

Francesco Grieco  
Edoardo Vivard

# Ritratti clinici

La narrazione  
in clinica fenomenologica

*Introduzione di Carlo Pastore*

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Francesco Grieco

Edoardo Vivard

# **Ritratti clinici**

La narrazione

in clinica fenomenologica

*Introduzione di Carlo Pastore*

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Isbn: 9788835183785

In copertina: *Harmony of Elements*

© Tharathorn Jiramitmongkhon

by Dreamstime.com

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).

*A chi ci ha generato  
e a Sergio Piro,  
che ci ha ri-generati*



# Indice

|                                                                        |        |
|------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Introduzione</b> , di <i>Carlo Pastore</i>                          | pag. 9 |
| <b>Presentazione. La fenomenologia e le narrative cliniche</b>         | » 13   |
| Patografie e medicina narrativa                                        | » 14   |
| La scrittura di una storia clinica                                     | » 15   |
| Le “storie che curano” secondo Hillman                                 | » 16   |
| Descrizioni psicopatologiche. Il caso Ellen West                       | » 19   |
| Gli esercizi fenomenologici di Lorenzo Calvi                           | » 21   |
| Problemi di metodo                                                     | » 25   |
| <b>Arianna, o dell’abbandono</b>                                       | » 35   |
| <b>Paolo, o della glacialità</b>                                       | » 52   |
| <b>Lucrezia, o della perplessità</b>                                   | » 63   |
| <b>Giulia, o della Cosa sommersa</b>                                   | » 74   |
| Primi aspetti co-esistentivi eidetici in terapia                       | » 76   |
| Infanzia                                                               | » 77   |
| Adolescenza                                                            | » 78   |
| Età adulta                                                             | » 80   |
| Lavoro sulle unità di fantasia (Calvi) – Lavoro sulla visione eidetica | » 81   |
| Visione eidetica: il cappellino smarrito in fondo al mare              | » 82   |
| Riflessioni sulla cosalità                                             | » 83   |

|                                                                                                                                                             |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <i>Eidos</i> : vivere-fingere sonni tranquilli in attesa del bacio                                                                                          | pag. 84 |
| Il differente contributo delle due unità di fantasia, delle due visioni eidetiche                                                                           | » 85    |
| <b>Gustavo, o della dismisura</b>                                                                                                                           | » 87    |
| <b>Gaia, o dell'esclusione</b>                                                                                                                              | » 94    |
| <b>Conclusioni</b>                                                                                                                                          | » 109   |
| <b>Appendice. Premesse a una clinica della trama fondativa, ovvero dal soggetto a regola d'arte al soggetto a regola d'Altro</b> , di <i>Edoardo Vivard</i> | » 115   |
| La trama fondativa                                                                                                                                          | » 116   |
| La trama dell'informe                                                                                                                                       | » 120   |
| <b>Bibliografia</b>                                                                                                                                         | » 125   |

# Introduzione

di Carlo Pastore\*

Il testo che ci accingiamo a introdurre focalizza il proprio sguardo sulla cura del disagio umano, installandosi nel respiro teoretico della fenomenologia o psicologia trascendentale.

I due autori che compongono la tessitura testuale hanno prodotto contributi teorici importanti nell'ambito dell'impegno pluridecennale che li ha visti parte attiva nella fondazione della prima e ancora oggi, unica scuola di psicoterapia a orientamento fenomenologico, istituita da un'ASL (Napoli 1 Centro) in Italia.

Quando si affronta l'orizzonte fenomenologico, appare conveniente parlare di "respiro teoretico" e non di "teoria" perché la fenomenologia è un metodo, una "pratica", un esercizio continuo di analisi dei *fenomeni* nel *come* del loro manifestarsi. Naturalmente l'attendibilità delle descrizioni fenomenologiche, come più volte ribadiscono gli autori, trova nell'esercizio dell'*epochè* la propria legittimazione. *Epochè*

\* Psichiatra, psicoterapeuta a orientamento fenomenologico, ha fondato e ha diretto la Scuola sperimentale per la formazione alla psicoterapia e alla ricerca nel campo delle scienze umane applicate di Napoli, prima scuola italiana a orientamento fenomenologico istituita da un'Azienda sanitaria locale (ASL Napoli 1 Centro). È autore di numerose pubblicazioni di interesse clinico ed epistemologico, fra cui i libri: *La risata del diavolo. Psicoterapia e didattica tra moderno e post-moderno*, ed. 10/17, Salerno, 1992; *L'eccesso di normalità. Per una scienza degli influenzamenti destinali*, FrancoAngeli, Milano, 1995; *La dieta delle idee. Un caso di anoressia mentale maschile. Note per un'antropopatia mutazionale*, Guida, Napoli, 2001; *Lo stupore che viene dal nulla. Fenomenologia del delirio e ricodificazione sensoriale dei processi noetici*, ETS, Pisa, 2011).

vuole, infatti, dire “mettere tra parentesi”, cioè sforzarsi di eludere quelle pre-cognizioni che pre-giudicano la possibilità di lasciarsi guidare, nelle descrizioni, dalle “cose stesse”, coprendole con pre-giudizi piuttosto che lasciarle manifestarsi. Questo il motivo per il quale la fenomenologia di E. Husserl, pone l’*epochè* come condizione necessaria a qualsivoglia descrizione che si declini come “fenomenologica”.

Un approccio psicoterapeutico fenomenologicamente orientato muove il proprio sforzo di comprensione del disagio umano, nella molteplicità delle sue declinazioni modali, all’interno di ciò che Paul Ricoeur indicava come il primo compito della filosofia:

Il primo compito della filosofia consiste nel riaprire il cammino del linguaggio verso la realtà, nella misura in cui le scienze del linguaggio tendono ad allentare, se non addirittura ad abolire, il legame tra il segno e la cosa<sup>1</sup>.

Questo “primo compito” porta con sé due corollari: l’apertura del linguaggio verso il concreto soggetto parlante e verso la comunità umana, cioè la sua dimensione intersoggettiva.

Questo significa che, nel concreto essere accanto a chi soffre, il curante, viene, per così dire, gettato nella *necessità* di comprendere il senso del disagio dell’altro a partire (ma non solo) da ciò che l’altro gli *dice* e soprattutto, da *come* lo dice.

Essere-con-l’altro significa inscrivere la relazione terapeutica in una sostanziale *correlazione intenzionale*, quell’*essere-con* va, così, configurandosi come terreno di manifestazione di fenomeni che si offrono alla *visione eidetica*. Qualsiasi *fenomeno* si dà, nella propria specificità, istituendo la grammatica dei vincoli entro cui si situano i processi intenzionali del curante, quindi la gamma dei vissuti (*Erlebnisse*) interni alla coscienza del curante viene *evocata* e quindi è *correlata* alle peculiarità strutturali del fenomeno stesso. In virtù di questa *necessaria* correlazione, non ha alcun senso attribuire alla corrente degli *Erlebnisse* un carattere soggettivo e arbitrario. Queste considerazioni

<sup>1</sup> P. Ricoeur (1978), “Philosophie et Langage”, *Revue philosophique de la France et de l’étranger*, 103, 4, pp. 449-463; trad. ital. di G. Losito, “Filosofia e Linguaggio”, in D. Jervolino (a cura di), *Filosofia e linguaggio*, Guerini & Associati, Milano, pp. 1-19, da cui si cita.

rendono ragione del motivo per cui la *comprensione* e la *cura*, fenomenologicamente orientate, non possono prescindere dall'analisi dei vissuti come, del resto, mostrano i due autori nella straordinaria descrizione dei sei casi clinici che compongono, come deve sempre essere, il terreno di legittimazione empirica di qualsivoglia sviluppo teoretico. I due autori, fanno progressivamente emergere, con evidente competenza e abilità, le specificità strutturali che ineriscono alle peculiari declinazioni modali entro cui, il dolore di Arianna, di Paolo, di Lucrezia ecc., trova la *propria* possibilità espressiva.

L'interessante lettura dei casi clinici mostra come gli autori muovano le proprie considerazioni all'interno della felice oscillazione che vede, per così dire, un primo e un secondo Husserl, tra una fenomenologia descrittiva e una fenomenologia genetica.

Nel corso tenuto all'Università di Friburgo nel semestre invernale 1920/21, Husserl identifica la genesi della struttura giudicativa (con la connessa costituzione delle strutture categoriali), derivandola dal piano della sensibilità. Il passo avanti appare estremamente significativo, Husserl analizza la struttura dell'atto percettivo e il suo intimo legame alla struttura pre-concettuale dell'oggetto stesso che, già nell'intuizione immediata, esibisce una sua specifica e autonoma configurazione del tutto indipendente dall'attività dell'Io (sintesi passiva). Già, quindi, sul piano dell'immediatezza pre-teoretica, la "cosa" si dà come *un'oggettualità prodromale* con una sua intrinseca "legalità" che può "colpire" l'io invitandolo al "rivolgimento attenzionale". L'io, quindi, avanza in un atto di "afferramento" che preclude a quella "esplicazione determinativa" che coincide con una proposizione giudicativa ("è un tappeto ed è blu")<sup>2</sup>.

Si tratta, insomma, di un'analisi tematica dell'esperienza che, per essere condotta, necessita di quella che Husserl chiama "retrocessione genetica delle evidenze predicative all'evidenza non predicativa".

<sup>2</sup> E. Husserl (1966), *Analysen zur Passiven Synthesis. Aus Vorlesugs und Forschungsmanuskripten 1918-1926*; trad. it. di Vincenzo Costa, *Lezioni sulla sintesi passiva*, La Scuola, Brescia, 2016; Id. (2007), *Aktive Synthesen: aus der Vorlesung "Transzendente Logik" 1920/21*, Roland Breeur; trad. it. di Luigi Pastore, *Lezioni sulla sintesi attiva. Estratto delle lezioni sulla logica trascendentale (1920/21)*, Mimesis, Milano, 2007.

Nella prima parte del libro gli autori s'impegnano, con grande competenza in considerazioni di ordine metodologico (anche interrogarsi se la "scrittura" di un caso clinico rientra nell'ambito delle questioni di metodo), peraltro dialogando con autori del calibro di Binswanger, Minkowski, Bin Kimura, in Italia Lorenzo Calvi, Dalle Luche ecc. ed è proprio a queste riflessioni che vorrei aggiungere, per concludere, se mi posso permettere, un piccolo contributo, sottolineando l'importanza dell'allusione husserliana all'intrinseca legalità della "cosa" che, sul piano metodologico, significa poter pensare alla produzione di una conoscenza e, conseguenzialmente, di una cura, che possa, legittimamente, presentarsi come "rigorosa" pur non essendo "esatta". Ridurre la rigerosità del metodo all'esattezza, significa, nel campo della cura del disagio umano, accogliere dell'uomo solo ciò che è misurabile, ridurre il dolore umano a una tanto folle, quanto stupida "danza di elettroni".

## *Presentazione.*

### *La fenomenologia e le narrative cliniche*

“Persona fatta oggetto di particolari indagini cliniche per la singolarità e la complessità della sua malattia; la malattia stessa”: è questa la laconica definizione di “caso clinico” fornita dal *Dizionario italiano De Mauro – Internazionale*, reperibile in rete<sup>1</sup>.

Una ricerca ulteriore su questa locuzione – relativamente all’elaborato scritto che su tale paziente e sulla sua patologia viene prodotto – conduce, in estrema sintesi, a un allargamento definitorio: così la *redazione* di un caso clinico è indicata come il resoconto di sintomi e segni, diagnosi e trattamento, prognosi ed evoluzione di una patologia presentata da un particolare paziente, e che per lo più riveste un interesse specifico per ragioni di ordine teoretico o di prassi. Gli scopi fondamentali perseguiti dalla compilazione di un tale rapporto, oltre che strettamente legati alla pratica clinica contingente, sono anche di più ampia portata e rimandano ad aspetti comunicativi e formativi.

Se quanto appena detto porta in prima istanza verso la medicina organica, tuttavia, con le debite differenze, lo stesso discorso è valido anche per la psicologia clinica, su cui soffermeremo la nostra attenzione. Nel presente testo abbiamo preferito utilizzare la definizione di “storia clinica”, in quanto meno soggetta all’usura terminologica e più aderente al carattere profondo che essa rivela nella sua essenza specifica.

Per il momento, e riassumendo sinteticamente, indichiamo come storia clinica un resoconto che oltre a finalità strettamente terapeutiche – organizzare in termini di discorso la nebulosa fenomenologia degli

<sup>1</sup> <https://dizionario.internazionale.it>.

eventi clinici – risponde a necessità comunicative (scambio di informazioni significative tra professionisti) e didattico-formative (attività di intervizione/supervisione).

## Patografie e medicina narrativa

Con il termine di patologia si intende specificamente la “ricostruzione delle patologie psichiche di personaggi celebri fondate sulle informazioni biografiche e sull’esame delle loro opere”<sup>2</sup>. In un’accezione più lata, esso comprende la descrizione autobiografica di una condizione patologica. Emerge subito, dunque, il carattere *narrativo* di questa esperienza, la cui redazione scritta è connotabile come un vero e proprio *genere letterario*, tale da poter essere indagato nel suo potenziale espressivo, linguistico e funzionale<sup>3</sup>.

Da qualche tempo si è cominciato a parlare con una certa felice insistenza di *medicina narrativa*. Si tratta in realtà del riconoscimento, anche da parte della medicina organicista, del ruolo del paziente nel processo di cura, del suo sistema valoriale, simbolico ed emozionale; e, più in particolare, del modo in cui egli struttura la sua narrazione del problema che lo affligge, di come tale narrativa si modifichi nel tempo, a seconda delle fasi che attraversa. La medicina narrativa è quindi “una metodologia d’intervento clinico assistenziale basato su una specifica competenza comunicativa”<sup>4</sup>, che tende a promuovere un atteggiamento virtuoso nei curanti e in pari tempo costituisce una svolta sociologicamente rilevante.

Un fenomeno questo che si colloca nel contesto di una società post-razionale, ambivalente, che oscilla tra una medicina sempre più orientata alle scienze dell’artificiale, ma al tempo stesso bisognosa di rintracciare le proprie origini di scienze umane, che rimetta al centro il discorso sulla persona e sulle reti nella quale è immersa<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> <https://www.treccani.it> > enciclopedia.

<sup>3</sup> M. Loddo (2020), *Patografie: voci, corpi, trame*, Mimesis, Milano.

<sup>4</sup> B. Morsello, C. Ciona, F. Misale (a cura di) (2017), *Medicina narrativa. Temi esperienze e riflessioni*, Roma TrE-press, Roma, p. 7.

<sup>5</sup> *Ibid.*

Ritornando alle patografie e al campo della psicologia clinica, ciò che esse ci insegnano è che esiste un punto di vista del paziente, il quale organizza un suo racconto, una trama che ingloba conoscenze, emozioni, desideri e molto altro, e che è complementare al punto di vista del terapeuta. È quindi un elemento che, auspicabilmente, si integra in quest'ultimo e che si mostra addirittura indispensabile, come vedremo in seguito. Quando non riconosciuto, si pone a testo virtuale, implicito, raschiato dal palinsesto su cui si impone il racconto ufficiale, ma pronto a riemergere come una spettrale presenza, a mettere in crisi l'unilateralità che la ricopre.

Una storia clinica è dunque innanzitutto una tensione di orizzonti, una continua manifestazione di intertestualità, un rimando continuo a piani a volte apparentemente discordanti. Curante e curato si contendono il campo, lottano, si alleano o si allontanano, e il resoconto finale trasmette gli esiti di questa tenzone incalzante e allo stesso tempo avvincente; e più tale contrasto traspare con tutti i suoi bagliori nel racconto definitivo, se di definitivo c'è poi qualcosa, più esso è comprensibile, significativo, fertile di senso e di necessità.

## **La scrittura di una storia clinica**

Un primo problema, per la rilevanza che presenta, riguarda il modo di scrittura del resoconto. Ovviamente l'uso per il quale esso viene redatto ne condiziona la stesura: la necessità di fermare in un dispositivo oggettivabile il fluire di un evento mutevole per cogenti ragioni terapeutiche è indubitabilmente differente dalle esigenze comunicative di un professionista che si rivolga a colleghi, magari nella presentazione di una condizione particolarmente severa o inusitata; o ancora, gli usi didattici e formativi, o relativi a sessioni di supervisione, obbligano ad articolare in un certo modo l'esposizione.

Un secondo aspetto rimanda all'impostazione di fondo del testo, in riferimento all'orientamento che l'estensore (e in genere i destinatari) presuppone. Così osserviamo tecniche di scrittura che, a grandi linee, vanno da elaborati fortemente strutturati entro griglie abbastanza rigide in stile cognitivista, fino a redazioni scarse e piuttosto libere, in prospettive diverse. In relazione a questo aspetto, uno delle questioni

preliminari che motivano e fanno da premessa a questo saggio è proprio il problema della scrittura di una storia clinica in ambito fenomenologico.

In un articolo di qualche anno fa<sup>6</sup>, Nicolò Terminio ha riassunto alcuni punti nodali della questione. L'autore pone subito l'accento sulla *temporalità*: il testo da produrre (o già prodotto) marca uno scarto con l'esperienza antecedente cui si riferisce; un tale resoconto implica l'operazione di "generare un *passato*, circoscriverlo, organizzare il materiale eterogeneo dei fatti per costruire nel *presente* una ragione, un filo logico"<sup>7</sup>. Ma, temporalità a parte, lo scarto consiste anche in qualcosa d'altro. La differenza si ribadisce nel momento in cui si riconosce l'eterogeneità di ambito, la non consustanzialità dei due momenti, manifestata dal "clivaggio tra la materia (i fatti, il mondo della vita) e la presentazione, l'*ornamentum* (la messa in scena del mondo)"<sup>8</sup>: la differenza è dunque tra realtà e discorso, tra mondo e scena; detto altrimenti, tra mondo e linguaggio.

Per quanto Terminio faccia riferimento, nello specifico, al mondo psicoanalitico, è possibile estendere la sua riflessione verso un piano più generale. In questione è la caratteristica idiosincrasia di un caso clinico, la sua sfuggente riluttanza a obbedire a regole comuni. Anzi, lo stato di eccezione che connota un certo caso individuale fa di esso addirittura un esemplare prezioso, in quanto potenzialmente provvisto di un portato conoscitivo implicito, ancorché recondito e silente.

Per quanto attiene a tutto ciò, le storie cliniche presentate in questo volume sono anche un modesto contributo a un'idea di scrittura che pensiamo possa essere adatta a una narrazione clinica di impianto fenomenologico.

## Le “storie che curano” secondo Hillman

Abbiamo visto in precedenza in che modo la redazione di una storia clinica possa assurgere allo status di vero e proprio genere letterario.

<sup>6</sup> N. Terminio (2009), “La scrittura del caso clinico”, *Attualità lacaniane*, 9.

<sup>7</sup> Ivi, p. 91, corsivi nostri.

<sup>8</sup> Ivi, p. 92.

È quanto sostiene anche James Hillman in un suo pregevole testo<sup>9</sup>. Il romanzo terapeutico – a partire dall’impulso pionieristico avviato dal “premio Goethe” Sigmund Freud – mostra la centralità della narrazione anche per gli stessi pazienti. Essa, infatti, permette di far loro acquisire l’idea di uno svolgimento coerentemente narrativo del proprio percorso di vita, al di là della ricerca di significati interpretabili: “Non è per scoprire chi sono che devo raccontare le mie storie, ma perché ho bisogno di fondarmi su una storia che io possa sentire “mia”<sup>10</sup>. Nel discutere questa tesi, Hillman ripercorre gli stili espositivi dei tre grandi autori della prima psicoanalisi, citati nel sottotitolo, stili reconsiderati alla stregua di vere e proprie poetiche.

Non essendo scopo del nostro saggio la puntuale disamina di questo testo, ci limiteremo a riportare alcune intuizioni che possano riguardare il discorso in svolgimento. Riferendosi a Freud, l’autore nota come egli cerchi di mantenere un certo equilibrio (precario) tra *storia* e *romanzo*, cioè tra il piano esteriore (fatti, eventi descrivibili) e quello interiore (passioni, sentimenti intimi, introspezione); in questo senso il fondatore della psicoanalisi forgia uno stile incentrato sul secondo elemento della diade, pur non abbandonando mai del tutto, da patologo consumato, l’atteggiamento di chi guarda dall’esterno un dato fenomeno. Il suo obiettivo principale è il tentativo di rispondere alla domanda fondamentale sul *perché*; quindi, più che per la storia, il suo interesse s’incentra sulla *trama*, in quanto è proprio questa che permette di rispondere alla domanda che gli sta a cuore. Dalle diverse trame, a partire dal caso di Dora, Freud ricava la Trama, il modello che farà da guida e prototipo a ogni successivo incontro; quasi un cliché anteposto allo svolgersi del racconto, come avviene nella letteratura di genere.

Il rischio di approntare griglie preconfezionate da imporre alla storia clinica può essere ridotto, secondo Hillman, dal riconoscimento dei diversi stili di narrazione, e quindi da un atteggiamento fondamentalmente pluralistico:

<sup>9</sup> J. Hillman (1983), *Le storie che curano. Freud, Jung, Adler*, Raffaello Cortina, Milano, 2021.

<sup>10</sup> Ivi, p. 72.

Le storie cliniche hanno diversi stili narrativi e possono essere scritte seguendo molteplici generi letterari; e la terapia può essere molto più efficace, quando una persona è capace di porre la propria vita entro questa varietà, come in un pantheon politeistico, senza dover scegliere uno stile a discapito degli altri. Perché anche quando una parte di me sa che l'anima s'avvia alla morte nella tragedia, un'altra vive invece una fantasia picaresca e una terza ancora è impegnata nell'eroica commedia del miglioramento<sup>11</sup>.

La terapia dovrebbe partire dalla realtà letterale, intesa come una materia bruta sulla quale agire attraverso successive operazioni. Queste implicano primariamente il piano dei traslati. Freud e Jung, su questo, seguirono strade diverse: il primo, privilegiando l' allegoria (oscillazione tra latente e manifesto, con relativa traduzione), Jung adottando la metafora (dove in sostanza manca la traduzione, che dissolverebbe l'unità dei due termini). Adler, da parte sua, ci consente di verificare la potenza delle finzioni, le quali, se deletteralizzate, rivelano al contrario di quanto si ritiene comunemente una propria sostanziale necessità.

A semplice chiosa del discorso hillmaniano, è opportuno sottolineare che la considerazione delle storie cliniche come genere letterario impone non solo di applicare a esse le forme tradizionali in cui si è stabilita la norma letteraria, ma anche di andare oltre e studiare le autonome possibilità espressive in cui la storia clinica si realizza e gli stili autoctoni che ne derivano.

Preliminarmente ci sembra di poter segnalare la preminenza di uno stile comune, generalista, che nei casi peggiori produce elaborati in cui domina un'attitudine al gergo psicologico più inflazionato e inconsistente. Attraverso questa consuetudine, il lessico classico viene ridotto a cliché espressivo, in fondo anodino; la sintassi semplificata e comunque una tendenza della scrittura allo scialbo, se non allo sciatto, insieme a una prevedibilità degli sviluppi descrittivi e analitici, ne fanno qualcosa di scarso interesse e utilità. Per fortuna ci sono esempi magistrali per chiarezza e originalità di scrittura, come per capacità illuminativa, che riscattano il genere letterario delle storie cliniche.

<sup>11</sup> Ivi, pp. 30-31.

Fin qui abbiamo trattato in un'accezione più ampia l'argomento, mischiando volutamente le prospettive e i temi prevalenti. È giunto quindi il momento di entrare più nel vivo della materia da trattare.

## **Descrizioni psicopatologiche. Il caso Ellen West**

In precedenza ci siamo interrogati su quale modalità espressiva si accordi il modello fenomenologico, rispetto alla concezione e alla stesura delle storie cliniche. Evidentemente c'è un punto di partenza ineludibile. Ci riferiamo alle ricche e articolate descrizioni psicopatologiche fornite da autori della storica tradizione fenomenologica. Questi resoconti elaborati, a volte complessi e ampi, e le più recenti riprese in termini analoghi, possono senza dubbio porsi alla base della ricerca di una finalità differente. Se infatti lo scopo da essi perseguito era la descrizione – e non la spiegazione – accurata dei pazienti e del loro mondo, il nostro intento è simile e diverso allo stesso tempo. Pur attingendo a questa nobile tradizione nel riproporla in prima istanza, a noi interessa in seconda battuta indirizzarla verso l'obiettivo della cura. Compito non facile, naturalmente, ma da tentare, ricongiungendoci ad alcune esperienze piuttosto feconde.

Per evitare di rendere eccessivamente ponderoso il discorso elencando e commentando descrizioni di psicopatologia fenomenologica, ci soffermeremo brevemente su quella più nota ed emblematica: il caso Ellen West<sup>12</sup>. Naturalmente non ci occuperemo della problematicità di una storia siffatta – dalla questione diagnostica all'esito suicidario – ma cercheremo di comprendere per grandi linee come Binswanger abbia deciso di procedere nella descrizione della sua paziente.

Dopo la raccolta particolareggiata, all'inizio anche naturalistica, di episodi e di vissuti, lo psicopatologo formula la sua idea del mondo della paziente, in cui gli appare dominare un conflitto fondamentale. La sua anoressia sembra infatti incarnare e mettere in scena nel proprio corpo e nella propria mente una lotta contrastata tra leggerezza e pesantezza, tra l'aspirazione desiderante a un superiore ordine *aereo*, spiritualmente ideale, e il brutale ordine terreno, grezzamente mate-

<sup>12</sup> L. Binswanger (1945), *Il caso Ellen West*, Bompiani, Milano, 1973.