

COME FUNZIONANO I PROCESSI CO-NARRATIVI NELLA PSICOTERAPIA ORIENTATA ALL'INSIGHT¹

Tilman Habermas

In questo articolo presento alcuni dei concetti narrativi che ho sviluppato e considero come possono servire per concettualizzare quali processi narrativi e co-narrativi possono essere utili in psicoterapia. Queste sono idee propedeutiche per future analisi delle trascrizioni di psicoterapie.

L'articolo inizia con (1.) alcuni concetti narrativi generali, che possono essere utili per comprendere il cambiamento psicoterapeutico, (2.) delinea tipiche distorsioni psicopatologiche dei racconti, (3.) indica pratiche narrative di socializzazione, e infine (4.), considera alcuni possibili modi nei quali le co-narrazioni possono essere utili in una psicoterapia orientata all'insight. Il termine "narrativa" indica un'attività di dialogo, nella quale a uno degli interlocutori è concesso un periodo di tempo maggiore del solito per parlare, in modo da raccontare una storia. Il termine "co-narrazione" descrive le attività degli ascoltatori che sostengono, commentano o reagiscono alla narrazione.

1. Storia di vita e narrative

Tradizionalmente, la psicoanalisi era l'arte di capire il disagio nevrotico attraverso la comprensione delle biografie dei pazienti, cioè ricostruendo i desideri insoddisfatti dominanti e i conflitti irrisolti. nel loro contesto biografico e nella attuale costellazione.

Quando Freud (1905) ha descritto il trattamento di Dora, ha giustificato l'incompletezza dell'abbozzo biografico dichiarando che i meccanismi di difesa nevrotici attuati dalla paziente creavano dei vuoti nella storia autobiografica, per nascondere motivazioni conflittuali nel passato. Solo un trattamento efficace che possa rimodulare la rimozione, e rendere le distorsioni difensive dell'autobiografia meno necessarie, può aiutare il paziente a comporre un'autobiografia più completa e coerente.

Che cosa rende, dunque, un racconto autobiografico completo e comprensibile? Sicuramente, omettere parti importanti della vita rende il racconto frammentario e misterioso. Ma al contrario, in positivo, quali sono i requisiti di una narrazione autobiografica comprensibile e più o meno completa? Il mio iniziale approccio al racconto autobiografico è stato evolutivo: quando impariamo a costruire una storia della nostra vita? Per studiare lo sviluppo di una storia autobiografica, Susan Bluck e io abbiamo indicato quattro tipi di coerenza biografica che trasformano un insieme di storie sconnesse sul passato in ciò che consideriamo un racconto di

¹ Traduzione di Maria Pia Bellini

vita (Habermas e Bluck 2000). Noi definiamo questa coerenza come una coerenza globale del testo in una narrazione autobiografica.

Prima di tutto, un racconto autobiografico, come qualsiasi altro racconto, richiede un ordine cronologico lineare di base, in modo da creare una *coerenza temporale* e da fornire un orientamento temporale per gli ascoltatori, così che possano collocare gli eventi nella vita del narratore.

Un importante aiuto per creare una cronologia lineare è il *concetto culturale di biografia*, che definisce per ciascuno membro di una data cultura come una storia di vita ci si aspetta che sia. Un altro elemento è il concetto essenziale di vita standard, che consiste in eventi di vita normativi con la loro cadenza regolare. Questo concetto è denominato *copione di vita (life script)* da Rubin e Berntsen (2003). Un altro aspetto della coerenza globale di un racconto di vita è la coerenza causale-motivazionale, che è creata dalla struttura causale e in modo ancora più importante da quella intenzionale del racconto di vita. Tutto ciò conduce alla consapevolezza di come il narratore è arrivato a essere la persona che è oggi, e comunica un senso del percorso che ha compiuto e sta compiendo nella sua vita. Infine, la *coerenza tematica* globale è prodotta in maniera implicita ed esplicita, creando similitudini tra parti molto diverse della vita, per esempio, similitudini tra esperienze, o esplicitamente facendo notare un pattern pervasivo, per esempio usando metafore per descrivere una caratteristica generale della personalità come “Sono sempre stata una persona virtuosa” o “Sono un combattente”. Dal punto di vista evolutivo, i bambini non sono in grado di costruire una storia autobiografica. Alla richiesta di raccontare la propria vita, tendono a fornire una serie di eventi, più o meno scollegati tra loro. Solo i preadolescenti riescono a costruire una vita temporalmente coerente, anche con l'aiuto della comprensione del tempo del calendario e di un concetto culturale di biografia (Habermas 2007). Nella media adolescenza si incomincia a creare una coerenza causale-motivazionale e tematica, che aumenta fino all'età del giovane adulto (Habermas e De Silveira 2008).

Un'intera storia di vita è raramente raccontata in psicoterapia, eccetto forse nella prima seduta. Mentre Freud riteneva che i meccanismi di difesa nevrotici rendessero le storie meno comprensibili, Otto Kernberg (1984) sottolineò che la capacità di trasmettere un senso di come uno si sia sviluppato, per diventare la persona che è, è più gravemente danneggiata dall'uso di meccanismi di difesa primitivi, come la scissione, che è tipica delle organizzazioni borderline di personalità. Forse è più facile dire che mentre i meccanismi di difesa nevrotici portano a contraddizioni locali e ad aree di incomprendibilità, la scissione tende a distruggere la coerenza globale del racconto biografico.

I racconti biografici dei pazienti depressi non sono distorti in maniera così generale, ma in un modo piuttosto specifico. I loro racconti biografici sono meno lineari dal punto di vista cronologico, e i narratori utilizzano meno una prospettiva attuale sugli eventi del passato rispetto ai pazienti non depressi. Ricorrono, inoltre, ad una stessa quantità di spiegazioni, solo che seguono lo stile esplicativo tipico dei pazienti depressi, attribuendo gli eventi positivi a forze esterne, e accusandosi invece per gli eventi negativi (Habermas et al. 2008).

Non solo nella prima seduta i pazienti parlano della loro vita e provano a comprenderla. Roy Schafer (1983) suggerisce che, dato che i meccanismi di difesa nevrotici servono a nascondere motivazioni conflittuali, i pazienti tendono a cancellare le motivazioni dalle loro storie

biografiche, trasformando le azioni intenzionali in eventi vissuti passivamente di cui il paziente non ha alcuna responsabilità. Perciò, gli psicoanalisti provano a comprendere l'ansia alla base delle distorsioni difensive, le motivazioni e i desideri inconsci da cui il paziente si difende, allo scopo di riconoscere le motivazioni delle loro azioni passate. Ciò trasforma un racconto biografico di cose accadute al paziente in una storia di vita, in cui il paziente retrospettivamente attribuisce motivazioni agli eventi, trasformandoli in azioni proprie. La psicoanalisi lavora, quindi, con una storia di vita per frammenti.

Per riconoscere una motivazione in singoli episodi passati, comunque, non è necessario far riferimento all'intera storia di vita. Solo se queste motivazioni vanno oltre gli episodi specifici ottengono un'importanza biografica. Abbiamo definito l'attività di mettere in relazione un episodio con un altro, o ad altri eventi del passato, "ragionamento autobiografico" (*autobiographical reasoning*) (Habermas 2011). Il ragionamento autobiografico è un'attività tradizionalmente usata in psicoanalisi, quando un'esperienza problematica del presente è messa a confronto con precoci esperienze problematiche, allo scopo di comprendere l'interpretazione inconscia del presente alla luce del passato. Le cosiddette interpretazioni genetiche mettono in correlazione una motivazione da cui il paziente si difende in una situazione presente, con una situazione passata analoga, in cui era più comprensibile rispetto al presente. La psicoterapia è perciò particolarmente interessata al ragionamento autobiografico, che aiuta a comprendere ricorrenze e temi centrali (disturbanti) che permeano una vita. Il ragionamento autobiografico non solo identifica similarità nel corso della vita, ma può anche creare collegamenti, che descrivono e spiegano lo sviluppo e il cambiamento individuale, creando un senso di sviluppo e continuità del Sé nel cambiamento (Habermas e Köber in stampa).

2. Dimensioni narrative che descrivono la psicopatologia

Le narrative di vita non sono un fenomeno quotidiano e anche acquisire un punto di vista biografico, come in un ragionamento autobiografico, non è molto frequente. La psicopatologia appare soprattutto nell'elaborazione di specifiche esperienze e la psicoterapia, perciò, può essere più utile quando tratta specifici episodi. Prenderò ora in considerazione, quindi, cinque dimensioni delle narrative che permettono di descrivere le alterazioni dei processi narrativi dell'esperienza in psicopatologia (Habermas in stampa).

I due aspetti fondamentali delle narrative sono le loro strutture narrative, cioè la struttura lineare che riproduce la sequenza degli eventi, e la valutazione degli eventi (Labov e Waletzky 1967). Questo vale per le narrative sia immaginarie sia reali, spesso autobiografiche.

L'aspetto narrativo può essere suddiviso in temporale e intenzionale. La sequenza temporale delle narrative (livello 1) si evidenzia linguisticamente nelle frasi narrative, cioè le frasi principali, il cui ordine non può essere cambiato senza cambiare il loro riferimento. Di solito cominciano con "e poi..." "e poi...". Il loro ordine riproduce e segnala la successione degli eventi nel passato. L'uso delle frasi narrative rende il racconto degli eventi vivo e dettagliato. Esso permette tanto al narratore quanto all'interlocutore di seguire l'ordine degli eventi, impegnandoli in un'immersione narrativa nel passato ed evocandone le emozioni corrispondenti. La mancanza di una narrazione attuale viene chiamata "ricordo ipergenerico". Queste mancanze sono

più frequenti nella depressione, così come in altri disturbi psicopatologici. Una significativa spiegazione è che le emozioni negative siano evitate non narrandole (Williams et al. 2007).

La struttura intenzionale, la trama (livello 2) è molto più complessa della struttura cronologica della narrativa, con cui è comunque in relazione. La struttura globale delle narrative fornisce la cornice generale per la trama, iniziando con un annuncio di ciò che deve avvenire (riassunto), una parte orientativa che descrive il contesto, l'intreccio con ciò che è accaduto, cioè l'evento degno di nota, i tentativi per risolvere questa complicazione, un esito e un finale che riporta l'interlocutore alla situazione attuale. La complicazione definisce il compito per il resto della narrativa, e il risultato è valutato in base alla risoluzione del problema e al ritorno alla normalità dello stato delle cose (Labov e Waletzky 1967). La mancanza di una struttura intenzionale in una narrativa può essere anche descritta come mancanza di *agency*. Quindi le storie nevrotiche passive, prive di *agency* di cui parla Schafer dovrebbero mancare di una trama lineare consistente e dovrebbero inoltre difettare di sezioni dedicate a tentativi di risolvere e perseguire un risultato.

L'*agency* narrativa è una caratteristica centrale, prognosticamente positiva per un miglioramento (Adler et al. 2012, Di Maggio 2011, Hauser et al. 2006).

Le valutazioni narrative possono essere più immediate o più riflessive. Le valutazioni hanno sempre una prospettiva dalla quale sono proposte, per esempio *una prospettiva personale o temporale*. Le valutazioni di tipo immediato (livello 3) tendono essere fatte dall'interno dell'episodio da parte dei protagonisti coinvolti (per esempio "Mi ha spaventato a morte"), ma possono anche esser proposte dal punto di vista presente, futuro o controfattuale da parte dell'ascoltatore del narratore o da altri (per esempio, "Mia madre mi avrebbe disapprovato se mai lo avesse saputo"). Le spiegazioni immediate comprendono *dialoghi indiretti*, *frasi mentali*, con caratteristiche percettive, emotive, cognitive o volitive, e *valutazioni globali* ("Era proprio una brutta cosa", "Non mi era mai successo"). Un uso ridotto di valutazioni immediate è tipico dell'alessitimia, e può essere interpretato come un basso livello di mentalizzazione e di mentalità psicologica.

Le valutazioni riflessive (livello 4) invece, sono commenti o spiegazioni degli eventi, oppure delle valutazioni immediate, come quando un narratore spiega le proprie reazioni emotive passate. Le discussioni autobiografiche inseriscono gli eventi in una prospettiva biografica. La mancanza di spiegazioni riflessive nelle narrative fa sembrare il narratore non riflessivo. Una grande quantità di valutazioni di tipo riflessivo, comunque, potrebbe dare al racconto una sfumatura asciutta, intellettualizzante, come è tipico nei casi di disturbo ossessivo della personalità e forse anche della ruminazione depressiva.

Esistono speciali combinazioni di valutazioni di tipo riflessivo e immediato, che danno origine a specifici stili. Uno *stile narrativo drammatizzante* porta il narratore e l'interlocutore nella scena del passato. Questo grande potere di immersione avviene grazie all'uso di particolari insiemi di strumenti linguistici. I racconti drammatizzanti usano frasi narrative che rispecchiano esclusivamente il punto di vista in prima persona del protagonista del passato, escludendo i punti di vista di altre persone e valutazioni da altre prospettive temporali, preferibilmente usando valutazioni immediate. Queste frasi sono percettive piuttosto che cognitivo-volitive. Altri metodi per poter coinvolgere l'ascoltatore in eventi del passato sono i dialoghi diretti, il presente storico (usando il presente quando si parla di eventi del passato), e lo spostamento dei riferimenti o

origini delle espressioni deittiche temporali e locali dall'attuale narratore al protagonista degli eventi passati (usando "qui" e "ora" per "là" e "allora" degli eventi passati; Chafe 1994).

Questo stile narrativo drammatizzante è tipico di esperienze di narratori che sono sopraffatti dai ricordi e dalle relative emozioni. Laub e Auerhahn hanno proposto il termine di *narrative sovrachianti*, che segnalano il rivivere gli eventi del passato, com'è tipico dei racconti di eventi ancora traumatici. Gli autori li contrappongono alle *narrative di testimonianza*. Queste ultime non usano uno stile drammatizzante, ma contengono piuttosto riflessioni da altri punti di vista, presenti o contro fattuali, così come valutazioni riflessive. Uno stile narrativo drammatizzante è stato anche descritto nel caso di una donna affetta da agorafobia quando narrava esperienze di attacchi di panico (Coppes e Ochs 1995).

Un ulteriore livello narrativo è più semantico e pragmatico nella sua natura e comprende la completezza dei racconti, così come la loro coerenza. Lasciare da parte punti essenziali o riempire la narrazione di dettagli irrilevanti, sono operazioni che rendono il racconto incomprensibile. Anche le contraddizioni implicite create dalla scissione ne minano la comprensione. Questo livello riflette un orientamento nei confronti dell'interlocutore.

I cinque livelli narrativi citati permettono di descrivere le principali alterazioni nella narrazione in psicopatologia.

Prima di analizzare il ruolo dei terapeuti nei processi narrativi dei pazienti, descriverò brevemente come la narrazione e il suo uso si formano durante l'infanzia per modellare le emozioni.

3. Processi co-narrativi nella socializzazione

I bambini imparano a narrare nelle interazioni con gli adulti. Il racconto condiviso e la lettura di storie di fantasia, è un'importante pratica di socializzazione nella quale i bambini imparano strutture e convenzioni narrative di base. Per imparare a condividere esperienze, i bambini devono basarsi su strutture narrative. Tuttavia, la narrazione di un'esperienza personale è un compito molto più complesso di quello di rinarrare una fiaba, come fanno tutti coloro che vorrebbero sapere dal loro bambino di tre anni ciò che accade alla scuola materna. I bambini dai due ai cinque anni imparano come raccontare le loro esperienze da un'ampia co-narrazione adulto-bambino. Gli adulti hanno un ruolo fondamentale in questo processo, ponendo domande, incoraggiando, sostenendo, accogliendo ed elaborando quello che il bambino ha detto. Un'interazione più elaborata con gli adulti supporta lo sviluppo dell'abilità dei bambini di ricordare e narrare le proprie esperienze (Fivush et al. 2006). La co-narrazione delle esperienze porta il bambino a imparare il modo di capire e gestire le emozioni (Eisenberg et al. 1998). Per esempio, l'elaborazione di emozioni negative in un modo costruttivo (Fivush et al. 2006) e la co-narrazione con l'uso di frasi mentali (termini di stati mentali, Doan e Wang 2010), sono legati a una miglior conoscenza emotiva e a migliori abilità di regolazione delle emozioni così come ad un attaccamento emotivo più sicuro nei bambini.

Queste pratiche di socializzazione sono state principalmente studiate negli anni prescolari e si pensa che le pratiche di regolazione delle emozioni siano interiorizzate nella media infanzia (Holodynski e Friedlmeier 2006). L'adolescenza, tuttavia, è una fase di sviluppo nella quale

l'acquisizione della regolazione delle emozioni e le capacità di coping sono ancora una grande sfida, sia per gli adolescenti sia per i loro genitori. Abbiamo condotto un piccolo studio sulle co-narrazioni, focalizzandoci sulle narrazioni condivise delle storie di vita degli adolescenti (Habermas et al. 2010). Oltre ad aver dimostrato che le madri supportavano i racconti di vita dei figli, per aiutarli con gli aspetti della coerenza narrativa che il bambino non aveva ancora padroneggiato, abbiamo potuto osservare in maniera informale importanti differenze negli stili di co-narrazione. Per esempio, variavano ampiamente sia il grado di reciproca interruzione e correzione, sia i metodi della correzione. Alcune madri negavano semplicemente qualsiasi validità delle affermazioni del loro bambino, oppure tentavano di suggerire un punto di vista diverso.

Se le madri cooperavano, gli adolescenti e i tardo-adolescenti iniziavano a interrogarsi sul punto di vista delle loro madri, non per ottenere una vera versione delle esperienze passate, ma ricostruendo le diverse prospettive esperienziali, proprie e delle madri, rispetto agli eventi, interessandosi a queste differenze. Le madri, inoltre, hanno notato aspetti piuttosto diversi dei racconti dei figli, che avevano a che fare non solo con l'età dei bambini, ma anche con le preoccupazioni materne. Alcune si sono focalizzate sull'elaborazione delle motivazioni e sulle esperienze emotive dei figli; altre hanno espresso molte loro preoccupazioni. Una mamma, per esempio, ha mostrato uno stile interattivo abbastanza distruttivo, perché era continuamente ossessionata dalla correttezza delle date, correggendo continuamente le indicazioni di tempo fornite dal figlio. Io penso che questi stili co-narrativi abbiano una grande influenza sull'abilità e sul modo in cui il bambino affronta gli eventi, narrandoli. A livello del contenuto delle storie di vita, è interessante notare che le madri basavano le attribuzioni di alcuni aspetti del carattere del figlio sulle conoscenze dei primi anni di vita del bambino, raccontando episodi precocissimi, nei quali un certo tratto della personalità del bambino era già evidente. Gli adolescenti, d'altra parte, erano ansiosi di dimostrare che durante i primi anni dell'adolescenza erano riusciti a ottenere un cambiamento positivo del loro carattere.

4. Processi co-narrativi in psicoterapia

La discussione sulle pratiche di socializzazione co-narrative è utile per illustrare come possono svilupparsi modi tipici di elaborare le esperienze problematiche. L'interazione psicoterapeutica è differente, perché gli adulti hanno ormai uno stile consolidato di elaborazione narrativa delle esperienze. Anche a causa dell'obiettivo professionale di aiutare i pazienti con modalità disadattive di funzionamento, le strategie co-narrative degli psicoterapeuti si differenziano da quelle dei genitori o degli amici. Quello che un adulto si aspetta dal suo interlocutore nella vita di tutti i giorni è comprensione e solidarietà. Gli interlocutori, tipicamente, mostrano il loro interesse chiedendo informazioni aggiuntive ed esprimono la loro solidarietà confermando i giudizi del narratore, attraverso esclamazioni del tipo: "Oh no!", "È impossibile", "Che idiota!", "È incredibile", oppure "È terribile (Fiehler 1995). Queste conferme valutative vengono evitate in psicoterapia, soprattutto per la neutralità ed astinenza psicoanalitica.

Gli psicoanalisti aiutano, invece, i pazienti ad iniziare a raccontare le loro storie in modo differente. Per arrivare a una classificazione delle strategie psicoterapeutiche co-narrative, si

potrebbe iniziare con le tipiche distorsioni narrative, come quelle sopra delineate, considerando quali tipi di intervento possono essere utili per modificarle. I terapeuti, quindi, possono incoraggiare i pazienti a raccontare la sequenza di un certo incidente (livello 1), far notare la mancanza di una spiegazione (livello 2), di reazioni immediate, sensazioni, pensieri (livello 3) o di riflessioni (livello 4), chiedere il motivo della mancanza e suggerire ciò che potrebbe mancare. Oppure, i terapeuti possono far notare le parti mancanti, le contraddizioni o interpretare la motivazione della mancanza (livello 5). Giancarlo Dimaggio (2011) descrive questo tipo di approccio dall'alto verso il basso (*top-down*) in modo convincente e dettagliato.

Ad ogni modo, per descrivere le strategie più specifiche che in realtà utilizzano i terapeuti, in modo da poter poi essere in grado di studiare quali sono quelle più o meno utili, è necessario seguire un approccio dal basso verso l'alto (*bottom-up*), analizzando le trascrizioni delle psicoterapie. Per capire, inoltre, quali strategie co-narrative siano più utili, è necessario descrivere le modalità interattive che prendono spunto dalle co-narrazioni dei terapeuti, per esempio studiando la qualità delle reazioni dei pazienti e soprattutto dell'interazione, non solo quella delle azioni dei terapeuti.

Per cominciare, farò riferimento a una prima seduta di terapia con "lo studente" di Horst Kaechele (Kaechele e Albani 2011). Il paziente, inizialmente, descrive una scena tipica alla base del suo sintomo. Il terapeuta interviene per chiarire certi aspetti del racconto, riformulando con parole sue quello che è stato detto dal paziente o chiedendogli dettagli. Il paziente può confermare, negare o fornire nuovi dettagli (livello 1,5). Un caso speciale di chiarificazione si ha quando il paziente termina la sua proto-narrativa di un tipico evento sintomatico con una valutazione ambigua, dicendo per esempio "Si può vivere con questo sintomo, non è troppo invadente. Ma mi disturba". Il terapeuta a questo punto, prova a dire che il sintomo forse non era troppo disturbante in quel momento, ma che lo stava diventando sempre di più (livello 3).

Poco dopo, il paziente racconta una sua esperienza d'infanzia, che lui stesso dichiara essere l'inizio di qualcosa che è andato storto nella sua vita. Racconta di quando i suoi compagni lo hanno bloccato in uno spazio chiuso, sedendovisi sopra, e di come il giorno dopo lui sia ritornato nello stesso posto. Il terapeuta riprende, in tono interrogativo: "Lei è tornato in quel posto a dare un'occhiata?", sottolineando che la motivazione di quell'azione non era così evidente, e chiedendone una spiegazione (livello 2). Invece di dare la motivazione, il paziente continua a descrivere l'effetto dell'essere ritornato nel posto del suo imprigionamento, "la sensazione che mancasse qualcosa". Il terapeuta allora *elabora la vaga sensazione del paziente*, da lui descritta con un paragone a un'ipotetica situazione elementare, dicendo che era "Proprio come se si stesse cercando di afferrare qualcosa nelle tasche che non si trova, come se quella cosa fosse stata portata via". Il terapeuta *elabora e drammatizza* questo paragone del paziente, aggiungendo un'azione emotiva e suggerendo una causa scatenante. Poco dopo, il paziente dichiara di non riuscire a capire il significato dei suoi ricordi infantili. Il terapeuta, allora, ripropone il suo suggerimento, dichiarando che in effetti gli altri bambini gli avevano portato via qualcosa come la sua libertà, la sua autostima. Precisa, poco dopo, che gli avevano tolto la sua sicurezza in sé. Il paziente non reagisce direttamente, ma produce un racconto di quello che è successo dopo, che in pratica conferma il punto di vista del terapeuta. Nel corso di questa prima seduta, il terapeuta usa il paragone figurato, di essere derubato della propria libertà, per interpretare numerosi ulteriori

episodi nella vita del ragazzo, per esempio applicandolo al sentimento di essere soffocato da un programma universitario in legge o di sentirsi intrappolato in una relazione. Poco a poco, il terapeuta amplia l'uso di questo paragone figurato ad un'ipotetica situazione, aggiungendo metafore correlate, parlando della cordialità superficiale del ragazzo come di un modo per contenere tutta la paura accumulata. Il terapeuta usa anche l'immagine di essere privato della libertà, anche per creare un collegamento diretto con quello che sta succedendo qui e ora, tra loro due. Associa il fatto che il paziente si sia tolto la giacca alla sensazione di sentirsi imprigionato, qui ed ora, e i possibili sentimenti del paziente verso la telecamera alla sensazione di sentirsi all'angolo e di voler fuggire.

Questo terapeuta utilizza un linguaggio figurativo, per una parte non chiara del racconto, per trovare una costellazione e un'emozione simile alle varie narrative autobiografiche e alla situazione attuale. Il terapeuta, quindi, riesce a mettere in relazione il racconto con la sua drammatizzazione (Lothane 2011), mettendo a confronto racconti del passato o della fantasia con la messa in scena di un'emozione, nell'*hic et nunc* (Argelander 1970). A seconda della scuola psicoanalitica, la correlazione fra la narrazione e la drammatizzazione è concepita e, ancora più importante, elaborata in modo diverso, anche se tutte le scuole, comunque, considerano questo collegamento essenziale per rendere possibile l'insight e il cambiamento. Ferro (1999) e Civitarese (2013), per esempio, pensano che i racconti spontanei siano utili per dare forma alle emozioni inconscie del campo bipersonale del paziente e del terapeuta, ma non considerano come un passaggio necessario il trasferimento esplicito del racconto a esperienze del presente, o viceversa. Essi si augurano che l'introduzione di un'immagine da parte del terapeuta possa ispirare il paziente a produrre nuove storie o idee.

Queste osservazioni mostrano che la narrazione psicoterapeutica si astiene da semplici conferme delle valutazioni del narratore, cercando piuttosto di andare oltre la semplice narrativa del paziente, ponendo domande, chiedendo nuovi dettagli, sottolineando e fornendo nuove spiegazioni.

Ho descritto le strategie co-narrative usate in questa particolare seduta nel dettaglio per dare un esempio di come la co-narrazione può funzionare. Poiché psicoterapeuti anche della stessa scuola possono avere stili molto diversi, e dato che ogni costellazione terapeuta-paziente si sviluppa diversamente, credo sia necessario studiare le trascrizioni di varie psicoterapie per descrivere una varietà di strategie e di sviluppi co-narrativi nella psicoterapia. È possibile che si arrivi a descrivere alcuni stili narrativi predominanti dei pazienti e dei terapeuti. In una tappa successiva, questa classificazione potrebbe essere usata per orientare le ricerche su quali siano gli interventi e gli stili co-narrativi più o meno utili ai pazienti.

Riassumendo, ritengo che la narrazione sia uno strumento centrale per l'analisi e la comprensione delle esperienze problematiche, ma anche utile per proteggersi dal loro impatto e dalle loro implicazioni. Non è solo *cosa*, ma anche *come* le persone raccontano gli eventi, che ci fa capire i modi problematici di elaborarli. Allo stesso tempo, la narrazione apre una porta verso un'utile co-narrazione, un'avventura condivisa di paziente e terapeuta per sciogliere difese psicologiche fossilizzate.

Riassunto

Parole chiave: narrativa, co-narrazione, storia autobiografica, regolazione delle emozioni, psicoanalisi

Il ruolo della narrazione nella psicoterapia orientata all'insight viene discusso in quattro passaggi. In prima battuta introduco alcuni concetti che riguardano la costruzione narrativa della biografia, correlando scoperte evolutive riguardo l'emergenza di una narrazione autobiografica soggettiva in adolescenza con le riparazioni narrative delle storie di vita dei pazienti, attraverso l'integrazione delle motivazioni nevroticamente escluse, come suggerito da Roy Schafer. In secondo luogo presento una tassonomia delle cinque principali dimensioni narrative, che permettono di descrivere le distorsioni nevrotiche. Successivamente tratto le pratiche narrative dei genitori che socializzano la capacità di raccontare, di comprendere il punto di vista altrui e di regolare le emozioni. Tutto ciò conduce, infine, all'interrogativo di quali strategie co-narrative usate dagli psicoterapeuti che possano aiutare i pazienti ad elaborare in modo più completo le proprie narrative ed espandere la propria comprensione degli altri e di se stessi. Alcune di queste strategie vengono elaborate analizzando una parte di un primo colloquio.

HOW CO-NARRATIVE PROCESSES MAY WORK IN INSIGHT-ORIENTED PSYCHOTHERAPY

Abstract

Key words: narrative, co-narration, life story, emotion regulation, psychoanalysis

The role of narrative in insight-oriented psychotherapy is discussed in four steps. First I introduce some concepts regarding the narrative construction of biography, relating developmental findings of the emergence of the subjective life story in adolescence to the narrative mending of patients' life stories by complementing them with neurotically excluded motives, as suggested by Roy Schafer. Second I present a taxonomy of the five major narrative dimensions which allow to describe neurotic distortions. Then I turn to narrative practices of parents that socialize abilities to narrate, to take others' perspectives, and to regulate emotions. This finally leads to the question which co-narrative strategies used by psychotherapists may help patients to more fully elaborate their narratives and extend their understanding of others and themselves. Some such strategies are elaborated by analysing part of a first interview.

Bibliografia

- Adler JM, Chin ED, Kolisetty AP, Oltmanns TF (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders* 26, 498-512.
- Argelander H (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, GE.
- Capps L, Ochs E (1995). *Constructing panic: The discourse of agoraphobia*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Chafe W (1994). *Discourse, consciousness, and time: The flow and displacement of conscious experience in speaking and writing*. University Press, Chicago.

- Civitaresse G (2013). Spettri di transfert. In A Ferro (Ed) *Psicanalisi oggi*. Carocci, Roma.
- Dimaggio G (2011). Impoverished self-narrative and impaired self-reflections targets for the psychotherapy of personality disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 41, 165-174.
- Doan S, Wang Q (2010). Maternal discussions of mental states and behaviors: Relations to emotion knowledge in European American and immigrant Chinese children. *Child Development* 81, 1490-1503.
- Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Science* 9, 241-273.
- Ferro A (1999). *La psicanalisi come letteratura e terapia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Fiehler R (1995). *Kommunikation und Emotion*. De Gruyter, Berlin.
- Fivush R, Haden CA, Reese E (2006). Elaborating on elaborations: Role of maternal style in cognitive and socio-emotional development. *Child Development* 77, 1568-1588.
- Freud S (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria. *Standard Edition*, Vol. 7, pp. 7-122. Hogarth, London.
- Habermas T (2007). How to tell a life: The development of the cultural concept of biography across the lifespan. *Journal of Cognition and Development* 8, 1-31.
- Habermas T (2011). Autobiographical reasoning: Mechanisms and functions. In T Habermas (Ed) *The development of autobiographical reasoning in adolescence and beyond*. *New Directions in Child and Adolescent Development* 131, 1-17. Jossey-Bass, San Francisco.
- Habermas T (in press). *A model of psychopathological distortions of autobiographical memory narratives: An emotion narrative view*. In L Watson, D Berntsen (Eds) *Clinical perspectives on autobiographical memory*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Habermas T, Bluck S (2000). Getting a life: The development of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin* 126, 748-769.
- Habermas T, de Silveira C (2008). The development of global coherence in life narratives across adolescence: Temporal, causal, and thematic aspects. *Developmental Psychology* 44, 707-721.
- Habermas T, Negele A, Brenneisen Mayer F. (2010). „Honey, you’re jumping about” - Mothers’ scaffolding of their children’s and adolescents’ life narration. *Cognitive Development* 25, 339-351.
- Habermas T, Ott LM, Schubert M, Schneider B, Pate A (2008). Stuck in the past: Negative bias, explanatory style, temporal order, and evaluative perspectives in life narratives of clinically depressed individuals. *Depression and Anxiety* 25, E121-E132.
- Habermas T, Köber C (in press). *Autobiographical reasoning is constitutive for narrative identity: The role of the life story for personal continuity*. In KC McLean, M Syed (Eds) *The Oxford handbook of identity development*. Oxford University Press, Oxford, UK.
- Hauser ST, Allen JP, Golden E (2006). *Out of the woods: Tales of resilient teens*. Harvard University Press, Cambridge, MA
- Holodynski M, Friedlmeier W (2006). *Development of emotions and emotion regulation*. Springer, New York.
- Kächele H, Albani C (2001). *Die Arbeit an einem zentralen Beziehungsmuster als Musterbeispiel klinisch relevanter Empirie*. In M Cierpka, P Buchheim (Eds) *Psychodynamische Konzept*, pp. 169-190. Springer, Berlin.
- Kernberg OF (1984). *Severe personality disorders*. Yale University Press, New Haven, CT.
- Labov W, Waletzky J (1967). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. In I Helm (Ed) *Essays on the verbal and visual arts. Proceedings of the 1966 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*, pp. 12-44. University of Washington Press, Seattle, WA.
- Laub D, Auerhahn N (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *International Journal of Psychoanalysis* 74, 287-299.

Tilman Habermas

- Lothane HZ (2011). Dramatology vs. narratology: A new synthesis for psychiatry, psychoanalysis, and interpersonal drama therapy. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 4, 29-43.
- Rubin DC, Berntsen D (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative events. *Memory & Cognition* 31, 1-14.
- Schafer R (1983). *The analytic attitude*. Basic Books, New York.
- Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, Dalgleish T (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin* 133, 122-148.

Tilman Habermas
psicoanalista dell'*International Psychoanalytical Association*, insegna psicoanalisi presso
l'università Goethe, di Francoforte.

tilman.habermas@psych.ini-frankfurt.de