

¿QUIEN ESCRIBE NUESTRAS HISTORIAS? COMPROMISOS NARRATIVOS Y TRAYECTORIAS DE DESARROLLO

Santa Parrello

Dipartimento di Scienze Relazionali G. Iacono

Università degli Studi Federico II - Napoli - Italia

INTRODUCCIÓN

El pensamiento filosófico posmoderno y la epistemología constructivista social en las ciencias humanas constituyen el fondo teórico dentro del cual se coloca la contribución de Bruner de 1990, verdaderos y reales postulados de la Psicología Cultural y Narrativa. El pensamiento narrativo es instrumento fundamental de organización y conocimiento de la experiencia a nivel pre y protolingüístico (Dunn, 1988; Bruner, 1986; 1990; Smorti, 2003) y muestra como las figuras de apego tienen el poder de ofrecer e imponer su narración de la realidad: acogerla se convierte en una declaración de afecto (Cyrułnik, 2008), primero para el niño, y luego para el adulto. El pensamiento narrativo, que estructura un Si mismo Narrativo (Bruner, 1997; Sterne, 1998), sigue desarrollando su papel en la cotidianidad junto al pensamiento paradigmático: es así que en el individuo se estratifican muchas culturas, familiares y de los grupos de pertenencia, a los cuales él hace constantemente referencia, repitiendo tramas narrativas preconstituidas hechas para mantener la supervivencia y la estabilidad de las estructuras sociales (Cyrułnik, 2008).

En las situaciones de transición biográfica, canónica o traumática, la narración de si mismo, activa un tipo específico de reflexión que puede permitir distinguir entre guiones viejos y necesidades personales de reescritura, según una perspectiva personal nueva (Bruner, 1997). El objetivo no es buscar la historia verdadera, si no el de dar vida a una historia justa para si mismo (Hillman, 1983; Dunn 1988; White, 1995), un compromiso que permita dar significado y asumir papeles más afines a los propios deseos. La investigación psicológica se ocupa desde hace tiempo de historias familiares que deben ser rescritas en terapia (Hillman, 1983; White, 1992; Byng-Hall, 1995; Bertrando, 2005; Hierro, 2005) pero también puede ocuparse con rigor teórico y metodológico de las "historias oficiales" producidas por las instituciones y de las "historias dominantes" construidas por la cultura sobre sus propias instituciones, por ejemplo, instituciones educativas y sanitarias, que responden al objetivo de mantener un sistema de poder y explotación (de los jóvenes y los pacientes) (Illich 1971; 1976): "nadie es autor al ciento

por ciento de su propia historia, a todos en alguna medida, alguien nos narra” (Bertrando, 2005, p. 154).

El gradiente del "compromiso narrativo" entre historias oficiales, dominantes y personales paradójicamente depende del contexto cultural, que provee al mismo tiempo guiones y recursos para describir los textos. También el investigador que recoge las autobiografías tiene un papel, como *lector en fábula* (Eco, 1979), por su inevitable implicación y como interlocutor que debería ser competente, activo y reflexivo (Schön, 1983; Ghaye, 1998), auténticamente interesado en el otro, con el que estipula un "pacto narrativo" para crear un espacio de intercambio y co-construcción de nuevos y posibles significados.

En el curso de los años he dirigido algunas investigaciones de psicología del desarrollo ocupándome de transiciones críticas, adscribibles a desafíos normativos o a cuasi-normativos y no normativos (Hendry, Kloep, 2000): he podido recoger preciosas narraciones personales las cuales contienen varios grados de compromisos narrativos. Generalmente, todos intentan en primera instancia, colocarlas dentro de un guión dominante recibido por la familia, la escuela, las instituciones sanitarias o la sociedad, porque esto tiene un efecto tranquilizante. Los eventuales problemas y el malestar que se deriva, pueden ser "subjetivantes", o sea, tratados como problemas personales. Puede ocurrir, sin embargo, que la historia dominante no permita que se afronten estas situaciones, y por lo tanto, no se permite darle un sentido al Ser. En este punto sirven tramas narrativas nuevas, para colocar al malestar en su lugar originario, que a menudo no es nada subjetivo, sin embargo, puede ser localizable en los discursos sociales e institucionales (Focault, 1975; White, 1992; 1995).

INVESTIGACIONES

Sujetos y métodos. Se hará referencia a historias recogidas en la ciudad de Nápoles y en su zona conurbana, dentro de instituciones escolares y sanitarias. La metodología elegida fue siempre narrativa (Bruner, 1987; 1991), aun cuando los instrumentos utilizados varían: narraciones escritas con indicaciones específicas o entrevistas narrativas audio grabadas, libres o con indicaciones de temas a profundizar, activadas por diversas preguntas generativas, y después desbobinadas y transcritas fielmente (Atkinson 1998; Cardano, 2003). El material escrito, con el permiso de los sujetos a los cuales se les garantiza su privacidad, fueron sometidos a varios tipos de análisis. Específicamente: (a) análisis de la estructura de la historia (Demaziere, Dubar, 1997); (b) análisis textual de tipo estructural-semántico, el cual valora las recurrencias estadísticamente significativas

de palabras densas o con sentido, dentro de las estructuras sintácticas específicas; el producto es la individuación de clases de discurso y factores explicativos (software Alceste, Reinert, 1993; 1998); (c) análisis textual por categorías, la cual consiste en atribuir etiquetas de sentido a segmentos de texto a través de la valoración conjunta de diferentes jueces, según criterios que pueden ser inductivos o deductivos, es decir partir de los datos o de preguntas de investigación y esquemas teóricos; el resultado es un árbol de macro y micro categorías (software N.Vivo, Richards, 2000; 2010).

HISTORIAS DE FORMACIÓN

Historias de alumnos. A 181 estudiantes (91 M y 90 F), inscritos al último año de preparatoria, donde tenían que tomar decisiones que tenían que ver con su futuro formativo y/o profesional, propusimos un cuestionario que mide ideas y actitudes sobre el futuro (IAF, Nota y Soresi, 2000); a un número más pequeño (12), les propusimos una entrevista narrativa: "Cuéntame tu vida empezando de dónde deseas".

La hipótesis fue que el tipo de escuela (Liceo o Instituto Profesional¹) hubiera de algún modo dotado de un guión sobre el futuro a los estudiantes, un tipo de historia dominante que era improbable, que ellos pusieran en tela de juicio. Los textos fueron analizados con N-vivo según un criterio de análisis de categorías y los resultados² van justo en la dirección esperada: haciendo a un lado los rasgos absolutamente individuales de cada entrevista, relativos obviamente a la historia personal del narrador (separación de los padres, lutos, enfermedades, etcétera), por el resto aparece claro que, los estudiantes de los Liceo han hecho propia la historia de una carrera formativa en la que se prevé un curso universitario y los estudiantes de los Institutos Profesionales ya se han apropiado del rol de futuros trabajadores poco calificados y precarios: y esto prescindiendo de recursos externos e internos, intereses, talentos o soportes sociales. La historia dominante parece haber iniciado antes, cuando familias y sociedad orientaron la elección del tipo de escuela y de algún modo han minado el sentido de autoeficacia de estos adolescentes:

"me siento un poco.. a veces vuelvo atrás y no estoy seguro de la elección que he hecho, porque hubiera querido llegar a ser ingeniero y por lo tanto tener un título... quizá fue el número de exámenes lo que me asustó, o bien la dificultad de algunos exámenes, lo que me hace sentir un poco... como decir... sin fuerzas, es decir como si no lograra creer que yo puedo superar un examen";

¹ En el sistema educativo Italiano, todas las escuelas preparatorias de 5 años permiten el acceso a la universidad, pero los Liceos están estructurados de manera que otorgan una preparación teórica más adecuada para proseguir con los estudios, mientras que los Institutos Profesionales, dan una preparación más técnica y calificada dirigida a dar una formación para insertarse en el ambiente laboral. Estos dos tipos de escuela, acogen estudiantes que pertenecen a estratos sociales diferentes

² Para ver con más detalle los resultados, se puede consultar el artículo: Cozzolino M. D., Menna P., Parrello S., (2009) "Verso il futuro: percorsi scolastici ed orientamento alla scelta", *Psicologia Scolastica*, vol.8, n. 1.

"imagino que no pudiendo realizar mi sueño del periodismo y de la política, estaría de cualquier modo contento con vivir en * * y de ser el taxista, que es el trabajo de mi padre. En todo caso es un trabajo que no tiene horarios, si quieres trabajar, trabajas, si no quieres trabajar, no trabajas. Y te permite una vida decorosa"

"¿Pues, me gustaría estudiar psicología, pero... a Psicología pienso que ingresa un número muy reducido... me entiendes? No creo lograrlo, es una cuestión de inseguridad y todo el resto, ¿no? No creo poder ingresar, porque hay millones de estudiantes que lo intentan... es un poco difícil, en todo caso... no lo sé, tengo un poco de miedo";

"Y naturalmente si no tienes recomendación, tienes que ser afortunado y espero serlo."

En otras palabras, parece que nuestros estudiantes, casi adultos (Arnett, 2000; Aleni Sestito, Parrello, 2004) acepten con resignación la narración dominante, según la cual la escuela y los maestros no pueden otorgar los instrumentos necesarios para promover socialmente a los estudiantes, no obstante la institución tenga justamente esto como objetivo oficial.

HISTORIAS DE DOCENTES

Al interno de un Curso Especial de Capacitación para la Enseñanza (2007), se les propuso a los 68 docentes que tomaban el curso (48 F y 20 M) con títulos técnicos o licenciados en varias disciplinas, con muchos años de carrera como "suplentes" en diversos tipos de escuela, contestar por escrito a la frase generativa: "Narra algún encuentro con uno o más alumnos "difíciles". El objetivo fue estimular la reflexión de los docentes y utilizar en el grupo de formación las experiencias provistas por cada uno. El corpus textual recogido fue categorizado en un primer nivel de contenido, dividiendo las 68 narraciones en tres macro categorías temáticas³; después el texto fue sometido a un análisis exploratorio de tipo cuali-cuantitativo mediante el software Alceste; posteriormente de los primeros dos grupos temáticos (omitiendo el tercero sobre la incapacidad, el cual ha sido tratado en otro espacio⁴), fueron seleccionados 4 textos para profundizar el análisis específico de las categorías mediante el software N-vivo.

Sin entrar en el detalle de los complejos resultados de los dos análisis⁵, evidenciamos que los docentes muestran diferentes grados de conciencia de las propias emociones implicadas en los procesos educativos: cuando existe conciencia de ello, se

³ 1. encuentro con alumnos o clases de contextos socioculturales degradados y disgregados; 2. encuentro con alumnos o grupos de contextos socioculturales acomodados; 3. encuentro con alumnos con discapacidades graves ("portadores de caos").

⁴ Parrello S., *Disabilita' e caos in classe: gli insegnanti raccontano*, Congreso "Los lugares de la integración: el niño minusválido entre familia e instituciones", G.I.F.Fa.S, Bagnoli, Nápoles el 30 de mayo de 2008

⁵ los resultados fueron analíticamente presentados en: Parrello S., Menna P. *Allievi o relazioni "difficili"? Gli insegnanti precari si raccontano*, Il Convegno Europeo sulla Salute Psicologica del Bambino e dell'Adolescente nei Contesti Educativi, La Cura della Relazione nei Contesti Educativi: Problemi e Prospettive Attuali 29, 30 noviembre y 1 diciembre 2007- Napoli; Menna P., Parrello S., "Sono qui.. ma non abbastanza". Gli insegnanti precari si raccontano, Giornate Seminario Progetto Chance "Rivisitare le questioni di fondo", 8-9 febrero 2008 - Napoli;

Parrello S., Menna P., "Mi fa ancora male parlare...": il ruolo delle emozioni nelle relazioni difficili tra insegnanti precari ed allievi, I Congresso Nazionale "In classe ho un bambino che...". Apprendimento e aspetti relazionali nella scuola - Firenze, 6, 7 febrero 2009.

desencadenan procesos positivos en las relaciones difíciles con los alumnos, cuando al contrario prevalecen los mecanismos de negación, es evidente el riesgo de un obstáculo emocional que complica la situación. En estos últimos casos, parece repetirse siempre la misma historia:

"la escena cotidiana es ésta: el maestro entra a clase y, entre alborotos de diversos géneros, inicia su lección frontal, primera promete un premio a cambio de silencio y atención, luego amenaza, grita, pone una nota, el espacio para los reportes, algunos días, está lleno, repleto..";

"con la excepción de pocos chicos, todos se rieron, bromearon y no tomaban en serio ni a mi, ni a las matemáticas";

"yo ya pasé por ese sentido de impotencia, ya experimenté aquel nudo en el estómago que se te hace antes de pasar el umbral... porque no sabes si lograras resistir toda la hora de la lección."

Es evidente que son necesarios espacios y tiempo para "pensar las emociones", (incluidas aquellas derivadas del empleo inestable), dentro de la institución escolar, para por ejemplo, distinguir la propia rabia de aquella de los alumnos, el propio sentido de impotencia de aquel de los chicos, de los cuales se tiene la responsabilidad formativa. Aunque nuestra Escuela conoce estas historias tiende a no asumir la responsabilidad institucional que le corresponde:

"Yo iba a atraparlo sobre los armarios, sobre los bancos, mientras se subía al pizarrón, mientras se encaramaba sobre las ventanas amenazando con lanzarse hacia afuera. A pesar de mis solicitudes de ayuda, la Directora rechazó todas mis peticiones sustentando que yo, en cuanto maestra, tenía que buscar - y ¿encontrar? - la "estrategia". Mientras tanto, yo pensaba que se podía pedir la opinión de un neuropsiquiatra infantil del ASL, que tendría - tarde o temprano - que revisar al famoso niño. Ni que decir de las colegas (...): "Querida mía, el problema es de quien tiene al niño!". El infeliz alumno empeoró cada día más, tal como mi ánimo: estuve cansada, desalentada, el sólo pensamiento de iniciar otro día escolar me daba náuseas, me sentía inadecuada, incapaz."

Esta historia no tiene un desenlace feliz: la maestra solicitó su traslado, y el niño vaga por los pasillos del instituto sin que nadie se haga cargo de su situación. De nuevo se evidencia una narración dominante según la cual la Escuela y los Maestros no pueden proveer instrumentos para realizar no sólo la promoción social de los alumnos, si no tampoco, un espacio de protección para el desarrollo, ni del alumno ni del docente: las historias alternativas, son difíciles. Sólo una formación auténtica y continua podría abrir espacios preciosos de reflexión (Schön 1983; Bruner, 1997; Ghaye, Ghaye, 1998: Padoan, 2004), como aquéllos mostrados por nuestros maestros durante este curso.

HISTORIAS DE ENFERMEDAD Y CURACIÓN

Historias de pacientes. Fueron entrevistadas, en el curso del 2006; 40 personas, (11 M y 29 F; de entre 20 y 60 años de edad; de extracción socio-cultural media y media alta) que fueron hospitalizadas por varios motivos y en fechas diversas. La pregunta generativa fue: *"quisiera que me contara una experiencia propia de enfermedad que lo haya obligado a ir a un hospital"*. Partiendo de la hipótesis que el hospital es una institución y un lugar físico

fuertemente empapado de vivencias emocionales personales, pero también de significados culturales que se estratifican en el Ser de la persona de modo complejo, este estudio tuvo el objetivo de identificar la modalidad con la cual los sujetos reconstruyen narrativamente su experiencia de hospitalización, atribuyendo sentido a lo acontecido, y al hospital –como espacio físico- en el cual se ha afrontado la situación.

El corpus, constituido por los 40 textos, fue sometido a un análisis textual mediante el software Alceste. Surgieron 3 cluster que hacen referencia al hospital como lugar del lenguaje técnico-científico, lugar del miedo, lugar de la necesidad de apoyo social⁶.

Desde el nacimiento cada individuo escucha e interioriza historias de enfermedades y curaciones (o no-curaciones), reales teorías populares sobre el proceso salud-enfermedad, que se vuelven el patrón a través del cual se mira lo que ocurre en la propia vida personal. Según Good (1994) gran parte de lo que sabemos sobre la enfermedad, lo conocemos gracias a las historias contadas por los enfermos, familiares, médicos, sanadores y otros miembros de la sociedad; pero la enfermedad tiene también su propia e intrínseca estructura narrativa, en cuanto texto "abierto", sometido a continuas reinterpretaciones. El hospital, por más impregnado de esperanzas, por más que represente auxilio en la cura y el restablecimiento, interrumpe la cotidianidad de las relaciones sociales y afectivas, produce un aislamiento forzado que se suma al sentimiento de ignoto y amenazante, relacionado con la irrupción de la enfermedad.

Nuestros entrevistados cuentan:

"es tanto el dolor, que ves al hospital solamente como un lugar donde puedes sentirte mejor. Mis impresiones, sí, puedo decirte las impresiones que tuve en un segundo momento, porque al principio estaba tan mal que no había espacio para pensar en las emociones, sólo pensaba en el dolor y en como podía desaparecer. (...). Yo tengo la suerte de que mi primo sea médico, entonces él me acompañó y por lo tanto tuve un punto de referencia que pienso sea una cosa muy importante cuando se está en hospital. También porque mi idea es que vivimos en una sociedad tan frenética y atada al dinero y que cada profesión se ejerce para tener a final del mes un sueldo, y por lo tanto no hay de parte del personal paramédico aquella... aquella humanidad que pienso sea indispensable por un trabajo del género. Porque desafortadamente para ellos se convierte en rutina y el sufrimiento del individuo no es visto como tal, sino como una consulta más que terminar. (..) yo me imaginé, como este verano hice un viaje a España, me quedé pensando un instante en la que pudo ser mi situación en el extranjero, mi situación de enfermo, padezco específicamente de pancreatitis, y he pensado en lo importante que es el trabajo del paramédico, o del enfermero, el ser amable y estar cerca del enfermo y... no lejano, indiferente, como si fuera sólo un peso, como dije antes, una compromiso del cual desembarazarse."

El hospital es un "lugar extranjero" porque representa un "accidente evolutivo", (Ruggiero, 2005), la imposibilidad del control sobre la misma vida, que obliga a menudo a un reconfiguración interior y exterior y a la búsqueda de sentido (Bruner, 2002). En su

⁶ Para ver el análisis detallado de los resultados véase: **Parrello S., Osorio G. M.** "L'ospedale è un paese straniero". Ospedalizzazione e narrazione di sé, in Gianni U. (a cura di), *Medicina Narrativa. Integrazioni dei saperi*. Scriptaweb. Monografía, <http://www.scriptaweb.it> (num p 14) 2009

interior viene predominantemente puesto en escena el guión dominante de la relación técnica entre médico y paciente: el paciente se vuelve un cuerpo con afecciones orgánicas, de indagar y someter a terapias, y es por esto que se vuelve indispensable la necesidad de apoyo social, primero, de parte de cualquier persona conocida que funja de anclaje y luego, de parte de los profesionales de la salud. Por suerte, el hospital también tiene límites, como los confines del dolor:

"salir luego del hospital, por la puerta de ingreso y ver los colores, las plantas, las personas, realmente aprecias la vida. Dices: todavía hay vida. Y es bellísima."

Hay que preguntarse si es de verdad imposible reescribir las historias de hospitalización haciendo fluir vida y humanidad aun dentro la institución.

Historias de médicos y enfermeros de la otra parte. Les preguntamos a 43 trabajadores sanitarios (27 médicos y 16 enfermeros, 28 M y 15 F; edad entre 25 y 64 años), con varios años de ejercicio profesional, con una especialidad en el 70% de los casos: *¿Me podría contar una experiencia suya de enfermedad, partiendo de dónde usted quiera?*. El objetivo fue explorar la vivencia y la representación de la enfermedad en los que hacen generalmente de ella el objeto de su trabajo, después de una formación de tipo técnico-científico. Esperábamos encontrar elementos de sabiduría popular. El corpus textual fue sometido a una análisis de categorías auxiliada por N.Vivo. surgieron 8 macro-categorías. Se reportan aquí sólo algunos fragmentos significativos:

"¿Pero, tengo que hablar justo de una enfermedad mía? No puedo contar la de un paciente"?

"Parto de la premisa de que un médico en el momento en el que entiende que padece una enfermedad pienso que viva la peor experiencia, porque claramente (riendo) saber aquello a lo que se enfrentará, digamos que lo condiciona muchísimo respecto a quién no sabe, incluso respecto a una persona común que conoce varias enfermedades, pero que no conoce el conjunto de factores conexos a la enfermedad, mientras que en el médico conoce la evolución de cada enfermedad... "

"el personal sanitario nos trató con una frialdad absurda... aquel día tenía que tomar un avión y nada, casi nos dijo que era inútil aplicarse tanto, visto que ya....., (silencio),

"Espero no haber sido nunca un médico como ellos"...

"me dio "un miedo terrible, por qué pasé de yo como personal que asisto los enfermos en el hospital, de enfermero profesional, pase a ser enfermo, por lo tanto se invirtió la escena no"?

"cuando entré al quirófano sentí mucho frío, la sensación me impactó porque generalmente paso mucho tiempo en el quirófano y no había tenido nunca esa impresión, además recuerdo la sensación de impotencia sobre la plancha operatoria."

Como esperábamos, los profesionales sanitarios para representar una patología, hacen referencia no sólo a la cultura científica, si no también a aquella popular. Sin embargo, no siempre son conscientes de esto: asombrados de que se puedan referir a ellos también como enfermos, hacen referencia a necesidades, sentimientos y convicciones que a menudo tienden a no ver en sus pacientes. Descubren la necesidad de la cercanía de su médico y de ser tranquilizados precisamente por ellos; la necesidad del ser contenidos por alguna persona conocida en el hospital, descubren un tipo de razonamiento que los lleva

a creer en el destino o la culpa, y sobre todo, ceden a un sentido de impotencia y fragilidad, que los conduce a una fuerte desconfianza en los medios de la medicina y en sus propias posibilidades personales. Sin embargo, el "descubrir" la necesidad imperante de contar con un médico cálido en su relación médico-paciente (Parrello, Osorio, 2009; Giani, Osorio, Parrello, 2009), no parece producir modificaciones en su actitud profesional. El trabajador sanitario sigue sintiéndose amenazado por el sentido de fragilidad e impotencia del otro y se refugia en la frialdad, en los tecnicismos, en el ejercicio de un poder que infantiliza u objetiviza al otro. El periodo de formación de nuestros profesionistas sanitarios, desafortunadamente colude con estos mecanismos de defensa, contando la historia que para poder ayudar al otro hace falta tener a distancia o negar las emociones propias y ajenas.

CONCLUSIONES

Cuando como investigadores, recolectamos narraciones autobiográficas siempre estamos implicados en el proceso de significación que se replica o se modifica: somos pues interlocutores no neutrales, con la responsabilidad no sólo de una restitución en lo inmediato, si no también con la obligación moral de la difusión científica de datos que contribuyan a modificar las culturas locales, las historias dominantes. Para activar nuevas trayectorias de desarrollo, la psicología debe ponerse el objetivo de entrar en las políticas escolares y sanitarias, en los lugares en donde son construidas las historias oficiales, pero también, en los lugares donde confluyen varias culturas, incluida aquella popular, para promover nuevos compromisos narrativos. Son en efecto, los contextos los que autorizan nuevas historias y es necesario en un primer momento actuar sobre las narraciones del entorno para prepararlo a acoger los narraciones personales de dificultad que de otro modo aparecerán "indecentes" (Cyrułnik, 2008): porque las dificultades de los jóvenes resignados por la falta de futuro, de los maestros que aceptan como inevitables la soledad y la derrota, llaman a dar cuantas a las injusticias sociales y económicas, a nuestras elecciones políticas; la narración de cómo surge la enfermedad con su carga de dolor, nos interroga sobre nuestro modo de relacionarnos con las personas enfermas y sobre nuestro modo de aceptar el límite y la muerte, así como las historias de aquellos que entrando a un hospital sienten que pierden algunos derechos personales, y las historias de médicos y enfermeros que, pasados a la otra parte, se asombran de la deshumanización de la relación terapéutica: nos plantean preguntas sobre nuestra idea de derecho a la salud: todas estas historias necesitan nuevos compromisos culturales y

narrativi, para que sean construidos significados compartidos que promuevan nuevas trayectorias de desarrollo.

"La invitación a la palabra o a la constrictión al silencio, el sostén afectivo o el regaño, la ayuda social o el abandono, atribuyen a una misma herida un sentido diferente, que depende del modo en que las culturas estructuran sus narraciones, haciendo pasar un mismo acontecimiento de la vergüenza al orgullo, de la sombra a la luz" (Cyrulnik, 2008, tr. it. 2009, p.13): y establecen que cosa es posible y que cosa no lo es.

(traducción de Maricela Osorio Guzmán)

BIBLIOGRAFIA

- Aleni Sestito, L., Parrello S.** (2004), La transizione all'età adulta. Storie di giovani *quasi-adulti*, *Ricerche di Psicologia*, 4
- Arnett, J. J.** (2000), Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twentie, *American Psychologist*, Vol. 55. No. 5, 469-480
- Atkinson, R.** (1998). *The life story interview*, Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods, 44, Thousand Oaks: Sage (tr. it. L'intervista narrativa, Milano: Cortina, 2002)
- Bruner, J.** (1990). *Acts of Meanings*, Cambridge (Mass.) London: Harvard University Press, (tr. it. La ricerca del significato, Torino: Bollati Boringhieri, 1992)
- Bruner, J.** (1996). The culture of education. Cambridge, MA: Harvard University Press. tr. it. *La cultura dell'educazione*, Milano: Feltrinelli, 1997
- Bruner, J.** (2002). *La fabbrica delle storie*. Roma: Armando
- Cardano, M.** (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Roma: Carocci
- Demazière, D., Dubar, C.** (1997). *Analyser les entretiens biographiques*. Paris: éditions Nathan, tr. it. *Dentro le storie, analizzare le interviste biografiche*, Raffaello Cortina, Milano, 2000
- Hendry, L.B., Kloep, M.** (2002). *Lifespan Development. Resources, Challenges and Risks*. London: Thomson learning, tr. it. *Lo sviluppo nel ciclo della vita*, Bologna: il Mulino, 2003
- Bertrando, P.** (2005), *Narrazione e terapia sistemica: prospettive psicoterapeutiche*. In A. Dinacci (a cura di), *Narrate genti le vostre storie. La narrazione nella consulenza e psicoterapia sistemica*, Napoli: Liguori
- Byng-Hall, J.** (1995), *Rewriting Family Scripts*, New York: The Guilford Press, tr. It. *Le trame della famiglia*, Milano: Cortina, 1998
- Bruner, J.** (1986), *Actual minds, possible worlds*, Harvard University Press, Cambridge-London, tr. it. *La mente a più dimensioni*, Bari: Laterza,
- Bruner, J.** (1987). Life as narrative. *Social Research*, 54 (1), 11-32
- Bruner, J.**, (1991), *La costruzione narrativa della "realtà"*. In Ammanniti M., Stern D.N. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Bari: Laterza
- Bruner, J.** (1997), The Self across Psychology: self-recognition, self-awareness and self-concept, *Annals of The New York Academy of Science*, vol. 818, 1997 (ed. J. Snodgrass – R. Thompson)
- Cardano, M.** (2003) *Tecniche di ricerca qualitativa*. Roma: Carocci
- Cyrulnik, B.**, (2008). *Autobiographie d'un épouvantail*, Paris: Odile Jacob, tr. it. *Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare le esperienze traumatiche*, Milano: Cortina, 2009
- Dunn, J.** (1988), *The beginnings of social understanding*, Cambridge, MA, Harvard University Press, tr. it. *La nascita della competenza sociale*, Milano: Cortina, 1990
- Hillman, J.** (1983), *Healing Fiction*. Dallas, TX: Spring Publications Healing fiction, tr. it. *Le storie che curano: Freud, Jung, Adler*, Milano: Cortina, 1984

- Illich, I.** (1971). *Deschooling Society*. New York: Harper & Row
- Illich I.**, (1976), *Medical Nemesis: The expropriation of health*, London: Marian Boyars
- Eco, U.** (1979), *Lector in fabula*, Milano: Bompiani
- Foucault, M.** (1975), *Surveiller et punir*, Paris: Gallimard.
- Ferro, A.** (2005). Riflessioni preliminari su Psicoanalisi e Narratologia. *Funzione Gamma Journal*, n. 17
- Ghaye, A. & Ghaye, K.** (1998) *Teaching and Learning Through Critical Reflective Practice*. London: David Fulton Publishers.
- Giani, U., Osorio, G. M., Parrello, S.** (2009). *La narrazione della malattia come spazio per la ricerca del Sé*. In Giani U. (a cura di), *Medicina Narrativa. Integrazioni dei saperi*. Napoli: Scriptaweb 293-326
- Good, B. J.** (1994), *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, tr. it. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino: Einaudi, 2006
- Nota, L.** (2000). Il questionario 'Idee ed atteggiamenti sul futuro scolastico-professionale'. *Giornale Italiano di Psicologia dell'Orientamento*, 1, 35-46.
- Padoan, I. M.** (2004), Il docente come professionista riflessivo, *L'Educatore*, vol. 1
- Parrello, S.**, *La malattia come sfida: narrazione di Sé e costruzione di significato*, in Mastropaolo M. (a cura di), *La psicologia della relazione di aiuto: la riscoperta della solidarietà umana*, Effigi, Roma, 2008
- Parrello, S., Osorio, G. M.** (2009). "L'ospedale è un paese straniero". *Ospedalizzazione e narrazione di sé*. In Giani U. (a cura di), *Medicina Narrativa. Integrazioni dei saperi*. Scriptaweb. Monografia, <http://www.scriptaweb.it/> (num p 14) 2009
- Richards, L.** (1999). *Using Nvivo in qualitative research*. London: London Sage
- Reinert, M.** (1993). Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et Société*. 66, 5-37.
- Reinert, M.** (1998), *Quel objet pour une analyse statistique de discours? Quelques réflexions à propos de la réponse Alceste*. In Mellet S, (sous le direction de). JADT 1998, Université de Nice, 557-569.
- Richards, L.** (1999). *Using Nvivo in qualitative research*. London: London Sage.
- Ruggiero, G.** (2005), *Le trame narrative del dolore*, in A. Dinacci (a cura di), *Narrate genti le vostre storie. La narrazione nella consulenza e psicoterapia sistemica*, Napoli: Liguori
- Schön, D. A.** (1983) *The Reflective Practitioner: how professionals think in action* London: Temple Smith
- Smorti, A.** (2003), *La psicologia culturale. Processi di sviluppo e comprensione sociale*, Carocci, Roma, 2003
- Sterne, D.** (1998), *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano
- White, M.**, (1992), *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, Roma: Astrolabio
- White, M.** (1995). *Re-authoring lives: Interviews & Essays*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre.