente de três, conforme foi feito, apesar dos elevados custos de tempo e formação que a utilização do sistema implica, pelas múltiplas visões e *feedbacks* que se geram. Sobretudo em utilizações com fins de investigação, esta participação é muito relevante na medida em que este procedimento ajuda a aperfeiçoar as dimensões e a codificação do SAMN, fortalecendo a fidelidade e validade do sistema, conforme ficou referido.

Nos estudos apresentados nos capítulos III e IV foram implementadas formas de triangulação da informação gerada pelo SAMN. Referimo-nos à avaliação da terapia através da inclusão da voz dos participantes (terapeutas e clientes) cujos resultados, comparados com a informação gerada pelo SAMN, permitem inferir se este deteta/pontua as alterações que ocorrem na narrativa e em que medida estas se associam ao sucesso. Apesar do esforço que implicará, consideramos importante, em futuros estudos, a inclusão de avaliações mais aprofundadas, de natureza qualitativa (e.g., entrevistas semiestruturadas efetuadas com todos os elementos da família/casal sobre as dimensões em avaliação) onde os clientes identifiquem os aspetos que consideraram importantes na terapia e na promoção da mudança/ou não mudança. Esta avaliação deve realizar-se ao longo da terapia e após o fim do processo de forma a melhor avaliar a coincidência de visões geradas pelos participantes e pelo SAMN (e.g., identificação de *turning points* nas sessões, sessões mais relevantes, assuntos, exercícios ou técnicas específicas ou momentos considerados mais determinantes nas sessões) e a manutenção ou mudança destes aspetos, pontuados como relevantes na mudança, em fases mais avançadas de autonomia dos clientes e consolidação das transformações. Adicionalmente, e como forma da validação concorrente dos dados produzidos pelo SAMN, poderia ser interessante a aplicação de medidas específicas de avaliação do funcionamento e da mudança familiar (e.g. SCORE 15) (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010) no sentido de pontuar se as

mudanças assinaladas pelo SAMN se acompanham de alterações nas dimensões do funcionamento familiar endereçadas por esta medida (forças e adaptabilidade, impacto das dificuldades sentidas e comunicação). Não pode esquecer-se que, sendo sistemas diferentes de recolha de informação (o primeiro gerado a partir de análise observacional de profissionais e o segundo a partir da resposta a um questionário por parte dos clientes e mais reportado à percepção de aspetos comportamentais), pode a divergência de respostas resultar de diferenças conceptuais subjacentes às diferentes análises. Será, no entanto, interessante explorar esta possibilidade de análise.

Os resultados obtidos a partir da análise de regressão logística das dimensões preditoras do sucesso da terapia obrigaram a reequacionar a compreensão, definição e aplicação de alguns conceitos teóricos das dimensões do SAMN: nomeadamente as singularidades e a reflexividade narrativa, tal como foi debatido no estudo apresentado no capítulo IV.

A aplicação do SAMN em contextos clínicos e formativos, enquanto possível mapa do dialogo terapêutico e de perturbação narrativa, ficou por estudar nesta tese, de forma mais específica, constituindo este um dos trabalhos em desenvolvimento e a apresentar futuramente. Porém, os dados dos estudos aqui apresentados reforçam a relevância de integrar na terapia a perturbação de dimensões específicas das histórias dominantes que bloqueiam e reforçam as histórias problema e cuja transformação possibilita a construção de novas narrativas e *storylines*.

O SAMN assume-se como um contributo no estudo das dimensões que as terapias narrativas endereçam e responde à necessidade de desenvolver estratégias e de implementar processos de avaliação analíticos que reforcem a utilidade e eficácia das terapias sistémicas de enfoque narrativo. É um sistema que permite aceder a várias dimensões da narrativa – estrutura, conteúdos e processos – foi concebido com base num posicionamento teórico e clínico sistémico de enfoque narrativo e é o único sistema concebido especificamente para avaliar as narrativas das terapias sistémicas. O desenvolvimento de instrumentos e metodologias de investigação desta natureza são atualmente muito importantes como resposta ao clima de forças científicas e políticas em curso, que impõem a verificação da eficácia das várias abordagens terapêuticas, e que, em certa medida, as terapias sistémicas têm evitado endereçar nas suas investigações.

Conclui-se, assim, que o SAMN está em fase de consolidação, tendo sido identificadas questões relevantes a explorar em estudos futuros e ficado apontadas as principais forças, fragilidades e necessidades de aperfeiçoamento deste sistema.

2. Opções Metodológicas e Limitações dos Estudos

Vários autores têm apontado, ao longo das últimas duas décadas, para a necessidade de desenvolvimento de estudos no âmbito das terapias sistêmicas que foquem os processos de mudança comuns nas terapias, em particular nas várias abordagens sistêmicas (Beutler, Bongar, & Shurkin, 1998; Blow & Srenkle 2001; Duncan & Miller, 2000; Pinsof & Wynne, 2000; Shadish & Baldwin, 2002; Sprenkle, 2002, 2003). Apela-se ao desenvolvimento de estudos da mudança, à criação de micro teorias construídas a partir da análise intensiva de casos e de estudos mais alargados no sentido de identificar os *common factors of change*, não apenas nas terapias sistêmicas mas nas terapias de uma forma geral. Tem sido identificada a necessidade, já apontada, de comprovar a eficácia das terapias sistêmicas e de assim definir claramente as suas indicações, benefícios e processos de promoção da mudança que as distinguem de outras abordagens terapêuticas. A maioria dos autores que estudam as narrativas nas terapias sistêmicas têm tido preferência pelo desenvolvimento de abordagens qualitativas ao invés de análises quantitativas e os estudos que avaliam a eficácia e pertinência das terapias narrativas (sistêmicas) mostram que a abordagem narrativa é uma modalidade de tratamento eficaz na qual os clientes apresentam claras melhorias nos problemas que os trazem à terapia (Kogan & Gale, 1997; Etchinson & Kleist, 2000)

Procurou-se, no *design* metodológico desta tese, atender aos desafios referidos optando-se por dois caminhos na produção e análise dos dados. Foram implementadas metodologias quantitativas e qualitativas e diferentes níveis de estudo do processo de mudança narrativa nas terapias sistêmicas.

Foi desenvolvido (capítulo III) um estudo com vista à identificação das dimensões mais importantes da mudança narrativa em 23 processos terapêuticos. Recorreu-se a análises estatísticas não paramétricas para testar as diferenças entre os grupos, ao longo das sessões, e foram identificadas as variáveis narrativas preditoras do sucesso na terapia. Este estudo permitiu construir um olhar genérico sobre os padrões de mudança, dando pistas para os aspetos a estudar seguidamente e para reequacionar as construções teóricas sobre a mudança narrativa. No capítulo

IV pretendeu-se explicitar os processos que podem estar subjacentes à ausência de mudança, a partir dos pressupostos das terapias narrativas e da teoria cibernética dos níveis lógicos da mudança de Bateson. Posteriormente, no capítulo V apresenta-se o estudo aprofundado de terapias que pelas suas características “especiais” são elucidativas desses processos narrativos. Este estudo permitiu confirmar os dados resultantes da análise quantitativa, sobre as dimensões da mudança. Optámos por estudar intensivamente três dos casos de insucesso do grupo das terapias familiares. Nesta análise foi possível detalhar a aplicação do SAMN e testar, de uma outra forma, a pertinência da recém construída teoria dos níveis de mudança narrativa. Este estudo permitiu ao investigador, e por certo ao leitor, um envolvimento intensivo com a informação produzida ao longo das sessões o que resultou na construção de micro-teorias da mudança, representativas da realidade dos casos em foco. Teve como méritos evidenciar um conhecimento muito rico e detalhado, integrar e refletir sobre os aspetos contextuais e temporais em que ocorrem as terapias e validar as conclusões geradas sobre os fatores críticos da não mudança, já apontados nos resultados do estudo III. Adicionalmente facilitou a pontuação das questões de investigação a explorar no futuro.

Assim, o *design* metodológico desta tese traduz um esforço de promoção da ligação entre as práticas clínicas desenvolvidas em contexto real e a investigação sobre os fatores da mudança nas terapias. Tal como referem Sprenkle (2003) e Sprenkle e Blow (2004), o iato entre a clínica e a investigação desafia o estatuto das terapias familiares e de casal como profissão ética pois a maioria dos clínicos possui informação insuficiente sobre quais os tratamentos e sua eficácia. Esta investigação enquadra-se no que se denomina por *effectiveness research* (Pinosof & Wine, 1995), ou seja, investigação que se desenvolve em condições normais de exercício da terapia, por oposição à *efficacy research*, facilitando a transportabilidade das abordagens estudadas. Com efeito, os resultados dos estudos desenvolvidos possuem considerável validade externa e são passíveis de alguma transportabilidade e generalização para a realidade clínica da terapia familiar e de casal sistémica, de enfoque narrativo, desenvolvida em Portugal. Acresce que o número de terapias e sessões estudadas (respetivamente 23 terapias e 139 sessões) também constituem uma exceção no panorama dos estudos de avaliação do processo terapêutico (ver Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzalaff, 2010). A investigação desenvolvida apresenta, assim, virtudes que são consideradas importantes para o fortalecimento do campo

das terapias familiares e de casal tendo em conta os critérios referidos por Pinsof e Wynne (1995) e Sprenkle (2003): os estudos descritos apresentam métodos que foram replicados por vários investigadores e em diferentes estudos (cf. capítulo II, e.g. avaliação da mudança narrativa em grupos de educação parental e avaliação da mudança narrativa em famílias negligentes); as intervenções terapêuticas descritas foram desenvolvidas por terapeutas altamente qualificados na área em foco e a supervisão é uma prática habitual no contexto em que foram desenvolvidos; foram integradas medidas de avaliação do resultado terapêutico que incluem a percepção dos participantes; atendeu-se à transportabilidade dos resultados dos estudos para a prática clínica; as terapias foram analisadas e avaliadas ao longo de sessões, ou seja, longitudinalmente (sessões do contrato e *follow ups*); e foi feito um esforço para identificar, clarificar e tornar acessíveis os mecanismos de mudança ocorridos na terapia no sentido de elucidar *porquê* e *como* é que a intervenção é, ou não, eficaz.

Vários autores (Helmeke & Sprenkle 2000; Pinsof & Wynne, 2000; Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010; Sprenkle, 2003) têm sugerido a necessidade de aumentar os esforços para obter informação sobre os processos de mudança por parte dos clientes durante a terapia, ou seja, para ampliar a *client focused research*. Consideram que a ênfase substancial da investigação deve assentar na explicação sobre como os clientes aprendem e de que forma os terapeutas facilitam este processo. Este foco poderia conduzir a atenção para modelos de “intervenção uniformizados”, clinicamente pouco viáveis no âmbito das terapias sistémicas, mas ampliaria a atenção dada ao conhecimento da percepção dos processos de mudança por parte dos clientes. Tal enfoque é sem dúvida importante, percebendo-se que o que se procura são regularidades do processo que podem ajudar os terapeutas a equacionar o seu trabalho de coconstrução da intervenção. Na linha proposta por Sprenkle (*idem*), colocou-se a ênfase também no estudos dos resultados proximais e não apenas dos resultados finais da terapia.

Embora as limitações de cada um dos estudos tenham sido apontadas em cada capítulo e já tenham sido apresentadas algumas sugestões, considera-se que teria sido importante avaliar a percepção dos clientes sobre a terapia através de metodologias mais qualitativas, como já foi referido, e incluir medidas de avaliação do funcionamento familiar como elementos informativos adicionais da monitorização da mudança. Por outro lado a inclusão de um estudo qualitativo dos casos de sucesso, à semelhança dos insucessos, teria permitido a construção de um olhar mais complexo

sobre o processo de mudança que facilitaria a comparação entre um e outro resultado. Adicionalmente, a organização dos grupos apenas por sucesso versus insucesso, ou seja a não criação de grupos com diferentes graus de sucesso, impossibilitou o estudo das pequenas distinções em termos de mudança narrativa entre alguns insucessos mais bem sucedidos e alguns sucessos menos bem sucedidos. Porém, para constituir estes grupos necessitar-se-ia de um número de participantes substancialmente maior ao disponível neste trabalho.

3. Resultados da Mudança Narrativa

Os resultados desta investigação corroboram o pressuposto fundamental no qual assentam as terapias narrativas: as experiências e significados sobre a vida, de uma forma geral, e sobre os problemas que trazem as pessoas às terapias mudam através das mudanças que ocorrem nas suas narrativas (identitárias, ou de 1ª ordem) (Carr, 1997). À medida que as narrativas se alteram o que pensamos e fazemos muda também. Este pressuposto verifica-se nas famílias e casais estudados e também no investigador.

Conclui-se (nas terapias estudadas) que o processo pelo qual as pessoas mudam acontece pela elaboração de histórias conjuntas (narrativas terapêuticas de 2º ordem) (idem) cuja função é gerar um espaço de reflexão, questionamento, desconstrução e elaboração de outras histórias para os eventos considerados problema. A construção de narrativas de 2ª ordem – resultantes da acoplagem narrativa e relacional entre clientes e terapeutas – parece ser um requisito relevante na ocorrência da mudança. Os casos de insucesso evidenciam como a sua impossibilidade limitou o alargamento e a adoção de mudanças na narrativa nos clientes.

Os estudos apresentados permitem concluir que, em qualquer terapia, ocorrem perturbações nas histórias e nas narrativas mesmo que estas não gerem as mudanças desejadas. Nestes casos, as narrativas retornam ao seu formato inicial no fim da terapia. Este dado mostra que, na terapia, é necessário que ocorra não só uma perturbação e um questionamento das *histórias problema* mas que se amplifique tal perturbação/mudança na família/casal e nos sistemas sociais relevantes.

Pudemos perceber que a mudança, para ser efetiva, deve ocorrer em várias dimensões das histórias: no conteúdo, no significado e na estrutura. No conteúdo e no significado a reflexão e questionamento na terapia facilitam a introdução de

versões subdominantes, singularidades, exceções; permitem a emergência de versões e significados “ausentes mas implícitos” (White, 2007), a transformação na conotação das histórias e a introdução de novos focos ou temas. Permitem desenvolver outras *storylines* (Freedman & Combs, 2008) que alteram o lugar e a importância das histórias sustentadoras do problema e geram outros equilíbrios e, conseqüentemente, novos significados. Na estrutura da narrativa a terapia pode perturbar e desbloquear os elementos/pressupostos reguladores das histórias – dimensões da narrativa situadas nos níveis superiores de organização narrativa. A estrutura da história é pontuada pelas configurações disponíveis no sistema, nas dimensões tempo, causalidade, espaço, forma de relato e conotação; a terapia procura a sua flexibilização e os novos formatos podem viabilizar não apenas um, mas múltiplos significados, múltiplas histórias e, conseqüentemente, podem gerar outras opções de interação e comportamentos, tal como pudemos constatar nos casos em que a terapia foi bem sucedida.

O estudo apresentado no capítulo III e a análise qualitativa dos casos de insucesso produziram resultados relevantes sobre o processo de mudança na narrativa e sobre as características que se associam ao sucesso. A mudança acontece por via da transformação estrutural das narrativas e da alteração dos temas e eventos que organizam os significados e, conseqüentemente, das histórias consideradas problema ao longo das sessões. Tal como sugerem muitos autores (Freedman & Combs, 1996, 2008; Friedlander & Haetherington, 1998; Gergen & Kaye, 1992; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Sluzki, 1992; White, 2007; White & Epston, 1990) as narrativas, e em particular as narrativas problema, são condensações e abstrações que integram apenas uma pequena parte dos acontecimentos da nossa vida; quando as pessoas procuram a terapia as suas percepções são geralmente limitadas e problemáticas (Freedman & Combs, 2008).

De uma forma geral, as narrativas dos clientes (famílias e casais) no início da terapia possuem algumas características comuns: as histórias problema dominam os assuntos conversados na terapia e possuem um significado negativo, estão temporalmente centradas no presente ou no passado (usualmente no momento em que os problemas começaram ou na situação problemática atual), integram uma explicação causal linear sobre as dificuldades, assentam em relações causa/efeito entre um evento e o problema e relatam as histórias transmitindo uma percepção de incapacidade e de incompetência por parte de todos os intervenientes ou da sua

maioria. No decurso da terapia verifica-se que estas características da narrativa se flexibilizam nos casos de sucesso e assumem novos formatos e configurações no fim da terapia; os temas discutidos nas sessões alteram-se para assuntos não problemáticos, o tempo oscila em função das histórias e dos eventos, o futuro é equacionado, a causalidade complexifica-se e assume um formato tendencialmente circular, os sujeitos percebem os problemas de forma mais complexa, é evidenciada uma maior perceção de competência, ocorrem novas perspetivas sobre os problemas (singularidades cognitivas), novos discursos (singularidades discursivas) e comportamentos (singularidades comportamentais). De sublinhar que as novas perspetivas sobre os problemas, associadas à emergência de singularidades cognitivas, surgem quase exclusivamente nas terapias bem sucedidas, o que aponta para a qualidade distintiva deste processo narrativo em termos de mudança. Nos casos de insucesso a emergência de singularidades comportamentais foi até em maior número do que nos casos de sucesso mas as oscilações no tempo, a forma de relato da história e os temas da sessão que registaram alterações na sessão intermédia voltam ao seu formato original no final da terapia.

O que podemos então concluir acerca do que acontece de diferente nuns casos e noutros? Os resultados da regressão logística já haviam apontado para a relevância do tempo estático e para a perceção de incompetência como preditores que contribuem negativamente para o sucesso; e para a causalidade circular, temáticas não problema (inclusão de assuntos positivos) como preditores do sucesso. Posteriormente, a análise dos casos de insucesso permitiu confirmar os dados anteriores. Constatou-se, nestes casos: i) a impossibilidade de introdução do tempo flutuante, em particular do futuro nas histórias da sessão, ii) a manutenção da causalidade inicialmente apresentada como explicação para os problemas, de natureza linear e alimentada por versões demasiado coincidentes ou excessivamente opostas sobre os problemas, e iii) a anulação dos movimentos de reflexividade narrativa e das singularidades que ficam limitadas ao contexto da terapia no qual dificilmente são amplificadas, não o sendo também pelas audiências destas famílias. Adicionalmente, e como pano de fundo, as histórias e os temas da terapia organizam-se em torno dos sintomas e dos problemas das famílias, sendo pouco conseguidas as tentativas de afastamento tentadas pelos terapeutas.

Uma possível explicação para estes resultados, já referida na discussão dos estudos em causa, é a incapacidade do contexto terapêutico – família e terapeutas –

criar um espaço de reconstrução no qual as famílias possam abdicar das histórias e narrativas associadas ao problema, passando a incluir outras histórias que traduzem versões mais desejadas de si e do seu funcionamento. As narrativas e histórias problema parecem ter assumido, nos casos estudados, um papel organizador do funcionamento e da identidade do sistema bem como da sua relação com o contexto social. O seu questionamento ameaça a identidade e a organização do sistema que opta por não integrar as novas possibilidades históricas, relacionais e comportamentais, eventualmente por serem demasiado desafiadoras.

Em segundo lugar porque a terapia não foi eficaz na resolução da ambivalência dos clientes face à mudança e aos receios de a implementar. Talvez a terapia tenha sido mal sucedida no trabalho de introdução e integração do tempo futuro como elemento de perturbação das histórias dominantes. Pode ser importante, nestas famílias, ajudá-las a equacionar o futuro através de múltiplas possibilidades que podem passar por não abdicar, imediata e definitivamente, das histórias e das interações atuais embora, simultaneamente, incluam já outras versões. Parece ser também importante tornar consciente a diversidade histórica esperando que gere tensões mobilizadoras que impulsionem o sistema para a mudança.

Em terceiro lugar a natureza particular das histórias problema pode ter efeitos muito limitativos e bloqueadores no curso da terapia. Os dados relativos à semelhança das narrativas iniciais (1ª sessão), nos casos de sucesso e insucesso (capítulo III), podiam fazer supor que todas as histórias podem ser alteradas e que o que determina o sucesso da mudança é o processo de perturbação que a terapia é capaz de gerar e a mobilização que a família pode ou não fazer para integrar tal perturbação. Porém, os resultados do estudo dos casos de insucesso (capítulo V) levam-nos a considerar que as histórias, embora tenham características estruturais semelhantes (e.g. tempo passado, causalidade linear, percepção de incompetência,) podem ser muito diferentes quanto aos temas em torno dos quais se organizam (nomeadamente, importância, impacto, conotação e significado pessoal, social e cultural atribuído) e quanto às influências que sofrem dos discursos sociais nos quais se enquadram. O impacto das histórias e dos temas que as organizam é, com efeito, totalmente distinto, consoante o assunto e a afiliação que os sujeitos fazem à versão em foco, e tem implicações consideráveis nas perspetivas, comportamentos e narrativas dos elementos da família e suas audiências sociais. As histórias não são todas iguais e produzem efeitos muito diferenciados na vida das pessoas. Tomemos

como exemplo as histórias veiculadas nos casos em que havia um diagnóstico psiquiátrico prévio. A narrativa da *doença* tem efeitos concretos na vida dos sujeitos em causa e das suas famílias (e.g., na explicação dos comportamentos, nas expectativas face à mudança e ao próprio tratamento, no equacionar do papel da família) e abdicar ou questionar estas narrativas pode ameaçar fortemente os papéis assumidos pelos vários elementos, frequentemente mantidos há muito tempo e inscritos em construções familiares transgeracionais. Embora, no modelo de regressão logística, a “temática sintoma” tenha sido o último preditor a ser incluído e tenha adicionado muito pouco poder explicativo ao modelo, parece-nos importante refletir sobre a importância da discussão do problema durante algum tempo na terapia, o que não impossibilita a inclusão, em paralelo, de outros temas bem como da sua desconstrução ou questionamento. A focalização na doença é fortemente reforçada pela generalidade dos profissionais de saúde, numa perspetiva totalmente oposta à assumida pelos terapeutas sistémicos, o que coloca a família num *double bind* relacional e narrativo muito complexo, gerado pela incompatibilidade de discursos e solicitações dos profissionais. Com efeito, os estudos apresentados parecem apontar para a importância da presença do diagnóstico psicopatológico (no problema apresentado inicialmente) no insucesso da intervenção. Dos seis casos estudados em que os participantes vinham com um diagnóstico inicial de perturbação psiquiátrica ou abuso de substâncias apenas um (de abuso de substâncias) foi considerado sucesso (Tabela I, capítulo III). Outros trabalhos já haviam sugerido a dificuldade da desconstrução do diagnóstico psiquiátrico prévio, bem como a importância da descentração dos temas associados à patologia no contexto terapêutico (Avid, 2005; Burck, Frosh, Strickland-Clark, & Morgan, 1998; Frohs, Burck, Strickland-Clark, & Morgan, 1996). O aprofundamento desta temática é, contudo, essencial para que não se ignorem outras variáveis eventualmente importantes na dificuldade de perturbar as narrativas problema geradas em torno do sintoma doença psiquiátrica ou de sintomas que se mantêm apesar de diversos tratamentos já realizados e em que a expectativa social de mudança é também muito diminuta (e.g., abuso de substâncias).

Adicionalmente, numa perspetiva microanalítica que complementa a anterior, alguns trabalhos recentes sobre o funcionamento cerebral no curso de experiências específicas (Brefezynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davinson, 2007) mostraram uma nova compreensão sobre como o cérebro processa informação

durante algumas conversas e tarefas mentais. Os avanços mais recentes revelaram que o cérebro é um dispositivo de experiências de codificação (*encoding device*) com particular enviesamento face à retenção do que é comumente denominado afeto negativo (Kensinger, 2007, cit. por Beaudoin & Zimmerman, 2011). Acrescentam os autores que este enviesamento deve estar associado à sobrevivência da espécie humana e por isso as experiências de perigo são percebidas como mais importantes a reter do que as experiências positivas. Adicionalmente, assume-se que as redes neuronais responsáveis pela ativação do afeto negativo são em maior proporção do que as associadas ao afeto positivo (Hansen & Mendius, 2009). Este enviesamento levanta um conjunto de dificuldades para os clientes que lutam com problemas psíquicos, pois as experiências associadas aos estados cerebrais são reforçadas sucessivamente através da repetição mental, enviesamento da atenção e experiência limitada de outros estados afetivos (Grimm et al, 2009). O cérebro pode até ter redes neuronais associadas a experiências mais preferidas, mas estas são muito menos desenvolvidas do que as redes associadas às experiências problema, que são metaforicamente descritas como *autoestradas neuronais* (Beaudin, 2010). Quando o afeto negativo é gerado o córtex pré-frontal desenvolve uma explicação para atribuir a esta experiência afetiva que, repetida uma e outra vez, termina em histórias saturadas pelo problema, relativas à pessoa, ou seja, conduz a problemas de identidade. As descobertas descritas, associadas às hipóteses já levantadas sobre a importância das narrativas e histórias geradas e centradas nos sintomas e problemas (em particular a doença psiquiátrica), reforçam o poder negativo que a conversa e experiência deste temas podem ter na limitação da possibilidade de mudança e perturbação da narrativa sintomática. Ainda neste sentido, pode ser que a experiência dos estados afetivos negativos seja mais amplificada pela partilha deste significado e respetiva reação emocional dos restantes elementos da família e casal, o que reforça a conexão neuronal associada ao problema e gera menos disponibilidade afetiva para equacionar outros significados e afetos, associados a histórias alternativas sobre os eventos.

Por outro lado, Bateson (1972) e mais tarde a Keeney (1983) sublinham, a respeito da ambivalência face à mudança, a importância de olhar para a sustentação ecológica do sistema e para o papel que o sintoma nela pode ter, o que exige por parte do terapeuta, uma profunda compreensão da epistemologia do sistema. A perspetiva sistémica assume que os sistemas se transformam para se manterem e

evolúem (idem). Porém, no confronto com a crise, podem não conseguir reunir as condições (contextuais, intra e intersistêmicas) para implementar alterações no seu funcionamento narrativo. Para tal dificuldade podem contribuir fatores como: i) uma forte organização do sistema em torno da narrativa dominante associada ao problema que, embora problemática, permite garantir um funcionamento previsível e seguro e oferece aos elementos uma aparente estabilidade, mesmo que essa estabilidade implique um elevado grau de sofrimento; ii) bloqueios em aspetos nucleares das narrativas que constituem a identidade do sistema como, por exemplo, a rigidificação numa temporalidade particular (e.g. passado ou presente) que dificulta o desenvolvimento de uma perspetiva de futuro, fundamental na mobilização para a mudança; iii) incapacidade de coconstrução de uma meta narrativa terapêutica (de 2º ordem) que permita explicar o problema de forma alternativa, na qual os elementos do sistema (clientes e terapeutas) se revejam, e que possibilite a elaboração de novas histórias e/ou a emergência de histórias subdominantes que diminuam o protagonismo e a importância da história problema; vi) incompatibilidades entre as novas narrativas em desenvolvimento (na terapia) e as perspetivas veiculadas pelos sistemas sociais e discursos culturais relevantes para o indivíduo e para a família, que anulam as novidades e reflexões que o espaço terapêutico potencia.

De acordo com proposta de modelo compreensivo da organização narrativa e da mudança na terapia em “níveis lógicos” (capítulo IV), a mudança acontece de forma progressiva e assume formatos e distintos consoante o nível da organização da narrativa em que acontece. A terapia poderá implicar uma evolução nas perturbações que gera, devendo essa evolução ser ajustada ao “estado” de preparação dos elementos da família para a mudança (Prochaska & Norcross, 2001) e à flexibilidade que ela mostra na integração da perturbação introduzida. A mudança pode começar por ser gerada nos níveis inferiores da organização narrativa como, por exemplo, nas interações, e evoluir para os níveis seguintes e vice-versa. Naturalmente que a introdução de mudança em fase iniciais da terapia nos níveis superiores, por exemplo na causalidade e no tempo, terá repercussões mais rápidas nos restantes níveis, mas apenas será possível para algumas famílias, conforme pudemos perceber nos nossos estudos.

Michael Withe, nos seus últimos trabalhos (2007), havia já introduzido no seu *maps of narrative practices* o denominado *scaffolding conversation map* cuja finalidade era guiar a conversa terapêutica no sentido de gerar mudanças no âmbito da

linguagem. O terapeuta sugere linhas de questionamento, introduz perguntas que obrigam a reflexões sobre conceitos relativos aos problemas dos clientes, às suas iniciativas perante os mesmos e sustenta a mestria do cliente. Ainda elucida e dá suporte ao movimento de distanciamento e reflexão que acontece a partir do que é *conhecido e familiar* e está reproduzido nas relações estabelecidas com os problemas, no sentido do que é *possível conhecer e fazer* no futuro. O cliente e o terapeuta trabalham em parceria para atravessar a zona de desenvolvimento proximal. Este movimento de reflexão e abstração progressiva permite aos clientes distanciarem-se dos problemas e criar espaço de desenvolvimento de novos conceitos de si, da sua identidade, das dificuldades e dos recursos que possuem. A distância e o aumento de mestria sobre os conceitos convida os clientes a exercitar a sua iniciativa pessoal sobre as dificuldades com que se deparam e sobre as soluções. Os passos do *scaffolding map* estão organizados hierarquicamente, com níveis progressivos que se iniciam na nomeação das dificuldades e ou iniciativas (nível mais baixo) até aos novos planos (nível mais elevado) que resultam do processo de reflexão (Ramey, Young, & Tarulli, 2010). Consideramos estes mapas, não como rotas que definem o processo terapêutico, mas, analogamente aos três níveis de organização da narrativa propostos neste trabalho (capítulo IV), como pontos de partida para promover e desafiar as narrativas construídas sobre os problemas e sobre a vida das pessoa. A finalidade não é chegar a ideias ou compreensões específicas, mas criar oportunidades para que os clientes façam descobertas na passagem pelos vários níveis e ajudar à mudança na forma como os significados e a linguagem são gerados, ou seja, na construção das histórias.

4. Implicações para a Prática Clínica

Várias implicações, gerais e específicas, podem retirar-se para a prática clínica. A primeira, já amplamente discutida e exposta, relaciona-se com a exigência de uma avaliação cuidadosa, ao longo do tempo, sobre o funcionamento narrativo dos vários sistemas que procuram a terapia. É, com efeito, muito importante identificar, conjuntamente com os clientes, as histórias problema e os seus pontos de bloqueio, em termos estruturais e de conteúdo (temas) bem como o enquadramento familiar, social, cultural e político das forças em que estas histórias se desenvolveram e subsistem. Ou seja, qual é a adesão da família aos discursos veiculados à sua volta, quem aderiu mais, menos, e porquê, qual o impacto e que consciência crítica existe

sobre os mesmo. Esta avaliação é fundamental para compreender e endereçar as ambivalências e dificuldades colocadas perante a transformação que a terapia implica e para orientar os focos terapêuticos para os pontos nodais no desbloqueio das histórias e narrativas. Naturalmente que esta avaliação implica que o terapeuta adira à metáfora das histórias e das narrativas. Deve saber o que é a narrativa, como se organiza e, a partir deste conhecimento, assumir uma relação de colaboração com os clientes, com a finalidade de descobrir como se configuram estes aspetos, como atendê-los e como gerar perturbação, naquele contexto especial, garantido o respeito pela identidade do sistema.

A implicação anterior conduz à segunda grande implicação clínica desta investigação: o estabelecimento da acoplagem terapêutica (Matura & Varela, 1992). Esta acoplagem traduz-se no estabelecimento de uma relação colaborativa geradora de uma meta narrativa terapêutica (ou de 2ª ordem) dotada de capacidade para mudar as narrativas de 1ª ordem, consideradas problema para os clientes e terapeutas.

Implicações mais específicas sobre a condução do processo terapêutico evidenciam a necessidade de introdução de perturbação nos níveis superiores da narrativa (tempo e espaço) e a inclusão de temas não problema na sessão, embora também tenha ficado sublinhada a necessidade de discutir o sintoma durante algum tempo, para, posteriormente, dele se *abdicar*.

As terapias devem procurar introduzir perturbação na rede de histórias do indivíduo, da família, do casal, e podem fazê-lo de múltiplas formas; através do questionamento da sua epistemologia dominante, por via de técnicas terapêuticas (como interrogatório circular, conotação positiva, reenquadramento, técnicas ativas, *reflecting team*, externalização, entre muitas outras) utilização das ressonâncias pessoais, pontuação e amplificação de processos narrativos etc..

As conclusões destes estudos permitem inferir que os indivíduos, e também as famílias, possuem padrões de construção de histórias que se ligam a opções epistemológicas e relacionais, mantidas ao longo do tempo, para responder a situações específicas. Porém, algumas histórias não se ajustam às circunstâncias atuais (mais frequentemente nas dimensões tempo e causalidade; e.g. *quando os pais explicam os problemas associando-os ao consumo e este não ocorre há alguns anos*). Questionando estes padrões e evidenciando o *padrão que liga* (Bateson, 1979) tais histórias ao longo do tempo podem encontrar-se novas possibilidades de

significação. Pode, assim, ser importante que, na terapia, se disponibilize tempo para a exploração de histórias do passado e do presente e que se coloquem à discussão as *histórias* do futuro, devendo o terapeuta trabalhar e introduzir a reflexão sobre o tempo e a sua irreversibilidade, evidenciando o *efeito ilusório* das histórias dos sintomas/problemas e das suas consequências, em particular a impossibilidade de progressão temporal. Por via deste efeito ilusório, as pessoas e as famílias adotam a ideia de que o sintoma/problema é a única história que realmente interessa contar acerca da sua vida, pois é a que explica todas os comportamentos, interações, atribuições, preocupações e sofrimento. Por essa razão se transforma na narrativa dominante.

Adicionalmente, mas não menos importante é a introdução da complexidade (Morin, 1990), refletida nas terapias sistémicas pela epistemologia circular. Com efeito, todos os dados relativos aos aspetos narrativos do sucesso e insucesso sublinham a importância da causalidade na mudança e não mudança nas narrativas, aspeto que já outros estudos e outros autores haviam evidenciado (Friedlander & Haetherington, 1998; Sequeira, 2004; Sequeira & Alarcão, 2009; Sluzki, 1992). Atender à complexidade dos fenómenos, em geral, e dos problemas, em particular, pode significar uma mudança profunda na visão que temos do mundo. Obriga-nos a perceber quer as limitações quer as potencialidades geradas pelo nosso pensamento, pelas interações, pelos comportamentos, pelos discursos presentes nas histórias que construímos na relação com os outros. O terapeuta sistémico que trabalha com a metáfora das histórias e da narrativa tem o dever ético de sensibilizar os seus clientes para a circularidade e deve, ele próprio, evoluir na forma como a integra no trabalho terapêutico. A circularidade ajuda os clientes a desfocarem-se dos problemas e a adquirirem uma visão mais inclusiva e ecológica das dificuldades, o que resulta na sua relativização e questionamento. Foi assumido, a respeito dos insucessos, que a impossibilidade de dispor da circularidade na organização narrativa pode bloquear a construção de uma nova narrativa terapêutica que transforme as narrativas problema. No sentido oposto, dispor da circularidade potencia a construção de pontos de contato entre as versões dos clientes e terapeutas, possibilita outras pontuações, outras histórias, comportamentos e interações.

Outra implicação clínica, já apontada, diz respeito à necessidade de abordar e desconstruir os discursos psicopatológicos e os efeitos pragmáticos que eles têm na narrativa e nas relações na família. Importa criar espaço e tempo para que os sujeitos

possam pensar, experimentar e, posteriormente, escolher que narrativa(s) querem adotar e qual a utilidade da adoção da narrativa problema e das outras narrativas possíveis.

As conclusões sobre a importância da inclusão de assuntos não problema na terapia, associados aos estudos recentes referidos sobre a neurobiologia cerebral, apontam também para a necessidade de criar, na terapia, um espaço de vivência e construção de afetos e significados positivos, histórias e narrativas não problema, que possam introduzir perturbação nas conexões neuronais associadas aos problemas, em maior número e mais rápidas, o que significa que são mais facilmente ativadas. A terapia deve munir-se de técnicas e instrumentos, a começar pelo próprio terapeuta, que amplifiquem a vivência de histórias positivas, eventos únicos e novas versões das dificuldades. Quer a desconstrução quer a externalização, mudam as perspectivas dos clientes sobre as dificuldades; o processo de colocação de questões externalizadoras relativas às *autoestradas neuronais* pode ter no cérebro o efeito de gerar a distancia mental de que o lado esquerdo do cérebro necessita para lidar com a sobrecarga emocional associada ao funcionamento do sistema límbico, desencadeada pelos problemas. Uma vez ligadas as operações do córtex pré-frontal podem ter mais influência e os avisos de “perigo, perigo” da amígdala podem ser melhor geridos e eventualmente mudados. Se a ligação é feita corretamente, a externalização pode ajudar os clientes a perceber que os seus sintomas são um produto mental da união da amígdala que dispara o afeto negativo e do córtex pré-frontal que associa palavras e significados e esta experiência. Novamente, estas ligações e significados alternativos, abrandam a velocidade da ativação das reações emocionais e dos significados associados aos problemas. O sofrimento pode deixar de ser visto como fixo e abrangente e passar a ser encarado como uma representação de experiências que podem ser examinadas, endereçadas e alteradas (Beaudoin & Zimmerman, 2011), que correspondem a produtos mentais e não à identidade das pessoas.

Sousa (2001) acrescenta que estas conversas que mudam as experiências afetivas dos clientes, e as conclusões que por elas são influenciadas, são também importantes porque alteram a memória cerebral cada vez que são revisitadas e experimentadas. A memória do evento encontra-se envolta nos significados e estados de humor gerados de cada vez que o evento é revisitado; e estados de humor mais intensos têm maiores efeitos do que estados neutros. Prossegue

dizendo que uma vez que a memória de uma experiência é ativada em terapia e discutida de forma significativa, automaticamente será integrada e guardada de uma forma diferente da inicial.

Daqui resulta que a terapia deverá incidir nos momentos de vivência de afetos positivos, incluir espaços de humor, promovê-los explicitamente, descentrar a conversa do sintoma e dos problemas e histórias associadas. Simultaneamente deve também ser capaz de gerar discussão sobre as formas mais positivas para equacionar os problemas, olhá-los através de afetos menos negativos e centrar-se nas experiências bem sucedidas que ativam formas de funcionamento adaptativo dos sujeitos, famílias e casais, como são as singularidades, e que transformam a memória dos eventos. Estes eventos livres da influência dos problemas representam as competências dos clientes no desenvolvimento de novas histórias e comportamentos mais congruentes com os seus valores.

O terapeuta deverá então atender a outras variáveis, que se associam às ligações afetivas neuronais que existem entre alguns eventos e os afetos que desencadeiam, na gestão da sessão, aspeto que a grande maioria dos terapeutas sistémicos não atende frequentemente. Estas ligações afetivas negativas sobre os problemas, quando ativadas na terapia, podem impedir que os clientes consigam ouvir, pensar e refletir sobre outras versões que possa querer trabalhar-se, o que implica que terapeuta e cliente percebam o que está a acontecer e criem um espaço de diminuição da tensão gerada, por exemplo, através da introdução de outro tema, de um significado positivo associada ao evento, de singularidades ou até interromper a sessão durante uns momentos.

Em momento anterior foi apontada a necessidade da terapia criar um espaço para discussão e reflexão sobre o problema, em particular permitir o questionar das narrativas psicopatológicas associadas a alguns sintomas, sendo agora evidenciada, quase em sentido oposto, a necessidade de não reforçar as conexões neuronais associadas às narrativas do sintoma e, por isso, incluir outras temáticas capazes de gerar estados emocionais e significados mais positivos. Com efeito, poderá ser importante que a terapia permita as duas coisas ou até que privilegie um aspeto e atenda depois ao outro, dependendo do impacto que ambos têm nas pessoas e sistemas em causa. Poderá ainda ser possível a discussão das histórias problema e em simultâneo introduzir ou criar contextos que possibilitem emergência de estados emocionais mais positivos e com menos ativação emocional negativa, por exemplo,

através de técnicas ativas, como a troca de papéis, fantoches, metáforas, histórias com outros personagens com problemas semelhantes aos da família, ou utilizando técnicas de baixa tensão (e.g., o genograma, o conto sistêmico e até a externalização).

Quanto às abordagens que fundamentaram a nossas práticas clínicas apontam-se algumas implicações curiosas. Nesta investigação, a adesão ao modelo utilizado nas terapias estudadas não foi monitorizada por ser relativamente consensual e assumido que os terapeutas sistêmicos são integrativos, por natureza. Considerámos ainda que essa avaliação não seria uma prioridade neste trabalho. A prioridade era estudar terapias tal como elas acontecem no seu contexto e enquadramento habitual (critério da validade ecológica). Estabeleceu-se como único critério para estudo (para além de questões técnicas das gravações das sessões e termino da terapia) a adoção preferencial da abordagem narrativa, mesmo que esta não se constituísse como única. Esta situação contextual, ou seja a não monitorização e a não exigência da adesão exclusiva ao enfoque narrativo revelou-se muito interessante. Permitiu perceber e agora hipotetizar, embora estes dados não tenham sido especificamente endereçados nem estudados, que os terapeutas que preconizam uma articulação entre diferentes abordagens aumentam o leque de formatos de perturbação, gerando diversidade relacional na sessão e amplificando as mudanças e seu impacto. Por exemplo, a identificação de singularidades pode ser amplificada através da intervenção do *reflecting team* ou do trabalho de genograma e até de técnicas ativas como a escultura, os *role playings*, etc.,. Por outro lado, o estudo mais aprofundado das terapias de insucesso evidenciou alguma oscilação nas dimensões trabalhadas em cada sessão e ao longo do processo terapêutico, ou seja a *falta de fio condutor*. Verificou-se, por exemplo, na análise dos objetivos, dimensões narrativas mais consideradas e técnicas implementadas (tabelas II, III e IV do capítulo V) que a perturbação do tempo (estático) e da causalidade das narrativas (linear) ou a exploração da influência das narrativas socialmente disponíveis (reflexividade narrativa) não foram endereçadas de forma contínua e consistente ao longo das sessões. Esta oscilação pode dever-se à não adoção preferencial e constante, da abordagem narrativa e à focalização em aspetos considerados pelas abordagens sistêmicas como muito relevantes, como por exemplo os padrões de comunicação, os papéis familiares, etc.,. A opção pela postura integrativa pode gerar mais recursos de compreensão e de intervenção, mas tem como risco a perda de foco e

intensidade no trabalho narrativo. Sabemos, da experiência clínica, que, por exemplo, a reflexão sobre a importância de alguns discursos sociais nas histórias de vida das pessoas passa, num primeiro momento, por *olhar* para estes discursos. Frequentemente, as pessoas não pensam na possibilidade de estarem a ser constrangidas, limitadas ou influenciadas por eles, quer na sua vida pessoal quer familiar. Só posteriormente é possível identificá-los, refletir sobre os exercícios de influência em jogo, suas consequências e transformação. O terapeuta terá então de manter este foco, podendo, naturalmente, também assumir outros, para que o cliente tenha espaço de construção de um *olhar* seu sobre estas possibilidades. O questionamento implica sempre tempo de incidência e continuidade, conversa e reflexão *sobre* a narrativa e *na* narrativa. Tal como pressupõem Fredman e Combs (2008, p. 245) “os mecanismos de mudança nas terapias narrativas são contar, recontar, ouvir e viver vidas multi-históricas” e para isso é preciso que a terapia gere este foco e assegure continuidade. O alargamento na compreensão dos problemas psíquicos e relacionais às influências (potenciadoras ou constrangedoras) dos contextos mais alargados (cultura, amigos, residência, entre outros) nos quais os sistemas em dificuldades se enquadram, teve também como consequência uma expansão da terapia à inclusão das audiências relevantes (presencial ou virtualmente). Esta expansão parece-nos ser útil para colaborar na validação e amplificação das mudanças em curso no contexto terapêutico. Os resultados do estudo qualitativo (capítulo V) apontam para a necessidade de organizar espaços de amplificação das versões novas geradas na terapia (e.g., singularidades e momentos de reflexividade narrativa) pois o encarceramento da novidade, tal como se verificou, bloqueia a percepção de competência e *agency* fundamentais na ocorrência da mudança. Pode, por isso, a terapia promover a vinda de elementos importantes das relações sociais e familiares à consulta (e.g., família de origem, amigos, outros técnicos que estejam também a intervir no caso, entre outras possibilidades) ou a discussão, autónoma, entre os clientes e as outras pessoas relevantes destas novas histórias.

5. Sugestões para Trabalhos Futuros

Em trabalhos futuros importa endereçar, como já fomos referindo, alguns aspetos que não foram totalmente explorados nesta tese, nomeadamente a análise e confirmação adicional de alguns resultados e a validação empírica mais alargada das conclusões teóricas desenvolvidas sobre os níveis da mudança.

Interessa estudar a aplicabilidade do modelo dos níveis de mudança narrativa apresentado a casos considerados bem sucedidos, num primeiro momento através de abordagens qualitativas, no sentido de gerar um conhecimento aprofundado dos microprocessos da mudança e de avaliar a justeza da abordagem teórica sugerida e testada na análise dos insucessos. Posteriormente, dever-se-ia alargar a investigação a análises com um maior número de casos, modalidades terapêuticas diversas (exemplo terapia familiar, terapia de casal, terapia individual) e incluir participantes que apresentam sintomatologia diversificada, para verificar a possibilidade de generalização do modelo sugerido às terapias sistêmicas de enfoque narrativo .

Os resultados apontam ainda para a pertinência de estudos específicos sobre a interação clientes-terapeutas, focados na compreensão aprofundada dos processos narrativos e das dimensões da narrativa, verificando a forma como eles resultam ou não em mudanças no decorrer da sessão. Por exemplo, estudar as interações que ocorrem em torno das singularidades - analisar quem as introduz, como respondem os participantes, qual o desenvolvimento e espaço que lhes é dado na conversa, como evoluem e são promovidas de uma sessão para a seguinte.

Face à necessidade de triangulação da informação gerada pelo SAMN para fortalecimento das informações deste sistema quanto à avaliação da mudança narrativa, seria interessante o desenvolvimento de estudos na continuidade dos aqui apresentados com a inclusão de formas adicionais de monitorização das mudanças nos clientes, tal como foi sugerido num momento anterior com recurso a outros meios de informação. Sugere-se utilização de escalas de avaliação do funcionamento familiar, entrevistas aos participantes sobre a percepção de mudança em várias fases da terapia e recurso a outros sistemas de avaliação da narrativa, no sentido de analisar a coincidência da informação gerada em dimensões próximas (e.g., singularidades e momentos de inovação).

Quanto à capacidade do SAMN identificar mudanças narrativas ocorridas e a sua relação com o modelo/abordagem preconizado pelos terapeutas, terá interesse desenvolver um estudo comparativo em terapias nas quais é monitorizada a adesão apenas à abordagem narrativa versus adesão a outras abordagens (e.g., integrativa, estrutural, etc.). Este trabalho poderia explicitar as vantagens e limitações de uma e outra possibilidade e ainda informar sobre a transversalidade da mudança narrativa em qualquer forma de terapia, contribuindo assim para o reforço dos estudos sobre os *common factors of change*.

Finalmente, é fundamental o desenvolvimento de estudos sobre o impacto da formação no âmbito do SAMN, com terapeutas sistêmicos, no sentido de identificar a utilidade e pertinência do conhecimento das dimensões da narrativa nas práticas clínicas desenvolvidas (avaliação e seguimento em terapia). Este trabalho, que já iniciámos, encontra-se em fase de desenvolvimento.

Embora a análise comparativa da mudança narrativa entre a terapia familiar e terapia de casal estivesse inicialmente prevista neste doutoramento e não tenha sido possível realizá-la nos estudos aqui apresentados, (por questões associadas ao número de participantes e à necessidade de focalização da investigação) consideramos existirem algumas especificidades entre as modalidades terapêuticas referidas que justificam trabalhos adicionais nesse sentido.

Os estudos apresentados nesta tese representam assim um contributo para a assunção da eficácia e desenvolvimento das terapias sistêmicas de enfoque narrativo, fundamentadas nos pressupostos sistêmicos originais, apontam as dimensões narrativas mais relevantes na mudança terapêutica, sugerem um conjunto de indicações para a prática clínica, orientada narrativamente e identificam as questões de investigação sobre a mudança narrativa nas terapias sistêmicas que pode ser importante serem desenvolvidas em trabalhos futuros.

Referências Bibliográficas

- Avid, E. (2005) Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(4), 493–511. doi:10.1348/147608305X52586.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. University of Chicago Press. ISBN 0-226-03905-6.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity (Advances in Systems Theory, Complexity, and the Human Sciences)*. Hampton Press. ISBN 1-57273-434-5.
- Beaudin, M. N. (2010). *The SKILL-ionaire in every child: Boosting children's sócio-emotional skills using the latest in brain research*. San Francisco: Goshawk Publications.
- Beaudoin, M. N., & Zimmerman, J. (2011). Narrative therapy and interpersonal neurobiology: Revisiting classic practices, developing new enphases. *Journal of Systemic Therapies*, 30(1), 1-13. doi:http://dx.doi.org/10.1521%2Fjsyt.2011.30.1.1

- Beutler, , L. E., Bongar, B., & Shurkin, J. R. (1998). *A consumer's guide to psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Blow, A. J., & Sprenkle, D. H. (2001). Common factors across theories of marriage and family therapy: A modified delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 385-402. doi:<http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2001.tb00333.x>
- Blow, A. J., Morrison, N. C., Tamaren, K., Wright, K., Schaafsma, M., & Nadaud, A. (2009). Change process in couple therapy: An intensive case analysis of one couple using a common factors lens. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3) 350-368. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2009.00122.x>
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 91 - 123). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Brefczynski-Lewis, J. A. Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davinson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of América*, 104(27), 11483-11488. doi:<http://dx.doi.org/10.1073%2Fpnas.0606552104>
- Burck, C., Frosh, S., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1998). The process of enabling change: A study of therapist interventions in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 20(3), 253-268. doi: 10.1111/1467-6427.00086
- Carr, D. (1997). Narrative and the real world: An argument for continuity. In L. Hinchman e S. Hinchman (Eds.), *Memory, identity, community: The idea of narrative in the human sciences* (pp. 7-25). New York: State University of New York.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). *The heroic client: Doing client directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Etchison, M., & Kleist, D. (2000). Review of narrative therapy: Research and utility. *Family Journal*, 8, 61-66. doi:<http://dx.doi.org/10.1177%2F1066480700081009>
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton.
- Freedman, J. & Combs, G., (2008). Narrative couple therapy. In A. Gurman (Ed.) *Clinical handbook of couple therapy* (pp.229-258). New York: The Guilford Press.

- Friedlander, M., & Heatherington, L. (1998). Assessing clients' constructions of their problems in family therapy discourse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(3), 289-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.1998.tb01086.x>
- Frosh, S., Burck, C., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1996). Engaging with change: A process study of family therapy. *Journal of Family Therapy*. 18(2), 141-161. doi: 10.1111/j.1467-6427.1996.tb00041.x.
- Gergen, K. & Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & J. Gergen (Ed.) *Therapy as social construction* (pp.166-185). Thousand Oaks: Sage.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1080%2F10720530802500748>
- Grimm, S., Ernst, J., Boesiger, P., Schuepbach, D., Hell, D., Boeker, H., & Northoff, G. (2009). Increase self-focus in major depressive disorders is related to neural abnormalities in subcortical midline structures. *Human Brain*, 30(8), 2617-2627. doi:<http://dx.doi.org/10.1002%2Fhbm.20693>
- Hansen, R., & Mendius, R. (2009). *Budha's brain: The practical neuroscience of happiness, love and wisdom*. Oakland, CA: New Habinger.
- Helmeke, K. B., & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4) 469-483. doi:<http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2000.tb00317.x>
- Keeney, B. (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford Press.
- Kogan, S., & Gale, J. (1997). Decentering therapy: Textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process*, 36, 101-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1997.00101.x>
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudos sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Matura, H. & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge*. Boston: Shambhala Publications.
- Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (1995) The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: Introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 341. doi: 10.1111/j.1752-0606.1995.tb00169.x

- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2000.tb00270.x>
- Prochasta, J. O., & Norcross, J. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38, 443-448. doi: <http://dx.doi.org/10.1037%2F0033-3204.38.4.443>
- Ramey, H., Young, K., & Tarulli, D. (2010). Scaffolding and concept formation in narrative therapy: A qualitative research report. *Journal of Systemic Therapies*, 29(4), 74-91. doi: 10.1521/jsyt.2010.29.4.74
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2002). Meta-analysis of MFT interventions. In D. H. Sprenkle (Ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp.339-370). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family.
- Sequeira, J. (2004). *Caleidoscópio terapêutico. Mudança e co-construção em terapia familiar*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2009). A mudança nas terapias sistémicas. Transformação narrativa nas terapias familiares e de casal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD, Revista de Psicologia*, XXI, 1(4), 13-24.
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (no prelo). *Assessment System of Narrative Change. Reliability and validity studies. Journal of Systemic Therapies*.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230. doi:<http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545-5300.1992.00217.x>
- Sousa, D. (2001). *How the brain learns*. Thousand Oaks , CA: Corwin Press.
- Sprenkle, D. H. (Ed). (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Sprenkle, D. H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 85-96. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb00385.x
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Stratton, P, Bland, J., Janes, E & Lask, J. (2010) Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*. 32(3), 232-258. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x

Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.