

## **Narrazione, co-narrazione, co-rinarrazione nel processo analitico**

SERGIO LAGUZZI

*Summary – NARRATION, CO-NARRATION, CO-RENARRATION IN THE ANALYTIC PROCESS.* In the following work an attempt is made to explore in depth the themes inherent to narration, co-narration and co-renarration. The concept of narration seems important in the structural formation of subjective experience in relation to its social value, to linguistic development and to interpersonal and intra psychic communication. The concept of co-narration furthers the concept of narration taking into consideration the role of the family members or of other specially trained interlocutors in the reconstruction of histories. The concept of co-renarration takes one to the analytical session where the renarration of the patient's history takes place with the cooperation of the therapist. These three concepts are connected to those of the lifestyle. Creativity, encouragement intended as irrefutable references to "corpus teorico" of the Individual Psychology.

*Keywords: NARRATION, CO-NARRATION, ANALYTIC PROCESS*

### *I. Premessa*

Nel seguente lavoro si è tentato di approfondire i temi inerenti a narrazione, co-narrazione e co-rinarrazione. Il concetto di narrazione sembra, per le sue valenze sociali, per l'attinenza con lo sviluppo del linguaggio e della comunicazione interpersonale ed intrapsichica, importante nella strutturazione dell'esperienza soggettiva.

La nozione di co-narrazione approfondisce quella di narrazione prendendo in considerazione il ruolo dei membri della famiglia o di altri interlocutori privilegiati nella costruzione di storie. La co-rinarrazione rinvia alla seduta analitica dove la rinarrazione delle storie del paziente avviene nell'ambito della cooperazione con il terapeuta. Questi tre concetti nascono dalla rivisitazione di quelli di *stile di vita*, *Sé creativo*, *incoraggiamento* intesi come irrinunciabili riferimenti nell'ambito del *corpus* teorico della Psicologia Individuale.

## II. *L'esplorazione dello stile di vita*

Secondo Adler per l'esplorazione dello stile di vita\* occorre l'approfondita comprensione dei ricordi infantili, del ruolo occupato dal bambino nella linea familiare, dei difetti e delle imperfezioni presenti nell'infanzia, dei sogni notturni e diurni, della natura degli eventi esogeni scatenanti la sintomatologia, dell'atteggiamento del soggetto di fronte al medico.

Fin dalle fasi iniziali dell'incontro il terapeuta, cerca di configurare la diagnosi psicopatologica, la struttura della personalità e delle risorse creative del paziente\*\*, come pure le ipotesi circa il significato prospettico\*\*\* della crisi e della richiesta di aiuto [25].

\* Alfred Adler diede molte definizioni e lo stile di vita nei suoi lavori è stato in vario modo equiparato al Sé o all'Io, oppure alla personalità dell'uomo, all'unità della personalità, all'individualità, alla forma individuale dell'attività creativa, al modo di affrontare i problemi, all'opinione di Sé e dei problemi della vita, all'atteggiamento verso la vita nel suo più ampio complesso e verso gli altri [8]. Nel 1912 Alfred Adler scriveva «Possiamo guardare a ogni singola manifestazione della vita come se nel suo passato, nel suo presente e nel suo futuro vi fossero le tracce di un'idea guida di ordine superiore [...]. La Psicologia Individuale Comparata vede in ogni processo psicologico l'impronta o il simbolo di un "piano di vita" orientato in modo autocoesistente» (1, p. 8). Successivamente nel 1933 afferma che ognuno porta in sé un'opinione su se stesso e sui problemi dell'esistenza, una linea di vita e una legge dinamica che lo regolano senza raggiungere livelli di consapevolezza [5]. Per Canziani [16] lo stile di vita rappresenta l'organizzazione cognitiva e operativa della personalità che riassume in sé l'insieme delle convinzioni che l'individuo si è formato intorno a se stesso, ai problemi dell'esistenza e ai modi di affrontarli: le sue caratteristiche essenziali sono nella natura di atto creativo, nell'essere metodologicamente la risultante di più componenti, nella sua coerenza interna garantita dall'azione sullo stesso da parte della meta finale. [N.d.A.]

\*\* Il paziente porta nella relazione terapeutica il suo senso della vita e il suo stile di vita che ha generato elaborando ciò che irripetibilmente può produrre l'incontro della sua biologia, delle relazioni interpersonali e del suo potere creativo. Nelle vicende che strutturano lo stile di vita interverrebbero quindi non solo gli aspetti biologici e l'ambiente ma anche il potere creativo di un Sé capace di un processo autocostruttivo (di ridefinizione, di ampliamento, di rimaneggiamento, di svelamento e di occultamento), rinviate a finalità inconse ed interdipendenti. Il Sé creativo sarebbe costituito da specifiche modalità creative del soggetto per costruire le proprie attitudini verso la vita secondo una prospettiva che egli stesso ha creato [5]. Esso si riferisce al modo in cui l'individuo vive gli stimoli e risponde ad essi: progetto di se stesso, l'artefice e l'opera d'arte [46], governa la struttura di personalità ed è sistema soggettivo altamente personalizzato che interpreta e rende significative le esperienze dell'organismo promovendo l'adattamento creativo [22]. [N.d.A.]

\*\*\* Ferrero [28] ribadisce che lo sviluppo storico di un'interiorità psichica, anche inconscia, attraverso le esperienze sociali è riassunto emblematicamente da Adler quando asserisce che gli esseri umani vivono nel regno dei significati: «noi non sperimentiamo mai fenomeni puri e semplici, ma sperimentiamo sempre dei fenomeni in rapporto al significato che essi hanno per gli uomini» (4, p. 23). Adler prospettava una dimensione storica e sociale della psiche individuale, ove le esperienze costituiscono «il materiale che l'uomo usa per costruire, nel modo creativo a lui proprio, il suo atteggiamento verso la vita» (28, pp. 130-131). [N.d.A.]

Successivamente si sviluppa l'analisi, propriamente detta del Sé-stile di vita, sia dei momenti costitutivi della costellazione e del "romanzo familiare"\* che della linea direttrice e delle mete finzionali del paziente\*\*. Essa è centrata sull'analisi delle relazioni del paziente con lo psicoterapeuta: di qui si svilupperà l'esperienza emotiva correttiva che contiene l'agente terapeutico [25].

### III. *L'attivazione del processo di cambiamento*

La comprensione dello stile di vita ha come tramite la produzione verbale, il gesto, l'atteggiamento, il modo con cui il paziente aderisce ad una situazione sociale, l'incontro con il terapeuta. Tutto questo in una relazione dove: «L'*insight* del significato (del piano di vita) è facilitato da un'empatia artistica e intuitiva con la natura essenziale del soggetto» (2, p. 46).

Il processo di cambiamento è attivato dal riconoscimento della richiesta d'aiuto e dall'attivazione del Sentimento Sociale. Il paziente inizia la relazione motivato dai sintomi e dalla sofferenza che vorrebbe eliminare senza però volere e sapere cambiare il suo assetto psichico: il paziente può utilizzare solo le "vecchie strutture" [6] che ha ampiamente sperimentato e che sottendono il suo stile, che, anche se patologico, è l'unico che conosce e di cui dispone, soffrendo dell'incertezza di una nuova esperienza.

L'analista rappresenta per il paziente l'altro da sé, la logica comune del mondo [43], di cui ha esperienza solo attraverso le lenti deformanti della sua organizza-

\* La famiglia agisce come sorgente primaria da cui l'individuo sviluppa un senso d'identità personale in rapporto al mondo [41] ed esiste una relazione tra le tendenze comportamentali implicite e le relazioni infantili con i genitori ed i fratelli, fondamentale per la costruzione dello stile di vita [9]. Lo stile di vita è quindi in rapporto con le dinamiche familiari inconse [32]. [N.d.A.]

\*\* Lo stile di vita risulta dalle esperienze, dalle loro interpretazioni, dall'inconscia dialettica del rapporto tra istanze individuali e dinamiche sociali e dalla duttilità indotta dalla possibilità-capacità di sintetizzare ed evocare una realtà più vasta o entità astratte. L'individuo in continua relazione con il mondo, con gli altri e con l'immagine che ha strutturato della sua competenza esistenziale organizzata il mondo del "come se", spazio, solo apparentemente virtuale, da riempire, usando il suo stile, con il prodotto delle sue rielaborazioni; rielaborazioni attivate dal materiale grezzo proveniente dall'organizzazione appercettiva, dai miti e dalla memoria inventiva [19], dalla inconscia acquisizione dell'immaginazione come repertorio del potenziale, dell'ipotetico, di ciò che non è stato né forse sarà ma che avrebbe potuto essere [13], dall'intreccio inventivo individuale e collettivo. Riemerge quindi il concetto di finzione: «*Fictio* indica immediatamente l'attività del *ingere*, e quindi del costruire, formare, strutturare, elaborare, presentare, tecnicizzare, e così anche il rappresentarsi, il pensare, l'immaginare, il supporre, l'abbozzare, l'ideare, l'inventare. In seconda istanza, il termine connota anche il prodotto di queste attività, cioè la supposizione finta, l'invenzione, la creazione poetica, il caso inventato. Inoltre, la nota caratteristica più rilevante di tutte le finzioni è costituita dalla libertà creativa» (53, p. 87). [N.d.A.]

zione appercettiva. La patologia però non rappresenta solo una via all'isolamento ma anche un richiamo alla cooperazione (ad esempio con il terapeuta) e per quest'ultimo aspetto bisogna porre quindi la massima attenzione a non squalificare i sintomi *tout court*: essi esprimono anche una potenzialità, per quanto residua e distorta, del sentimento sociale del paziente [28].

Al paziente è richiesta la narrazione dei suoi vissuti e dei suoi significati, di manifestare il suo atteggiamento verso la vita, le sue propensioni, la sua capacità di proporsi più o meno creativamente. Il paziente che inizia una terapia compie gli atti coraggiosi di narrarsi, confrontarsi e svelarsi se, fin dal primo colloquio, incontra l'esperienza emotiva compartecipe ed incoraggiante offerta per creare l'atmosfera relazionale di sostegno e contenimento empatico che rende anche possibile l'accesso progressivo e successivo alle fasi di interpretazione, di comprensione, di cambiamento [28].

#### IV. Narrazione

La narrazione è un gesto ubiquitario; narrare storie non è certamente un fatto inusuale. Ogni persona narra, si narra, e si fa narrare storie. Queste storie, rielaborazioni di eventi vissuti o frutto d'invenzione sono il materiale indispensabile per la costruzione di un mondo interiore in cui l'immagine di sé possa abitare ed evolversi. Ogni storia può modificare l'immagine del mondo e del sé. Ogni ricordo si modifica di continuo sotto l'azione dinamica, corrosiva e accrescitiva delle emozioni, dei sentimenti, dei desideri e dei timori. Ogni rielaborazione partecipa alla costruzione di un mondo interiore in cui abitano e si evolvono le immagini del Sé che influenzano ogni nuova acquisizione.

I bambini incominciano a costruire racconti che si riferiscono ad avvenimenti e ad esperienze interiori della loro esperienza quotidiana fin dai primi anni di vita [17, 40]. La capacità di utilizzare differenti generi narrativi si sviluppa molto precocemente, e fin dai primi anni di vita i bambini sono in grado d'elaborare racconti che si riferiscono a fatti reali od immaginari, e di fornire riassunti schematici e descrizioni generali di avvenimenti di cui sono stati testimoni. Queste storie possono essere di tipo autobiografico, oppure riguardare altri, e possono essere il prodotto della sovrapposizione di vari generi narrativi; per esempio, racconti "inventati" spesso contengono elementi che derivano, intenzionalmente o meno, dalla vita del narratore, mentre resoconti autobiografici possono includere generalizzazioni di esperienze ripetitive o aspetti legati a eventi immaginari [49].

Per Stern: «L'avvento del linguaggio\* fa maturare la capacità di narrare la propria storia, che implica la possibilità di modificare l'immagine di sé. Creare una narrazione non è la stessa cosa che pensare o parlare. Sembra che vi sia implicata

una modalità di pensiero diversa dalla soluzione dei problemi o dalla semplice descrizione. Significa pensare in termini di persone che agiscono come soggetti dotati di intenzioni e di scopi che si manifestano in una sequenza causale con un inizio, una parte intermedia e una fine» (52, p.180).

“Narrare”<sup>\*\*</sup> significa far conoscere, rendere noto, articolare un messaggio che raggiungendo un destinatario consente l’acquisizione di un significato. Narrazione è l’azione del narrare, una realizzazione linguistica mediata, avente lo scopo di comunicare una serie di avvenimenti, così da far partecipare gli interlocutori a tale conoscenza estendendo il loro contesto pragmatico [48]. I requisiti della narrazione sarebbero l’individuazione di un agente (e non importa se umano o no), uno stato iniziale, una serie di mutamenti orientati nel tempo e prodotti da cause (da non specificare ad ogni costo) sino ad un risultato finale (anche se transitorio od interlocutorio) [20]. Secondo Genette [30], la narrazione è l’atto narrativo produttore in cui si può chiamare storia il significato o contenuto narrativo, racconto il significante o il testo narrativo.

#### V. Co-narrazione

La narrazione di storie è parte fondamentale di tutte le culture del mondo ed è parere ubiquitariamente diffuso che svolge un ruolo essenziale nelle interazioni tra adulti e bambini [18, 42]. La co-costruzione di narrazioni, per cui i membri di una famiglia elaborano insieme storie che si riferiscono alla storia quotidiana, è un processo fondamentale dal punto di vista antropologico [42].

Lev Vygotskij [55] ha scritto che, quando un bambino interiorizza le sue esperienze con i genitori, si “crea pensiero”<sup>\*</sup>: i bambini che costruiscono con i genitori racconti di eventi di cui sono stati testimoni incominciano poi a narrare se stessi, e il contenuto delle loro fantasie e dei loro ricordi diventa parte integrante e attiva del loro mondo conscio interiore.

\* Alfred Adler considerava il linguaggio come prodotto della vita sociale, come prodromo del pensiero logico e quindi gli attribuiva un ruolo fondamentale per lo sviluppo della vita psichica dell’uomo: «il pensiero logico è possibile solo presumendo l’esistenza del linguaggio [...] esso rende possibile la formazione dei concetti consentendo di fare distinzioni e di elaborare idee che possono divenire patrimonio comune [...] concetti di ragione, logica, etica ed estetica non possono che avere tratto la loro origine dalla vita comunitaria e sono anche, al tempo stesso, l’elemento coesivo che protegge la cultura dalla disgregazione» (3, p. 45).

\* \* Vocabolario della lingua italiana Treccani (1989): lat. narrare, deriv. da gnarus “che sa, consapevole”; Pianigiani (1907): *narrare*= lat. *narrare* contratto dall’antiquato *gnarigare*, che trova il suo fondamento nella rad. *Gna-conoscere, rendere noto*, da cui *gnanam*, “cognizione”, caduta la *g*, come nel lat. *nascere= gnoscere*. [N.d.A.]

«Quest'approccio suggerisce la possibilità che anche processi tipicamente "privati", come il pensiero e la riflessione su noi stessi, abbiano origine come forme di comunicazione interpersonale. Come prodotti fondamentali dell'esperienza sociale, le storie riflettono e includono regole e modelli culturali comuni, analizzano le cause dei comportamenti umani e le conseguenze della deviazione dalla norma. Catturano inoltre la nostra attenzione, in quanto richiedono una nostra partecipazione attiva nella costruzione dei caratteri e delle esperienze dei personaggi coinvolti; in questo senso, i racconti sono creati non solo da chi li narra, ma anche da chi li ascolta» (49, p. 61).

Cercando una schematizzazione si può considerare i processi narrativi come articolati tra esperienza sociale e esperienza individuale; nell'esperienza sociale le storie sono condivise con gli altri, e richiedono una performance narrativa: l'utilizzo di segnali verbali e non verbali, la capacità di identificare e interpretare tali segnali, la condivisione di concetti riguardanti l'esistenza e l'esperienza soggettiva della mente, delle regole culturalmente accettate nel discorso e dello sviluppo di una coerenza narrativa; nell'esperienza individuale le storie influenzano il mondo interiore inducendo fantasie, sogni, sensazioni e stati della mente; attivano altre storie che emergendo da vari momenti del passato, interagiscono con le recenti acquisizioni ed intervengono nel prospettare nuovi scenari; richiamano esperienze che contengono temi e riflessioni in qualche modo correlati alle priorità individuali.

Sia l'esperienza sociale che quella individuale comportano l'utilizzo di meccanismi di interpretazione narrativa, sviluppano temi che comportano il senso di continuità dell'esistenza, che servono per comporre, analizzare, rivalutare il mondo dei significati, aggregare gli elementi della memoria in un sistema unitario e tendenzialmente coerente, collegano passato, presente futuro, compongono la memoria autobiografica [49].

Lo sviluppo armonico dei bambini presuppone quindi genitori capaci di un'adeguata performance narrativa; bambini che presentano un attaccamento sicuro ten-

\* Secondo Vygotskij [55] nel bambino, a circa due anni, anche l'acquisizione del linguaggio è un problema interpersonale. Il significato, inteso come un legame tra la conoscenza del mondo e le parole non è un dato evidente fin dal principio, ma qualche cosa che deve essere concordato tra genitore e figlio. La relazione esatta tra pensiero e parola «è un processo, un continuo va e vieni fra il pensiero e la parola e fra la parola e il pensiero. Il significato risulta da contrattazioni interpersonali riguardanti ciò su cui si può convenire in quanto è condiviso. E questi significati scambievolmente concordati (cioè la relazione tra pensiero e parola) crescono, cambiano, si sviluppano e sono oggetto di una contesa nella relazione tra due persone» (52, p. 176). Parole (come buono, cattivo, felice, nervoso, stanco, etc.) che si riferiscono a stati interni, continueranno ad avere il significato a suo tempo concordato (nella relazione) fra quella madre e quel bambino nei primi anni di vita. Solo quando il bambino comincerà ad entrare in una dialettica interpersonale con i coetanei nella funzione di mediatori sociali, questi significati potranno essere riveduti e modificati [52]. [N.d.A.]

dono ad avere genitori che manifestano nei loro racconti una certa fluidità narrativa, la capacità di riflettere sulla loro storia e sui loro ricordi; i loro racconti indicano che questi individui sono in grado di modulare e di apprezzare elevati livelli di intensità emotiva, e di interagire con gli altri in maniera emotivamente efficace e gratificante. Genitori di bambini con attaccamento evitante non sembrano in grado di concettualizzare la mente del figlio, ed in genere hanno difficoltà a riflettere sugli stati mentali propri ed altrui [12, 29]; le loro narrazioni autobiografiche sono spesso superficiali e poco articolate, tendono ad analisi fredde e logiche, prive di componenti sensoriali ed intuitive [38]; alcuni di questi individui possono provare un senso di isolamento di cui non sono pienamente consapevoli, anche se questa sensazione di distanza e di distacco dagli altri, e da se stessi, è spesso dominante nelle loro esperienze, e traspare chiaramente dal modo in cui descrivono le loro emozioni [49].

## VI. *Co-rinarrazione*

La rinarrazione, considerata all'interno del contesto analitico, può essere un'esperienza di viva riattualizzazione della vicenda del paziente.

VI. 1. Il paziente porta nel *setting* analitico storie che sono sempre tendenziose\*. A proposito dei ricordi infantili Adler sosteneva che non esistono ricordi casuali: dal numero incalcolabile d'impressioni che un individuo incontra, egli sceglie di ricordare soltanto quello che sente, per quanto oscuramente, abbia un rapporto con la sua situazione. Pertanto i suoi ricordi rappresentano la sua "autobiografia"; una storia che egli ripete a se stesso per mettersi in guardia o per consolarsi, per tenersi concentrato sulla sua meta, per prepararsi, per mezzo delle esperienze passate, a incontrare il futuro con uno stile d'azione già sperimentato [4].

Una "autobiografia", quindi, che risente della cifra personale del paziente. Il paziente rinarra storie che sono il risultato di un insieme di ricordi selezionati e di dettagli immaginari che derivano non solo dagli eventi del passato. Le aspettative di chi ascolta hanno per lui un ruolo importante nel determinare il tono del racconto; in questa dimensione sociale il soggetto è continuamente impegnato in un processo di rinarrazione di sé.

\* Il modo in cui raccontiamo la nostra storia è anche il modo in cui diamo forma alla nostra terapia. «Il modo in cui immaginiamo la nostra vita è anche il modo in cui ci apprestiamo a viverla, perché la maniera in cui ci diciamo cosa sta accadendo è il genere per il cui tramite gli avvenimenti diventano esperienza» (33, p. 29).

Il paziente mentre narra si espone al terapeuta, lascia misurare la sua preparazione, la sua cultura, la sua capacità di interloquire, di precisare di sintetizzare e di focalizzare il complesso evento affettivo che la situazione terapeutica comporta.

Mentre parla si ascolta e cambia, nella riproposizione delle storie che lo riguardano, il suo ruolo e la sua prospettiva. Rievocare, «confessare un fatto significa cessare di esserne l'autore per diventare un testimone, per diventare uno che lo osserva e lo narra» (11, p. 67). Un testimone, un osservatore, un rinarratore di Sé, ma non solitario, in presenza, "con" il terapeuta.\* Se il terapeuta rappresenta la *logica comune* del mondo l'atto co-rinarrativo diventa il gesto per accedere ad un rapporto di ricomposizione, almeno parziale, dei significati privati.

VI. 2. L'atteggiamento empatico, la posizione d'ascolto del terapeuta, comporta la condivisione, oltre che di aspetti affettivi, anche di complessi processi cognitivi. Mentre il narrato, il racconto, è assimilabile a un testo da considerare prevalentemente nelle sue componenti lessicali, sintattiche e semantiche, la narrazione e la co-rinarrazione a maggior ragione, sono concetti fundamentalmente pragmatici, che devono essere analizzati anche nei loro aspetti contestuali. Aspetti contestuali che concernono le relazioni tra i segni (messaggi, codici) e chi li usa; cioè, secondo un approccio semiotico, le motivazioni, le credenze, le attese, le relazioni e le convenzioni comunicative degli utenti dei codici verbali e non verbali, sia in codifica che in decodifica. E inoltre, l'esplorazione del sistema di correlazioni tra il sistema codificante (sistema dei significanti o piano dell'espressione) e il sistema codificato (sistema dei significati o piano del contenuto).

Il terapeuta deve affrontare l'ambiguità del linguaggio. La narrazione sottende il procedere finzionale, cioè il supporre, l'immaginare, ma anche il dare forma, fare una copia, ed è, parafrasando Eco, «una macchina, inevitabilmente linguistica che si sforza di far rivivere linguisticamente segni che linguistici non sono, e che accompagnano, precedono, seguono, con una loro autonomia istintiva e violenta il linguaggio» (22, p. 52).

VI. 3. Rogers [44] afferma che l'empatia è la capacità di entrare nel mondo personale del cliente in modo così intimo da poter capire non solo quello che egli prova coscientemente, ma anche ciò che si trova al di sotto della sua consapevolezza.

\* Anche secondo J. Holms [34] il lavoro terapeutico implica la costruzione di storie e la rottura di storie. Il terapeuta aiuta il paziente a raccontare una storia coerente e al tempo stesso fa sì che la storia sia raccontata in una luce differente e probabilmente più salutare. Il suo punto di vista è che l'aiuto psicologico dipende da una dialettica fra costruire una storia e rompere una storia, tra capacità di formare una narrativa e quella di disfarla alla luce di una nuova esperienza. Il paziente deve diventare capace di stare fuori dalla propria storia. [N.d.A.]

lezza e come la capacità del terapeuta di comunicare la sua comprensione dei sentimenti e dei pensieri del cliente usando un linguaggio sintonizzato sul suo. Il terapeuta deve quindi considerare che esistono varie forme di divaricazione che possono verificarsi tra conoscenza personale del mondo e quella ufficiale o socializzata quale viene codificata nel linguaggio\*: il linguaggio apre necessariamente uno spazio fra l'esperienza vissuta e quella rappresentata\*\* [52].

La comunicazione empatica, emozionale fornisce al terapeuta informazioni importanti; nello stesso tempo induce nel paziente la sensazione di essere compreso.

VI. 4. Il terapeuta si occupa di quanto il paziente verbalizza ed esplicita, ma anche del sotteso e dell'implicito: «Ciò che rimane nascosto non costituisce il limite e lo scacco del pensiero, ma anzi il terreno fecondo su cui il pensiero può svilupparsi [...] ciò per cui un pensiero vale, non è quello che esso dice, ma quello che lascia non detto facendolo tuttavia venire in luce, richiamandolo in un modo che non è quello dell'enunciare» (54, p. 152).

L'analista presta attenzione al contenuto del discorso del paziente, ma anche e soprattutto alle fratture del suo discorso. Anche da ciò che viene omesso emergono, ad insaputa dell'emittente, elementi che permettono di costruire, sulla narrazione di superficie, esplicita, un'altra narrazione non consapevole. Il linguaggio acquista una duplicità essenziale: «il discorso di superficie è mediatore di un linguaggio sommerso che ha le sue regole, i suoi simboli e la sua sintassi, e che rinvia alle strutture profonde della psiche» (10, p. 64).

«La narrazione analitica avviene attraverso il linguaggio verbale e con l'ausilio di una serie di codici non verbali (gestuale, intonazionale, prossemico, cinestesico, etc). Però è fin dall'inizio specchio di un altro codice, nascosto e inesprimibile e trasposizione da un linguaggio all'altro, approssimativa e per taluni versi impossibile» (*Ibid.*, p. 65).

\* Anche i significati attribuiti arbitrariamente a singole parole, soprattutto quando definiscono stati affettivi, possono segnalare adattamenti e necessità non consapevoli del paziente: così, per alcuni pazienti, la parola che contiene, traduce, neutralizza, occulta o nega il vissuto dell'ira non può che essere tristezza. [*N.d.A.*]

\*\* Il linguaggio è il mezzo ideale per la rappresentazione delle categorie degli stati affettivi ma è limitato quando esprime informazioni dimensionali: è più facile etichettare categorie di stati affettivi (felice, triste) che non aspetti quantitativi (quanto felice, quanto triste); molti messaggi trasmessi da molti canali sono frammentati dal linguaggio e disposti in un ordine gerarchico lungo la dimensione responsabilità/ritrattabilità; alcune esperienze del Sé indicano quanto sia distanziata la conoscenza personale sperimentata in parole o in pensieri e come abbiamo bisogno dell'arte per gettare un ponte fra queste due parti [52]. [*N.d.A.*]

Si tratta di trasporre in parole e frasi esperienze ed emozioni complesse espresse in un linguaggio non, o non esclusivamente, verbale. Evocare ricordi e fantasie, riflessioni o reazioni emotive rende di fatto quasi impossibile trovare un equivalente verbale adeguato [14].

La co-rinarrazione comporta la riattivazione dei modelli di interazione amplificati dalla regressione, dalla relazione transfert-controtrasferale e dalle resistenze di paziente e terapeuta ed è sottesa dallo stile narrativo: la capacità di verbalizzare, di sintetizzare “in parole e frasi” un’interiorità che non sempre le usa, di proporla con una tecnica, acquisita in una intera vita, per analizzare, rielaborare, evitare, distanziare, travisare, difendersi e risolvere in qualche modo le difficili vicende relative alla relazione ed alla comunicazione con il mondo, gli altri e sé stessi. Un tentativo di tradurre e rappresentare le parti narrabili dello stile di vita ed un modo per lasciar intravedere parti dell’inconscio, definito come «la parte inconscia di una tensione verso una meta ideale, in cui le percezioni, le idee, gli affetti e i desideri che ritroviamo nelle finzioni, sono il tramite di una possibilità di approccio alla realtà in termini simbolici» (27, p. 34).

VI. 5. Il terapeuta svolge una funzione di filtro e di riconoscimento nel momento in cui attiva la sua decisione di intervenire evidenziando ed eventualmente interpretando simbolicamente un elemento, anche posto tra le righe, che reputa come proiezione sufficientemente imprecisa di un contenuto\*. «Il mondo simbolico presuppone sempre e comunque un processo d’invenzione applicato a un riconoscimento. Trovo un elemento che potrebbe assumere o già ha assunto funzione segnica e decido di vederlo come la proiezione di una porzione imprecisa di contenuto. [...] Il mondo simbolico è dunque un procedimento non necessariamente di produzione, ma comunque e sempre di uso del testo, che può essere applicato ad ogni testo e ad ogni tipo di segno, attraverso una decisione pragmatica (voglio interpretare simbolicamente) che produce a livello semantico una nuova funzione segnica, associando ad espressioni già dotate di contenuto codificato nuove porzioni di contenuto, quanto più possibile indeterminate e decise dal destinatario» (21, pp. 910-911).

\* Slade [50] ha dimostrato che ascoltare prestando attenzione a caratteristiche quali cambiamenti nel tono di voce, lapsus, irrilevanze, rotture di significato è più o meno equivalente al prestare attenzione alle rotture e fluttuazioni più sottili e appena accennate della struttura e del discorso del paziente nel contesto dell’attaccamento e nel contesto clinico. Il terapeuta, focalizzandosi sulle lacune della narrativa, sta particolarmente attento a dati ed argomenti in cui il paziente è incapace di mentalizzare un’esperienza e dunque dove l’intervento terapeutico è utile ed auspicabile. In realtà, quest’atteggiamento è quello che il terapeuta normalmente utilizza per identificare i modi che il paziente sceglie per difendersi dall’intrusione di pensieri o sentimenti inaccettabili. [N.d.A.]

Non si tratta di dare al paziente spiegazioni che conducono ad una presa di coscienza specifica, ad un nuovo valore di verità [7], ma di un contributo per incoraggiare il paziente a non sentirsi prigioniero della propria storia, offrendogli od accogliendo una possibilità nuova di atteggiarsi rispetto ai propri vissuti [47].

VI. 6. Avviandosi nel rispetto del piano simbolico in cui il paziente è costretto ad esprimersi, la relazione terapeutica può maturare quando il terapeuta e il paziente concorrono alla produzione di codici verbali e non verbali reciprocamente utilizzabili, ricontrattabili e articolati in una dialettica interattiva, transpersonale e retroattiva, intrapsichica.

Il lavoro comune, tra psicoterapeuta e paziente per la costruzione di un sovracodice che comprenda i due codici particolari, richiede al terapeuta una capacità “complessiva” che lo renda idoneo ad identificarsi, anche a livello culturale, tramite un’equazione transindividuale [26] che sembra però sottesa non solo da competenze concernenti il fare, ma anche da capacità, spesso relazionali, che si riferiscono all’essere [25] e quindi all’identità.

Compito della terapia non è far crollare le difese e superare le resistenze, quanto riscoprire la necessità di queste manovre che sono le risposte della psiche alla propria debolezza [33].

Il terapeuta quando “si avvicina” coglie empaticamente il vissuto del paziente e cerca di soddisfare le sue necessità di essere accolto, compreso e accettato, anche nelle sue vicende regressive; quando “si distanzia”, con la restituzione del materiale elaborato, senza la pretesa di rinviare un senso o una verità originale, incoraggia il riconoscimento della prospettiva individuale, della diversità, della ricchezza nel confronto e nella cooperazione.

La relazione rimane in equilibrio quando il paziente è in grado di sperimentare i nuovi significati proposti, accrescendo l’autostima, e quando in modi diversi, il paziente e l’analista riescono a collaborare alla stesura di un testo verbale e non verbale che traduce lo stile di entrambi. In questo modo si possono considerare coautori asimmetrici non del solo gesto co-rinarrativo, ma di un atteggiamento cooperante in cui si sviluppa l’esperienza viva ed efficace del sentimento sociale; per quanto possibile, mentre si confrontano differenze e separazioni, resistenze ed alleanze, incompatibilità tra linguaggio ed esperienze, si evita lo svuotamento dell’esperienza di riconoscimento e d’incontro.

VI. 7. L’acquisizione di significati, anche quello inerente il concetto di Sé come oggetto di autonoma riflessione, transita attraverso la “produzione” di nuove categorie interpretative, tramite la possibilità-capacità di sintetizzare ed evocare altre,

più vaste, realtà o entità astratte come prodotto della collaborazione e della sua successiva rielaborazione; collaborazione che produce, inoltre, la tolleranza e l'intuizione della vastità: «il poter contenere in sé moltissime cose, anche tra loro contraddittorie, sapere che tutto ciò che sembra inconciliabile sussiste tuttavia in un suo ambito, e questo sentirlo senza perdersi nella paura, e anzi sapendo che bisogna chiamarlo col suo nome e meditarci sopra» (15, p. 225). Utilizzando una teoria dell'informazione ampliando la quantità e la qualità della comunicazione all'interno e all'esterno dell'individuo [24].

VI. 8. L'ideale dei Sé e Non Sé di entrambi i protagonisti del setting concorrono quindi alla formazione dei codici per la comunicazione utile alla relazione terapeutica. I continui rinvii proiettivi, identificatori, tra il Concetto di Sé (Identità e Immagine di Sé) del terapeuta e del paziente (“lui pensa che io sia ... io penso che lui sia”) [39] alimentano, interrompono in continuazione “l'essere con” [36] del processo psicoterapeutico [25].

Nella decisione del terapeuta di “usare” il testo del paziente si coglie la sua condizione di responsabilità: l'analista non incoraggia, se partecipa al gioco della volontà di potenza che conferma le spiegazioni che l'individuo ha già pronte; incoraggia se riesce a proporre l'ipotesi di co-rinarrazione come implicita, ma fruibile, esplicitazione di un atteggiamento condivisibile e nuovo per cercare, ed «attendere, che una ragione nuova si possa ricreare» (28, p. 143).

La storia è del paziente: è il suo patrimonio personale, il terapeuta deve prestare attenzione, pensando di contribuire ai contenuti del paziente, a non esercitare atti inconsapevoli di correzione e di insegnamento, e a proporre la cooperazione nella contrattazione dei significati, dei codici e delle finzioni.

«Solo se il terapeuta e il paziente sanno rendere relativa la verità che ritengono di possedere, le sedute saranno un'occasione per attivare le potenzialità ancora inconse del sentimento sociale, quel sentimento cioè che serve a desiderare il rapporto con gli altri e ad entrare in contatto con la diversità che è in noi. Da queste potenzialità può sprigionare nel paziente un'immaginazione nuova per esprimere quello che da sempre si trova dentro al suo cuore, per progettare in modo più autentico e libero il proprio futuro» (28, p. 149).

## VII. Breve stralcio da un caso clinico

A titolo documentativo si riporta una lettera inviata da una paziente in cura per un disturbo che rispondeva sia alla definizione di *Disturbo di personalità Borderline* che *Istrionico* secondo il DSM IV. La paziente aveva scritto, dopo avere subito una frustrazione, al terapeuta che aveva dovuto rinviare la seduta:

«Mi ha fatto male al cuore quando lei Dottor L. mi ha detto che a volte prova una lieve irritazione per il mio “enfatico” modo di esprimermi. Eppure soltanto a lei riesco a dire ciò che c’è nel più intimo di me, la mia realtà, la mia verità. A volte sorrido; a volte vorrei essere morta, perché dentro ho l’animo come un vetro andato in mille pezzi. Da lei cerco qualche parola d’aiuto e cerco con tutte le mie forze morali di mettere in pratica tutto ciò che sento dalle sue labbra. Il mio modo di parlare e di raccontarmi a lei è così, abbia pazienza. Verrà pure il giorno che non mi vedrà più».

*P. M.*

Il tono di rimprovero è evidente come anche il riflesso di una forte tensione transferale ricca di ambivalenze, di ambiguità; tentativi di apertura a nuove riflessioni su di sé, seppure ancora intrisi dalla necessità di preservare difensivamente un proprio, isolato, sentimento di personalità sono impliciti nella prosecuzione di una relazione terapeutica in cui poter condividere, lasciare emergere la propria soggettività e “discutere” il proprio stile.

### VIII. *Conclusioni*

La co-rinarrazione nell’ambito dell’analisi comporta ed attiva complessi eventi:

- attribuisce alla relazione analitica una forma che favorisce l’esperienza esplorativa tramite l’utilizzo della dimensione storico biografica, lo sforzo rappresentazionale, la costruzione di uno spazio finzionale utilizzabile, il distacco dalla propria storia;
- agisce su quantità e qualità della comunicazione;
- rinvia alla “competenza e ai disturbi della capacità narrativa”\* [35, 37] del paziente, alle sue resistenze e alla sua capacità di transfert, ai meccanismi che utilizza per regolare gli affetti;
- consente lo studio delle lacune della narrativa, dei dati ed argomenti in cui il paziente è incapace di mentalizzare un’esperienza, e di identificare i modi con cui si difende dall’intrusione di pensieri o sentimenti inaccettabili [50, 51, in corso di stampa];
- consente di utilizzare il controtransfert, prodotto dall’invasione della mente del terapeuta dalle narrazioni disturbate o patologiche che rinviano alla struttura più o meno organizzata del Sé del paziente, per favorire l’“incontrarsi al confine intimo” [23] nella relazione, al punto di massima vicinanza, ma senza la violazione

\* Secondo Holmes [34] ci sono tre prototipi del disturbo della capacità narrativa: a) rimanere aderenti a storie rigide (distanzianti); b) essere sopraffatti da esperienze non raccontate (preoccupato); c) essere incapace di trovare una narrativa abbastanza forte da contenere dolore traumatico (non risolto). [N.d.A.]

dei reciproci confini, per studiare gli ostacoli, le paure, le resistenze del paziente a tale incontro;

- permette, quindi, un utilizzo più preciso della regressione come agente terapeutico nel momento in cui si riesce a stabilire e si effettua un *incontro incoraggiante col deficit* [31], si attiva il ritorno del paziente ai propri vissuti profondi, insieme al terapeuta, in una sorta di “mondo del noi” (di “Paarung”, di “essere con” husserliano) [45], come nuova esperienza emozionale maturativa [31].

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Che cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara, 1990.
6. ADLER, K. (1967), La psicologia di A. Adler, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic techniques, A Handbook for Practicing Psychoanalyst*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974.
7. AGAZZI, E. (1976), Criteri epistemologici delle discipline psicologiche, in SIRI, G. (a cura di), *Problemi epistemologici della Psicologia*, Vita e pensiero, Milano.
8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze, 1997.
9. ANTOCH, R. F. (1981), *Von der Kommunikation zur Kooperation*, Reinhardt, München-Basel.
10. ARRIGONI, M. P., BARBIERI, G. (1998), *Narrazione e psicoanalisi*, Cortina, Milano.
11. BORGES, J. L. (1970), *Il manoscritto di Brodie*. L'Espresso, Roma 2002.
12. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita*. Bollati, Torino 1989.
13. CALVINO, I. (1988), *Lezioni americane*, Garzanti, Milano.
14. CANCRINI, L. (1982), *Guida alla psicoterapia*, Editori Riuniti, Roma.
15. CANETTI, E. (1977), *La lingua salvata*, L'Espresso, Roma 2002.
16. CANZIANI, G. (1973), Introduzione, in ADLER, A. (1928), *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma.
17. COHLER, B. J. (1982), Personal Narrative and the Life Course, in BATES, P. B.,

- BRIM, O. G. (a cura di), *Life-span Development and Behavior*, Academic, New York.
18. COLES, R. (1989), *The Call of Stories: Teaching and the Moral Imagination*. Houghton-Mifflin, Boston.
19. DETIENNE, M. (1981), *L'invention de la mythologie*, tr. it. *L'invenzione della mitologia*, Boringhieri, Torino 1983.
20. ECO, U. (1979), *Lector in fabula. La cooperazione interpretativa dei testi narrativi*, Bombiani, Milano.
21. ECO, U. (1981), Simbolo, in *Enciclopedia*, vol XII, Einaudi, Torino 1981: 910-911.
22. ECO, U. (1998), *Tra menzogna e ironia*, Bompiani, Milano 1998.
23. EHREMBERG, D. (1993), *The Intimate Edge*, Northon, New York.
24. FASSINO, S. (1985), A proposito del Sentimento Sociale quale struttura per la comunicazione intrapsichica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 22-23: 30-42.
25. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino 2002.
26. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.* 9-10: 159-167.
27. FERRERO, A. (1988), Dimensione individuale e collettiva dell'inconscio, *Indiv. Psychol. Dossier*, I, SAIGA, Torino.
28. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara*, CSE, Torino 1995.
29. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and Reflective Function: their Role in Self-organization*, tr. It *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano 2001.
30. GENETTE, G. (1969), *Figures II*, tr. it. *Figure II, Discorso del racconto*, Einaudi, Torino, 1972.
31. HEISTERKAMP, G. (1983), Psychotherapie als beziehungs analyse, *Zeit Individualpsychol.*, 9, 5: 86-106.
33. HEISTERKAMP, G. (1985), Progressive und regressive Momente in der Therapie, *Beitr. Z. Indiv. Psychol.*, 6.
33. HILLMAN, J. (1983), *Healing Fiction*, tr. it. *Le storie che curano*. Cortina, Milano 1990.
34. HOLMES, J. (1998), Difensive and Creative Uses of Narrative in Psychotherapy: an Attachment Perspective, in ROBERT, G., HOLMES, J. (a cura di), *Narrative and Psychotherapy and Psychiatry*, Oxford University, Oxford: 49-68.
35. HOLMES, J. (2000), Manual for Brief Attachment Based Intervention. Devon Health Authority. Manoscritto non pubblicato citato in FONAGY, P. (2002), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano.
36. HUSSERL, E. (1913-1950), *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, tr. it. *Una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino 1965.
37. MAIN, M. (1995), Recent Studies in Attachment: Overview, with Selected Implication for Clinical Work, in GOLDBERG, S., MUIR, R., KERRJ (a cura di), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspective*, Analytic Press, Hillsdale: 407-474.
38. MAIN, M., GOLDWIYN, R. (1998), Adult Attachment Scoring and Classification System, manoscritto non pubblicato citato in SIEGEL, D. (2001), *La mente relazionale*, Cortina, Milano.
39. MOSAK, H. (1994), Psicoterapia adleriana, in CORSINI R. J., D. WEDDING (a cura

- di, 1996), *Current Psychoterapies*, tr. it. *Psicoterapia*, Guerini, Milano.
40. NELSON, K. (a cura di, 1989), *Narratives from the Crib*, Harvard University, Cambridge.
41. NICOLL, W. G., HAWES, E. C. (1985), Family Lifestyle Assessment: The Role of Family Myths and Values in the Clients Presenting Issues, *J. Individ. Psychol.*, 41: 147-160.
42. OCHS, E., CAPPS, L. (1996), Narrating the Self, *Annual Review of Anthropology*, 25: 19-43.
43. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel “setting” adleriano, *Riv. Psicol. Individ.*, 46: 27-41.
44. ROGERS, C. (1957), The Necessary and Sufficient Condition of Therapeutic Change, *J. of Consulting Psychology*, 21: 295-303.
45. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, *Individ. Psychology Dossier – II*, SAIGA, Torino.
46. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
47. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, M. S., Torino.
48. SEGRE, C. (1980), Narrazione/narratività, in *Enciclopedia*, Vol. VI, Einaudi, Torino.
49. SIEGEL, D. J. (1999) *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Cortina, Milano 2001.
50. SLADE, A. (1999): Attachment Theory and Research: Implications for Theory and Practice of Individual Psychotherapy with Adult, in CASSIDY, SHAVER, P. R. (a cura di), *Hand Book of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, The Guilford Press, New York: 575-594.
51. SLADE, A. (in press), The Development and Organisation of Attachment: Implication for Psychoanalysis, *J. American Psychoanalytic Association*.
52. STERN, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Child*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino 1987.
53. VAHINGER, H. (1925), *The Philosophy of “As If”: A System of the Theoretical, Practical and Religious Fictions of Mankind*, Harcourt, Brace & Company, New York.
54. VATTIMO, G. (1963), Essere, storia e linguaggio, in *Heidegger, Edizioni di “Filosofia”*, Torino.
55. VYGOTSKIJ, L. S. (1934) *Thought and Language*, tr. it. *Pensiero e linguaggio*, Laterza, Bari 2000.

Sergio Laguzzi  
Via Castel del Lupo, 55  
I-10060 San Secondo di Pinerolo (TO)