

La struttura del caso clinico e il pensiero dell'analista

di Gian Luca Barbieri*

Obiettivo del presente contributo è suggerire un approccio al caso clinico che lo faccia parlare al di là della sua dimensione contenutistica. Per questo motivo saranno lasciate in secondo piano le componenti tematiche e specificamente cliniche e verranno considerati solo gli aspetti formali del testo, in particolare la sua "forma del contenuto" (Hjelmlev, 1953), ovvero le modalità in base alle quali è stata costruita la narrazione da parte dell'autore-narratore. Chiedersi non solo cosa l'autore riporta nel suo testo, ma anche come lo espone e in che modo lo struttura può fornire informazioni interessanti relative al processo di mentalizzazione e in generale al pensiero dell'analista.

La lettura che proponiamo non è evidentemente alternativa a quella tematico-contenutistica. Piuttosto vuole costituirne un'integrazione, finalizzata a far emergere alcuni aspetti relativi alla disposizione inconscia dell'autore nei confronti della materia trattata, delle emozioni affrontate, degli aspetti emersi nel corso del trattamento e riconsiderati durante la stesura del caso clinico.

Scrittura ed elaborazione dei "residui beta"

In prospettiva bioniana, il testo del caso clinico può essere considerato come il risultato di una serie di "trasformazioni" (Bion, 1965), che si originano in primo luogo durante le singole sedute, e che portano poi, passo dopo passo, ad un'elaborazione progressiva delle emozioni e del pensiero dell'analista attraverso la scrittura. Secondo questa prospettiva, il testo scritto (che nel linguaggio bioniano corrisponde a T beta) è un contenitore che consente al clinico di riattivare la sua funzione alfa a posteriori e gli offre la possibilità di osservare un cammino terapeutico e un processo complesso di conoscenza da un vertice diverso.

A tale proposito riteniamo che il pensiero dell'autore di un caso clinico segua un itinerario orientato soprattutto a individuare e rendere pensabili quelli che abbiamo definito "residui beta" (Barbieri, 2007), ovvero emozioni e sensazioni non sufficientemente elaborate, protopensieri non del tutto trasformati e fatti giungere solo alle soglie della pensabilità dalla funzione alfa durante il trattamento e poi lasciati in una sorta di limbo mentale. Si tratta dunque di nuclei di pensiero potenziali, non completamente trasformati né viceversa espulsi come elementi beta, ma rimasti in sospenso, incistati tra le maglie del pensiero nascente come nicchie oscure. L'elaborazione del caso clinico può recuperare e far emergere questi residui beta, in modo da riconsiderarli e farli accedere a posteriori alla dimensione del pensiero, ricavando da quelle zone buie delle scintille che possono irradiare nuova luce e far avvicinare ulteriormente l'analista all'oggetto ultimo di pensiero, la bioniana O.

La scrittura del caso clinico, in questa ottica, può favorire la ri-attivazione della funzione alfa per dotare alcuni residui beta di una potenzialità ermeneutica fino ad allora trascurata, ignorata, che si può riverberare anche sulle componenti di pensiero già elaborate in precedenza, riconsiderando anche queste ultime in modi almeno in parte nuovi e diversi.

Per puntare a questo obiettivo, la scrittura appare un medium particolarmente efficace, soprattutto per tre suoi aspetti distintivi: la *permanenza del segnale*, che favorisce l'attivazione di un processo di pensiero circolare, ricorsivo, meno contingente; la *correggibilità*, che libera il pensiero dall'illusione della definitività; il diverso *grado di pianificazione* rispetto all'oralità, che consente di strutturare il materiale secondo un ordine differente, più duttile, dotando di nuove prospettive la mente del clinico.

In sostanza, non si tratta di percorrere, grazie alla scrittura, un cammino sicuro che conduca ad una presunta verità che prima era sfuggita; piuttosto il codice scritto permette di attivare il pensiero in modi meno rigidi e meno vincolati alla linearità del tempo vissuto in diretta, e rende così accessibile una dimensione logica più complessa, stratificata, dialettica.

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Parma

Iniziamo questo percorso di analisi dalla struttura testuale del caso clinico, primo aspetto di forma del contenuto che prendiamo in considerazione (il secondo, trattato nel prossimo paragrafo, è la focalizzazione).

Il caso clinico è il risultato di un itinerario mentale che porta da una successione di frammenti reciprocamente connessi in modi variabili e dinamici ad un testo dotato, per quanto possibile, di una sua almeno relativa compiutezza strutturale. Nasce dall'esigenza di riprendere i segmenti emersi nelle diverse sedute per dotarli di un'organizzazione logica che renda possibile un ulteriore grado di conoscenza. Utilizzando un concetto freudiano, si può affermare che il materiale emerso nella diacronia del percorso terapeutico viene sottoposto, nel corso della redazione del caso clinico, a qualcosa di simile ad una elaborazione secondaria (Freud, 1899), attraverso la quale le singole tessere sono connesse in modo da dare vita ad un mosaico il più possibile coerente.

In termini narratologici, la redazione di un caso clinico può essere pensata come un passaggio dall'intreccio alla fabula, cioè dal disordine all'ordine (o forse meglio da un ordine frammentario a un ordine strutturalmente dotato di una diversa coerenza a livello generale). Senza dimenticare che tale ordine non ambisce ad essere oggettivo, ma è intrinsecamente legato al punto di vista dell'autore, che dipende dalla sua storia, dalla sua esperienza clinica precedente, dai suoi riferimenti teorici, dalla relazione con quel particolare paziente, dalle dinamiche transferali e controtransferali e da altre importanti variabili.

Altri tre aspetti da considerare sono i seguenti. Il primo: un caso clinico è una rinarrazione complessa effettuata da un punto di vista "altro" nei confronti dell'itinerario di conoscenza già percorso. Dalla prospettiva della semiotica testuale, uno degli effetti di questa rinarrazione consiste nel fatto che le parole pronunciate nel corso delle sedute vengono riportate dal narratore-analista ricorrendo ai diversi tipi di discorso (diretto, indiretto, indiretto libero), quindi secondo strategie narrative che introducono una *distanza* variabile tra il narratore e il personaggio. Senza insistere su questo aspetto, ci limitiamo a ricordare che la distanza segnala la scelta più o meno conscia da parte del narratore-analista di assegnare al personaggio (nel nostro caso il paziente) una maggiore o minore autonomia narrativa, e quindi di riservare a sé un controllo più ridotto o più elevato della parola e del pensiero del paziente stesso e in generale del materiale trattato nel testo.

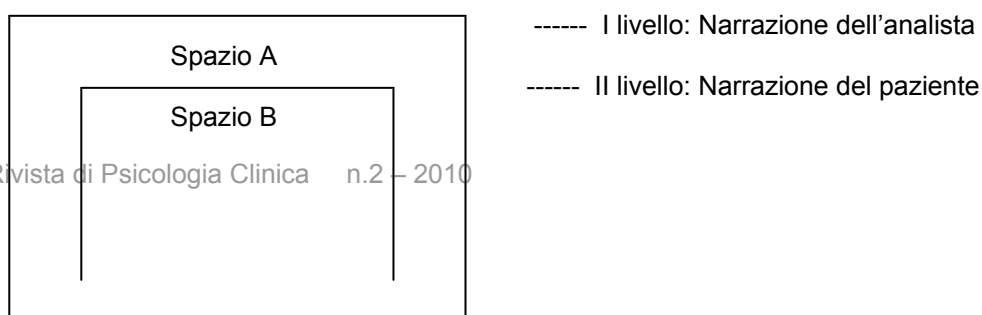
Un secondo aspetto è l'introduzione, all'interno della narrazione, di una logica argomentativa attraverso la quale il materiale clinico viene ristrutturato e ripensato alla luce di una serie di riferimenti teorici. Usando due concetti di Roland Barthes (1970), la dimensione *ermeneutica* dell'analista, ovvero la sua prospettiva di pensiero, il suo paradigma (Kuhn, 1962), si appropria del materiale *proairetico* (cioè dei contenuti narrativi) del paziente, per costruire una nuova narrazione.

Il terzo aspetto, sul quale ci soffermiamo con maggiore attenzione, consiste nell'attivazione, all'interno del caso clinico, di una relazione complessa tra la dimensione mentale dell'analista nel presente della riflessione e della scrittura *post eventum* e quella della coppia analitica nel corso del trattamento. Questo dialogo virtuale tra l' "ora" e l' "allora" trova la sua rappresentazione nella struttura del caso clinico, che è articolata sulla stratificazione di alcune cornici concentriche, ciascuna riservata ad un diverso narratore.

Prendiamo come esempio il caso di Dora (Freud, 1901), che è rappresentativo e per alcuni aspetti emblematico dei meccanismi di costruzione strutturale del testo di tanti altri casi clinici.

Schematizzando possiamo dire che I) il narratore Freud narra una "storia" clinica al cui interno II) la narratrice Dora narra una storia al cui interno III) altri personaggi narrano, in maniera più o meno frammentaria, ulteriori storie.

Ne deriva una struttura di questo tipo:



Il paziente, narratore di secondo livello, si appropria delle narrazioni dei personaggi subordinati, posti al terzo livello, secondo il proprio punto di vista. L'analista, narratore di primo livello, predispose un nuovo contenitore narrativo per ciò che è riferibile al secondo e al terzo livello e a sua volta trasforma le narrazioni dei due livelli più interni in una prospettiva che favorisca l'attivazione del processo ermeneutico che sta alla base del caso clinico.

Va notato che questa struttura testuale a scatole cinesi ha anche la funzione di vagliare, di filtrare, di "contenere" il materiale delle sedute, inquadrandolo secondo percorsi il più possibile chiari e coerenti e ripensandone i contenuti attraverso prospettive logico-narrative che consistono nei diversi tipi di focalizzazione (questione che verrà affrontata in seguito).

Riprendendo la struttura del caso clinico di Dora, al *primo livello della narrazione* si trova Freud nel ruolo di narratore, che da una *specola osservativa* indaga la storia di Dora nei suoi aspetti prevalentemente inconsci e latenti. È un narratore dotato di grande visibilità, un po' come nel romanzo ottocentesco. Pur essendo un personaggio che fa parte della storia narrata, egli si pone come osservatore esterno, in sintonia con il principio dell'astinenza e dell'analista-specchio. Questa sua posizione non è in contraddizione con il ruolo di *narratore interno*, che dice "io" ed entra nella vicenda intervenendo anche con osservazioni e commenti personali.

La cornice narrativa corrispondente al primo livello ha una funzione *strutturante*.

Nello *Spazio A* il narratore di primo livello *parla di* un personaggio (che è poi il narratore di secondo livello, ovvero il paziente); all'interno di questo spazio narrativo si collocano la distanza, ovvero le modalità di trasmissione della parola altrui attraverso la scelta dei diversi tipi di discorso, ai quali si è fatto brevemente cenno, e la focalizzazione.

Al *secondo livello* il narratore è il paziente. Si tratta di un *narratore interno* che ha il ruolo di protagonista della storia da lui raccontata. Ci troviamo qui sul vero e proprio *stage della narrazione*, la cui cornice è una *membrana narrativa autodefinitoria*, nel senso che le parole del narratore-paziente dotano quest'ultimo di una propria identità. Non va dimenticato poi che il tutto viene filtrato dal narratore-analista attraverso la sua prospettiva di pensiero. In altre parole, la funzione strutturante della narrazione del primo livello condiziona e ricostruisce anche la narrazione del secondo livello affidata al paziente.

Anche nello *Spazio B* si collocano la distanza tra il narratore (questa volta il paziente) e i personaggi secondari, rappresentata dai diversi tipi di discorso, e la focalizzazione.

Infine il *terzo livello*, che vede come narratori i personaggi secondari (ad esempio la governante di Dora), è delimitato da un perimetro narrativo con funzione di *membrana narrativa eterodefinitoria*: "etero", non "auto" come al secondo livello, perché se è vero che il personaggio costruisce verbalmente un'immagine di sé, questa viene però "raccontata" dal narratore di secondo livello (Dora), il quale la utilizza non solo per mettere in scena il personaggio secondario, ma soprattutto per rappresentare se stesso attraverso il personaggio di cui riporta parole e fatti. Dunque il personaggio secondario viene introdotto nella narrazione non tanto per fornire un'immagine di se stesso, ma soprattutto per trovare una collocazione, attraverso la voce del paziente, nel mondo costruito da quest'ultimo. Il narratore di terzo livello, in sostanza, non esiste di per sé, ma viene fatto parlare e viene plasmato dal narratore di secondo livello in modo da sostenere il punto di vista di quest'ultimo. A sua volta il narratore di secondo livello viene fatto parlare dal narratore di primo livello in modo da inserirsi organicamente nella ristrutturazione narrativa, semantica e logica effettuata dal narratore-analista.

Anche nello *Spazio C*, che coincide con il discorso dei personaggi secondari, si collocano la distanza e la focalizzazione, che appaiono però poco significative soprattutto perché a tali personaggi è riservato uno spazio limitato.

Riassumendo, la struttura narrativa del caso di Dora, che appare esemplare perché su di essa si modellano in modo più o meno diretto molti altri casi clinici, è articolata su tre livelli sui quali si

trovano altrettanti narratori, collocati gerarchicamente in modo che quello più esterno ha il compito di riportare e quindi filtrare le narrazioni di quello più interno. Si tratta di una costruzione narrativa complessa, le cui implicazioni più significative emergono in relazione alla focalizzazione.

La focalizzazione

La focalizzazione è la prospettiva attraverso la quale il narratore presenta la storia raccontata. Nel testo letterario (Genette, 1972), vi sono tre tipologie di focalizzazione. La focalizzazione *esterna* è quella in cui il narratore si limita a riportare i fatti accaduti senza mai intervenire con commenti, come un semplice cronista che racconta esclusivamente ciò che vede. Non sa nulla del passato né del futuro dei personaggi, non conosce i loro pensieri e sentimenti.

La focalizzazione *interna* corrisponde invece al punto di vista di un narratore che di solito partecipa alla vicenda come personaggio e che narra i fatti dal suo punto di vista. Ha una visione esplicitamente soggettiva degli avvenimenti e filtra il mondo rappresentato attraverso i suoi occhi, la sue idee e i suoi sentimenti.

Infine la focalizzazione *zero* è quella del narratore onnisciente, che conosce il passato, il presente e anche il futuro della vicenda e dei personaggi, entra nella sfera più intima di questi e ne coglie gli affetti più nascosti, i tratti più sfuggenti e invisibili.

Nella focalizzazione esterna il narratore ne sa meno dei personaggi, nella focalizzazione interna il narratore ne sa quanto un personaggio, nella focalizzazione zero il narratore ne sa più dei personaggi.

Questa classica categorizzazione non appare applicabile se non in maniera parziale al caso clinico, poiché il tipo di narrazione che lo caratterizza, come si è visto, è strutturato su diversi livelli: nel caso di Dora la narrazione dell'analista contiene quella del paziente e questa contiene quelle degli altri personaggi. Ciascuno dei tre livelli narrativi si caratterizza per una diversa focalizzazione e quella più esterna condiziona le altre.

Nel caso clinico che stiamo considerando, la focalizzazione del terzo livello, come accennato, non ha un'importanza significativa, tanto che può essere tralasciata perché al personaggio secondario è concesso uno spazio narrativo molto ristretto. Il discorso si fa più interessante passando ai due livelli superiori. Il narratore di secondo livello (il paziente) utilizza una *focalizzazione interna*, in quanto racconta gli avvenimenti dal proprio punto di vista. Il narratore di primo livello (l'analista) usa invece una focalizzazione che nel caso di Dora non rientra in nessuna delle tipologie letterarie, sia per la sua funzione di filtro e di contenitore delle narrazioni più interne, sia per il fine argomentativo sotteso all'andamento narrativo-espositivo del testo.

Se osserviamo la focalizzazione adottata da Freud come narratore nella cornice più esterna del caso di Dora, notiamo che per taluni aspetti richiama la focalizzazione zero del narratore onnisciente, dalla quale però si differenzia in modo significativo. Da un lato Freud è una sorta di "narratore-demiurgo" (Segre, 1984) che tiene sotto controllo i propri personaggi e ne sa più di loro, però il suo sapere non è paragonabile all'onniscienza del narratore letterario, perché quest'ultimo è una presenza fittizia creata da un autore che conosce tutto della vicenda e dei personaggi che egli stesso ha creato e messo in campo. Ciò non si riscontra ovviamente nella narrazione freudiana, perché da un lato non si tratta di un'invenzione e dall'altro la conoscenza analitica non è paragonabile a quella letteraria, dato che è il risultato di un processo "interminabile" e si costituisce a posteriori, mentre quella narrativa è limitata alla storia raccontata, è completa ed è a priori.

La focalizzazione di Freud come narratore si basa su una prospettiva interna di intimità empatica con i personaggi, ma è anche esterna, in nome dei dettami tecnici ed epistemologici dell'analisi, quali l'astinenza e il ruolo di schermo opaco e di specchio riflettente dell'analista. In base a queste osservazioni è opportuno, prendendo a prestito una nota categoria winnicottiana (Winnicott, 1951), parlare di *focalizzazione transizionale* a proposito della prospettiva narrativa del narratore-analista nel caso di Dora. Transizionale perché è allo stesso tempo interna ed esterna; interna sia perché Freud è un personaggio della storia narrata, sia in base alla posizione di empatia e di comprensione nei confronti del materiale emerso nelle sedute; esterna per i motivi teorici ed epistemologici esposti sopra. È una focalizzazione complessa e dialettica che si basa sulla compresenza di un punto di vista interno e di uno esterno che vengono superati in una sintesi nuova e originale.

Implicazioni a livello di pensiero

Può venire spontaneo, a questo punto, chiedersi per quali motivi un tipo di analisi di questo tipo può interessare ad un clinico.

Come si è già accennato, va ribadito che si tratta non di un approccio alternativo a quello tradizionale, ma di un'integrazione che consente di ricavare dal testo del caso clinico qualche informazione relativa alla disposizione in buona parte inconscia dell'autore nei confronti della materia trattata. Infatti, come si osserverà anche in seguito, la scelta di una struttura narrativa particolare e di un certo tipo di focalizzazione (ci riferiamo soprattutto a quella del narratore più esterno, ovvero lo stesso analista, o in qualche caso il supervisore), ha implicazioni significative al livello del grado di controllo imposto al materiale trattato, elaborato, pensato. La rinarrazione di ciò che è emerso nel corso delle sedute implica la necessità, la volontà, spesso posta al di sotto della coscienza, di contenere in vari modi il materiale clinico per renderlo pensabile. È in questo snodo che possono emergere atteggiamenti difensivi dell'analista, che si riflettono nel modo in cui egli struttura il materiale narrato e lo presenta attraverso una focalizzazione particolare.

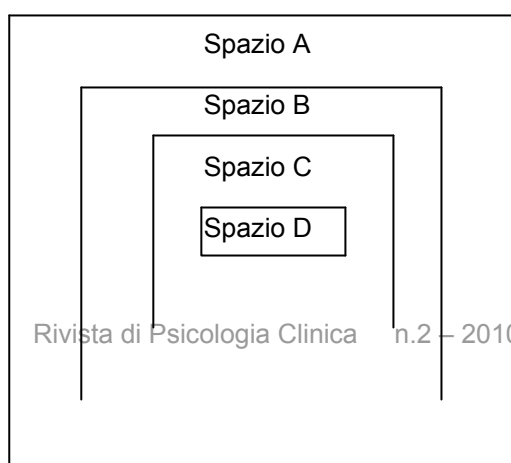
In termini bioniani si può dire che, dato che il processo di conoscenza attivato nel caso clinico è un legame K, intriso di componenti emotivo-affettive e orientato ad O, è in relazione al modo in cui K incontra L e H (*Love e Hate*) che si determinano particolari atteggiamenti mentali in buona parte inconsci che si possono tradurre facilmente in scelte difensive e di controllo (Bion, 1963). Forse ne aveva un'embrionale percezione lo stesso Freud, dato che ciascuno dei suoi casi clinici presenta una struttura e una focalizzazione diversa da tutti gli altri. Presentiamo i più significativi, rimandando le considerazioni generali all'ultimo paragrafo.

Il piccolo Hans

Nel caso clinico del piccolo Hans, Freud (1908), ha una funzione sia clinica che narrativa diversa rispetto al caso di Dora: infatti l'analista di Hans è il padre del bambino e il ruolo di Freud è rapportabile a quello del supervisore. Questo aspetto giustifica l'adozione di una tecnica narrativa particolare, simile ad un collage: Freud riporta infatti alcune note redatte dal padre di Hans, anche in forma di dialogo, e vi inserisce le proprie osservazioni e riflessioni. Così il caso clinico consiste di fatto in un commento ad un testo preesistente, costituito dagli appunti che il padre di Hans ha consegnato a Freud e che a loro volta sono un abbozzo di caso clinico rimasto ad un livello provvisorio di elaborazione.

Mentre nel caso di Dora il narratore investito della funzione registica è l'analista, nel caso del piccolo Hans la stessa funzione spetta al supervisore, che si colloca ad un livello narrativo ulteriore, più esterno.

Per quanto riguarda la struttura, il caso del piccolo Hans è in parte sovrapponibile ai tre livelli narrativi del caso di Dora, con l'aggiunta però di una cornice narrativa in più. Lo schema è di questo tipo:



- I livello: Narrazione del supervisore
- II livello: Narrazione dell'analista
- III livello: Narrazione del paziente
- IV livello: Narrazione dei personaggi secondari

Il secondo, il terzo e il quarto livello corrispondono sostanzialmente ai tre livelli individuati nel caso di Dora. All'esterno di questi si trova un altro livello, in cui si colloca il regista della narrazione, lo stesso Freud, che riporta il caso condotto e annotato dal padre di Hans (secondo livello), utilizzando e citando spesso testualmente gli appunti presi da quest'ultimo, ristrutturandoli secondo il proprio progetto, intervenendo con commenti, giudizi, consigli, osservazioni, interpretazioni. Freud dunque costruisce in questa occasione il caso clinico come un edificio narrativo dotato di una duplice cinta perimetrale: quella già realizzata dal padre di Hans (II livello), giudicata non del tutto adeguata e in qualche punto fragile e per questo resa più stabile da un confine narrativo più esterno (I livello), costituito dalle porzioni testuali e soprattutto dallo sguardo e dal pensiero dello stesso Freud.

Il supervisore-Freud, narratore di primo livello, racconta un trattamento in cui l'analista (secondo livello) descrive l'analisi di suo figlio il quale a sua volta racconta (terzo livello) storie in cui ci sono dei personaggi subordinati che narrano (quarto livello) qualcosa a loro volta.

Quattro gradi di narrazione, dunque, non più tre come nel caso di Dora. Il narratore di primo livello è il supervisore, dispone di un contenitore narrativo delimitato da una *membrana narrativa ristrutturante*, che ingloba quella più interna (*strutturante*) attraverso la quale il materiale analitico era già stato organizzato dall'analista, apportando alcune significative modificazioni.

Per quanto riguarda la posizione del narratore e la focalizzazione, si possono effettuare alcune osservazioni. Per i tre livelli narrativi interni vale quanto affermato a proposito dei tre livelli del caso di Dora. Al livello più esterno si trova un narratore che osserva non solo il paziente e gli altri personaggi, ma anche l'analista. Si tratta di un narratore *esterno* la cui focalizzazione è simile a quella del narratore letterario onnisciente. Egli infatti ha di fronte a sé una realtà analitica ormai in buona parte strutturata e ordinata, che conosce nei dettagli, in avanti e all'indietro. A differenza del caso di Dora, Freud ricorre anche a due artifici tipici del narratore onnisciente: le prolessi (o anticipazioni) e l'uso retorico del dubbio e dell'incertezza. Quest'ultimo produce l'effetto che l'analisi sia narrata in tempo reale, mentre, com'è evidente, Freud conosce già l'esito del trattamento, è arrivato a sue conclusioni personali, ha formulato le sue ipotesi e le ha da tempo verificate sul caso clinico ormai concluso dal padre di Hans. La focalizzazione del livello più esterno tende dunque a richiamare la *focalizzazione zero* letteraria. Aspetto degno di attenzione, che segnala un atteggiamento, nei confronti del materiale clinico, di maggior controllo e di saturazione del pensiero ben superiore rispetto al caso di Dora.

Ora vediamo altre due modalità di strutturazione testuale e di organizzazione del pensiero di Freud nel caso dell'uomo dei topi (Freud, 1909) e in quello dell'uomo dei lupi (Freud, 1914). Tralasciamo il caso del presidente Schreber (Freud, 1910) perché è tratto dalle memorie scritte del paziente e quindi è basato su dinamiche diverse, non del tutto assimilabili a quelle dei casi clinici classici.

L'uomo dei topi

Un particolare di grande importanza per la nostra analisi consiste nella disponibilità degli appunti redatti da Freud durante il trattamento del suo paziente noto come l'uomo dei topi. Dapprima scritte con precisione e regolarità dopo ogni seduta, poi secondo modalità meno rigorose e più sommarie, tali annotazioni si arrestano dopo tre mesi e mezzo circa dall'inizio della cura.

Nel testo definitivo del caso clinico, Freud riporta gli appunti delle prime sette sedute in ordine cronologico, rispettandone la frammentarietà e la scarsa strutturazione. Quindi nella prima porzione del testo la narrazione orale del paziente e i primi abbozzi di interpretazione di Freud si succedono e si accavallano senza un progetto espositivo preciso e pianificato, all'incirca com'è avvenuto durante il trattamento. In seguito, nella seconda parte del testo, Freud non segue più la successione ordinata delle sedute, anche in relazione alla diversa modalità redazionale degli appunti, che dopo la settima seduta sono meno dettagliati; il materiale viene quindi presentato

prescindendo dalla strutturazione cronachistico-diaristica iniziale e lasciando spazio ad un andamento espositivo-argomentativo, oltre che, ovviamente, narrativo.

È importante tenere presente che l'autore parla di questo caso clinico come di un "resoconto frammentario" costituito da "frammenti di conoscenza faticosamente raccolti", sottolineando in tal modo la difficoltà con cui egli si è accostato all'analisi di un paziente affetto da nevrosi ossessiva, patologia da lui non conosciuta sufficientemente a livello clinico, le cui manifestazioni sono considerate alla stregua di un "dialetto del linguaggio isterico".

Il testo di questo caso clinico, come si è visto, è articolato in due parti nettamente distinte, in cui le componenti teoriche e quelle narrative si bilanciano diversamente: infatti nella prima parte, corrispondente agli appunti, l'inquadramento teorico e interpretativo rimane sullo sfondo, mentre nella seconda parte assume una posizione di decisa preminenza. La prima parte è soprattutto narrativa, la seconda è prevalentemente espositivo-argomentativa.

La posizione del narratore e la focalizzazione risentono di questo iato interno al testo. La prima parte appare interessante e innovativa nella prospettiva da noi adottata, mentre la seconda rientra nel modello "classico" del caso di Dora. Il punto di vista dell'autore-narratore nella parte iniziale del caso clinico è nel complesso simile a quello dell'analista durante il trattamento, quindi l'ottica è calata *in medias res* e segue passo dopo passo la seduta, senza elevare in modo significativo lo sguardo analitico per contemplare quanto emerso da un'angolazione distaccata. Il narratore riporta, quasi fosse ancora in diretta, le sue intuizioni, le sue impressioni, le sue sorprese, e le stesse ipotesi interpretative sono esposte senza dissimulare la loro provvisorietà, dato che il materiale non ha ancora raggiunto un grado accettabile di pensabilità.

Per tutti questi motivi, il punto di vista del narratore può essere ricondotto ad una *focalizzazione esplorativa*, in cui i materiali grezzi della narrazione del paziente non sono ancora affrontabili in un'ottica di sufficiente integrazione reciproca e di attribuzione di significati complessiva e plausibile. Anche la struttura testuale della prima porzione del caso clinico dell'uomo dei topi va in parte considerata sulla base di queste premesse. Pur essendo articolata su tre livelli, come nel caso di Dora, il contenitore narrativo del livello più esterno non ha propriamente una funzione ordinatrice e strutturante, tanto che l'esposizione richiama un affresco in fase di elaborazione, in cui l'autore non ha ancora provveduto a celare i segni della suddivisione in giornate della sua opera. Tale cornice va considerata come una *membrana narrativa mimetica*, non strutturante come nel caso di Dora, in quanto ripropone l'andamento della narrazione reale, con i suoi tempi e le sue modalità, arricchita dalle osservazioni e dalle digressioni del narratore presentate come in diretta. Le due membrane narrative più interne, pur non essendo del tutto identiche a livello di permeabilità con quelle del caso di Dora, possono però venirvi assimilate.

La seconda parte, come detto, è analoga al caso di Dora sia per le focalizzazioni che per la struttura. È interessante anche notare che in questa parte del testo, alcuni passaggi presenti negli appunti vengono arricchiti di dettagli e descritti in modo più particolareggiato, quasi fossero stati sottoposti ad una sorta di elaborazione secondaria, con lo scopo di integrarne i vuoti e le incoerenze.

L'uomo dei lupi

Com'è noto, il caso dell'uomo dei lupi (Freud, 1914) è centrato sulla ricostruzione di una nevrosi infantile attraverso un trattamento effettuato su un paziente in età adulta. Anche per questo motivo si tratta del caso clinico freudiano più complesso. Come afferma l'autore, "se da una parte il fatto di studiare il bambino attraverso l'adulto consentiva l'accesso a un'abbondante messe di informazioni sul periodo infantile, d'altra parte ciò avveniva a prezzo di un esasperante sminuzzamento dell'analisi e di una corrispettiva incompiutezza espositiva". Perciò i contenuti testuali sono stati strutturati "ancora una volta in modo frammentario": affermazione che ha implicazioni interessanti a livello di struttura del testo e di elaborazione del pensiero.

Il materiale da riportare e da organizzare è straordinariamente ricco e richiede un controllo il più possibile rigido. Questo aspetto giustifica il fatto che la presenza del narratore, in questo caso clinico, sia diffusa in modo capillare e con particolare insistenza. Fin dall'incipit l'io narrante si pone in grande evidenza ("Il caso clinico che mi accingo a riferire...") e regge poi l'intero testo con

frequenti interventi in prima persona che collocano la componente narrativa in secondo piano a favore di quella espositiva ed argomentativa.

In questo caso clinico assume uno spazio significativo il dubbio (questa volta usato non in funzione retorica), che porta lo stesso Freud ad affermazioni come la seguente: “lo stesso amerei sapere se la scena primaria, nel caso del mio paziente, sia stata una realtà o solo una sua fantasia”.

L'elevata complessità di quanto viene trattato e l'insinuarsi frequente del dubbio spingono Freud a perseguire un controllo elevatissimo del materiale, che si evidenzia negli aspetti formali e strutturali del testo. In questa prospettiva si giustifica la pervasività del narratore, con i suoi interventi in prima persona, con la sua continua sottolineatura delle dinamiche metanarrative della scrittura, con la sua esplicita presenza che spiega, collega, interpreta, guida, orienta, procede in avanti e all'indietro, rimanda l'interpretazione di un dato, aspetta che le condizioni per la comprensione di una frase siano mature sulla base del procedere del trattamento, e così via.

Questa necessità di controllo si evidenzia anche nella drastica riduzione del discorso diretto del paziente e degli altri personaggi, per cui gran parte delle voci altrui trovano spazio nel testo filtrate dalla parola del narratore-analista ed entrano a far parte del suo discorso. Inoltre, nei casi in cui Freud ricorre al discorso diretto, le parole riportate tra virgolette non sono in realtà una voce vera e propria, in quanto sono trattate come semplice citazione, come “materiale verbale” utilizzato in funzione di pura testimonianza su cui basare la ricostruzione e l'interpretazione. Data la complessità quasi labirintica di tutto ciò che è emerso dal trattamento, non possono esserci più voci, ma una sola, quella del narratore-analista, che costruisce un itinerario ermeneutico il più possibile chiuso e controllato.

A livello strutturale, è interessante osservare che la tripartizione dei livelli discorsivi, evidenziata nei casi clinici di Dora e dell'uomo dei topi, rimane come riferimento, ma viene svuotata della sua effettiva consistenza. Il livello più esterno della narrazione è ancora quello su cui si colloca il narratore-analista; il secondo livello è riservato al narratore-paziente; infine il terzo livello è quello dei personaggi secondari. Ma si tratta di una distinzione più che altro virtuale, poiché le diverse istanze discorsive sono assorbite da quella dominante e autocratica del narratore-analista in modo di gran lunga superiore rispetto ai precedenti casi clinici. Così non si può parlare effettivamente, al secondo livello della narrazione, di una membrana narrativa autodefinitoria, perché la narrazione del paziente di fatto non è contenuta in una membrana che la delimiti con precisione; il dna del secondo livello narrativo si diffonde all'interno del citoplasma discorsivo dell'analista. Lo stesso fenomeno lo si nota anche in riferimento alla parola dei personaggi secondari, che non è delimitata da alcuna membrana eterodefinitoria, come nel caso di Dora, ma entra nel discorso dell'analista come sua componente costitutiva. L'unica membrana narrativa vera e propria è quella più esterna, che contiene uno spazio con funzioni contemporaneamente di *specola osservativa* e di vero e proprio *stage della narrazione*: nel caso dell'uomo dei lupi, il narratore di primo livello assume anche le prerogative narrative di quello di secondo e, benché in maniera meno significativa, di terzo livello.

Un altro aspetto interessante riguarda la focalizzazione: la comprensione di una storia tanto complessa non può avvenire attraverso una ricostruzione lineare degli avvenimenti, ma è possibile solo applicando una logica diversa, circolare, atemporale, adottando un punto di vista mobile, dinamico che aiuti a sintonizzarsi meglio sull'inconscio del paziente. Fondamentale a questo proposito è un'affermazione di Freud: “il medico [...] se vuole imparare qualche cosa o raggiungere qualche risultato deve comportarsi, di fronte a un caso del genere, con la stessa ‘atemporalità’ dell'inconscio. Vi riuscirà a un patto: se saprà rinunciare ad ogni miope ambizione terapeutica”. In altre parole: se gli eventi da considerare si sottraggono ai parametri del processo secondario, l'analista deve sintonizzare il proprio assetto mentale con il processo primario.

A livello testuale questi presupposti si manifestano nella focalizzazione adottata dal narratore di primo livello, che nel caso clinico dell'uomo dei lupi è diversa da quelle osservate precedentemente. In base a quanto si è detto può essere definita *focalizzazione circolare ricorsiva*, in quanto le modalità di funzionamento psichico dell'autore-narratore fanno sì che anche nel testo, oltre che nel trattamento, l'ottica in base alla quale viene osservato il materiale richiami le dinamiche del processo primario. È una focalizzazione più fluida rispetto a quelle degli altri casi clinici, che vuole rappresentare il funzionamento mentale all'unisono del narratore-analista con il paziente.

Questa focalizzazione si applica a contenuti fortemente frammentari, un po' come nella prima parte del caso dell'uomo dei topi, con la differenza che, mentre nel caso precedente la frammentarietà era un dato che riguardava la stessa struttura testuale e non solo il materiale emerso nell'analisi, nel caso dell'uomo dei lupi la frammentarietà è riferibile solo al materiale, mentre la struttura testuale, pur nella sua complessità e nella sua rete di rimandi, connessioni e collegamenti tra le diverse parti, tende ad essere compatta ed estremamente rigorosa. La focalizzazione nei due testi è differente anche in riferimento a questo aspetto: l'occhio analitico del narratore di primo livello nella prima parte del caso dell'uomo dei topi si aggira tra i reperti a disposizione senza la necessità di imporre loro istantaneamente una logica e una coerenza (per questo abbiamo parlato di focalizzazione esplorativa); quello del narratore di primo livello nell'uomo dei lupi, invece, ha già superato quella fase di esplorazione e nel testo ha realizzato una struttura in buona parte coerente, o potenzialmente dotata di coerenza, all'interno della quale egli si aggira sospendendo l'attenzione regolata dal processo secondario e lasciandosi guidare dalla logica dell'inconscio, secondo un itinerario, appunto, circolare e ricorsivo. Solo costruendo un contenitore strutturalmente rigido, di fronte ad un'elevatissima complessità del materiale, è possibile alla mente dell'analista vagare senza perdersi.

Melanie Klein e il caso di Richard

A titolo di ulteriore esemplificazione, riportiamo alcune osservazioni relative a due casi clinici particolarmente interessanti dal punto di vista formale-strutturale.

Iniziamo dal caso clinico di Richard di Melanie Klein (1961), che è stato concepito come un "resoconto fedele della [sua] tecnica e del materiale fornito dall'analisi" (p.18). Il testo si colloca ad un livello intermedio tra il caso clinico vero e proprio e l'appunto redatto alla conclusione di ogni seduta. A livello strutturale è conservata la suddivisione in giornate, numerate dalla prima alla novantatreesima, e in ciascuna di esse viene riportato quanto accaduto nella stanza di analisi; il livello di elaborazione della scrittura è però decisamente più avanzato rispetto a quello della semplice annotazione.

Il narratore presenta aspetti originali. Nei casi clinici freudiani, pur con le dovute distinzioni, l'analista assume per sé il ruolo del narratore principale che parla in prima persona e costituisce l'istanza narrante più esterna, che comprende e contiene tutte le altre. Nel caso clinico di Richard la situazione è diversa e più complessa. Infatti la voce narrante principale non appartiene all'analista né tanto meno dice "io", ma è anonima e impersonale, esterna, e parla di Melanie Klein in terza persona ("M.K. domandò...", "M.K. interpretò..."). Si è in presenza di un narratore esterno che racconta solo ciò che accade, ciò che vede, e produce una narrazione fredda, distaccata, cronachistica.

Nel testo esistono poi altre voci, collocate tra parentesi oppure in nota.

All'interno delle *parentesi tonde* si trovano commenti e osservazioni di un narratore che non è più quello esterno descritto sopra. Si tratta di una voce riconducibile alla stessa Klein, che introduce aggiunte, riflessioni, chiarimenti, rimandi; es: "(Sembrava che non avesse coscientemente nessuna idea del rapporto sessuale, né un nome per i genitali)" (p.29); "Diventò improvvisamente irrequieto, si alzò e disse (dopo una visibile lotta interna) che aveva un segreto che non poteva dire a M.K." (p.82) ; "la gallina era stata ammazzata" (p. 155).

Le *parentesi quadre* inserite nel testo contengono alcuni termini tecnici, che vengono riportati con la funzione di collocare in un contesto teorico adeguato ciò che è emerso dal trattamento. Essi sono affidati ad una voce ancora diversa da quelle che si trovano nelle parti narrative e nelle parentesi tonde; o meglio, si tratta di una sorta di non-voce che si limita ad introdurre sinteticamente alcuni concetti teorici; es.: "[sintesi degli aspetti scissi dell'oggetto, a cui corrispondono senso di colpa e angoscia depressiva]" (p.58); "[difesa maniacale]" (p.59); "[scissione nell'io]" (p.65).

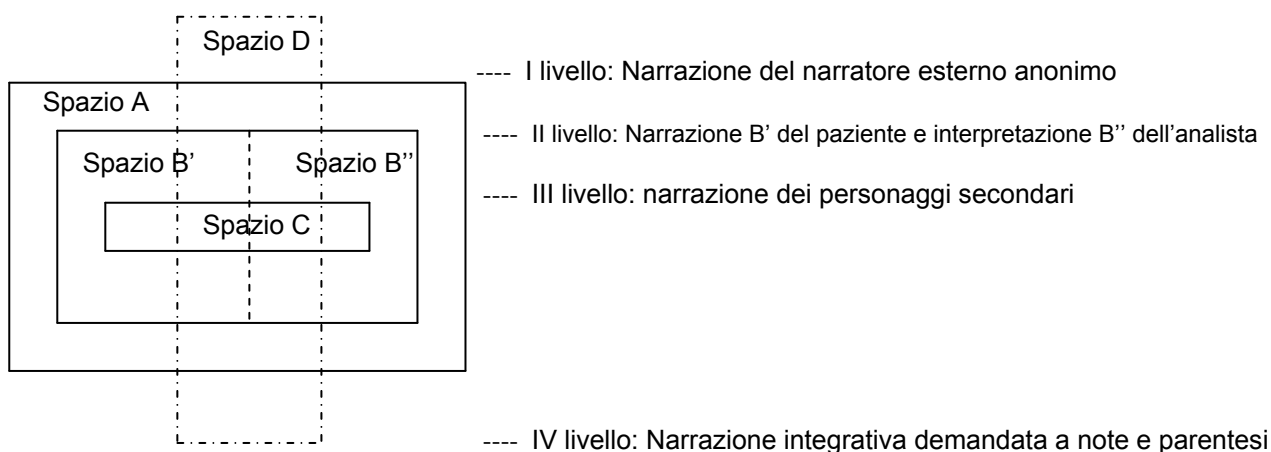
Interessanti sono anche le *note a piè di pagina*, affidate ad una voce narrante che, come all'interno delle parentesi tonde, si identifica con quella dell'analista, la quale fornisce informazioni relative allo svolgimento delle sedute e introduce riflessioni in prima persona; es.: "Benché Richard avesse cominciato a disegnare con decisione e con attenzione, dato che era visibilmente in uno stato d'angoscia e di forte resistenza, risultò tuttavia che aveva espresso del materiale inconscio. Non

pubblico questo disegno perché contiene vari nomi, come quello del fratello e della domestica” (p.114).

Infine si trovano *note in calce alle singole sedute*, più estese delle note a piè di pagina, che espandono le osservazioni riferendole a problemi di portata generale. Si tratta di uno spazio testuale che consente al lettore di penetrare nella mente dell’analista, ripercorrendone gli itinerari complessi, le potenzialità interpretative, le questioni teoriche e tecniche. La voce è ancora quella di Melanie Klein che si fa nuovamente narratrice; es.: “Non interpreto in termini di oggetti e di relazioni interni finché non ho del materiale esplicito che mostri delle fantasie d’interiorizzazione dell’oggetto in forme concrete e fisiche” (p.39).

Riassumendo, nel caso di Richard non c’è un narratore-analista a cui è affidata la narrazione di primo livello, come in Freud, ma si trovano un narratore esterno anonimo che narra l’andamento delle sedute, un narratore interno (l’analista) a cui sono affidate le aggiunte tra parentesi tonde, le note a piè di pagina e quelle a chiusura di seduta; inoltre, tra parentesi quadre, è inserita una sorta di non-voce che evidenzia i concetti teorici di riferimento.

Quindi nel caso di Richard si possono individuare tre *livelli narrativi* “normali” più uno trasversale, che possiamo schematizzare in questo modo:



Il *primo livello* corrisponde al narratore esterno anonimo. La sua è una *specola* puramente *osservativa*. Non siamo in presenza di una vera e propria rinarrazione analitica, ma di una semplice *cronaca analitica*. La linea perimetrale non ha la stessa funzione della membrana narrativa strutturante del caso di Dora, ma è un semplice *confine narrativo* che contiene l’esposizione dello svolgimento delle singole sedute.

Il *secondo livello* è condiviso da due voci, quella del narratore-paziente (che abbiamo esemplificato con la metà sinistra dello schema rettangolare) e quella del narratore-analista (la metà destra). La linea perimetrale, come nei casi freudiani, è una *membrana narrativa autodefinitoria* in riferimento sia al paziente che all’analista: entrambi, infatti, attraverso le loro parole, definiscono se stessi, il loro ruolo, la loro identità. Lo spazio B'/B'' è il vero e proprio *stage della narrazione*.

Il *terzo livello* è talmente esiguo da risultare poco interessante, poiché nella narrazione del caso clinico capita raramente che i personaggi “parlino di” e quindi narrino qualcosa.

Il *quarto livello* è costituito dalle note e dalle parentesi e si sovrappone ai tre precedenti, li attraversa, li integra e aggiunge informazioni a ciascuno di essi. Il perimetro che delimita e contiene questo livello è da un lato ben definito, perché le note e le parentesi hanno una loro dimensione precisa e chiaramente identificabile; dall’altro però è anche dotato di permeabilità, perché le note e le parentesi travasano il loro contenuto all’interno degli altri tre livelli: per questo motivo nello schema è stata utilizzata la linea tratteggiata. Il confine del quarto livello è costituito da una *membrana espositivo-argomentativa semipermeabile*.

Aspetti interessanti emergono dalla *focalizzazione*. Mentre il narratore di primo livello del caso di Dora adottava una focalizzazione transizionale, contemporaneamente interna ed esterna, qui la

Klein scinde le due dimensioni (interna ed esterna) affidandole a due voci distinte e quindi a due istanze narrative diverse. Il narratore principale del caso di Richard adotta una *focalizzazione esterna*, infatti riporta solo ciò che vede, senza prolessi né analessi, senza alludere ai pensieri e ai sentimenti del paziente. Il tono della narrazione è quello di un referto oggettivo e distaccato redatto in terza persona da un narratore-osservatore esterno che, come si dice in narratologia, “ne sa meno dei personaggi”.

La cornice che racchiude il secondo livello narrativo, contiene gli scambi verbali di Richard e di Melanie Klein. Le narrazioni di entrambi sono effettuate secondo una focalizzazione interna ma da vertici differenti: in sostanza il paziente racconta e l'analista interpreta. Per questo motivo si può parlare di una *focalizzazione interna dialogica di tipo asimmetrico*: dialogica perché articolata sull'alternanza dei turni di dialogo del paziente e dell'analista; asimmetrica per il diverso peso e per la differente funzione degli interventi dei due parlanti.

Il terzo livello narrativo di fatto non esiste e la questione della focalizzazione non si pone.

È interessante osservare anche le note (a piè di pagina e in chiusura delle sedute) e gli interventi tra parentesi tonde, che costituiscono il quarto livello. Questi spazi testuali, come si è visto, sono affidati a un narratore che dice “io” (narratore interno) e coincide con Melanie Klein. Quest'ultima nel livello esterno entra in scena solo come personaggio e affida il compito di narratore a una voce anonima che usa la terza persona, mentre nel quarto livello prende la parola per commentare, inserire aggiunte, precisare questioni tecniche e teoriche. I contenuti delle note e delle parentesi tonde non sono quasi per nulla narrativi, ma in gran parte espositivi e argomentativi. Così anche la focalizzazione muta: il narratore-analista osserva il trattamento da un punto di vista privilegiato e “ne sa più dei personaggi”, pur non essendo onnisciente, in quanto è lo stesso narratore che sottolinea i limiti della sua conoscenza dovuti all'incompletezza delle annotazioni e alle lacune della memoria. Le note e le parentesi tonde hanno quindi la funzione di incrociarsi con le narrazioni di primo e di secondo livello, dotandole di una portata metanarrativa, critica, riflessiva; rendono possibile un'espansione al di fuori del caso clinico vero e proprio, ampliandolo in direzione espositiva, argomentativa e documentaria. Per questi motivi si può parlare di *focalizzazione metanarrativa*.

Karen Horney e il caso di Clare

Per concludere, osserviamo un caso clinico poco studiato ma interessante dal punto di vista strutturale, riportato da Karen Horney (1942) nell'ottavo capitolo del suo volume *Autoanalisi*.

Clare è una giovane donna che ha annotato in una sorta di diario i dettagli della sua autoanalisi; poi ha consegnato il testo a Karen Horney, autorizzandola a pubblicarlo. La Horney scrive di non aver potuto dare alle stampe il testo nella sua versione originale, perché necessitava di interventi soprattutto formali; quindi vi ha apportato ritocchi e modificazioni lessicali e stilistiche, ha eliminato parti ripetute e non pertinenti e soprattutto ha effettuato integrazioni in risposta a domande di questo tipo: “Qual è il significato delle scoperte fatte? Quali fattori sono sfuggiti allora a Clare? Per quali ragioni non li ha visti? (p.132)”.

Ne è risultato un testo stratificato e giocato su una continua alternanza tra le parti dell'autoanalisi di Clare e le integrazioni della Horney.

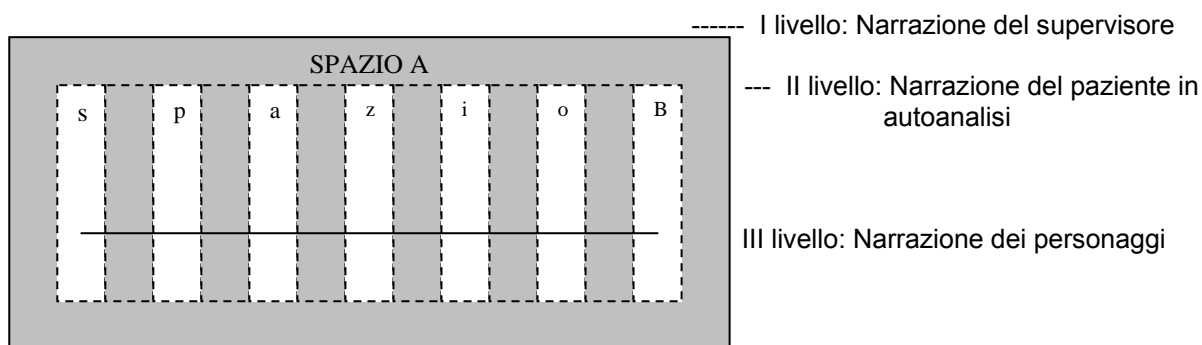
Un aspetto significativo, dal punto di vista formale, consiste nel fatto che, nelle porzioni in cui viene riportata l'autoanalisi di Clare, la narrazione non è effettuata in prima persona dalla stessa Clare, ma viene trasposta in terza persona dalla Horney, che sovrappone la propria voce a quella di Clare e ne ricava un testo che ha un tono e un andamento di questo tipo: “Dopo che Clare fu riuscita a sbarazzare dell'intero problema la sua mente conscia, si riaddormentò ed ebbe un sogno. Si trovava in una città straniera...” (p.135). Com'è evidente, questa trasformazione in terza persona non è solo un espediente grammaticale o stilistico dovuto al carattere frammentario delle annotazioni, ma è un'operazione importante a livello strutturale e mentale.

Strutturalmente si assiste alla creazione di una voce che corrisponde ad un narratore di primo livello con la funzione di supervisore, che informa il lettore su alcuni aspetti della storia della paziente. All'interno di questa istanza narrativa prende corpo la narrazione della stessa Clare, il narratore di secondo livello, la cui voce però viene filtrata e riproposta da quella del narratore di primo livello attraverso una sorta di discorso indiretto, che spesso assume l'aspetto di una normale

narrazione in terza persona: “Si spiegò immediatamente quelle impressioni, dicendosi che queste espressioni di collera e di smarrimento non erano che reazioni esagerate alla delusione provata la sera prima e che, a volte, i sogni esprimono i nostri sentimenti in modo alquanto grottesco e deformato” (p.135). Altrettanto frequentemente il discorso indiretto prende la forma dell’indiretto libero: “Pensare che aveva disdetto un invito a pranzo nella speranza di passare quella serata del sabato in compagnia di Peter...” (p.133); “Era questo dunque il suo amore?” (p. 146).

Le implicazioni di queste scelte discorsive a livello di pensiero consistono nel fatto che la Horney ha costruito un contenitore narrativo affidato alla sua sola voce, che riporta le diverse narrazioni che si incontrano nel testo. Segnale di una volontà di controllo totale sia della narrazione che delle dinamiche psichiche ad essa sottese, con lo scopo di ridurre all’unisono una doppia realtà narrativa e mentale. In questa ottica è emblematico il discorso indiretto libero, attraverso cui il narratore di livello superiore non solo introduce le parole del narratore di livello inferiore, ma assume anche il controllo del mondo interno di quest’ultimo, dei suoi stati d’animo, dei suoi pensieri più segreti, delle sue emozioni celate, dei suoi moti inconsci.

Per quanto riguarda la struttura testuale, si nota che all’interno dell’istanza narrativa di secondo livello, rappresentata dalla voce del narratore-Clare, di cui peraltro si appropria a voce del narratore di primo livello (Horney), si trovano alternati con un ritmo costante gli inserti integrativi e interpretativi del narratore di primo livello. Ne risulta uno schema così strutturato:



Lo Spazio A (cornice grigia) corrisponde alla voce del narratore di primo livello, ovvero di Karen Horney, che apre il testo raccontando la storia di Clare.

Lo Spazio B è stato schematizzato nei rettangoli verticali bianchi, ciascuno dei quali corrisponde ad un inserto narrativo di Clare. Questi rettangoli sono delimitati da una linea tratteggiata per significare che l’istanza narrativa costituita dal narratore di primo livello si introduce nella narrazione di secondo livello e se ne appropria, trasponendola in terza persona. Come dire che i concetti sono di Clare, ma la voce è della Horney.

Gli spazi bianchi sono separati da fasce grigie che non sono altro che espansioni dello Spazio A affidate ancora alla voce del narratore di primo livello che commenta, integra e interpreta quanto emerso dalle aree bianche dello Spazio B.

Di fatto, nonostante lo schema narrativo sia suddiviso in due livelli, la voce che attraversa entrambi gli Spazi A e B è la stessa, ed è quella del narratore-supervisore.

Lo spazio narrativo dei personaggi è ridotto tanto da essere quasi inesistente, e per questo è rappresentato semplicemente con una linea.

Per quanto riguarda la *focalizzazione*, non esiste una focalizzazione al primo livello narrativo e un’altra al secondo livello narrativo, ma se ne evidenziano due che corrispondono rispettivamente alle parti grigie e alle parti bianche dello schema.

Nelle *parti bianche*, la voce narrante è quella della Horney che riporta la voce (o meglio, la scrittura) di Clare. Per ragioni stilistiche, riteniamo che il filtro costituito dalla Horney sia relativamente trasparente e lasci emergere, senza particolari deformazioni, le parole di Clare. Sostituendo ipoteticamente la terza persona con la prima e il tempo verbale passato con il presente, avremmo di fronte qualcosa di simile al testo scritto di Clare.

Nelle parole di quest’ultima si trova una stratificazione di parti narrative, associazioni e interpretazioni. Lo statuto di narratrice di Clare si sdoppia, in quanto paziente e anche analista (di sé). Parallelamente anche la focalizzazione si sdoppia: quella di Clare come narratore-paziente è

una *focalizzazione interna*; però nel momento in cui passa alle interpretazioni, il suo punto di vista si innalza e contempla la materia da un vertice non più interno. Ci troviamo così di fronte ad una focalizzazione diversa da tutte quelle incontrate finora, la cui caratteristica principale è l'oscillazione dal punto di vista interno del paziente a quello esterno (o transizionale) dell'analista, oscillazione che si svolge attraverso il tempo, in fasi successive. Si distingue da quella transizionale perché in quest'ultima il punto di vista interno e quello esterno sono di fatto sincronici mentre in Clare si alternano con cadenza regolare. Per queste caratteristiche, nella parti bianche dello schema si può individuare una *focalizzazione oscillatoria* tra una prospettiva interna ed una esterna.

Nelle parti grigie si trova la voce di Karen Horney come narratore-supervisore che ha, nei confronti della materia che presenta, una posizione privilegiata: conosce il prima e il dopo, il dentro e il fuori, la superficie e la profondità, il giusto e l'errato, il conscio e l'inconscio. È un tipico narratore onnisciente, a cui corrisponde qualcosa di molto simile a una *focalizzazione zero*, all'incirca come si è osservato nel caso del piccolo Hans.

Osservazioni conclusive

La redazione del caso clinico consente di affrontare ed elaborare quello stato psichico che Meltzer e Harris (1988) hanno denominato "nube dell'incertezza" e che comprende quelli che abbiamo definito "residui beta". Si tratta della trasposizione testuale di un processo mentale complesso e costituisce una tappa evoluta e solo apparentemente conclusiva di un itinerario gnoseologico che per definizione non ha un punto di arrivo, un traguardo definitivo, in quanto la O come oggetto ultimo di conoscenza è un limite non raggiungibile.

Il testo del caso clinico è la testimonianza di una fase di elaborazione del pensiero analitico che trova una sua sistematizzazione attraverso la scrittura. È la formalizzazione di un processo psichico inizialmente di coppia, che poi viene rielaborato, al termine del trattamento, dal solo analista. È come se la storia del paziente venisse elaborata dapprima in una versione a quattro mani durante il trattamento, poi cristallizzata sulla pagina dal solo analista in una forma "definitiva nella sua transitorietà", per poi trovare successive possibili riaperture e rielaborazioni da parte di chi si accosterà a quel testo scritto.

Ciò che però più interessa, nella prospettiva proposta in questo contributo, è la forma del testo del caso clinico, che può essere pensato come il risultato dell'incontro e della compenetrazione tra le due modalità di funzionamento psichico che Anzieu (1994) ha definite "modello geometrico" del pensiero ed "esprit de finesse" (espressione ripresa da Pascal), riconducibili il primo all' "esercizio della ragione", il secondo "all'incertezza, all'inconscio, all'interminabile". In riferimento a quanto osservato, l' "esprit de finesse" dell'analista trasposto nel caso clinico trova un assetto "geometrico", che assume una rappresentabilità negli schemi a tre o più livelli sopra proposti.

Ricorrendo ad espressioni bioniane si può anche affermare che tali schemi costituiscono il "contenitore" (♀) dei "contenuti" mentali (♂) dell'analista (e del paziente), mentre la forma complessiva del testo è la formalizzazione in D di un lungo processo di oscillazione $PS \leftrightarrow D$.

Gli schemi proposti possono dunque essere considerati una rappresentazione dei processi di pensiero che portano a una strutturazione dei contenuti della mente e che, attraverso le modalità di elaborazione di PS verso D e dell'esprit de finesse verso un modello geometrico, producono diversi gradi di elasticità o rigidità, di aperture o di difese nei confronti del materiale vagliato dal pensiero.

Per comprendere meglio l'importanza della forma del contenuto dei casi clinici presentati, risultano pertinenti alcuni concetti teorici di Green (1990). Nel suo testo *Psicoanalisi degli stati limite*, egli sostiene che il pensiero presuppone quattro riferimenti: a) il *limite*, inteso come doppio limite, tra dentro-fuori e tra inconscio-conscio; b) la *rappresentazione* (di cosa e di parola); c) il *legame*, che permette di collegare e ricollegare le rappresentazioni; d) l'*astrazione*. Usando questi concetti, il processo di elaborazione del pensiero che porta alla redazione del caso clinico può essere ricondotto, nelle sue linee essenziali, alla traduzione della *rappresentazione* di cosa in rappresentazione di parola scritta [Ferro (1996; 1999) parlerebbe di trasformazione dell'elemento alfa nel derivato narrativo poi strutturato nel testo]; l'assetto narrativo-espositivo del testo si basa sull'individuazione di *legami* tra le rappresentazioni; la componente teorico-argomentativa

costituisce l'*astrazione*; la struttura testuale, con le sue cornici e le focalizzazioni, è la metaforizzazione del *doppio limite*.

In particolare ci soffermiamo su quest'ultimo aspetto.

Come sostiene Anzieu (1990), la vita psichica è una questione di "relazioni tra superfici" (concetto analogo a quello di "limite" di Green). Tra le tipologie di relazioni da lui individuate, nelle strutture formali del caso clinico si può riscontrare quella da lui definita "a pelle di cipolla o a scatole cinesi". In altre parole, il pensiero che produce il caso clinico dispone i contenuti secondo un ordine esterno-interno, contenitore-contenuto, che si materializza nei diversi livelli narrativi del testo, a scatole cinesi, appunto. Tra un livello e il successivo si attiva una modalità di pensiero che si esprime in un tipo di focalizzazione.

Ognuna delle focalizzazioni individuate nei casi considerati ha una sua caratterizzazione specifica e rappresenta un modo diverso di attivazione del pensiero in relazione alla tolleranza del dubbio e della frustrazione, alla capacità negativa, alla saturazione del pensiero stesso.

Nel caso di Dora si è individuata come caratteristica del narratore-analista la scelta di un contenitore esterno (cornice) con funzione strutturante e l'adozione di una *focalizzazione transizionale*, sospesa tra interno ed esterno, segnale di una modalità di organizzazione del pensiero che tollera una componente seppur ridotta di dubbio.

Le cose cambiano drasticamente nel caso del piccolo Hans, in cui il "potere" di Freud è estremamente più forte, tanto da rasentare l'onniscienza del narratore ottocentesco, e così il materiale clinico è inquadrato all'interno di una solida e robusta cornice ristrutturante e osservato attraverso la prospettiva più onnipotente rappresentata dalla *focalizzazione zero*.

La situazione è ancora diversa nella prima parte del caso dell'uomo dei topi, in cui il narratore ripercorre, secondo una disposizione mentale estremamente aperta, le tappe del trattamento seduta per seduta: inquadra il tutto in una membrana narrativa più duttile denominata "mimetica" non solo perché ripropone, "imita" l'andamento delle sedute, ma soprattutto perché assegna una posizione di rilievo alla "mimesi" all'interno della "diegesi", cioè alla parola parlata in diretta all'interno della narrazione. Il tutto si materializza nella *focalizzazione esplorativa*, la più flessibile e meno orientante tra quelle individuate.

Il caso dell'uomo dei lupi presenta un interessante compromesso tra una struttura rigida e un punto di osservazione libero e dinamico. Tutta la materia presentata viene controllata rigorosamente rendendo permeabili le cornici dei livelli più interni, in modo che il narratore-analista si possa appropriare delle parole, dei pensieri del paziente e dei personaggi e di tutto ciò che emerge ai "piani inferiori" della narrazione. Questa rigida strutturazione del materiale gli permette di far funzionare la propria mente secondo le leggi del processo primario; e tale funzionamento del pensiero si materializza nella *focalizzazione circolare ricorsiva*.

Passando alla Klein, abbiamo notato che lo schema freudiano delle cornici concentriche viene ripreso in parte, ma anche svuotato delle sue implicazioni più significative attraverso un'organizzazione diversa del testo. La struttura su tre livelli è ancora individuabile, però il narratore del livello più esterno non è più l'analista, ma è una voce anonima che parla in terza persona e adotta una *focalizzazione esterna*, limitandosi a presentare una cronaca di quanto avvenuto nella stanza di analisi. Inoltre il secondo livello viene affidato non più al paziente, ma è condiviso dal paziente e dall'analista che dialogano e il tutto viene presentato attraverso una *focalizzazione interna dialogica di tipo asimmetrico*. Inoltre si è notato che gli interventi di commento e di integrazione affidati al narratore-analista sono di fatto espulsi dalla parte "canonica" del testo e confinati nelle note e nelle parentesi tonde, che costituiscono un quarto livello, caratterizzato da una *focalizzazione metanarrativa* e contenuto da una membrana espositivo-argomentativa semipermeabile.

Non si deve pensare che la struttura testuale kleiniana sia più aperta di quelle freudiane e faccia intravedere un processo di pensiero più duttile e una maggiore tolleranza del dubbio. Piuttosto è una struttura più articolata, ma finalizzata ad un inquadramento preciso e rigoroso del materiale.

Infine, nel caso di Clare, la ri-narratrice Karen Horney controlla in modo onnipotente ogni contenuto del testo attraverso la *focalizzazione zero* che assorbe anche le parti riservate alla paziente, la quale ricorre durante la sua autoanalisi a una *focalizzazione oscillatoria*.

Se dovessimo disporre i modelli di focalizzazione osservati su un continuum che va dal massimo al minimo controllo psichico della materia, disporremmo ad un estremo il caso del piccolo Hans e quello di Clare e all'altro la parte iniziale del caso dell'uomo dei lupi. Si tratta in tutti i casi della

rappresentazione di varie modalità di attivazione di strategie di controllo e di contenimento di quella che Green (1983) definisce “angoscia della dispersione, della frammentazione, dell’esplosione, del caos”, che viene affrontata con difese riconducibili al “*lavoro del negativo*” (*négativisation*: Green, 1995).

Riteniamo anche interessante la scelta della strutturazione bipartita del secondo livello del caso di Richard, con le due voci che co-costruiscono la narrazione (strategia che diverrà sistematica in *Frammento di un’analisi* di Winnicott (1987) (e, seppur su parametri differenti, in *L’analista e il paziente* di Yalom e Elkin, 1974). Questa strategia narrativa può essere considerata, sempre riprendendo due concetti di Green (1983), come l’inserimento della “figura dello specchio normale” in un contesto rapportabile alla “figura dello specchio unidirezionale”. Il trattamento è paragonabile ad uno specchio normale, in quanto permette processi simmetrici e a doppio senso (duplicazione, riflessione, rispecchiamento, complementarietà) tra paziente e analista; il caso clinico è rapportabile invece allo specchio unidirezionale, da cui si può vedere senza essere visti (condizione ben rappresentata nella cornice narrativa più esterna della maggior parte dei casi presentati). La strutturazione bipartita del secondo livello del caso di Richard costituisce, in questa ottica, un inserimento dello specchio normale all’interno di quello unidirezionale del testo, inserimento peraltro non diretto e immediato, ma attentamente controllato dal narratore-analista.

In conclusione, riprendendo e adattando un’idea accennata da Resnik (1990), la struttura a cornici concentriche del caso clinico può richiamare la prospettiva rinascimentale in pittura, in quanto è anch’essa metafora dello spazio (Panofsky, 1927), e in particolare dello spazio psichico in cui si strutturano il pensiero e la visione del mondo. Tanto nell’opera d’arte quanto nel caso clinico, l’oggetto rappresentato è osservato da un preciso punto di vista (vertice) e l’osservatore si trova allo stesso tempo dentro e fuori del quadro. Lo spazio è sempre infinito, ma attraverso la sua strutturazione diviene geometrizzabile e percorribile con l’occhio e con la mente.

Bibliografia

Anzieu, D. (1990). *L’épiderme nomade et la peau psychique*. Paris : Apsygée. (trad. it. *L’epidermide nomade e la pelle psichica*, Cortina, Milano, 1992).

Anzieu, D. (1994). *Le penser, du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod (trad. It. *Il pensare. Dall’Io-Pelle all’Io pensante*, Borla, Roma, 1996).

Barbieri, G. L. (2007). *Tra testo e inconscio: Strategie della parola nella costruzione dell’identità*. Milano: FrancoAngeli.

Barthes, R. (1970). *S/Z*. Paris: Editions du Seuil (trad. it. *S / Z*, Einaudi, Torino, 1972).

Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Heinemann (trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1979).

Bion, W. R. (1965). *Transformations*. London: Heinemann (trad. it. *Trasformazioni*, Armando, Roma, 1973).

Ferro, A. (1996). *Nella stanza d’analisi: Emozioni, racconti, trasformazioni*. Milano: Cortina.

Ferro, A. (1999). *La psicoanalisi come letteratura e terapia*. Milano: Cortina.

Freud, S. (1899). Die Traumdeutung, in *Gesammelte Werke*, (Vol. 2-3). London: Imago Publishing, 1925 (trad. it. L’interpretazione dei sogni, in *Opere*, (Vol. 3), pp. 1-563, Boringhieri, Torino, 1966).

Freud, S. (1901). Bruchstück einer Hysterie-Analyse, in *Gesammelte Werke*, (Vol. 5). London: Imago Publishing, 1942 (trad. it. Frammento di un’analisi d’isteria: Caso clinico di Dora, in *Opere*, (Vol. 4, pp. 305-402), Bollati Boringhieri, Torino, 1970).

Freud, S. (1908). Analyse der Phobie eines funfjährigen Knagen, in *Gesammelte Werke*, (Vol. 7). London: Imago Publishing, 1941 (trad. it. Analisi della fobia di un bambino di cinque anni: Caso clinico del piccolo Hans, in *Opere*, (Vol. 5, pp. 475-589), Bollati Boringhieri, Torino, 1972).

- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, in *Gesammelte Werke*, (Vol 7). London: Imago Publishing, 1941 (trad. it. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva: Caso clinico dell'uomo dei topi, in *Opere*, (Vol. 6, pp. 1-124), Bollati Boringhieri, Torino, 1974).
- Freud, S. (1910). Psychoanalytische Bemerkungen über einem autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides), in *Gesammelte Werke*, (Vol. 8). London: Imago Publishing, 1943 (trad. it. Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente: Caso clinico del presidente Schreber, in *Opere*, (Vol. 6, pp. 335-407), Boringhieri, Torino, 1974).
- Freud, S. (1914). Aus Geschichte einer infantilen Neurose, in *Gesammelte Werke*, (Vol 12). London: Imago Publishing, 1947 (trad. it. Dalla storia di una nevrosi infantile: Caso clinico dell'uomo dei lupi, in *Opere*, (Vol. 7, pp. 487-593), Boringhieri, Torino, 1974).
- Genette, G. (1972). *Figures III*. Paris: Editions du Seuil (trad. it. *Figure III: Discorso del racconto*, Einaudi, Torino, 1976).
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Paris: Editions de Minuit (trad. it. *Narcisismo di vita narcisismo di morte*, Borla, Roma, 1992).
- Green, A. (1990). *La folie privée: Psychanalyse des cas-limites*. Paris: Gallimard (trad. it. *Psicoanalisi degli stati limite: La follia privata*, Cortina, Milano, 1991).
- Green, A. (1995). *La causalité psychique: Entre nature et culture*. Paris: Odile Jacob. (trad. it. *L'avvenire della psicoanalisi e la causalità psichica*, Laterza, Bari, 1995).
- Hjelmslev, L. (1953). *Prolegomena to a Theory of Language*. Baltimore: Indiana University Publications (trad. it. *I fondamenti della teoria del linguaggio*, Einaudi, Torino, 1968).
- Horney, K. (1942). *Self Analysis*. New York: Norton (trad. it. *Autoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971).
- Klein, M. (1961). *Narrative of a Child Analysis*. London: Hogarth Press (trad. it. *Analisi di un bambino: Il metodo della psicoanalisi dei bambini esaminato attraverso il trattamento di un fanciullo di dieci anni*, Boringhieri, Torino, 1971).
- Kuhn, Th. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press (trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969).
- Meltzer, D. e Harris Williams, M. (1988). *The apprehension of beauty: The role of aesthetic conflict in development, art and violence*. Perthshire: Clunie Press (trad. it. *Amore e timore della bellezza: Il ruolo del conflitto estetico nello sviluppo, nell'arte e nella violenza*, *Quaderni di psicoterapia infantile*, 20, Borla, Roma, 1989).
- Panofsky, E. (1927). *Die Perspektive als «symbolische Form»*. Vorträge der Bibliothek Warburg, Berlin: Leipzig (trad. it. *La prospettiva come forma simbolica*, Abscondita, Milano, 2007).
- Resnik, S. (1990). *Spazio mentale: Sette lezioni alla Sorbona*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Segre, C. (1984). *Teatro e romanzo*. Torino: Einaudi.
- Winnicott, D. W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock, 1958 (trad. it. Oggetti transizionali e fenomeni transizionali, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975, 275-290).
- Winnicott, D. W. (1972). *Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis*. New York: Grove (trad. it. *Frammento di un'analisi*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1981).
- Yalom, I. D. e Elkin, G. (1974). *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy*. New York: Basic Books (trad. it. *L'analista e il paziente: Due descrizioni di una terapia*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1975).